

Revista de Enfermería Neurológica

25 | 1
Volumen | Número

2026
Enero-Abril

Revista de Enfermería Neurológica

25 | **1**
Volumen | Número

2026
Enero-Abril

Director General



Dr. Ángel Antonio Arauz Góngora
Director General

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0002-3340-4138>

Comité Editorial



Dra. Fabiola Eunice Serrano Arias
Presidenta Editorial
Directora de Enseñanza

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0002-0350-3477>



Mtra. Martha Elena Castillo Trejo
Directora Ejecutiva
Subdirectora de Enfermería

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0009-0002-6201-4881>



Dr. Ramiro Gilberto Ruiz García
Vicepresidente Editorial,
Subdirector de Formación
y Capacitación de Recursos Humanos

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0003-2220-4074>



Dra. Elizabeth León Manríquez
Editora Ejecutiva
Jefa del Departamento de
Publicaciones Científicas

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0001-5179-1285>

Equipo Editorial



Lcda. Guisety López Cantera
Editora en Jefe
Coordinadora de Investigación
en Enfermería

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0001-7680-2948>



C. Mara Isabel Ramírez Naranjo
Asistente Editorial
Coordinación de Investigación
en Enfermería

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0002-1983-0915>



Mtro. Carlos Alfredo Ugalde Basabe
Co-Editor
Coordinación de Investigación
en Enfermería

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0009-0002-6871-0976>

Editores Asociados



Mtra. Gloria Ortiz López
Jefa del Servicio de Neurología
y Neuroinfectología

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0002-4180-0798>



Mtra. E. Patricia Zamora Ruiz
Jefa de la Central de Equipos
y Esterilización

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0002-8037-789X>



Dra. Ma. Guadalupe Nava Galán
Cuidados Paliativos

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0003-0682-8514>



Dra. Sara Santiago García
Licencia Sindical

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0002-6963-4808>



Mtra. Montserrat Castelán Flores
Centro de Enfermería Especializada
Consultoría de Heridas y Estomas

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0009-0005-8013-2250>

Editores Eméritos



Mtra. Hortensia Loza Vidal
Fundadora
Supervisora de Enfermería

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Ciudad de México, México

<https://orcid.org/0000-0001-7483-9288>

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL:

<https://publisher.revistaenfermerianeurologica.permanyer.com>



PERMANYER
www.permanyer.com

Permalyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
mexico@permalyer.com

Permalyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permalyer@permalyer.com



www.permalyer.com

e-ISSN: 2954-3428

Ref.: 11746AMEX261

Reproducciones con fines comerciales

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo, para fines comerciales.

Revista de Enfermería Neurológica es una publicación *open access* con licencia *Creative Commons*
CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Las opiniones, hallazgos y conclusiones son las de los autores. Los editores y el editor no son responsables y no serán responsables por los contenidos publicados en la revista.

© 2026 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Publicado por Permalyer.

Revista de Enfermería Neurológica

www.enfermerianeurologica.mx

VOLUMEN 25 - NÚMERO 1

Contenido

EDITORIAL

- Ética del cuidado: hacia una ciencia más humana y relacional** 1
Julio Hernández-Falcón y Adela Alba-Leonel

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Contribuciones de enfermería en el abordaje holístico de la enfermedad de Parkinson** 3
Ma. Fernanda Medina-Pérez, Carlos A. Ugalde-Basabe, Guisety López-Cantera, Ana J. Hernández-Medrano, Mayela Rodríguez-Violante y Amin Cervantes-Arriaga
- Autocontrol en jóvenes universitarios: un análisis de sus características y dimensiones** 11
Juan Y. Telumbre-Terrero, Lucely Maas-Góngora, Luvia C. Castillo-Arcos, Pedro M. Noh-Moo y Lucero Fuentes-Ocampo
- Técnicas SAS y Push-Stop-Push para prevenir la oclusión de los CVC en pacientes hospitalizados** 19
Álvaro N. López-Sabino, Loreyda Méndez-del Ángel, Samantha N. Mota-Jiménez y Joel Martínez-Martínez
- Una mirada al cuerpo del cuidado a partir de la teoría de lo abyecto** 26
Julio Hernández-Falcón y Adela Alba-Leonel
- Barreras y facilitadores para implementar tecnologías educativas en cuidadores familiares de menores con ostomías** 31
Lidia E. Collado-Cabañin, José M. Medina-Pérez, Carilaudy Enriquez-González y Mirelys Sarduy-Lugo
- Percepción de la atención institucional en pacientes con cáncer en un instituto nacional de salud** 38
Rey A. Salcedo-Álvarez, José C. Rivas-Herrera, Blanca C. González-Caamaño, Sergio Sesma-Vázquez, Miriam P. Bretado-de los Ríos, Karla M. Olivera-Cruz y Ricardo G. Zambrano-Gálvez
- Características del uso de restricciones físicas en pacientes agitados en un hospital de tercer nivel** 45
Yareth Peralta-García, Sara Santiago-García y Norma Sandoval-García
- BUENAS PRÁCTICAS**
- Estudio de caso de un paciente con accidente cerebrovascular hemorrágico: abordaje de la necesidad de oxigenación/circulación en un contexto neurocrítico** 52
Ana K. Rodríguez-Guendulain

Ética del cuidado: hacia una ciencia más humana y relacional

The ethics of care: toward a more human and relational science

Julio Hernández-Falcón¹ y Adela Alba-Leonel^{1*}

División de Estudios Profesionales, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

La ética constituye un componente esencial del cuidado enfermero, no solo por el compromiso técnico y científico que implica el ejercicio profesional, sino por su profunda relación con la comprensión de lo humano. En enfermería, cuidar trasciende la realización de procedimientos y actividades instrumentales; representa también un encuentro interpersonal en el que intervienen la empatía, la escucha, la responsabilidad y la sensibilidad frente a la vulnerabilidad de la persona enferma.

Desde esta perspectiva, la ética del cuidado surge como una propuesta reflexiva que busca responder a una pregunta fundamental: ¿cuál debe ser la naturaleza de la relación entre el profesional de enfermería y la persona que recibe cuidado? Asimismo, cuestiona cuáles son las responsabilidades morales que emergen dentro de esta relación humana y terapéutica¹.

El cuidado profesional comprende tanto dimensiones visibles como invisibles. Las acciones técnicas, los procedimientos y las intervenciones clínicas forman parte de la atención cotidiana; sin embargo, existen otros elementos difícilmente cuantificables que también sostienen la práctica enfermera, como la preocupación genuina por el otro, la educación sanitaria, la motivación, la escucha activa y el acompañamiento emocional. A estos componentes se les ha denominado «cuidados invisibles», debido a que frecuentemente permanecen fuera de los registros institucionales

y de los indicadores tradicionales de evaluación, a pesar de su impacto en la experiencia del paciente y en la humanización de la atención².

En este sentido, la ética del cuidado plantea una visión distinta a los modelos éticos centrados exclusivamente en principios universales o en criterios racionales de justicia. Si bien la ética de los derechos y la justicia ha contribuido significativamente al desarrollo de la bioética contemporánea, diversos autores señalan que dichos enfoques pueden dejar en segundo plano aspectos esenciales de la experiencia humana, como las relaciones interpersonales, la afectividad, las emociones y el contexto particular de cada situación³.

La ética del cuidado propone recuperar estas dimensiones mediante una aproximación más relacional y contextualizada. No se trata únicamente de establecer normas sobre cómo ejercer el cuidado, sino de comprender el cuidado como una actitud moral y una forma de relacionarse con el otro⁴. Desde este enfoque, la persona se entiende como un ser relacional, cuya vida se desarrolla en vínculos de interdependencia y responsabilidad compartida.

Diversos autores describen la ética del cuidado a partir de características como^{3,4}:

- La comprensión del ser humano como un ser relacional.
- La sensibilidad hacia el contexto y las circunstancias particulares.

*Correspondencia:

Adela Alba-Leonel
E-mail: adelaalbaloneel65@gmail.com

Fecha de recepción: 16-04-2026
Fecha de aceptación: 15-05-2026
DOI: 10.24875/REN.M26000027

Disponible en línea: 22-06-2026
Rev Enf Neurol. 2026;25(1):1-2
www.enfermerianeurologica.mx

- La importancia de la preocupación genuina por el otro.
- El reconocimiento de las emociones dentro del juicio moral.
- La prioridad de los dilemas reales y cotidianos sobre los escenarios meramente hipotéticos.

Aunque la ética del cuidado puede resultar difícil de medir bajo los parámetros tradicionales de productividad y eficiencia, ello no disminuye su relevancia dentro de la práctica profesional. Por el contrario, invita a reflexionar sobre la necesidad de preservar la dimensión humana del cuidado en contextos sanitarios cada vez más complejos, tecnificados y orientados hacia resultados cuantificables.

Carol Gilligan, considerada una de las principales impulsoras de este modelo ético, señaló que el desarrollo moral no puede comprenderse únicamente desde principios abstractos de justicia, sino también desde la responsabilidad hacia los otros y el reconocimiento de las relaciones humanas¹. Su propuesta permitió revalorar las emociones, la sensibilidad y la individualización en la toma de decisiones morales, elementos históricamente minimizados por perspectivas excesivamente racionalistas.

En enfermería, la ética del cuidado representa una oportunidad para fortalecer prácticas más humanas, reflexivas y centradas en la persona. Reconocer el valor ético del cuidado implica comprender que, más allá de los procedimientos y de los indicadores institucionales, el acto de cuidar continúa siendo una de las expresiones más profundas de la relación humana en el ámbito de la salud.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
2. Errasti-Ibarondo B, Jordán JA, Díez-Del-Corral MP, Arantzamendi M. Conductas de cuidado invisible en enfermería: una revisión integradora. *Index Enferm* [Internet]. 2012;21(4):239-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300010
3. Tronto JC. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge; 1993.
4. Noddings N. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press; 1984.

Contribuciones de enfermería en el abordaje holístico de la enfermedad de Parkinson

Contributions of nursing to a holistic approach to Parkinson's disease

Ma. Fernanda Medina-Pérez^{1*}, Carlos A. Ugalde-Basabe², Guisety López-Cantera²,
Ana J. Hernández-Medrano¹, Mayela Rodríguez-Violante¹ y Amin Cervantes-Arriaga¹

¹Laboratorio Clínico de Enfermedades Neurodegenerativas; ²Coordinación de Investigación en Enfermería. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo progresivo que se manifiesta con síntomas motores y no motores que impactan en la calidad de vida de las personas que viven con dicha condición y sus cuidadores. **Objetivo:** Analizar críticamente el papel de los cuidados de enfermería en el abordaje holístico de la enfermedad en el contexto domiciliario, examinando los fundamentos conceptuales, la evidencia disponible, las principales brechas en su implementación y sus implicaciones en la calidad de vida. **Método:** Las hospitalizaciones se deben a comorbilidades e infecciones respiratorias. El riesgo de caídas es alto, influenciado por síntomas motores, deterioro cognitivo y medicación. La psicosis, con alucinaciones, requiere manejo ambiental y farmacológico. **Resultados:** El deterioro cognitivo y la demencia se tratan con actividad física y entrenamiento cognitivo. Las disautonomías necesitan estrategias no farmacológicas y ajustes en dieta y medicación. Los trastornos del sueño y el delirio son comunes, requieren hábitos de sueño adecuados y un entorno estable. La depresión afecta la funcionalidad y calidad de vida, destaca la importancia de la detección temprana y el apoyo. La sobrecarga del cuidador es un aspecto crucial que exige apoyo psicológico y estrategias integrales. **Conclusión:** Los cuidados de enfermería son esenciales para el tratamiento integral, abarcando educación, asistencia, soporte emocional y promoción del autocuidado. La identificación y prevención de complicaciones como caídas, psicosis, deterioro cognitivo y disautonomías son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con enfermedad de Parkinson y reducir la carga de los cuidadores.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson. Cuidados de enfermería. Síntomas no motores. Calidad de vida. Cuidadores.

Abstract

Introduction: Parkinson's disease is a progressive neurodegenerative disorder that manifests with motor and non-motor symptoms, impacting the quality of life of individuals living with this condition and their caregivers. **Objective:** To critically analyze the role of nursing care in the holistic approach to the disease in the home context, examining the conceptual foundations, the available evidence, the main gaps in its implementation, and its implications for quality of life. **Method:** Hospitalizations are due to comorbidities and respiratory infections. The risk of falls is high, influenced by motor symptoms, cognitive impairment, and medication. Psychosis, with hallucinations, requires environmental and pharmacological management. **Results:** Cognitive decline

*Correspondencia:

Ma. Fernanda Medina-Pérez
E-mail: mfmadinaperez@gmail.com

Fecha de recepción: 21-08-2025
Fecha de aceptación: 21-04-2026
DOI: 10.24875/REN.25000010

Disponible en línea: 22-06-2026
Rev Enf Neurol. 2026;25(1):3-10
www.enfermerianeurologica.mx

and dementia are treated with physical activity and cognitive training. Dysautonomias require non-pharmacological strategies and adjustments in diet and medication. Sleep disorders and delirium are common, requiring proper sleep habits and a stable environment. Depression affects functionality and quality of life, highlighting the importance of early detection and support. Caregiver burden is a crucial aspect that demands psychological support and comprehensive strategies. **Conclusion:** Nursing care is essential for comprehensive management, encompassing education, assistance, emotional support, and the promotion of self-care. The identification and prevention of complications such as falls, psychosis, cognitive decline, and dysautonomias are fundamental to improving the quality of life for people living with Parkinson and reducing the burden on caregivers.

Keywords: Parkinson's Disease. Nursing care. Non-motor symptoms. Quality of life. Caregivers.

Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo de progresión gradual que afecta a más de cuatro millones de personas en todo el mundo¹. Las personas que viven con EP experimentan la pérdida de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra². Las manifestaciones clínicas de la EP se clasifican en síntomas motores y no motores³:

- Los síntomas motores incluyen bradicinesia, temblor, rigidez e inestabilidad postural. Estos suelen comenzar de forma asimétrica y aumentan de forma progresiva y bilateral⁴.
- Las manifestaciones no motoras de la EP son diversas y el 99.0% de las personas que viven con EP las experimentan. Se agrupan en síntomas neuropsiquiátricos como la depresión, ansiedad, apatía y psicosis; síntomas neurocognitivos como deterioro cognitivo leve que puede progresar a demencia; síntomas disautonómicos gastrointestinales, cardíacos, genitourinarios; trastornos del sueño y otros síntomas misceláneos como dolor y cambios en el peso corporal³.

La EP conlleva un fuerte impacto psicológico y tiene una gran relevancia en la calidad de vida, lo cual incide en los aspectos personales, sociales, físicos y mentales de las personas, cuidadores y sus familias^{5,6}.

Los síntomas que más afectan la calidad de vida incluyen la urgencia urinaria, la dificultad para concentrarse y el dolor⁷, así como la ansiedad, la depresión, la somnolencia diurna, la apatía y el deterioro en las actividades de la vida diaria⁸. Se ha reportado además que las mujeres presentan mayor carga de síntomas neuropsiquiátricos, mientras que los hombres muestran mayor afectación motora leve y temblor⁹.

Ante este panorama, se requiere un abordaje multidisciplinario en el que la enfermería desempeña un papel central en la educación, el soporte emocional, el ejercicio y la nutrición, favoreciendo intervenciones oportunas¹⁰. El tratamiento farmacológico promueve la adherencia y el autocuidado¹¹, mientras que en el no

farmacológico incluye ejercicio, movilización, adaptación del entorno y estrategias para prevenir caídas y manejar el estrés, además de fomentar hábitos saludables y el empoderamiento del cuidador.

En el contexto domiciliario, el abordaje de la EP implica desafíos relacionados con las condiciones del entorno, que influyen en el riesgo de eventos adversos, el autocuidado y el bienestar funcional. Desde la enfermería, es necesario analizar críticamente su integración en la práctica clínica y sus implicaciones en la detección de complicaciones y el apoyo al cuidador.

El objetivo de este trabajo es examinar de forma crítica el papel de los cuidados de enfermería en este contexto, identificando brechas en la evidencia y en su implementación, así como su impacto en la calidad de vida.

Método

Revisión documental de tipo descriptivo, basada en la búsqueda y análisis de artículos relacionados con la temática principal; la información se obtuvo a través de bases de datos científicas, seleccionando publicaciones relevantes y actualizadas; se realizó un análisis crítico de los hallazgos para identificar las principales contribuciones de enfermería orientadas al cuidado integral de pacientes con EP.

Principales factores de riesgo para las complicaciones

En este apartado se identifican los principales factores de riesgo para las complicaciones de la EP y cómo el personal de enfermería actúa de forma específica ante cada uno de estos (Fig. 1).

Causas de hospitalización

Las personas con EP pueden requerir hospitalización por distintas razones. Una de las principales causas son las complicaciones de comorbilidades, como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes *mellitus*

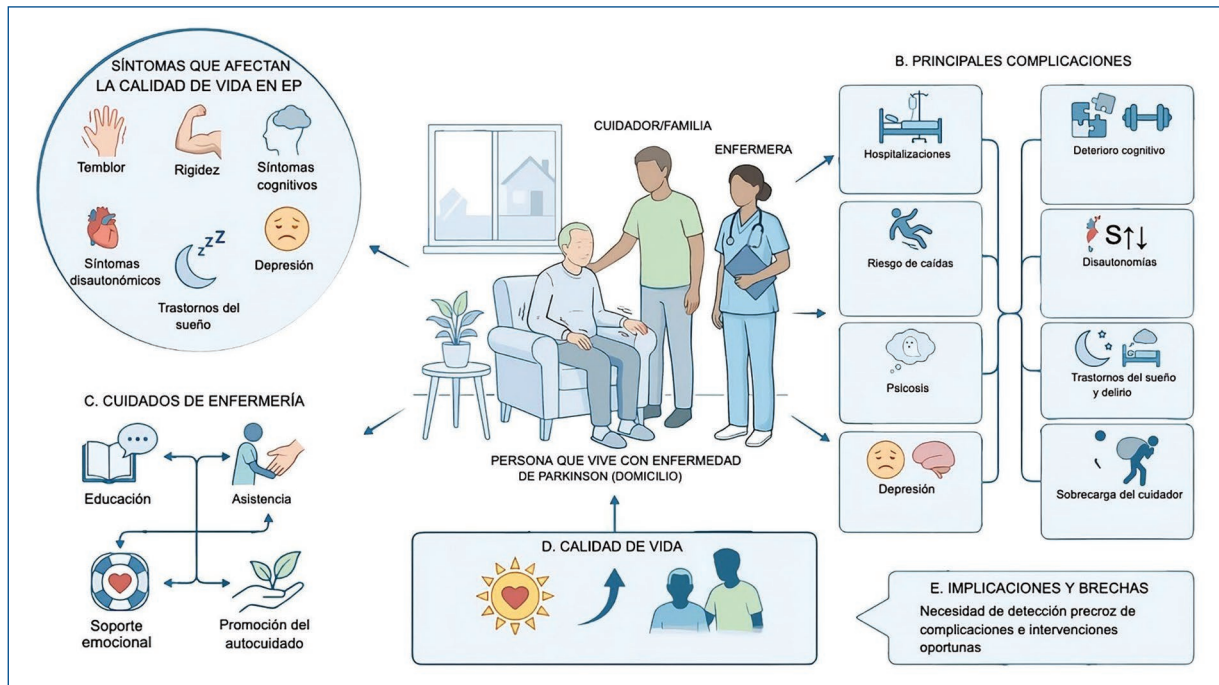


Figura 1. Modelo de abordaje holístico de enfermería para la persona con enfermedad de Parkinson (EP) en el entorno domiciliario. Infografía resumida del tratamiento integral de la EP. Se ilustra la interacción entre la persona con EP, su cuidador y el personal de enfermería en el hogar. El esquema detalla: síntomas clínicos que impactan el bienestar (A); complicaciones frecuentes asociadas a la progresión (B); ejes fundamentales de la intervención de enfermería (educación, asistencia, soporte emocional y promoción del autocuidado) (C); el objetivo final de mejorar la calidad de vida (D), y la relevancia de la detección oportuna de brechas asistenciales (E).

tipo 2¹². Otras razones importantes para la hospitalización incluyen las infecciones respiratorias, que afectan a ambos sexos de la misma forma. Por otro lado, los traumatismos, que inciden más en hombres¹³.

El rol de enfermería es crucial para prevenir hospitalizaciones en personas con EP. Esto incluye la monitorización constante y el tratamiento proactivo de comorbilidades, educando a las personas sobre el control de su enfermedad y la adherencia al tratamiento. Además, el personal de enfermería es clave en la detección temprana y prevención de infecciones mediante la promoción de higiene, vacunación y técnicas de deglución seguras. También implementan estrategias para prevenir traumatismos, por medio de la evaluación del riesgo de caídas, la modificación del entorno y la educación sobre seguridad.

Riesgo de caídas

El temor a las caídas es frecuente en la EP, afecta a cerca del 60.0% de las personas. Entre los principales factores de riesgo se incluyen la gravedad de los síntomas motores, el congelamiento de la marcha, el

deterioro cognitivo, la falta de dispositivos de asistencia, el uso de ciertos fármacos y la incontinencia urinaria¹⁴. La terapia física y el ejercicio reducen el riesgo de caídas, con mayor beneficio en etapas tempranas, por lo que se recomienda actividad física regular de intensidad leve a moderada¹⁵. La enfermería desempeña un papel clave en la identificación de factores de riesgo y en la evaluación de alteraciones de la marcha y el equilibrio para orientar intervenciones adecuadas¹⁶. El ejercicio dirigido al equilibrio, la rigidez axial y la flexibilidad mejora la estabilidad postural y la independencia funcional^{17,18}. Asimismo, la adecuación del entorno y la educación en maniobras seguras, junto con programas de prevención y rehabilitación, son esenciales para disminuir este riesgo.

Las acciones de enfermería incluyen la evaluación continua del riesgo de caídas, considerando factores clínicos y del entorno. Asimismo, se enfocan en la educación a pacientes y cuidadores sobre estrategias de prevención, ejercicios de equilibrio y uso seguro de ayudas técnicas. También comprenden el diseño de planes de ejercicio individualizados, la adaptación del entorno y el monitoreo de la evolución clínica, con el

fin de detectar oportunamente cambios en el riesgo y promover la seguridad e independencia.

Riesgo de psicosis

La psicosis en la EP puede manifestarse como alucinaciones visuales, auditivas u otras, afectando la calidad de vida y aumentando la carga del cuidador¹⁹. Entre los factores de riesgo se incluyen el deterioro cognitivo, la demencia, la duración de la enfermedad, el delirio, los trastornos del sueño, la somnolencia y la exposición a ciertos fármacos^{20,21}.

El tratamiento incluye estrategias no farmacológicas como la regulación de ritmos circadianos, abordajes cognitivos y adecuación del entorno, así como la identificación de causas subyacentes como deshidratación o infecciones²². En casos necesarios, se emplean antipsicóticos atípicos bajo supervisión especializada²³.

La enfermería participa en la detección, registro y comunicación de síntomas, educación a pacientes y cuidadores, identificación de desencadenantes y apoyo emocional, contribuyendo a mejorar la seguridad y calidad de vida.

Deterioro cognitivo y demencia

El deterioro cognitivo afecta a una cuarta parte de las personas con EP, mientras que la demencia puede presentarse hasta en tres cuartas partes en etapas avanzadas²⁴. Los principales dominios afectados incluyen la función ejecutiva, la atención, la memoria y las habilidades visoperceptivas²⁵, manifestándose como dificultades en la concentración, planificación, resolución de problemas y memoria²⁶.

Para su abordaje, se recomiendan intervenciones como actividad física, *mindfulness*, yoga, baile y entrenamiento cognitivo mediante ejercicios estructurados. Además, como práctica habitual se recomienda promover la reducción o eliminación del consumo de tabaco y alcohol, así como el tratamiento adecuado de comorbilidades como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, dado su impacto en la salud general y su posible influencia en la evolución del deterioro cognitivo en personas con EP. También es importante brindar a las personas suficiente tiempo y apoyo en las actividades de la vida diaria, como hablar, escribir y usar la computadora, para que se sientan acompañados y comprendidos en el proceso. Asimismo, el efecto de la rehabilitación cognitiva ha sido bien demostrado²⁷.

Las acciones de enfermería desempeñan un papel clave en el tratamiento del deterioro cognitivo y la

demencia en la EP, mediante la evaluación y monitoreo continuo de las funciones cognitivas. Asimismo, promueve actividades de estimulación cognitiva adaptadas a cada persona y educa a pacientes y cuidadores sobre estrategias de afrontamiento, adherencia al tratamiento y hábitos saludables. Además, contribuye a la adecuación del entorno para facilitar la autonomía y brinda el apoyo necesario en las actividades diarias, favoreciendo una mejor calidad de vida.

Disfunción autonómica

Las personas con EP presentan con frecuencia síntomas autonómicos que afectan su calidad de vida y tienden a agravarse con la progresión de la enfermedad²⁸. Estas alteraciones pueden aparecer incluso antes de los síntomas motores y verse exacerbadas por el tratamiento farmacológico, por lo que su tratamiento suele requerir, además de fármacos, intervenciones no farmacológicas²⁹.

SÍNTOMAS DISAUTONÓMICOS URINARIOS

La disfunción urinaria en la EP, que incluye nicturia e incontinencia, afecta aproximadamente al 25.0-85.0% de las personas³⁰. Se manifiesta principalmente como vejiga hiperactiva y dificultades en el vaciado vesical, relacionadas con alteraciones genitourinarias o mecanismos dopaminérgicos. La nicturia puede asociarse al consumo de líquidos antes de dormir o a la acinesia nocturna por periodos sin medicación (“off”)³¹. Estas alteraciones incrementan el riesgo de caídas y deterioro cognitivo, por lo que su abordaje es fundamental para mejorar la calidad de vida.

SÍNTOMAS DISAUTONÓMICOS CARDIACOS

La hipotensión ortostática es un síntoma disautonómico frecuente en la EP, que afecta hasta una tercera parte de las personas. Se caracteriza por un descenso de la presión arterial al ponerse de pie y puede manifestarse con mareos, síncope, caídas, deterioro cognitivo, visión borrosa, fatiga y otros síntomas. Su manejo requiere un control estricto de la medicación, ya que fármacos como diuréticos, alfabloqueadores, antidepresivos tricíclicos, levodopa y agonistas dopaminérgicos pueden contribuir a su aparición³².

Las medidas no farmacológicas incluyen aumento del consumo de sal (6-10 g/día) y agua (hasta 2.5 l/día), cambios posturales graduales, evitar calor, comidas copiosas y esfuerzos durante la micción o defecación,

así como adaptar la rutina diaria. También se recomienda dormir con la cabecera elevada, evitar ingesta excesiva de líquidos antes de acostarse y el consumo de alcohol, además del uso de medias de compresión^{33,34}. En el tratamiento farmacológico, la fludrocortisona, la midodrina y la droxidopa han mostrado eficacia en el tratamiento de esta condición³⁵.

SÍNTOMAS DISAUTONÓMICOS GASTROINTESTINALES

La disfagia afecta entre el 40.0 y el 80.0% de las personas con EP³⁶ y se asocia con menor calidad de vida, dificultades para la ingesta de medicamentos y complicaciones como desnutrición y neumonía por aspiración. Su abordaje requiere un enfoque multidisciplinario con evaluación estructurada y estrategias de deglución segura, incluyendo modificaciones durante la alimentación y terapia específica^{37,38}.

La pérdida de peso también es frecuente y puede favorecer desnutrición, caídas, fracturas, infecciones y deterioro de la calidad de vida, por lo que requiere seguimiento e intervención nutricional³⁹. Se recomienda vigilar el peso periódicamente y mantener medidas dietéticas generales sin sustituir la valoración especializada⁴⁰.

El estreñimiento afecta entre el 20.0 y el 70.0% de las personas con EP y puede relacionarse con baja ingesta de líquidos, menor movilidad y progresión de la enfermedad⁴¹. Entre las medidas recomendadas se incluyen una adecuada hidratación, dieta rica en fibra y ejercicio regular; además, las intervenciones no farmacológicas, particularmente la actividad física, pueden ser útiles para su manejo⁴².

Las acciones de enfermería ante la disautonomía se orientan a reducir síntomas, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. En la incontinencia y la nicturia incluyen la evaluación del patrón miccional, la educación sobre medidas como restricción de líquidos antes de dormir, vaciado programado y doble micción, así como la promoción de higiene adecuada y vigilancia de infecciones urinarias. En la hipotensión ortostática, enfermería interviene mediante educación sobre cambios posturales lentos, recomendaciones sobre ingesta de líquidos y sal, adecuaciones en la rutina y el entorno, así como monitoreo clínico y orientación sobre síntomas de alarma. En la disautonomía gastrointestinal, las intervenciones se centran en la detección de disfagia, la educación sobre medidas de deglución segura, la vigilancia de aspiración, el seguimiento del peso y la valoración de la ingesta. En el estreñimiento se promueve una adecuada hidratación

y se monitorean los hábitos intestinales para valorar la respuesta a las intervenciones.

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño son frecuentes en la EP y afectan significativamente la calidad de vida. Incluyen insomnio, trastorno del comportamiento del sueño MOR, somnolencia diurna, ataques de sueño, nicturia, síndrome de piernas inquietas y apnea del sueño⁴³.

Para el manejo de los trastornos del sueño se recomienda establecer hábitos de higiene del sueño, como mantener horarios regulares, realizar actividades relajantes, evitar cafeína, alcohol y líquidos por la noche, y asegurar un entorno adecuado para el descanso. Asimismo, se sugiere realizar actividad física durante el día y evitar siestas tardías⁴⁴.

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la identificación, evaluación y mitigación de estos problemas, buscando mejorar el descanso y el bienestar general de la personas. Esto comienza con una evaluación y monitoreo detallado del patrón de sueño, incluyendo la identificación de insomnio, somnolencia diurna excesiva, trastorno del comportamiento durante el sueño, nicturia, síndrome de piernas inquietas y apnea del sueño. Es crucial que el personal de enfermería guíe a la persona con EP o cuidador en el registro de un diario de sueño y en la indagación sobre factores contribuyentes como el consumo de cafeína o alcohol, los horarios de comidas y el impacto de la medicación.

La enfermería promueve la higiene del sueño mediante la educación sobre hábitos adecuados y la creación de un entorno de descanso óptimo. Asimismo, comunica los patrones de sueño y la respuesta a las intervenciones al equipo médico para posibles ajustes terapéuticos. Además, brinda apoyo emocional, identificando síntomas de ansiedad o depresión que puedan afectar el descanso y facilitando la expresión de preocupaciones.

Delirio

El delirio, en el contexto de la EP, se define como una perturbación aguda y fluctuante de la atención, acompañada de una alteración adicional de la cognición⁴⁵. Su aparición se asocia con diversos factores de riesgo, que incluyen alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, interrupciones en la percepción (como alucinaciones o ilusiones), edad avanzada, trastornos metabólicos, dolor y la realización de intervenciones quirúrgicas⁴⁶.

La duración del delirio en la EP es variable, puede extenderse desde menos de 24 horas hasta varias semanas. Su presencia está vinculada con estancias hospitalarias prolongadas y conlleva un mayor riesgo de caídas, institucionalización y mortalidad.

Para abordar de manera eficaz el delirio es necesario la identificación y gestión oportuna de los factores de riesgo pertinentes⁴⁷. Además, se sugieren intervenciones no farmacológicas como la incorporación de música, masajes y otras técnicas de relajación. Fomentar la movilidad también es esencial, procurando su realización con el mínimo de sujeciones posibles.

Los profesionales en enfermería deben priorizar la identificación y gestión de los factores de riesgo que predisponen al delirio. Esto implica una vigilancia constante de alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, cambios en la percepción (como alucinaciones), la presencia de trastornos metabólicos, el tratamiento del dolor y el seguimiento postoperatorio si es el caso. Al detectar estos factores, el personal de enfermería puede alertar al equipo médico e implementar medidas preventivas. Se debe procurar minimizar los cambios de habitación o de personal, ya que estas variaciones pueden desorientar aún más a la persona. Asegurar una hidratación y nutrición adecuadas es una intervención de enfermería básica pero crítica para prevenir el delirio.

Depresión

La depresión es un síntoma no motor prevalente en la EP. Este tiene un impacto significativo, ya que puede reducir la eficacia de la terapia dopaminérgica y contribuir a una mayor discapacidad funcional⁴⁸. Además, la presencia de depresión en la EP se asocia con un deterioro físico y cognitivo más acelerado, una mayor tasa de mortalidad y una calidad de vida deficiente. Por lo tanto, la detección temprana y el reconocimiento de este síntoma son de suma importancia.

En cuanto a la intervención, se recomienda la prescripción de medicamentos cuando sea necesario por el médico especialista. Asimismo, la implementación de programas educativos es crucial para proporcionar información detallada sobre el trastorno del estado de ánimo y su relación con la EP. Se aboga también por la facilitación de habilidades que mejoren las estrategias de afrontamiento ante el trastorno del estado de ánimo, junto con el apoyo emocional mediante la creación de una sólida red de soporte⁴⁹.

La enfermería desempeña un papel clave en la detección temprana y el cribado continuo de alteraciones del estado de ánimo, mediante evaluaciones

periódicas y el uso de herramientas validadas. Asimismo, participa en el monitoreo de la adherencia y efectos de la medicación antidepresiva, promueve hábitos de vida saludables y mantiene una comunicación estrecha con la persona, su familia y el equipo multidisciplinario, favoreciendo un abordaje integral orientado a mejorar la calidad de vida.

Sobrecarga del cuidador

La carga del cuidador se conceptualiza como la percepción de tensión y estrés que resultan de la responsabilidad real o aparente de brindar cuidados a un ser querido que vive con la EP⁵⁰. Los cuidadores informales son fundamentales en la atención de las personas con EP aunque su labor se asocia con carga social, económica y mayor morbilidad. Comprender los factores que contribuyen a esta carga permite implementar estrategias integrales, como el tratamiento adecuado de los síntomas, el apoyo psicológico y el acompañamiento, que pueden reducir el impacto en el cuidador y mejorar la calidad de vida.

La carga del cuidador en la EP es un desafío relevante que requiere un abordaje integral. La enfermería desempeña un papel clave en su identificación y manejo, mediante la evaluación sistemática con herramientas validadas y el seguimiento continuo. Asimismo, promueve la educación del cuidador en cuidados básicos, movilización y prevención de complicaciones, y facilita su vinculación con redes de apoyo, con el objetivo de reducir el estrés y mejorar la calidad del cuidado.

Discusión

La EP se considera en la actualidad como un desafío neurodegenerativo global. Más allá de sus características motoras cardinales y de sus síntomas no motores que, aunque a menudo subestimados, se debe destacar que tiene un impacto real en la calidad de vida de quien vive con la condición y en la dinámica familiar. Este artículo subraya la importancia de un enfoque integral. En este contexto complejo, el rol del profesional de enfermería emerge como indispensable. La enfermería no solo colabora en el tratamiento farmacológico, sino que su intervención es esencial en la detección temprana, la educación, el apoyo emocional y la implementación de estrategias no farmacológicas.

La integración de las acciones de enfermería en un equipo multidisciplinario es fundamental. El tratamiento de la EP trasciende la farmacología, requiriendo un

cuidado holístico que aborde las necesidades complejas de la persona que vive con EP y su familia, que habitualmente funge también como cuidador primario. La comunicación efectiva entre todos los profesionales de salud incluyendo enfermería, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos optimiza los planes de cuidado, personalizando las intervenciones y maximizando la autonomía y calidad de vida de las personas con EP.

Conclusión

La EP es una condición crónica que demanda una atención integral y multifacética, en especial en el abordaje de sus síntomas no motores y las complicaciones asociadas. El abordaje holístico de la EP desde el ámbito de la enfermería se erige como un pilar indispensable para mejorar la calidad de vida del paciente en el contexto domiciliario.

El cuidado de enfermería, fundamentado desde la práctica basada en evidencia ofrece un enfoque sistemático e individualizado, que considera al paciente como un todo. Mediante educación sanitaria personalizada, promoción del autocuidado, evaluación continua de síntomas motores y no motores y coordinación interdisciplinaria, la enfermería contribuye a la identificación temprana de factores de riesgo y a la prevención de complicaciones. Este enfoque no solo responde a las necesidades funcionales en fases iniciales y avanzadas, sino que también aborda dimensiones psicosociales esenciales como la adaptación emocional y el apoyo del cuidador primario. En consecuencia, el rol de enfermería va más allá de los cuidados técnicos: actúa como facilitador de autocuidado, enlace entre disciplinas de salud y promotor de un entorno terapéutico integral. El profesional de enfermería es un pilar irremplazable en este proceso de cuidado, por lo que mejoran sustancialmente la calidad de vida de las personas con EP y reducen la carga de sus cuidadores. La enfermería, por tanto, se consolida como un agente clave en el tratamiento integral y humano de la EP.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

C.A. Ugalde-Basabe y G. López-Cantera son miembros del Comité Editorial de la *Revista de Enfermería*

Neurológica, las demás autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Rawls A, Okun MS. Parkinson disease. *Continuum (Minneapolis)*. 2025;31:930-55.
2. Guo XY, Song DY, Wu MY, Zhang JQ, Li JY, Yuan L. Parkinson's disease: the epidemiology, risk factors, molecular pathogenesis, prevention, and therapy. *MedComm*. 2025;6:e70540.
3. Tanner CM, Ostrem JL. Parkinson's disease. *N Engl J Med*. 2024;39:442-52.
4. Hayes MT. Parkinson's disease and Parkinsonism. *Am J Med*. 2019;132(7):802-7.
5. Weintraub D, Aarsland D, Chaudhuri KR, Dobkin RD, Leentjens AF, Rodriguez-Violante M, et al. The neuropsychiatry of Parkinson's disease: advances and challenges. *Lancet Neurol*. 2022;21:89-102.
6. Moya-Galé G, Fernández IF, González X, Manosalvas K, Agin-Liebes J. Navigating communication, social connectedness, and mental health burden as Hispanic/Latiné care partners of individuals with Parkinson's disease. *Am J Speech Lang Pathol*. 2026;35:621-37.
7. Göttgens I, Darweesh SKL, Bloem BR, Oertelt-Prigione S. The impact of multiple gender dimensions on health-related quality of life in persons with Parkinson's disease: an exploratory study. *J Neurol*. 2022;269:5963-72.
8. Kuhlman GD, Flanigan JL, Sperling SA, Barrett MJ. Predictors of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2019;65:86-90.
9. Crispino P, Gino M, Barbagelata E, Ciarambino T, Politi C, Ambrosino I, et al. Gender differences and quality of life in Parkinson's disease. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;18:198.
10. Qamar MA, Harington G, Trump S, Johnson J, Roberts F, Frost E. Multidisciplinary care in Parkinson's disease. *Int Rev Neurobiol*. 2017;132:511-23.
11. Thomas S, Edwards E, Kobylecki C. Parkinson's nurses are crucial for the management of Parkinson's disease: 2007-2024. *J Parkinsons Dis*. 2024;14(s1):S209-S17.
12. Tenison E, McGrogan A, Ben-Shlomo Y, Henderson EJ. Identifying and predicting risk for hospital admission among patients with Parkinsonism. *Mov Disord Clin Pract*. 2025;12:43-56.
13. Won JH, Byun SJ, Oh BM, Kim HJ, Park SJ, Seo HG. Pneumonia risk and its associated factors in Parkinson's disease: a national database study. *J Neurol Sci*. 2020;415:116949.
14. Murueta-Goyena A, Muiño O, Gómez-Esteban JC. Prognostic factors for falls in Parkinson's disease: a systematic review. *Acta Neurol Belg*. 2024;124:395-406.
15. Liu WY, Tung TH, Zhang C, Shi L. Systematic review for the prevention and management of falls and fear of falling in patients with Parkinson's disease. *Brain Behav*. 2022;12:e2690.
16. Tiago Horta RDS. Falls prevention in older people and the role of nursing. *Br J Community Nurs*. 2024;29(7):335-9.

17. Ashburn A, Pickering R, McIntosh E, Hulbert S, Rochester L, Roberts HC, et al. Exercise- and strategy-based physiotherapy-delivered intervention for preventing repeat falls in people with Parkinson's: the PDSAFE RCT. *Health Technol Assess.* 2019;23:1-150.
18. Lee DH, Woo BS, Park YH, Lee JH. General treatments promoting independent living in Parkinson's patients and physical therapy approaches for improving gait-a comprehensive review. *Medicina (Kaunas).* 2024;60:711.
19. Pirker W, Ferreira JJ, Rascol O, Poewe W. Management of Parkinson's disease psychosis-a European perspective. *Lancet Reg Health Eur.* 2026;62:101569.
20. Schneider RB, Auinger P, Dobkin RD, Mills KA, Kulick-Soper CV, Myers TL, et al. Minor phenomena in Parkinson's disease-prevalence, associations, and risk of developing psychosis. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2024;37(2):134-45.
21. Borek LL, Friedman JH. Treating psychosis in people with Parkinson's disease. *Expert Opin Drug Saf.* 2025;24:513-18.
22. Segal GS, Xie SJ, Paracha SU, Grossberg GT. Psychosis in Parkinson's disease: current treatment options and impact on patients and caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2021;34:274-9.
23. Pourzinal D, Brooks D, Sriram D, Mccann E, King JM, Pachana NA, et al. Best practice guidelines for the diagnosis, evaluation, and management of cognitive disorders in Parkinson's disease. *Age Ageing.* 2026;55:afag063.
24. Weintraub D, Aarsland D, Biundo R, Dobkin R, Goldman J, Lewis S. Management of psychiatric and cognitive complications in Parkinson's disease. *BMJ.* 2022;379:e068718.
25. Aarsland D, Batzu L, Halliday GM, Geurtsen GJ, Ballard C, Ray Chaudhuri K, et al. Parkinson disease-associated cognitive impairment. *Nat Rev Dis Primers.* 2021;7:47.
26. Kalbe E, Folkerts AK, Witt K, Buhmann C, Liepelt-Scarfone I; German Parkinson's Guidelines Group. German Society of Neurology guidelines for the diagnosis and treatment of cognitive impairment and affective disorders in people with Parkinson's disease: new spotlights on diagnostic procedures and non-pharmacological interventions. *J Neurol.* 2024;271:7330-57.
27. Giustiniani A, Maistrello L, Danesin L, Rigon E, Burgio F. Effects of cognitive rehabilitation in Parkinson disease: a meta-analysis. *Neurol Sci.* 2022;43:2323-37.
28. Xu H, Zheng X, Xing X, Bi Z, Wang D, Zhang C, et al. Advances in autonomic dysfunction research in Parkinson's disease. *Front Aging Neurosci.* 2025;17:1468895.
29. Palma JA, Thijs RD. Non-pharmacological treatment of autonomic dysfunction in Parkinson's disease and other synucleinopathies. *J Parkinsons Dis.* 2024;14:S81-S92.
30. McDonald C, Winge K, Burn DJ. Lower urinary tract symptoms in Parkinson's disease: Prevalence, aetiology and management. *Parkinsonism Relat Disord.* 2017;35:8-16.
31. Golesorkhi N, Leta V, Chaudhuri KR, Walker NAF. Lower urinary tract symptoms correlation with motor and cognitive function in patients with Parkinson disease. *Int Neurourol J.* 2025;29:207-214.
32. Palma JA, Kaufmann H. Orthostatic hypotension in Parkinson disease. *Clin Geriatr Med.* 2020;36:53-67.
33. Fanciulli A, Leys F, Falup-Pecurariu C, Thijs R, Wenning GK. Management of orthostatic hypotension in Parkinson's disease. *J Parkinsons Dis.* 2020;10:S57-S64.
34. LeWitt PA, Kymes S, Hauser RA. Parkinson disease and orthostatic hypotension in the elderly: recognition and management of risk factors for falls. *Aging Dis.* 2020;11:679-91.
35. Verma A, Saraya E, Haque MS, Senaratne M, Khan S, Kasagga A, et al. Pharmacological interventions for orthostatic hypotension: a systematic review. *Cureus.* 2025;17:e89911.
36. Cosentino G, Avenali M, Schindler A, Pizzorni N, Montomoli C, Abbruzzese G, et al. A multinational consensus on dysphagia in Parkinson's disease: screening, diagnosis and prognostic value. *J Neurol.* 2022;269:1335-52.
37. Liu V, Wehbi N, Sai P, Cazzato K, Yip H. Oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: an analysis of prevalence, swallow therapy utilization, and complication rates. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2026;11:e70366.
38. Schindler A, Pizzorni N, Cereda E, Cosentino G, Avenali M, Montomoli C, et al. Consensus on the treatment of dysphagia in Parkinson's disease. *J Neurol Sci.* 2021;430:120008.
39. De Rui M, Inelmen EM, Trevisan C, Pigozzo S, Manzato E, Sergi G. Parkinson's disease and the non-motor symptoms: hyposmia, weight loss, osteosarcopenia. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32:1211-8.
40. Flanagan R, Rusch C, Lithander FE, Subramanian I. The missing piece of the puzzle - The key role of the dietitian in the management of Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2024;121:106021.
41. Yao L, Liang W, Chen J, Wang Q, Huang X. Constipation in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur Neurol.* 2023;86:34-44.
42. Zhang P, Su X, Han X, Zhao D, Wang J, Yang Y, et al. Comparative efficacy of non-pharmacological interventions for Parkinson's disease with constipation: a systematic review and network meta-analysis. *Front Neurol.* 2025;16:1579556.
43. Iranzo A, Cochen De Cock V, Fantini ML, Pérez-Carbonell L, Trotti LM. Sleep and sleep disorders in people with Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2024;23:925-37.
44. Taximaimaiti R, Luo X, Wang XP. Pharmacological and non-pharmacological treatments of sleep disorders in Parkinson's disease. *Curr Neuropharmacol.* 2021;19:2233-49.
45. Lawson RA, McDonald C, Burn DJ. Defining delirium in idiopathic Parkinson's disease: a systematic review. *Parkinsonism Relat Disord.* 2019;64:29-39.
46. Cullinan RJ, Richardson SJ, Yarnall AJ, Burn DJ, Allan LM, Lawson RA. Documentation and diagnosis of delirium in Parkinson's disease. *Acta Psychiatr Scand.* 2023;147:527-35.
47. Ebersbach G, Ip CW, Klebe S, Koschel J, Lorenzi S, Schrader C, et al. Management of delirium in Parkinson's disease. *J Neural Transm (Vienna).* 2019;126:905-12.
48. Prange S, Klinger H, Laurencin C, Danaila T, Thobois S. Depression in patients with Parkinson's disease: current understanding of its neurobiology and implications for treatment. *Drugs Aging.* 2022;39:417-39.
49. Angelopoulou E, Stanitsa E, Karpodini CC, Bougea A, Kontaxopoulou D, Fragkiadaki S, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for depression in Parkinson's disease: an updated review. *Medicina (Kaunas).* 2023;59:1454.
50. Soares GM, Bouça-Machado R, Abreu D, Ferreira JJ. Contributory factors to caregiver burden in Parkinson's disease. *Mov Disord Clin Pract.* 2023;10:1507-18.

Autocontrol en jóvenes universitarios: un análisis de sus características y dimensiones

Self-control in young university students: an analysis of its characteristics and dimensions

Juan Y. Telumbre-Terrero^{1*}, Lucely Maas-Góngora¹, Luvia C. Castillo-Arcos¹, Pedro M. Noh-Moo¹
y Lucero Fuentes-Ocampo²

¹Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche; ²Centro Interdisciplinario del Noreste, Universidad de Guanajuato, Tierra Blanca, Guanajuato. México

Resumen

Introducción: El autocontrol ha sido punto de interés en la consolidación de salud emocional de los jóvenes. **Objetivo:** Analizar el autocontrol de forma global y por dimensiones en jóvenes universitarios. **Método:** Estudio cuantitativo no experimental de corte transversal descriptivo realizado en 519 universitarios seleccionados por medio de un muestreo aleatorio simple. Se utilizó la Escala breve de autocontrol, el análisis de los datos se realizó en el programa SPSS V23. **Resultados:** Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) por características sociodemográficas, donde el autocontrol y la dimensión de control de impulsos fue mayor en las mujeres y la dimensión de autodisciplina en los hombres, así como ambas presentaron valores superiores en los jóvenes que estudian y trabajan al mismo tiempo. **Conclusión:** El autocontrol en los jóvenes universitarios es adecuado, lo que indica que este grupo poseen recursos individuales que les permite regular su conducta tanto en el ámbito individual como colectivo.

Palabras clave: Adulto joven. Estudiante. Autocontrol. Salud mental.

Abstract

Introduction: Self-control has been a focus of interest in promoting the emotional well-being of young people. **Objective:** To analyze self-control globally and by dimension in university students. **Method:** A descriptive, cross-sectional, non-experimental quantitative study was conducted with 519 university students selected through simple random sampling. The Brief Self-Control Scale was used, and data analysis was performed using SPSS version 23. **Results:** Statistically significant differences ($p < 0.05$) were found based on sociodemographic characteristics, with self-control and the impulse control dimension being higher in women and the self-discipline dimension higher in men. Both dimensions were also higher in young people who study and work simultaneously. **Conclusion:** Self-control in university students is adequate, indicating that this group possesses individual resources that allow them to regulate their behavior in both individual and collective settings.

Keywords: Young adult. Students. Self-control. Mental health.

***Correspondencia:**

Juan Y. Telumbre-Terrero

E-mail: jtelumbre@pampano.unacar.mx

Fecha de recepción: 24-01-2026

Fecha de aceptación: 13-05-2026

DOI: 10.24875/REN.26000003

Disponible en línea: 22-06-2026

Rev Enf Neurol. 2026;25(1):11-18

www.enfermerianeurologica.mx

Introducción

En el mundo existen alrededor de 1.5 millones de jóvenes de entre 15 y 24 años, lo que representa el 16% de la población mundial, y se prevé que aumentará un 7% para el 2030. Este grupo puede considerarse una pieza clave para el crecimiento económico, político y social de un país¹. No obstante, son muchos los que no pueden participar plenamente en la toma de decisiones, 175 millones de jóvenes de bajos ingresos no saben leer ni escribir, aproximadamente 500 millones viven con menos de dos dólares al día y 73 millones no tienen trabajo dada las dificultades para insertarse al mercado laboral².

En América latina y el Caribe viven cerca de 160 millones de adolescentes y jóvenes, lo que representa cerca del 25% de la población y se traduce en que una de cada cuatro personas de la región es adolescente o joven. Si bien es una población abierta al cambio y conocedores tecnológicos, aún siguen las brechas de desigualdad que impactan de manera negativa en la salud de los jóvenes³.

En México la población joven representa el 30.7% de la población total del país, con una concentración en los estados de Chiapas, Aguascalientes, Quintana Roo, Guerrero y Puebla⁴. Por lo tanto, se destaca que esta etapa es crucial para la vida adulta y se caracteriza por ser una etapa de vulnerabilidad y mayor susceptibilidad ante la alteración en la salud mental, lo que en ocasiones no se detecta y trata de manera oportuna⁵. Por ello se requiere que los jóvenes desarrollen, adquieran y fortalezcan las habilidades para la vida necesarias que les permita realizar contribuciones significativas a su entorno inmediato y mediato⁶.

En este sentido las habilidades para la vida se conciben como las herramientas que tiene una persona para enfrentar de forma adecuadas las exigencias y desafíos para la vida, las cuales se adquieren y fortalecen a lo largo de la vida por medio de la experiencia, entrenamiento intencional, modelado o la imitación⁷. En esta línea el autocontrol ha sido punto de interés en la consolidación de salud emocional de los adolescentes y jóvenes, considerado en un inicio como la capacidad de anular, cambiar o interrumpir los impulsos de las personas y actuando sobre ello⁸.

Así también alude a la capacidad de resistir las tentaciones, modular sus emociones y ajustar su comportamiento asumiendo con responsabilidad los efectos, tomando como base valores y expectativas a corto, mediano y largo plazo⁹. Es así como el autocontrol resulta una variable fundamental para una adecuada

adaptación en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, que pueden incluir el entorno educativo, laboral y las relaciones interpersonales^{10,11}. En concordancia con lo anterior, se reconoce que el autocontrol desempeña un papel fundamental en el contexto universitario, lo que se traduce en un mejor rendimiento académico que lleva a asumir las tareas, actividades, gestión del tiempo y toma de decisiones sobre su educación formal^{12,13}.

Además, si el autocontrol se correlaciona con la autoestima, asertividad, resiliencia y regulación emocional de los jóvenes universitarios, se tiene mayor impacto en la salud mental de estos, lo que implica un buen desempeño en el ámbito individual, familiar, escolar y social, que les permite hacer frente a las diversas situaciones que pudiera experimentar durante esta etapa¹⁴⁻¹⁶.

Por lo anterior el objetivo de la presente investigación es analizar el autocontrol en jóvenes universitarios de forma global y por dimensiones, se espera que los hallazgos puedan ser un punto de partida para futuras investigaciones e intervenciones específicas que permitan comprender y fortalecer esta variable en los jóvenes, lo que pudiera repercutir de manera directa e indirecta en la salud emocional y por ende a un bienestar general. Desde el área de enfermería se puede contribuir al fortalecimiento del autocontrol mediante la educación para la salud que permitan el fomento de habilidades psicosociales por medio de acciones o estrategias que permitan el manejo de estrés, emociones, toma de decisiones con responsabilidad y por lo tanto una prevención en conductas de riesgo para la salud.

Método

Se realizó una investigación bajo un enfoque cuantitativo de tipo no experimental de corte transversal descriptivo¹⁷, considerando una población finita de dos facultades (Económicas-Administrativas y Química) de una institución pública de educación superior en Ciudad del Carmen, Campeche, ubicado en el sureste de México. Para la ejecución del proyecto se realizó un muestreo aleatorio simple, el cual se basó en el número de grupos de cada facultad y por semestres con el objetivo de una representatividad de los datos, esto por medio de una aplicación generadora de números aleatorios¹⁸. Para tal fin se consideró una población finita de 3,869 jóvenes y el cálculo muestral se realizó en el programa nQuery Advisor considerando una nivel de confianza del 95%, significancia estadística de 0.05 y

un error de estimación del 4%, quedando una muestra final de 519 alumnos de ambos sexos, legalmente inscritos y que decidieron participar de manera voluntaria en la investigación durante el mes de agosto y septiembre de 2025. Para la recolección de la información se utilizó una ficha de datos personales *ad hoc* diseñada por los investigadores para tal fin, constituida por una pregunta abierta y seis preguntas de opción múltiple (dicotómica y politómica).

Para la medición del autocontrol, se utilizó la escala denominada Escala breve de autocontrol de Tangney et al.¹⁹, versión breve validada en el contexto mexicano por Nuño-Gutiérrez et al.²⁰, quienes reportaron una confiabilidad de 0.82 de forma global y para la dimensión de autocontrol de $\alpha = 0.76$ y para autodisciplina de $\alpha = 0.72$, en esta investigación se obtuvo una confiabilidad de 0.82 de forma global. Esta escala está integrada por 10 afirmaciones, que indagan sobre la capacidad que tienen los jóvenes ante determinadas situaciones que pudieran ocasionar el autocontrol, consta de dos dimensiones: control de impulso y autodisciplina. Las opciones de respuesta son tipo Likert con cinco opciones cada una con un valor de 1 hasta 5, por lo tanto, se obtiene un valor mínimo de 10 y máximo de 50. Para su interpretación, a mayor puntaje mayor autocontrol, o bien se pueden utilizar los siguientes puntos de corte: 10 a 23 bajo, 24 a 37 medio y de 38 a 50, alto²¹.

Antes de la realización del proyecto se contó con la aprobación del proyecto por parte de Comité Tecnocientífico de la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma del Carmen (CAI/FCS/2025/02), posteriormente se obtuvo el permiso correspondiente en las facultades para realizar la recolección de la información. Realizada esta acción se programaron las visitas a las facultades para la invitación de los jóvenes e iniciar con la recolección de los datos.

Esta actividad fue responsabilidad de los investigadores, quienes realizaron el abordaje de los jóvenes, realizaron la explicación y objetivo y, en caso de aceptar, se hizo entrega de un consentimiento informado, seguido de la ficha de datos personales y de la Escala breve de autocontrol. Se estuvo al pendiente para atender cualquier inquietud, al finalizar el llenado se agradeció su colaboración haciendo hincapié que la información proporcionada era totalmente anónima y confidencial.

Es preciso señalar que la investigación se sustentó en lo descrito en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud²², donde se definen los

criterios esenciales que toda investigación en seres humanos debe incluir, basándose en la confidencialidad, anonimato y una participación voluntaria expresada por medio de un consentimiento informado. Los datos fueron capturados y analizados en el programa *Statistical Package for Social Sciences* versión 23.0 por medio de estadística descriptiva (frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión) e inferencial mediante la prueba H de Kruskal-Wallis, dado que los resultados no mostraron normalidad (pruebas no paramétricas) en los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov²³.

Resultados

Datos sociodemográficos

En función de los datos, se estimó una media de edad de 19.92 (desviación estándar [DE]: 1.7; 18-22) años, el 625 de la muestra corresponde al sexo masculino y el 38% al femenino, se destaca que el 20.4% de los jóvenes expresaron trabajar y estudiar al mismo tiempo, dedicando el promedio 5.4 (DE: 1.7) horas al día en actividades relacionadas con la atención a clientes (ventas). Por semestre el 34.1% está ubicado en el cuarto semestre, el 24.9% en el segundo y el 21.8% al octavo ciclo. Por lo que respecta a la obtención de la muestra, el 55.3% corresponde a la Facultad de Ciencias Económico-Administrativas y el 44.7% a la Facultad de Derecho.

Autocontrol

Por lo que concierne a la dimensión de «Control de impulsos», se destaca que al 16.8% algunas veces le cuesta trabajo acabar con sus malos hábitos, el 44.4% a veces dice cosas inapropiadas y el 44.1% no puede parar de hacer algunas cosas, aunque sabe que están mal (Tabla 1). Al obtener el promedio de cada una de las afirmaciones, se destaca que a los jóvenes les cuesta acabar con sus malos hábitos ($\bar{x} = 2.67$).

En relación con la segunda dimensión, «Autodisciplina», los datos muestran que el 36.2% siempre rechaza cosas que son malas para ellos y el 37.0% expresó que regularmente con capaces de resistir tentaciones (Tabla 2). Además, en función de la media de cada afirmación se destaca «Rechazo cosas que son malas para mí» con un valor de 3.6.

Ahora bien, al obtener las puntuaciones globales de la escala se obtuvo una media global de 27.66 puntos (DE: 5.07; 10-48), por dimensiones, autodisciplina con

Tabla 1. Afirmaciones de la dimensión: control de impulsos en jóvenes universitarios (n = 519)

Control de impulsos	N	AV	R	ALV	S	\bar{x}	DE	Valores	
	%	%	%	%	%			Mín	Máx
Me cuesta acabar con mis malos hábitos.	8.5	43.4	26.0	16.8	5.4	2.67	1.02	1	5
Digo cosas inapropiadas.	11.0	44.7	24.1	15.0	5.2	2.59	1.03	1	5
Hago cosas perjudiciales para mí si son divertidas.	43.0	35.3	11.9	9.2	0.6	1.89	0.98	1	5
El placer y la diversión a veces me impiden hacer mis tareas.	29.1	37.0	18.3	13.5	2.1	2.23	1.07	1	5
A veces no puedo parar de hacer algunas cosas, aunque sepa que están mal.	22.4	44.1	15.0	11.9	6.6	2.36	1.14	1	5
A menudo actúo sin pensar en todas las alternativas posibles.	25.6	42.2	18.5	9.6	4.0	2.24	1.06	1	5

N: nunca; AV: a veces; R: regularmente; ALV: algunas veces; S: siempre; \bar{x} : media; DE: desviación estándar; Mín: valores mínimos; Máx: valores máximos.

Tabla 2. Afirmaciones de la dimensión: autodisciplina en jóvenes universitarios (n = 519)

Autodisciplina	N	AV	R	ALV	S	\bar{x}	DE	Valores	
	%	%	%	%	%			Mín	Máx
Soy capaz de resistir tentaciones.	3.3	18.9	37.0	11.9	28.9	3.44	1.18	1	5
Rechazo cosas que son malas para mí.	2.7	26.2	15.2	19.7	36.2	3.61	1.28	1	5
La gente piensa que soy muy disciplinado.	6.6	23.3	33.7	13.1	23.3	3.23	1.22	1	5
Soy capaz de trabajar eficazmente con objetivos a largo plazo	4.8	23.7	28.7	12.3	30.4	3.40	1.27	1	5

N: nunca; AV: a veces; R: regularmente; ALV: algunas veces; S: siempre; \bar{x} : media; DE: desviación estándar; Mín: valores mínimos; Máx: valores máximos.

un promedio de 13.68 (DE; 3.28; 4-20) y el control de impulso de 13.98 (DE: 3.92; 6-30). Al analizar estas puntuaciones por variables sociodemográficas ($p < 0.05$) se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, donde el autocontrol fue mayor en los hombres de manera general, por dimensiones hubo variaciones, en las variables de sexo y situación laboral (Tabla 3).

Ahora bien, al categorizar las puntuaciones de la escala, se obtuvo que gran parte de los jóvenes presentan un nivel medio, lo que representa el 60.9% (Fig. 1).

Discusión

La presente investigación permitió profundizar en el análisis del autocontrol en jóvenes universitarios como una de las habilidades socioemocionales que se adquieren y fortalecen en la familia y el medio social donde se desarrollan los jóvenes. Por lo que respecta a los datos sociodemográficos, un dato que resulta

interesante es que el 20.4% de los jóvenes expresaron estudiar y trabajar al mismo tiempo, con una dedicación de 5 horas al día a esta actividad, dato que es menor en comparación con lo reportado a nivel nacional²⁴, donde se estima que de los jóvenes que cursan educación superior el 28.5% combina escuela y trabajo, donde predomina más en los hombres (37.3%) que en las mujeres (20.4%). Estos datos pueden interpretarse desde una perspectiva sociocultural donde los roles de género tradicionales siguen prevaleciendo, lo que conlleva una mayor presión hacia los hombres para incorporarse al mercado laboral a una edad temprana, teniendo una interacción entre condiciones económicas, género y exigencias académicas, elementos que prevalecen el contexto donde se realizó la investigación, donde la mayor parte de los jóvenes son foráneos.

Es así como el empleo se configura como un elemento crucial hacia la vida adulta, donde el ingreso económico representa una forma de solventar los gastos de su formación académica e independencia

Tabla 3. Diferencias del autocontrol y dimensiones por variables sociodemográficas (n = 519)

Variables	n	Global		Dimensiones			
		Autocontrol		Control de impulsos		Autodisciplina	
		\bar{x}	DE (Mín-Máx)	\bar{x}	DE (Mín-Máx)	\bar{x}	DE (Mín-Máx)
Sexo Hombre Mujer	322	28.09	5.06 (10-48)	12.81	3.90 (7-25)	13.81	2.97 (6-20)
	197	27.13	5.01 (18-40)	14.24	3.96 (6-30)	11.46	3.73 (4-20)
	U	29,917.50		29,377.00		30,480.00	
	p	0.001*		0.002*		0.000*	
Facultad Económico-Administrativas Derecho	287	27.63	5.25 (10-48)	14.02	4.15 (6-30)	13.46	3.57 (4-20)
	232	27.71	4.7 (18-40)	13.93	3.64 (8-24)	13.20	2.83 (7-20)
	U	27,847.50		32,975.00		27,334.50	
	p	0.457		0.851		0.435	
Situación actual Estudia Estudia y trabaja	413	27.65	5.1 (10-48)	13.91	3.95 (6-30)	12.74	3.22 (4-20)
	106	27.68	4.6 (20-40)	15.25	3.84 (10-25)	13.43	3.52 (8-20)
	U	21,547.0		21,232.50		20,425.50	
	p	0.118		0.021*		0.041	

*Estadísticamente significativo.
 \bar{x} : media; U: prueba U de Mann-Whitney; p: grado de significación; DE: desviación estándar; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo.

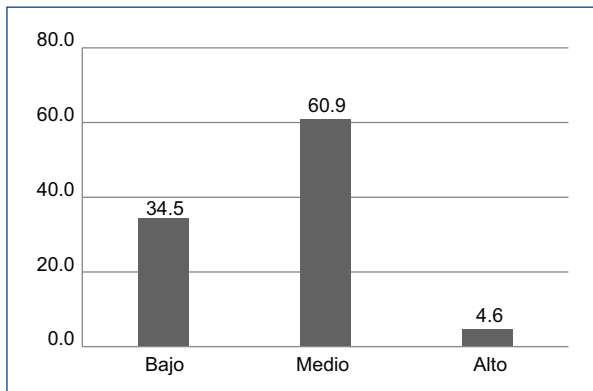


Figura 1. Nivel de autocontrol en jóvenes universitarios (Escala breve de autocontrol) (n = 519).

familiar, con el objetivo de alcanzar la autonomía personal y de significado a la vida personal y social de los jóvenes²⁵.

En relación con las afirmaciones que constituyen la escala en la dimensión control de impulso, se destaca que a los jóvenes les cuesta acabar con sus malos hábitos y en la dimensión autodisciplina, rechazan cosas que son malas para ellos. Esto hace evidente la dificultad que tienen los jóvenes ante diversas

situaciones reaccionando de manera impulsiva, siendo una característica de esta etapa que pudiera ocasionar problemas para su salud integral y su medio. Por otro lado, también se resalta la capacidad que tienen los jóvenes para tomar decisiones libremente que repercuten en su bienestar, al resistir a tentaciones y reducir comportamientos no saludables en esta etapa¹¹. Esto concuerda con Pérez-Villalobos et al.²⁶, al señalar que el autocontrol permite la autorregulación de conductas, manejo de las emociones y pensamientos con el objetivo de concretar metas a largo plazo, y por lo tanto es beneficioso, dado que se fomentan las interacciones sociales saludables entre el grupo de iguales.

Además, los resultados muestran una ambivalencia en relación con el autocontrol, por un lado, los jóvenes reconocen una dificultad al momento de realizar ajustes en sus hábitos, lo que refleja un conflicto para la regulación de las conductas inmediatas y el manejo de los impulsos. Estas variaciones pudieran estar ligadas a los cambios biopsicosociales que experimentan los jóvenes, además por la búsqueda de nuevas experiencias, la aceptación social y la limitada percepción de riesgo ante determinadas conductas^{9,10}. Pero a la vez tienden a rechazar lo que consideran dañino o

perjudicial, lo que pudiera dar pauta a que cuenten con los recursos o habilidades socioemocionales para la toma de decisiones consientes y responsables para el cuidado de su salud.

Se obtuvo una media global de 27.66 puntos, con diferencias significativas por sexo, donde las puntuaciones son mayores en los hombres, lo que es similar a lo reportado por García-Morale y Núñez-Lira²⁷ en Lima, Perú, al identificar que los hombres obtuvieron puntuaciones más elevadas en autocontrol y autorregulación en comparación con las mujeres, lo que muestra una brecha de género que pudiera estar determinada por factores socioculturales donde los jóvenes se desenvuelven. Sin embargo, Palomino-Farfán²⁸ identificó que no existen diferencias significativas del autocontrol en función del sexo, lo que pudiera atribuirse a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que experimentan los jóvenes en el contexto universitario y que se viven de manera similar. No obstante, los hombres tienden a involucrarse frecuentemente en conductas de riesgo para la salud, lo que pudiera implicar dificultades en la regulación emocional⁸.

Los hallazgos de la investigación muestran que las dimensiones del autocontrol presentan diferencias significativas, el control de impulsos es mayor en las mujeres, la autodisciplina en los hombres y ambas en los jóvenes que estudian y trabajan. Estos datos muestran lo multidimensional que puede ser el autocontrol, que puede variar en función de situaciones específicas y del tiempo, así como de características individuales y sociales de los seres humanos, que permite el control de impulsos y comportamientos en beneficio de una estabilidad emocional¹⁵.

En este orden de ideas se ha documentado que las mujeres presentan mejores niveles de regulación emocional y por ende menor impulsividad en comparación con los hombres, por el contrario, en los varones prevalecen acciones de competitividad, donde el control de impulsos está determinado por las expectativas sociales²⁹. Así también, la combinación de actividades académicas y laborales representan mayor responsabilidad de los jóvenes, favoreciendo al control de su conducta, manejo de su tiempo y la toma de decisiones, lo que contribuye al desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales³⁰.

Es así como estas variaciones permiten reflexionar que el autocontrol no es una capacidad homogénea, sino un proceso dinámico influido por factores personales, sociales y contextuales. Ahora bien, el control de impulsos en las mujeres pudiera relacionarse con procesos de socialización que experimentan y los

procesos de autodisciplina en los hombres puede estar ligados al cumplimiento de metas y responsabilidades que suelen caracterizarlos¹⁴. Así también, el trabajo implica asumir múltiples responsabilidades favoreciendo al desarrollo de habilidades de organización, regulación y manejo de conductas, dando como resultado el resultado el fortalecimiento del autocontrol a partir de experiencias y exigencias del entorno, pieza clave para la estabilidad emocional de los jóvenes ante la vida cotidiana.

Finalmente, al establecer los puntos de corte de la escala, los resultados muestran que los jóvenes presentan un nivel medio de autocontrol, lo que concuerda con investigaciones previas^{8,11} tanto en el contexto nacional como internacional, lo cual puede estar determinado por factores del entorno donde se desarrollan los jóvenes, dado que esta habilidad permite enfatizar en la fuerza de voluntad de las personas y al mismo tiempo regula las emociones de manera voluntaria³¹. Los hallazgos sugieren que los jóvenes poseen cierta capacidad para regular sus emociones, impulsos y conductas, pero a la vez se encuentran en un proceso de consolidación o construcción influenciado por el entorno familiar, social y académico, elementos fundamentales para el bienestar psicológico que conlleve a una adaptación adecuada ante las demandas de la vida diaria y la vez una etapa de transición hacia la edad adulta.

Conclusiones

El autocontrol en los jóvenes universitarios presenta un nivel medio en términos generales y en las dimensiones de autodisciplina y control de impulsos, lo que indica que este grupo posee recursos individuales que les permiten regular su conducta tanto en el ámbito individual como colectivo para la toma de decisiones efectivas que repercutan en su bienestar. Además, los hallazgos muestran que el autocontrol puede variar en función de características sociodemográficas como el sexo y la situación laboral, siendo predominante en las mujeres y en los jóvenes de combinan estudio y trabajo al mismo tiempo, esto implica también diferencias en las dimensiones que lo constituyen, lo que hace evidente la influencia de factores contextuales.

Predominó un nivel medio de autocontrol en los jóvenes, lo que resalta la necesidad de diseñar e implementar estrategias que permitan fortalecer el autocontrol y otras habilidades en estos grupos, con el objetivo de dotar de herramientas adecuadas para enfrentar las situaciones de la vida en sus

diversos contextos. Desde el ámbito universitario, el autocontrol permitirá un mejor desempeño académico de los jóvenes, traducido en toma de decisiones, gestión del tiempo y manejo del estrés, que impacten de manera positiva en su trayectoria escolar y laboral en determinadas ocasiones.

En lo que concierne al profesional de enfermería, desde su ámbito asistencial o comunitario puede implementar acciones de educación en salud que permitan el fomento de hábitos saludables en los jóvenes, incluida la salud mental, así también fomentar estrategias de apoyo, consejería y referencia oportuna de un equipo multidisciplinar que contribuyan al bienestar integral de los jóvenes. Es preciso mencionar que la investigación presenta algunas limitaciones, una de ellas está relacionada con la inclusión de otras variables asociadas al autocontrol, ya que este constructo puede estar influenciado por múltiples factores, aspectos que no fueron contemplados en la investigación, solo se contemplaron variables sociodemográficas. Asimismo, en futuras investigaciones se sugiere considerar otros contextos en los que los jóvenes crecen y se desarrollan, ya que esto puede influir significativamente en el fortalecimiento o debilitamiento del autocontrol.

Financiamiento

Los autores declaran que el desarrollo de la presente investigación contó con financiamiento otorgado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma del Carmen bajo la Convocatoria de Apoyo a la Investigación con registro: CAI-FCS/2025/02.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la

aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/A71-19>
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Participación y liderazgo de los jóvenes [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2025 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/participaci%C3%B3n-y-liderazgo-de-los-j%C3%B3venes>
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe. Adolescencia y Juventud [Internet]. Ciudad de Panamá: UNFPA; 2024 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/topics/adolescencia-y-juventud>
4. Gobierno de México. Las juventudes en México, potencial de la transformación para la igualdad [Internet]. Ciudad de México: SEGOB; 2020 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/historico-instituto/prensa/las-juventudes-en-mexico-potencial-de-la-transformacion-para-la-igualdad>
5. Organización Mundial de la Salud. La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
6. Organización Panamericana de la Salud. La OPS promueve la importancia de los jóvenes para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/27-10-2023-ops-promueve-importancia-jovenes-para-alcanzar-objetivos-desarrollo-sostenible>
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Habilidades para la vida. Herramientas para el buen trato y la prevención de la violencia [Internet]. Caracas: UNICEF; 2017 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/infomes/habilidades-para-la-vida-herramientas-para-el-buentrato-y-la-prevencion%C3%B3n-de-la-violencia>
8. Galli JI, Valle MV, Zamora EV, Canet-Juric L. Efecto de los rasgos de personalidad sobre el autocontrol en estudiantes universitarios de Argentina. *Psicobate*. 2020;21(2):38-49. DOI: 10.18682/ps.v21i2.4536
9. Chaverri CP, León GSP. Promoviendo la capacidad de autocontrol en niñas y niños: conceptos y estrategias en contexto. *Rev Innov Educ*. 2022;24(37):119-32. DOI: 10.22458/ie.v24i37.4068
10. Çelik O. Academic motivation in adolescents: the role of parental autonomy support, psychological needs satisfaction and self-control. *Front Psychol*. 2024;15:1384695. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1384695
11. Ponce PJE, Alvarado AGR, Fernández AML, Chiri SPC. Autoestima y autocontrol en el rendimiento académico de estudiantes universitarios. *Horizontes Rev Inv Ciencias Edu*. 2023;7(30):1774-84. DOI: 10.33996/revistahorizontes.v7i30.627
12. Soutter ARB, Möttus R. Big Five facets' associations with pro-environmental attitudes and behaviors. *J Pers*. 2021;89(2):203-15. DOI: 10.1111/jopy.12576
13. Álvarez-Maldonado D, Barrientos-Oradini N, Aráneda-Reyes M, Aparicio-Puentes C, Cofré-Sandoval F. Self-control and academic performance. A comprehensive review and empirical study. *Rev Encuentros*. 2024;22(2):43-57. DOI: 10.15665/encuen.v22i02-Julio-dic.3381
14. Dahal RK, Ghimire B, Karki D, Joshi SP. Elevating job search effectiveness: the significance of self-directed learning and self-control. *Intellect Econ*. 2023;17(2):418-34. DOI:10.13165/IE-23-17-2-08
15. Yang YD, Zhou CL, Wang ZQ. The relationship between self-control and learning engagement among Chinese college students: the chain mediating roles of resilience and positive emotions. *Front Psychol*. 2024;15:1331691. DOI:10.3389/fpsyg.2024.1331691
16. Dumciene A, Sipaviciene S. The role of gender in association between emotional intelligence and self-control among university student-athletes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22):11819. DOI: 10.3390/ijerph182211819
17. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(3):502-7.
18. Hernández-Ávila CE, Escobar NAC. Introducción a los tipos de muestreo. *Alerta Rev Cient Inst Nac Salud*. 2019;2(1):75-9.
19. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers*. 2004;72(2):271-324. DOI: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x

20. Nuño-Gutiérrez BL, Vega-Meza JA, Castañeda-de la Madrid DA. Evidencia sobre la validez y precisión de la Escala breve de autocontrol en adolescentes mexicanos y asociación con el consumo de sustancias. *Rev Int Investig Adicciones*. 2024;10(2):174-85. DOI: 10.28931/riiad.2024.2.08
21. Brevers D, Foucart J, Verbanck P, Turel O. Examination of the validity and reliability of the French version of the Brief Self-Control Scale. *Can J Behav Sci*. 2017;49(4):243-50. DOI: 10.1037/cbs0000086
22. Secretaría de Gobernación. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud [Internet]. México: SEGOB; 2014 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
23. Toledo MC, Álvarez EM, Espinoza IA, Celis PM, Jiménez DS. La estadística, una herramienta indispensable para la investigación en Ciencias de la Salud. *South Florida J Dev*. 2023;4(10):3957-67. DOI: 10.46932/sfjdv4n10-018
24. Organización Mundial de la Salud. La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
25. Amador-Ortiz CM, Velarde-Peña L, Torres-Isordia ML, Rodríguez-Palomera J, Sánchez-Navarrete Á. Empleo en estudiantes universitarios de un instituto tecnológico y su efecto en el desempeño académico. *RIDE*. 2023;14(27):1-27. Disponible en: <https://mail.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/1732>
26. Pérez-Villalobos MV, Cobo-Rendón RC, Sáez FM, Díaz-Mujica AE. Revisión sistemática de la habilidad de autocontrol del estudiante y su rendimiento académico en la vida universitaria. *Form Univ*. 2018;11(3):49-62. DOI: 10.4067/S0718-50062018000300049
27. García-Morale E, Núñez-Lira LA. Frustración y autocontrol en entornos académicos entre estudiantes de la facultad de educación de la universidad pública. *Innova Sci J*. 2025;3(3):484-95. DOI: 10.63618/omd/isi/v3/n3/96
28. Palomino-Farfán C. Autocontrol y psicopatía en estudiantes universitarios de una universidad privada del Cusco, Perú 2024. *Yachay*. 2025;14(1):17-23. DOI: 10.36881/yachay.v14i1.1034
29. Bastidas-Guerrón JL, Cárdenas-Fierro TM, Cárdenas-Fierro GM, Mora-Lucero AC, Curiel-López EM. El papel mediador del autoconcepto académico en la relación burnout y satisfacción con la vida. *EPSIR*. 2024;9:1-20. DOI: <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-566>
30. Duckworth A, Gross JJ. Self-control and grit: related but separable determinants of success. *Curr Dir Psychol Sci*. 2014;23(5):319-25. DOI: 10.1177/0963721414541462
31. Rosales-Pucheta A, Torres-Clemente EK, Valdez-Salvador BM, Cortaza-Ramírez L, Díaz-Morales K. Salud mental positiva en estudiantes universitarios de enfermería. *Cienc Lat Rev Cient Multidisciplinar*. 2023;7(2):10657-66. DOI: 10.37811/cl_rcm.v7i2.6153

Técnicas SAS y Push-Stop-Push para prevenir la oclusión de los CVC en pacientes hospitalizados

SAS and Push-Stop-Push techniques to prevent CVC occlusion in hospitalized patients

Álvaro N. López-Sabino¹, Loreyda Méndez-del Ángel¹, Samantha N. Mota-Jiménez^{2*}
y Joel Martínez-Martínez³

¹Subdirección de Enfermería, Hospital Naval de Acapulco, Dirección General Adjunta de Sanidad Naval, Acapulco, Guerrero; ²Sección de Investigación, Escuela de Enfermería Naval; ³Sección de Investigación, Escuela de Enfermería, Universidad Naval, Secretaría de Marina, Ciudad de México. México

Resumen

Introducción: El uso de catéter venoso central en pacientes hospitalizados se asocia a complicaciones como oclusión, que es uno de los más comunes y puede interrumpir los tratamientos del paciente. Al respecto lo mejor que puede hacer el personal de enfermería es la prevención mediante métodos eficaces. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de las técnicas SAS (Solución salina, Administración de medicamentos, Solución salina; Saline-Administer-Saline) y Push-Stop-Push de manera secuencial para prevenir la oclusión de catéteres venosos centrales (CVC) en pacientes hospitalizados. **Método:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en 35 pacientes con CVC hospitalizados en los servicios de hospitalización general, terapia intermedia e intensiva del Hospital Naval de Acapulco entre enero y abril de 2025. Se aplicaron las técnicas SAS y Push-Stop-Push, y se evaluó la permeabilidad del CVC en tres momentos: al día 1 (antes del protocolo), al día 3 y al día 7 (tras la aplicación de las técnicas). El análisis estadístico incluyó pruebas de McNemar y Q de Cochran para contrastar la incidencia de oclusión en los distintos puntos temporales. **Resultados:** Al día 1 se observó una tasa de oclusión del 28.6%, que descendió al 17.1% al día 3 y al 5.7% al día 7. La prueba de McNemar mostró una reducción estadísticamente significativa al día 7 ($p = 0.008$). La prueba Q de Cochran confirmó una progresión significativa en la disminución de las oclusiones ($p = 0.018$). También se identificó una asociación entre la oclusión del CVC al séptimo día y el empleo de la yugular izquierda como sitio de inserción del catéter ($p = 0.014$). **Conclusiones:** La aplicación secuencial de las técnicas SAS y Push-Stop-Push reduce significativamente la frecuencia de oclusiones en CVC en pacientes hospitalizados, mejorando la permeabilidad del dispositivo y contribuyendo a la seguridad clínica.

Palabras clave: Catéter venoso central. Oclusión. Técnica SAS. Técnica Push-Stop-Push. Enfermería.

Abstract

Introduction: The use of central venous catheters (CVCs) in hospitalized patients is associated with complications such as occlusion, which is one of the most common and may interrupt the patient's treatments. In this regard, the best approach nursing staff can take is prevention through effective methods. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the SAS (Saline, Administration of medication, Saline) and Push-Stop-Push techniques, applied sequentially, in preventing CVC occlusion in hospitalized patients. **Method:** An observational, longitudinal, and prospective study was conducted in 35 patients with CVCs hospitalized in general wards, intermediate, and intensive care units between January and April 2025. The SAS and

***Correspondencia:**

Samantha N. Mota-Jiménez
E-mail: varo492@hotmail.com

Fecha de recepción: 23-09-2025
Fecha de aceptación: 11-12-2025
DOI: 10.24875/REN.25000013

Disponible en línea: 22-06-2026
Rev Enf Neurol. 2026;25(1):19-25
www.enfermerianeurologica.mx

Push-Stop-Push techniques were applied, and catheter patency was assessed at three time points: day 1 (before protocol implementation), day 3, and day 7 (after application of the techniques). Statistical analysis included McNemar's test and Cochran's Q test to compare the incidence of occlusion at different time points. Results: On day 1, an occlusion rate of 28.6% was observed, decreasing to 17.1% on day 3 and to 5.7% on day 7. McNemar's test showed a statistically significant reduction by day 7 ($p = 0.008$). Cochran's Q test confirmed a significant trend in the reduction of occlusions ($p = 0.018$). An association was also identified between CVC occlusion on day 7 and the use of the left jugular vein as the insertion site ($p = 0.014$). Conclusions: The sequential application of SAS and Push-Stop-Push techniques significantly reduces the frequency of CVC occlusions in hospitalized patients, improving catheter patency and contributing to clinical safety.

Keywords: Central venous catheter. Occlusion. SAS technique. Push-Stop-Push technique. Nursing.

Introducción

El catéter venoso central (CVC) es un dispositivo esencial durante la atención médica, ya que permite el acceso al torrente sanguíneo a nivel central para la administración de medicamentos, fluidoterapia, nutrición parenteral, monitorización hemodinámica o hemodiálisis¹. El uso del CVC se ha vuelto una práctica común en el mundo, especialmente en pacientes hospitalizados por periodos prolongados.

Los CVC son herramientas esenciales en la atención médica de pacientes, utilizados para proporcionar un acceso venoso prolongado y seguro en pacientes que requieren tratamientos intravenosos frecuentes o de larga duración. Su uso es fundamental en situaciones en las cuales las venas periféricas no son adecuadas o suficientes.

De acuerdo con la NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos, en México entre el 80 y el 95% de los pacientes hospitalizados reciben tratamiento por vía intravenosa y en los EE.UU. se colocan anualmente más de 5 millones de catéteres venosos centrales y más de 200 millones de catéteres venosos periféricos^{2,3}.

Se han identificado diversas complicaciones asociadas a los CVC que se pueden dividir en mecánicas e infecciosas. Las mecánicas suelen estar relacionadas con la técnica de inserción del catéter, mientras que las infecciosas dependen del sitio de inserción, el tiempo de permanencia y el manejo del catéter. Además, estas complicaciones pueden ser inmediatas o tardías⁴. Entre las complicaciones más frecuentes que aumentan la morbilidad y mortalidad están la trombosis venosa, particularmente en miembros superiores, relacionada en un 70-80% con el uso de CVC. En las unidades de cuidados intensivos (UCI) de EE.UU., este problema es especialmente relevante⁵.

La oclusión del CVC es una de las complicaciones más comunes y puede interferir con la administración de

medicamentos, fluidos o la extracción de sangre. Esto pueden presentarse por una obstrucción mecánica, precipitación de medicamentos o nutrición parenteral y trombóticas⁶. La obstrucción mecánica ocurre cuando el catéter se tuerce o la punta del catéter se bloquea con la pared vascular. Otras de las causas menos comunes es el síndrome de pinzamiento, el cual se presenta cuando el catéter se comprime entre la clavícula y la primera costilla. La administración de medicamentos o la nutrición parenteral pueden causar obstrucción, que puede provocar un flujo cada vez más lento a través del catéter, y se debe a que la nutrición parenteral deja residuos lipídicos en las paredes del catéter y las concentraciones inadecuadas o las mezclas incompatibles de medicamentos se precipitan dentro del lumen⁷. Mientras que la obstrucción trombótica generalmente se presenta de manera secundaria al formarse una vaina de fibrina alrededor de la punta del catéter, un coágulo sanguíneo intraluminal o una trombosis venosa, que pueden ocurrir por separado o en combinación. Ocurre dentro de las 24 horas posteriores a la colocación del CVC y se desarrolla dentro de las 2 semanas. La vaina de fibrina generalmente no afecta la función del catéter, pero puede causar una obstrucción parcial al crear una válvula unidireccional sobre la punta del catéter, el cual solo permite administrar soluciones pero no aspirar^{7,8}.

La oclusión puede interrumpir los tratamientos, aumentar el riesgo de infecciones y generar la necesidad de intervenciones invasivas adicionales. Existe evidencia de que la tasa promedio de oclusión de un CVC varía del 14 al 36%⁹.

Al respecto, lo mejor que puede hacer el profesional de enfermería es la prevención; por ello, una de las condiciones más importantes es que permanezca libre de restos de otros medicamentos. Asimismo, se prevendrá la oclusión del catéter, consecuencia de las incompatibilidades. Para prevenir la oclusión, se implementan estrategias como el uso de heparina en dosis bajas, fibrinolíticos o el lavado regular con solución salina antes y después de la administración de

medicamentos, si bien algunas son efectivas, pero conlleva complicaciones. La heparina se usa comúnmente como el método estándar para lavar los CVC, puede ser insegura para los pacientes y costosa para las instituciones de salud. El uso de heparina aumenta el riesgo de trombocitopenia en los pacientes y se ha descrito que hasta el 30% de los pacientes experimentan reacciones alérgicas a esta¹⁰.

Por lo anterior, es crucial implementar técnicas preventivas para minimizar estas complicaciones. Las técnicas SAS (Solución salina, Administración de medicamentos, Solución salina; *Saline-Administer-Saline*) y *Push-Stop-Push* por separado han demostrado ser eficaces para prevenir la oclusión. La técnica SAS consiste en lavar el catéter con solución salina antes y después de administrar medicamentos, mientras que la técnica *Push-Stop-Push* implica la inyección de solución salina en intervalos interrumpidos, lo que crea una turbulencia que ayuda a evitar la acumulación de residuos en el lumen del catéter.

Técnica SAS

Consiste en limpiar el CVC con solución salina antes y después de la administración de medicamentos. Ayuda a prevenir la interacción de los medicamentos con los residuos en el catéter y mantiene la permeabilidad del dispositivo. La técnica SAS es parte de los estándares de práctica recomendados para el manejo de CVC (Fig. 1)¹¹.

Push-Stop-Push

El objetivo principal de la técnica *Push-Stop-Push* es generar turbulencia dentro del catéter, lo que favorece la limpieza efectiva de su interior. Al interrumpir la inyección de solución salina, se crea una turbulencia que ayuda a desprender cualquier residuo, como fibrina o partículas de medicamentos, que podrían adherirse a las paredes del catéter (Fig. 2)^{9,10}. Esto es particularmente importante dado que el flujo laminar (sin interrupciones) es menos efectivo para limpiar las superficies del catéter, y realizando las interrupciones evita la sedimentación, ya que la inyección continua podría permitir que las partículas suspendidas en la solución se sedimenten dentro del lumen del catéter, mientras que los pulsos interrumpidos evitan este fenómeno al mantener el flujo en movimiento¹².

Método

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo, sin intervención directa sobre

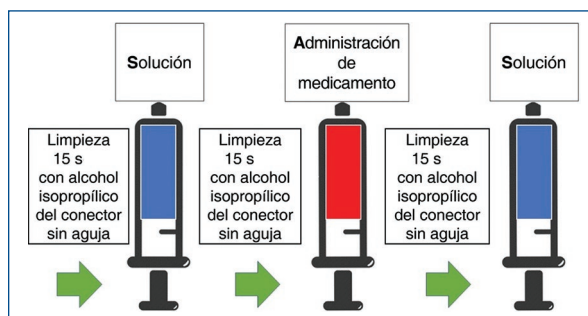


Figura 1. Técnica SAS (Solución salina, Administración de medicamentos, Solución salina). Consiste en administrar 1.5 ml de solución salina al 0.9% para lavar el lumen del catéter, seguido de la solución administrar el medicamento indicado y por último administración de 1.5 ml de solución para lavar la vía del residuo de medicamentos (tomada de Cruz-Martínez et al.¹¹).



Figura 2. Técnica *Push-Stop-Push*. Administrar 10 ml de solución salina al 0.9% en bolos de 1 ml con pausas de 0.3 a 0.4 segundos entre bolos y en el último bolo cerrar el *clamp*.

las variables, que buscó describir la asociación entre la aplicación de las técnicas SAS y *Push-Stop-Push*, y la permeabilidad del CVC a lo largo del tiempo.

La población fue seleccionada del Hospital Naval de Acapulco (HOSNAVACA) durante el periodo comprendido entre enero y abril de 2025 y que contaran con CVC.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, integrando a todos los pacientes con CVC que cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo de observación, el cual estuvo conformado por 35 pacientes hospitalizados.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes mayores de 18 años, pacientes hospitalizados y que contaban con CVC igual o mayor a 7 días. Los criterios de exclusión y eliminación fueron: pacientes

que se encontraban en tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis), con coagulopatía y trombocitopenia, pacientes que fallecieron durante el proceso de recolección de datos, pacientes al que se le retiró el CVC antes del tiempo establecido y pacientes que decidieron no seguir participando en la investigación.

Procedimiento

Como parte del proceso se realizó en dos fases, una de capacitación y otra de auditoría final. En la primera fase se capacitó a todo el personal de enfermería de los servicios de urgencias, hospitalización general, quirófano, unidad de cuidados intensivos y terapia intermedia. Las sesiones incluyeron capacitación teórica y práctica sobre la aplicación de las técnicas SAS y *Push-Stop-Push*, las cuales fueron impartidas por un profesional en clínica de catéteres y un especialista en cuidados intensivos.

Para favorecer el aprendizaje, la capacitación se realizó en dos momentos: en la primera, la sesión teórica se explicaron los fundamentos, indicaciones y el procedimiento de las técnicas, y en la segunda, la sesión práctica, donde el personal realizó los procedimientos aprendidos durante la sesión teórica y bajo supervisión directa. Además, se elaboró un vídeo tutorial sobre las técnicas y se integró el procedimiento completo en el manual de procedimientos de cada servicio, con el objetivo de reforzar el aprendizaje y garantizar la estandarización de las técnicas.

En la segunda fase durante la administración de medicamentos intravenosos se verificó que los lúmenes de los CVC contaran con conector sin aguja (bionector). Posteriormente se realizó la desinfección de cada lumen con antiséptico a base de clorhexidina al 2%, se conectó una jeringa de 10 ml precargado con solución salina al 0.9% al bionector y se comprobó la permeabilidad del catéter mediante la aspiración de 0.3 ml, observando la presencia de sangre hasta la mitad de lumen. Una vez confirmada la permeabilidad, con la misma jeringa se realizó la técnica SAS, el cual consistió en infundir 1.5 ml de solución salina al 0.9%, se administró el medicamento indicado y posteriormente una segunda administración de 1.5 ml de solución salina para lavar el lumen de residuo del medicamento infundido, concluyendo así la técnica SAS. De manera secuencial se procedió con la técnica *Push-Stop-Push*, el cual consistió en infundir 7 ml de solución salina al 0.9% en bolos de 1 ml, con pausas de 0.3 a 0.4 segundos entre cada bolo. En el último bolo se cerró el *clamp* para generar presión positiva en el lumen y así evitar el retorno sanguíneo.

En caso de que el medicamento fuera incompatible con solución salina al 0.9%, se utilizó solución glucosa al 5% para realizar la técnica SAS y *Push-Stop-Push*.

Las técnicas se realizaron al inicio del estudio, al día 3 y al día 7. Para verificar la permeabilidad de los lúmenes en todos los pacientes, las técnicas se realizaron al inicio de cada turno, registrando en el formato de recolección si el lumen se encontraba permeable, con oclusión parcial o con oclusión total. Si los lúmenes se encontraban ocupados por múltiples infusiones, de acuerdo con el estado clínico del paciente, se colocó una llave de tres vías en la parte proximal del lumen, lo cual permitió la administración de medicamentos y realizar de las técnicas SAS y *Push-Stop-Push*, y así evitar la interacción de medicamentos. Si se detectaba una oclusión total del catéter, se informaba de inmediato al médico responsable del servicio para evaluar las acciones que seguir. Todo el procedimiento se llevó a cabo con estricto apego a los principios éticos establecidos, asegurando en todo momento que no representara riesgos adicionales para los pacientes. Las técnicas se aplicaron únicamente cuando no comprometían su estado clínico, garantizando así la protección, bienestar y seguridad de cada participante durante todo el estudio.

Los datos recolectados se clasificaron como cualitativos y cuantitativos. Se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias) y pruebas estadísticas inferenciales: McNemar para comparación de proporciones emparejadas en dos momentos, y Q de Cochran para medidas repetidas en tres tiempos (días 1, 3 y 7). Se adoptó un umbral de significancia de $p < 0.05$.

Resultados

Características sociodemográficas

Se incluyó una muestra de 35 pacientes adultos hospitalizados en el HOSNAVACA con CVC. Las edades oscilaron entre 27 y 88 años (media 62.34 ± 11.47), con una mediana de 61 y moda de 65 años. El 54.3% ($n = 19$) eran hombres y el 45.7% ($n = 16$) mujeres. En cuanto al peso, la media fue de 68.4 kg (± 12.56), con una moda y mediana de 68 kg.

La mayoría de los pacientes pertenecía al servicio de medicina interna (54.1%, $n = 19$), seguido de cirugía general (22.9%, $n = 8$), neurología (8.6%, $n = 3$), cardiología (5.7%, $n = 2$) y otros servicios. El sitio de inserción más frecuente fue la vena yugular derecha (74.3%, $n = 26$), seguido de la yugular izquierda (22.9%, $n = 8$) y subclavia derecha (2.9%, $n = 1$).

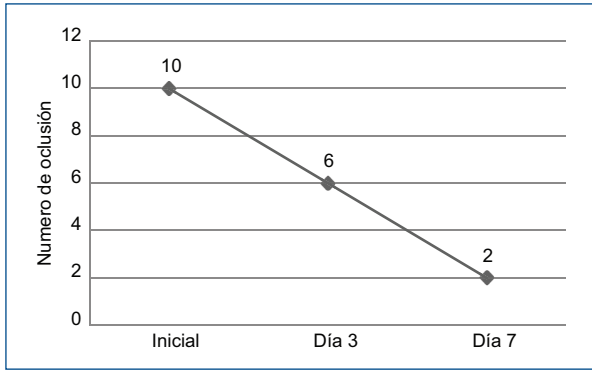


Figura 3. Número de oclusiones en el transcurso del tiempo.

En cuanto a comorbilidades, el 80.0% (n = 28) de los pacientes presentó alguna comorbilidad. La más común fue la hipertensión arterial (65.6%, n = 23), seguida por la diabetes *mellitus* tipo 2. También se reportaron enfermedad renal crónica, hipotiroidismo, EPOC y cardiopatías en menor frecuencia.

Permeabilidad del catéter venoso central antes y después de la intervención

La oclusión del CVC se presentó en el 40.0% (n = 14) de los casos durante el estudio. El día 1 (antes de la intervención), la frecuencia fue del 28.6% (n = 10), al día 3 descendió al 17.1% (n = 6), y al día 7 fue de solo el 5.7% (n = 2). Como se observa, estos números sugieren un descenso de las oclusiones con la aplicación de las técnicas probada (Fig. 3).

Para la comprobación de hipótesis se seleccionaron las pruebas de McNemar y Q de Cochran para el contraste entre variables cualitativas dicotómicas relacionadas. La H_0 asume que no existiría diferencia entre las frecuencias de oclusión registradas al día 1, cuando solo se aplicó la técnica con solución salina, y a los días 3 y 7, cuando se aplicaron las técnicas que probar (SAS y *Push-Stop-Push*), mientras que la H_1 apuesta por una diferencia en la distribución de frecuencias entre los grupos formados en las tablas de contingencia respectivas. Tras efectuar la prueba de McNemar, se obtuvieron resultados significativos al día 7 de aplicación de las técnicas (p = 0.008), pero no al día 3 (p = 0.388) ni sumando las frecuencias de los días 3 y 7. Por su parte, la prueba Q de Cochran para varias muestras relacionadas arrojó un resultado significativo (p = 0.018), lo que indica que existe una progresión en la cual las oclusiones van disminuyendo con el tiempo.

Tabla 1. Prueba de hipótesis oclusión del catéter venoso central antes vs. después de aplicación de las técnicas SAS (Solución salina, Administración de medicamentos, Solución salina) y *Push-Stop-Push*

Prueba de McNemar	Oclusión al día 1 (solución salina)		p
	No	Sí	
Oclusión al día 3 (técnicas)			0.388*
No	21	8	
Sí	4	2	
Oclusión al día 7 (técnicas)			0.008*
No	25	8	
Sí	0	2	
Oclusión con técnicas (día 3+día 7)			0.388*
No	21	8	
Sí	4	2	
Prueba Q de Cochran			
Oclusión día 1 vs. día 3 vs. día 7			0.018
Día 1	25	10	
Día 3	29	6	
Día 7	33	2	

*Indica el análisis realizado mediante la prueba McNemar, utilizadas para comparar variables dicotómicas en muestras relacionadas.

De este modo, se rechaza la H_0 y se acepta que hay diferencia estadística en los datos obtenidos antes y después de la aplicación de las técnicas que probar (Tabla 1).

Se evaluó la permeabilidad del CVC de acuerdo con los grupos formados por comorbilidades y factores de riesgo. Primero se verificó si existe asociación entre la oclusión del CVC en cualquiera de los tres días y las variables edad, sexo, peso, servicio, sitio de inserción, transfusiones y comorbilidades. Se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en la asociación entre el sitio de inserción y la oclusión del CVC al día 7 (p = 0.014), donde la inserción en la yugular izquierda mostró significativamente mayor riesgo de oclusión que la inserción en yugular derecha o en subclavia derecha. Esto puede apreciarse en la tabla 2.

Se analizó la asociación entre oclusión del CVC y variables como edad, sexo, peso, diagnóstico, transfusiones, sitio de inserción y comorbilidades. No se identificaron relaciones estadísticamente significativas.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran semejanzas y diferencias con respecto de los estudios previos realizados sobre el tema. Por ejemplo, coincide con Fan

Tabla 2. Asociación sitio de inserción vs. oclusión del catéter venoso central al día 7

Tabla de contingencia				Estadísticos de prueba			
Sitio de inserción	Oclusión al día 7		Total	Variables	E	gl	p
	No	Sí					
Subclavia derecha	1	0	1	Chi-cuadrado de Pearson	7.159*	2	0.028
Yugular derecha	26	0	26	Razón de verosimilitudes	6.335	2	0.042
Yugular izquierda	6	2	8	Asociación lineal por lineal	6.073	1	0.014
Total	33	2	35				

*4 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .06.

et al.¹³, quienes reportaron disminuciones de la oclusión del CVC pasando del 33 al 5% tras la implementación de técnicas de lavado pulsátil de tipo *Push-Stop-Push* con auditoría pre y post utilizando el modelo JBI (Joanna Briggs Institute, programa informático en línea, diseñado para ayudar a los profesionales de la salud a realizar auditorías clínicas eficientes en su ámbito local. El programa se ha desarrollado para mejorar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria y los resultados de los pacientes). Aunque en el presente estudio las caídas observadas no fueron un poco menos drásticas (del 28.6% en el día 1 al 5.7% en el día 7), son bastante similares y corroboran la reducción de la oclusión del CVC ($p = 0.008$) y la mejora de la permeabilidad en progresión temporal entre los días 1 y 7 (Q de Cochran, $p = 0.018$).

Asimismo, los resultados obtenidos son coincidentes con los de Ferroni et al.¹⁴ en mostrar que el lavado pulsátil puede llevar a mejoras significativas en la condición del catéter, donde reportaron una reducción significativa de la colonización bacteriana ($p < 0.001$) que es compatible, aunque es importante tener en cuenta que ellos trabajaron solo sobre un modelo *in vitro* para la observación de bacterias y no midieron oclusiones del CVC ni aplicaron la técnica SAS. Lo mismo es respaldado por Goossens¹⁵, que, aunque no reporta datos estadísticos específicos, sí señala que la técnica SAS y la técnica pulsátil son útiles para mantener la permeabilidad del CVC.

Por su parte, Li et al.¹⁶ han anticipado (sin tener resultados aún definitivos) una disminución de oclusiones cuando se emplea la técnica conocida como KVO (pretest sin oclusiones vs. 2 en control). Sus resultados son similares a los obtenidos en el presente estudio, aunque con técnicas diferentes, lo que ayuda a corroborar que pueden ser de utilidad nuevos enfoques técnicos para asegurar la permeabilidad del CVC¹⁵.

Al respecto, puede comentarse que Zhu et al.¹⁷ ya habían advertido mediante simulación computacional que el lavado pulsátil produce alta cizalla (> 2 Pa) previniendo obstrucción, hallazgos que apoyan la eficacia física observada mediante el presente estudio, pero solo hasta el día 7 de la medición registrada. De este modo, los hallazgos aquí logrados permiten corroborar por la vía empírica y observacional lo que estos autores habían señalado por la vía de la modelación.

Así, los resultados del estudio apuntan a corroborar que las técnicas a probar SAS y *Push-Stop-Push*, aplicadas de manera secuencial, permiten una disminución sustancial de las oclusiones del CVC observables y estadísticamente significativas al séptimo día a partir de su implementación, con una progresión positiva en el tiempo medido entre los días 1, 3 y 7. Esto ayuda a confirmar las observaciones de estudios previos sobre la eficacia de las nuevas técnicas desde un punto de vista clínico.

Conclusiones

Hasta la realización de la presente investigación, en el HOSNAVACA no contaba con un protocolo estandarizado para la prevención de oclusión de CVC; en su defecto el personal realizaba diversos procedimientos, los cuales variaban su efectividad, así como la implicación de riesgos, como es en el caso del uso de heparina que podría provocar trombocitopenia inducido por heparina. Asimismo, es importante mencionar que no se tiene registro de la prevalencia de oclusión de CVC previo, y el presente estudio no tuvo como finalidad identificar la prevalencia, sino evaluar el efecto del uso de las técnicas SAS y *Push-Stop-Push*. El presente estudio observacional descriptivo, longitudinal y prospectivo proporciona evidencia preliminar que sugiere que la implementación secuencial de las

técnicas SAS y *Push-Stop-Push* reduce significativamente la frecuencia de oclusiones en pacientes hospitalizados con CVC.

La reducción progresiva de la oclusión observada entre los días 1, 3 y 7, así como los resultados significativos obtenidos mediante pruebas de McNemar y Q de Cochran, respaldan la hipótesis de que dichas técnicas tienen un efecto positivo en la permeabilidad del catéter. Este hallazgo es relevante para la práctica clínica y podría sentar las bases para la estandarización de protocolos en instituciones hospitalarias similares.

El uso conjunto de estas técnicas no solo mejora la seguridad y calidad del cuidado del paciente, sino que también podría reducir la necesidad de procedimientos invasivos adicionales y sus posibles complicaciones, optimizando el uso de recursos hospitalarios.

Limitación del estudio

La carga de trabajo y la aplicación inadecuada de la técnica por parte del personal de enfermería dificultaron en algunas ocasiones la evaluación de todos los pacientes, lo que ocasionó una disminución en el tamaño de la muestra. No obstante, se procuró mantener el proceso de recolección de datos y garantizar que los pacientes cumplieran con los criterios establecidos.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Las normativas institucionales vigentes y fueron aprobadas por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Naval de Acapulco.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se

cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Alcubierre-Iriarte S, Marco-Villacampa E, Añaños-Blázquez L, Valero-Barrios S, Terrén-Portolés SI, Morant-Pablo A. Cuidados de enfermería del catéter venoso central. *Rev San Invest.* 2023;4(2):104.
2. Teja B, Bosch NA, Diep C, Pereira TV, Mauricio P, Sklar MC, et al. Complication rates of central venous catheters: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2024;184(5):474-82.
3. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. México: Gobierno de México, Diario Oficial de la Federación; 18/09/2012 [citado 09/06/2025]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012#gsc.tab=0
4. Odendaal J, Kong V, Sartorius B, Liu T, Liu Y, Clarke D. Mechanical complications of central venous catheterisation in trauma patients. *Ann R Coll Surg Engl.* 2017;99(5):390-3.
5. García-Carranza A, Caro-Pizarro V, Quirós-Cárdenas G, Monge-Badilla MJ, Arroyo-Quirós A, García-Carranza A, et al. Catéter venoso central y sus complicaciones. *Medicina Legal de Costa Rica.* 2020;37(1):74-86.
6. Nilsson N, Storesund I, Tho I, Nezvalova-Henriksen K. Co-administration of drugs with parenteral nutrition in the neonatal intensive care unit - physical compatibility between three components. *Eur J Pediatr.* 2022;181(7):2685-93.
7. Puiggròs C, Cuerda C, Virgili N, Chicharro ml, Martínez C, Garde C, et al. Prevención e incidencia de oclusión del catéter y trombosis venosa en pacientes adultos con nutrición parenteral domiciliaria (NPD). *Nutr Hosp.* 2012;27(1):256-61.
8. Baskin JL, Reiss U, Wilimas JA, Metzger ml, Ribeiro RC, Pui CH, et al. Thrombolytic therapy for central venous catheter occlusion. *Haematologica.* 2012;97(5):641-50.
9. Baskin JL, Pui CH, Reiss U, Wilimas JA, Metzger ML, Ribeiro RC, et al. Management of occlusion and thrombosis associated with long-term indwelling central venous catheters. *Lancet.* 2009;374(9684):159.
10. Semerci R, Bingöl H, Bay Büyükkapu S, Kudubes AA, Bektaş M, Kebudi R. Comparison of heparin and saline for prevention of central venous catheter occlusion in pediatric oncology: a systematic review and meta-analysis. *Semin Oncol Nurs.* 2023;39(4):151426.
11. Cruz-Martínez YM, Ramírez-López AA, Rodríguez-Jurado JA. Revisión narrativa: las incompatibilidades farmacológicas ¿son prevenibles? Análisis de enfermería. *Med Crit.* 2024;38(2):114-9.
12. Zhou M, Dong S, Zhang J, Liu Y, Zhang L, Xu J, et al. Effects of the low-speed continuous infusion catheter technique on double-lumen central venous catheters: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2024; 151:104676.
13. Fan CH, Chu CN, Chiu FH, Chen CT, Tung HH. Flushing and locking management related to central venous catheter occlusion rate among adult patients in acute care: a best practice implementation project. *JBI Evid Implement.* 2024;22(2):131.
14. Ferroni A, Gaudin F, Guiffant G, Flaud P, Durussel JJ, Descamps P, et al. Pulsative flushing as a strategy to prevent bacterial colonization of vascular access devices. *Med Devices (Auckl).* 2014;7:379-83.
15. Goossens GA. Flushing and locking of venous catheters: available evidence and evidence deficit. *Nurs Res Pract.* 2015;2015:985686.
16. Li R, Zhou M, Sun L, Sha L, Xu B, Li T, et al. The effect of different flushing and locking techniques on catheter occlusion rates in central venous catheters: protocol for a multicentre, randomized controlled, parallel-group, open-label, superiority clinical trial. *Trials.* 2024;25:380.
17. Zhu L, Liu H, Wang R, Yu Y, Zheng F, Yin J. Mechanism of pulsatile flushing technique for saline injection via a peripheral intravenous catheter. *Clin Biomech (Bristol).* 2020;80:105103. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2020.105103

Una mirada al cuerpo del cuidado a partir de la teoría de lo abyecto

A look at the body of care from the perspective of the abject theory

Julio Hernández-Falcón[✉] y Adela Alba-Leonel^{*✉}

División de Estudios Profesionales, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La teoría de lo abyecto tiene su origen en la teoría psicoanalítica de Lacan, donde plantea la importancia de la separación del sujeto del objeto y la entrada en el mundo simbólico. Lo abyecto perturba el orden, el sistema, la identidad en el cuidado humano. **Objetivo:** Identificar y reflexionar sobre el cuerpo del cuidado de enfermería a partir de la teoría de lo abyecto. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo, hermenéutico del cuidado con la participación de nueve enfermeras, la recolección de datos se hizo mediante narrativa escrita abierta con respecto a la identificación de lo abyecto de la práctica sobre el cuerpo del cuidado de enfermería. Se consideraron aspectos éticos. **Resultados:** En cuanto al cuerpo del cuidado, E1: «El cuerpo de los pacientes es importante porque en el encuentro todos los días motivo para mantenerlo en condiciones para la vida. No solo son los signos vitales, es más que verificar». Y en cuanto a lo abyecto, E1: «Desechar el desánimo, mantener la confianza, el hacer la confianza significa escuchar, apacchar y dar esperanza». **Conclusiones:** La teoría de lo abyecto permite sustentar la ética del cuidado y la importancia del cuerpo físico y simbólico en el hacer cotidiano de la enfermería tanto como ciencia como arte del hacer bien y para el bien.

Palabras clave: Ética del cuidado. Abjecto. Enfermería.

Abstract

Introduction: The theory of the abject originates from Lacan's psychoanalytic theory, which emphasizes the importance of the separation of the subject from the object and the entry into the symbolic world. The abject disturbs order, systems, and identity in human care. **Objective:** To identify and reflect on the body of nursing care based on the theory of the abject. **Method:** A qualitative, hermeneutic study of care was conducted with the participation of nine nurses. Data were collected through open written narratives regarding the identification of the abject in the practice of the nursing care body. Ethical considerations were taken into account. **Results:** Regarding the body of care, one participant stated: "The patients' bodies are important because in our daily encounters there is always a reason to keep them in conditions for life. It is not only about vital signs; it is more than just checking." Concerning the abject, one participant stated: "Discard discouragement, maintain trust; fostering trust means listening, comforting, and giving hope." **Conclusions:** The theory of the abject provides a framework to support the ethics of care and highlights the importance of both the physical and symbolic body in the daily practice of nursing, encompassing nursing as both a science and an art of doing well and for the good.

Keywords: Ethics of care. Abject. Nursing.

*Correspondencia:

Adela Alba-Leonel
E-mail: adelaalbaleonel65@gmail.com

Fecha de recepción: 27-10-2025
Fecha de aceptación: 24-02-2026
DOI: 10.24875/REN.25000017

Disponible en línea: 22-06-2026
Rev Enf Neurol. 2026;25(1):26-30
www.enfermerianeurológica.mx

2954-3428 / © 2026 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La teoría de lo abyecto tiene su origen en la teoría psicoanalítica de Lacan¹, donde plantea la importancia de la separación del sujeto, del objeto y la entrada en el mundo simbólico. De aquí que Julia Kristeva la toma como base y analiza cómo la abyección se revela como una reacción ante la ruptura de esta distinción.

Así mismo, Kristeva señala que abyecto es «todo aquello que perturba una identidad, un sistema y un orden»² y describe la experiencia de repulsión y disgusto que se produce cuando se amenaza la identidad y los límites del «yo». Se centra en la ruptura de la distinción entre el sujeto y el objeto, o bien entre el yo y el otro, generando en sí una sensación de horror y desorganización. En otras palabras, es la perturbación de las normas sociales y culturales.

Es importante señalar que lo abyecto surge cuando se perturban los límites del cuerpo, la mente y el ego, generando una sensación de caos y/o pérdida de control. Esto puede verse como por ejemplo en la experiencia del vómito, el horror o la sensación de desintegración del «yo». De esta manera genera un dispositivo teórico-semiótico para adentrarse en la comprensión de algunos comportamientos humanos³.

Desde esta perspectiva el cuidado humano pone en evidencia la enfermedad, la decadencia, el sufrimiento, la exclusión, la marginalidad e incluso la trivialidad con que se construye un hacer al margen de la ética y la estética deseables.

La fenomenología de lo abyecto se sitúa en los desechos corporales, la suciedad, el asco y la repugnancia en el contexto de la sociedad contemporánea. No se trata de objeto ni sujeto, sino del establecimiento del antecedente de ambos y la abyección como expulsión que marca el universo humano. Lo abyecto es desestabilizador del yo y la cultura, sufrimiento y placer, realidad y mito, el yo segregado y marginal⁴.

Antes que Kristeva, la ética kantiana refiere el mal radical entretejido y enraizado en la naturaleza humana, sin embargo Hobbes lo niega, ya que no cree en este mal radical: *Lupus est homo homini*⁵. Kant afirma que las acciones malas son libres y por lo tanto el sujeto es responsable de su actuar. De manera que el problema del mal trasciende todos los poderes, los límites de la razón, por un lado, y porque solucionarlo daría al traste con la filosofía kantiana, o con su centro: la posibilidad de la moral.

Así mismo, la teoría de la abyección representa una amenaza a la identidad y al orden social, ya que perturba las normas y reglas establecidas. Es lo que se

considera «desechado», «rechazado», «marginado» o «inaceptable» por la cultura.

La teoría de lo abyecto permite sustentar la ética del cuidado y la importancia del cuerpo físico y simbólico en el hacer cotidiano de la enfermería tanto como ciencia como arte del hacer bien y para el bien. Para el profesional de enfermería el concepto de abyecto debe ocupar un especial lugar en la identificación de los problemas de la praxis por su significado y alcance en esta sociedad de constante cambio resaltando la importancia de reconocer la experiencia diaria del cuidar.

Es importante mencionar que el cuerpo desempeña un papel central en la abyección, ya que se utiliza como límite de la experiencia del «yo». Por lo anterior, la abyección se manifiesta por medio de la experiencia corporal, como la sensación de repulsión ante funciones corporales, enfermedades o desfiguraciones, entre otros.

Lo abyecto también perturba el orden, el sistema, la identidad en el cuidado humano, situándolo en la exclusión, la marginalidad e incluso en la trivialidad de este. De tal manera que el problema del mal trasciende a todos los poderes, límites de la razón, por un lado, y porque solucionarlo daría al traste con la filosofía kantiana o bien con su centro: de la posibilidad de la moral. Para Barthes, los cuerpos son «cuerpos que hablan», los cuerpos son subordinados y subordinan los modos de producción y del espacio tiempo⁶. En el cuidado, el cuerpo es el primero y el último de los receptores de la acción enfermera. Cabe señalar que la vida se manifiesta en el cuerpo por medio de los signos vitales: respiración, pulso, temperatura, presión arterial y de síntomas como el dolor, experiencia sensorial y emociones desagradable que requiere atención pronta y su abyección, ya que compromete la calidad de vida e incluso su continuidad. El sufrimiento y el dolor amenazan la continuidad del ser humano e incluso su deseo de permanecer. Por lo anterior, es necesario identificar y reflexionar en el marco de la ética lo abyecto de la práctica enfermera sobre el cuerpo del cuidado de enfermería.

Método

Se realizó un estudio cualitativo, de tipo hermenéutico del cuidado con la participación de nueve enfermeras del diplomado de investigación con opción a titulación (se seleccionó a las que fueron egresadas del sistema de universidad abierta), la recolección de datos se hizo a partir de la narrativa escrita abierta con respecto a la identificación de lo abyecto de la práctica

sobre el cuerpo del cuidado de enfermería. Las participantes asumieron el concepto de abyecto en la perspectiva de Kristeva dentro de su narrativa. Se aplicaron los principios éticos de investigación referidos por el Informe Belmont⁷ y los contenidos en el Reglamento de Investigación de la Ley General de Salud⁸ para estudios de bajo riesgo. Su participación fue voluntaria. Los datos se analizaron de forma anónima y por grupos de estudiantes dentro del diplomado de investigación, los equipos integrados correspondieron a la organización propia y voluntaria y cada grupo se etiquetó con un seudónimo.

Para el análisis se realizó la lectura abierta de las narrativas, posteriormente se integró un borrador y se hizo una relectura interpretativa con base en la ética de lo abyecto donde se consideró en principio comprender el contexto en el que fue creado el texto, después se hizo una lectura atenta para la identificación de temas e ideas principales con la finalidad de hacer una interpretación de la relación texto-lector que permita reflexionar cómo su propia experiencia influye en la comprensión, finalmente, observar la validez de la interpretación donde se evalúa la coherencia de la interpretación con el texto y contexto y se mantuvo un círculo hermenéutico permanente de los participantes e investigadores.

Las categorías ordenadoras de las narrativas comprenden el cuerpo del cuidado, el abyecto y la violencia emergente en la práctica. Estas mismas corresponden a las preguntas ordenadoras eje relativas a la propuesta de Kristeva para lo abyecto.

Resultados

En lo que respecta al cuerpo del cuidado, los participantes refieren lo siguiente:

E1: «Para mí el cuerpo de los pacientes es importante porque en él encuentro todos los días motivo para mantenerlo en condiciones apropiadas para la vida. No solo son los signos vitales, es más que verificar la integridad de la piel».

E2: «La limpieza del cuerpo de los pacientes, la integridad de la piel, el cuidado durante el baño no solo tiene el propósito de evitar complicaciones, ya que todo contribuye a mantener el estado de ánimo y el confort. La curación y cuidado es limpieza».

En lo que respecta a lo abyecto, los participantes refieren lo siguiente:

E1: «Hay que desechar el desánimo. Yo siempre trato de mantener la confianza, el hacer la confianza significa escuchar, apacchar y dar esperanza».

E2: «Sobre todo, hay que admitir que hay pacientes muy poco sensibles para con la enfermera y los médicos, se enojan, están de mal humor y no quieren participar en su recuperación».

E3: «Todos los días bañamos a nuestros pacientes, muchas veces es suficiente para que se sientan mejor».

E5: «El cambio de apósitos en la práctica diaria es parte de nuestra tarea. Mas aún cuando las heridas pueden desarrollar infecciones hospitalarias».

E7: «Todos somos corresponsables de las actividades en equipo, sin embargo, actitudes en el cambio de turno como el arreglo de los expedientes se considera tarea de enfermería, un interno se atrevió a sugerir que para tal tarea nos encontramos en el servicio».

E8: «El hospital o la clínica debe ser un lugar seguro para nuestros pacientes, incluyendo las prácticas higiénicas, pero sobre todo lo que se significa un riesgo... por ejemplo, lo que propicia las caídas o accidentes».

E9: «En ocasiones hay que desechar a través de la palabra y facilitar la esperanza de los familiares. Ellos están cansados, yo les ánimo para que vayan a tomar algo, se descansen».

En lo que respecta a la violencia, los participantes refieren lo siguiente:

E1: «Supe por el periódico que una enfermera o enfermero había sido agredida por considerar que contribuía a transmitir el COVID-19 durante la pandemia. Le bañaron con cloro, no es más que miedo, ignorancia».

E4: «En ocasiones, la forma en que te hablan los compañeros médicos refleja el estado de ánimo del día, muchas veces sin respeto».

E6: «Pregunté por cierta indicación marcada en el expediente por el médico tratante, guardó silencio y me pidió la mano, yo accedí y él me escribió la indicación en la palma de la mano agregando, "ahora sí lo entiende"».

E8: «Un paciente me criticó señalando que somos las ayudantes de los médicos y que si quisiéramos tener una mejor posición debemos estudiar y especializarnos como ellos».

Discusión

Los hallazgos permiten analizar la práctica del cuidado de enfermería desde la perspectiva de la abyección, situándola en el cuerpo del cuidado y en las relaciones que se establecen dentro de los servicios

de salud. Las narrativas de las participantes muestran que el cuerpo del paciente constituye el eje central del cuidado enfermero, entendido no solo como soporte biológico, sino como espacio donde se manifiestan el sufrimiento, la vulnerabilidad y la dignidad humana⁹.

Desde el enfoque de Kristeva, lo abyecto se relaciona con aquello que altera el orden, los límites y la identidad. En la práctica enfermera, esta dimensión se hace visible en el contacto cotidiano con los desechos corporales, heridas, secreciones, dolor y deterioro físico, elementos que generan rechazo social pero que forman parte inseparable del cuidado¹⁰, por lo que lejos de ser únicamente una experiencia de rechazo o repulsión, los testimonios evidencian que las enfermeras resignifican estas experiencias mediante acciones orientadas al confort, la higiene, la prevención de riesgos y el acompañamiento emocional, transformando lo abyecto en una práctica ética orientada a la preservación de la vida.

Asimismo, el cuidado corporal (como el baño, la limpieza y la curación) se describe como una intervención integral que impacta tanto en la condición física como en el estado emocional del paciente. Estos hallazgos coinciden con la concepción del cuerpo como primer receptor del cuidado enfermero, donde se expresan signos vitales, dolor y emociones que requieren atención inmediata y humanizada¹¹. En este sentido, el cuerpo se constituye como un espacio simbólico donde el cuidado adquiere significado y valor profesional.

Por otro lado, el estudio evidencia que la abyección no se limita al cuerpo del paciente, sino que se extiende a la experiencia laboral de enfermería. Las narrativas relacionadas con la violencia simbólica, la descalificación profesional y la subordinación jerárquica reflejan prácticas institucionales que colocan a la enfermería en una posición de marginalidad. Estas experiencias afectan la identidad profesional y pueden generar desgaste emocional, especialmente en contextos de alta demanda como la pandemia de COVID-19.

La violencia explícita y simbólica identificada tanto por parte de colegas como de pacientes puede interpretarse como una expresión del mal moral en la práctica cotidiana, en concordancia con la reflexión kantiana sobre la responsabilidad ética del sujeto. La enfermera, al enfrentar estas situaciones, se ve obligada a ejercer el cuidado en condiciones de vulnerabilidad, lo que refuerza la necesidad de incorporar una reflexión ética sistemática sobre lo abyecto en la práctica clínica¹².

Finalmente, el análisis hermenéutico permitió comprender que el profesional de enfermería no solo enfrenta lo abyecto, sino que lo contienen y lo transforman mediante la palabra, la escucha, la empatía y

el trabajo en equipo. Estas acciones fortalecen el sentido del cuidado y contribuyen a sostener una práctica profesional centrada en la persona, incluso en escenarios de sufrimiento y adversidad.

Conclusión

La abyección constituye una dimensión inherente al cuidado de enfermería y se manifiesta de manera particular en el cuerpo del cuidado, el sufrimiento humano y las relaciones interpersonales dentro de los servicios de salud.

El estudio evidencia que las enfermeras integran lo abyecto a su práctica cotidiana, resignificándolo a través de intervenciones orientadas al bienestar físico y emocional del paciente.

El cuerpo del cuidado emerge como el principal escenario donde se expresa la vida, el dolor y la vulnerabilidad, y donde el cuidado enfermero adquiere un profundo sentido ético. Las prácticas de higiene, prevención de riesgos, alivio del dolor y acompañamiento emocional no solo responden a necesidades clínicas, sino que contribuyen a preservar la dignidad humana.

Asimismo, se identifican formas de violencia y desvalorización profesional que representan expresiones de abyección social hacia la enfermería, las cuales impactan negativamente en la identidad y el ejercicio profesional. Reconocer estas experiencias resulta fundamental para promover entornos laborales más justos, seguros y respetuosos.

Reflexionar sobre lo abyecto en la práctica enfermera permite fortalecer la ética del cuidado, visibilizar las condiciones reales del ejercicio profesional y aportar elementos para la formación y la práctica clínica, particularmente en contextos de alta complejidad como la atención neurológica.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se

conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable, de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética de la institución.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Lacan J. Escritos [Internet]. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2009. Disponible en: <https://www.sigloxxieditores.com.ar/libro/escritos-1>
2. Kristeva J. Poderes de la perversión [Internet]. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 1980. Disponible en: <https://www.sigloxxieditores.com.ar/libro/poderes-de-la-perversion>
3. Mendoza B. Proyecto Bará: Reflexiones en torno a la abyección y el vínculo cuerpo/danza/teoría. *Cult representac soc.* 2009;4(7):166-80.
4. Carpinelli J. El cuerpo en psicoanálisis desde la perspectiva de Freud y Lacan [Internet]. En: *Memorias del XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIX Jornadas de Investigación, XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*; 2022 nov 23-25; Buenos Aires. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2022. p. 162-5. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147845>
5. Isaza JA. MAL: La fragilidad de la moral kantiana ante una propensión. *Disertaciones.* 2018;7(13):25-43.
6. Barthes R. Lo obvio y lo obtuso [Internet]. Barcelona: Paidós; 1986. Disponible en: https://recursos.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/handle/123456789/2237/Lo_obvio_y_lo_obtuso.pdf.
7. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1979. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
8. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2014. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
9. Miranda A, Contreras S. El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):873-80.
10. Moreira M, Oliveira L, Pereira I, Ferreira G. Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente. *Rev Bioét.* 2020;28(2):249-58.
11. García J, Arteaga A, Bedoya O. La técnica y el cuidado de enfermería: entre deshumanización y tecnificación. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad.* 2024;16(32):e2863.
12. Feito L. La ética del cuidado. *Bioética & Debat.* 2022;28(93):1-10.

Barreras y facilitadores para implementar tecnologías educativas en cuidadores familiares de menores con ostomías

Barriers and facilitators for implementing educational technologies for family caregivers of children with ostomies

Lidia E. Collado-Cabañin^{1*}, José M. Medina-Pérez², Carilaudy Enriquez-González²
y Mirelys Sarduy-Lugo¹

¹Departamento de Enfermería, Hospital Provincial Pediátrico Universitario José Luis Miranda; ²Vicerrectorado de Investigación. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

Resumen

Introducción: La supervivencia de menores con condiciones especiales de salud, en particular las neurológicas complejas que requieren ostomías, traslada el cuidado especializado al ámbito familiar. Los cuidadores enfrentan este rol, a menudo, sin preparación suficiente, lo que genera vulnerabilidad y riesgo de complicaciones. Las tecnologías de la información y la comunicación surgen como herramientas promisorias para ofrecer educación y soporte continuo, pero su implementación efectiva depende de la identificación de barreras y facilitadores. **Objetivo:** Explorar y analizar las barreras y facilitadores percibidos por cuidadores familiares y funcionarios del programa materno-infantil para la implementación de tecnologías educativas en el cuidado de menores con ostomía. **Método:** Estudio cualitativo exploratorio descriptivo, realizado de julio a noviembre del año 2025 con 11 cuidadores y seis directivos del programa de atención materno-infantil de Santa Clara, Cuba. Se realizaron entrevistas en profundidad, procesadas mediante análisis de contenido cualitativo centrado en las categorías a priori barreras y facilitadores. **Resultados:** Los principales facilitadores fueron el ajuste del contenido a las necesidades, la disponibilidad de tiempo para consultar los recursos y la utilidad percibida de las tecnologías. La gratuidad de los recursos y la integración de los profesionales fueron también clave. La principal barrera fue el acceso limitado a dispositivos tecnológicos. **Conclusión:** La implementación del compendio de tecnologías educativas es factible, al predominar los facilitadores. El apoyo de instituciones locales, como las salas de televisión, constituye una alternativa viable para mitigar la barrera del acceso tecnológico y garantizar la sostenibilidad de la intervención educativa.

Palabras clave: Barreras. Cuidadores. Educación en salud. Estomas. Facilitadores.

Abstract

Introduction: The survival of children with special health conditions, particularly complex neurological conditions requiring ostomies, shifts specialized care to the family setting. Caregivers often face this role without sufficient preparation, leading to vulnerability and a risk of complications. Information and communication technologies are emerging as promising tools for providing education and ongoing support, but their effective implementation depends on identifying barriers and facilitators. **Objective:** To explore and analyze the barriers and facilitators perceived by family caregivers and officials of the maternal and child health program for the implementation of educational technologies in the care of children with ostomies.

***Correspondencia:**

Lidia E. Collado-Cabañin

E-mail: colladocabaninlidiaesther@gmail.com

Fecha de recepción: 22-11-2025

Fecha de aceptación: 13-05-2026

DOI: 10.24875/REN.25000019

Disponible en línea: 22-06-2026

Rev Enf Neurol. 2026;25(1):31-37

www.enfermerianeurologica.mx

Method: *This descriptive, exploratory qualitative study was conducted from July to November 2025 with 11 caregivers and six managers of the maternal and child health program in Santa Clara, Cuba. In-depth interviews were conducted and the data was processed using qualitative content analysis focused on the a priori categories of barriers and facilitators.*

Results: *The main facilitators were the alignment of content with needs, the availability of time to consult resources, and the perceived usefulness of the technologies. The free availability of resources and the integration of professionals were also key. The main barrier was limited access to technological devices. **Conclusion:** *Implementing the educational technology compendium is feasible, given the predominance of facilitators. Support from local institutions, such as television rooms, is a viable alternative to mitigate the barrier of technological access and ensure the sustainability of educational intervention.**

Keywords: *Barriers. Caregivers. Health education. Stomas. Facilitators.*

Introducción

Los resultados de la salud pública en las edades pediátricas en Cuba han generado un incremento de la supervivencia de los menores con necesidades especiales de atención en salud. Entre estos se encuentran los que poseen condiciones neurológicas, tales como defectos del tubo neural, traumatismos medulares o tumores del sistema nervioso central. Esto genera la necesidad de realizar ostomía como parte de la atención y cuidado integral de los menores que presentan disfunciones intestinales o respiratorias¹.

Estas intervenciones dan solución a situaciones de salud urgentes y prolongan la vida de los menores, favoreciendo el regreso al hogar y su reinserción en la sociedad. Sin embargo, la transferencia al hogar traslada la responsabilidad del cuidado continuo del ámbito clínico al entorno familiar. La complejidad de este proceso incluye el manejo técnico de estomas y dispositivos, así como la prevención y vigilancia de complicaciones cutáneas, infecciosas y metabólicas. La ejecución de estos cuidados incide en la calidad de vida del menor y en la dinámica familiar en su conjunto^{2,3}.

En este escenario, la figura del cuidador familiar emerge como un pilar fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente pediátrico. Sin embargo, estos cuidadores a menudo se enfrentan a este rol sin una preparación suficiente, por lo que experimentan altos niveles de estrés, ansiedad y sobrecarga⁴.

Tradicionalmente, la educación para el alta se ha sustentado en métodos presenciales y materiales impresos. Estas estrategias, aunque valiosas, presentan limitaciones en cuanto a accesibilidad, personalización y capacidad de refuerzo continuo⁵. La evidencia contemporánea sugiere que las intervenciones educativas deben ser dinámicas, adaptativas y sostenibles en el tiempo, características que pueden ser potenciadas mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Herramientas como aplicaciones

móviles, plataformas web o audiovisuales ofrecen un canal adecuado para brindar soporte educativo permanente y así superar las barreras geográficas y temporales⁶.

No obstante, la implementación efectiva de estas tecnologías educativas en el contexto específico de los cuidadores de menores con ostomías no está exenta de desafíos. Su éxito depende de la identificación y comprensión profunda de una serie de factores que pueden actuar como barreras, las que constituyen limitantes de tipo tecnológico, socioculturales o económicos. También pueden convertirse en facilitadores, que representan los elementos que promueven la adopción y uso efectivo de estas herramientas⁷. Comprender esta dualidad es primordial para diseñar intervenciones que no solo sean tecnológicamente robustas, sino también culturalmente sensibles y pragmáticas.

Por lo tanto, este estudio plantea como objetivo explorar y analizar las barreras y facilitadores que perciben los cuidadores familiares para la implementación de tecnologías educativas en el cuidado de menores con ostomía. La relevancia de esta investigación para la enfermería neurológica reside en su potencial para generar una base de evidencia sólida que permita el desarrollo de programas educativos innovadores y centrados en la familia, cuyo fin sea empoderar a los cuidadores, optimizar los cuidados domiciliarios y mejorar los resultados de salud en esta población particularmente vulnerable.

Método

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, entre los meses de julio y noviembre del año 2025. El escenario de estudio fue heterogéneo e incluyó las áreas de salud que abarcan los policlínicos Chiqui Gómez Lubian, XX Aniversario, Capitán Roberto Fleites y Martha Abreu, pertenecientes al municipio Santa Clara.

La muestra de estudio la constituyeron 11 cuidadores familiares y seis directivos del programa materno-infantil, seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico intensional, respaldado en criterios de inclusión, exclusión y salida de un total de 12 cuidadores y 14 directivos. El número de cuidadores y directivos entrevistados dependió de la saturación teórica alcanzada con esa cifra de participantes.

Criterios de inclusión: cuidadores familiares de menores con ostomía que residían al momento del estudio en las áreas de salud del municipio Santa Clara, con disposición para participar en la investigación y, directivos del programa materno-infantil del municipio Santa Clara y la provincia Villa Clara.

Criterios de exclusión: cuidadores familiares que en el momento de realizar la entrevista no se encontraran disponibles para cumplimentarla y aquellos con limitaciones mentales que dificultaran su comprensión. Así como los directivos que no se encontraran disponibles para realizar la entrevista.

Criterios de salida: fallecimiento del cuidador familiar o el menor durante el periodo de investigación.

Los participantes fueron identificados con un código que permitió garantizar el anonimato, a saber: «CF» cuidador familiar, «PAMI-M» funcionario del PAMI municipal y «PAMI-P» funcionario del PAMI provincial.

Como método empírico se empleó la entrevista en profundidad, en particular entrevistas semiestructuradas. Los ejes de indagación lo constituyeron las barreras identificadas para el uso del conocimiento y los facilitadores percibidos para el uso del conocimiento. En el proceso de preparación de la entrevista se realizó contacto previo con cada participante para pactar lugar y hora. Una vez fijados estos requisitos se procedió a su realización de forma individual en el hogar de los cuidadores con una duración promedio de 30 minutos. En el caso de los directivos, la entrevista se realizó en el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Provincial Pediátrico Universitario José Luis Miranda.

En el procesamiento y análisis de los datos obtenidos de las entrevistas en profundidad se empleó el análisis de contenido cualitativo⁸. A pesar de que esta perspectiva defiende el precepto de que las categorías emergen de los datos, en esta ocasión particular, se tuvo en cuenta el análisis específico de las categorías seleccionadas *a priori*: barreras para el uso del conocimiento (situación o hecho que dificulta la implementación del producto del conocimiento) y facilitadores para el uso del conocimiento (situación o

hecho que posibilita la implementación del producto del conocimiento).

Para este fin, se tuvieron en cuenta los elementos planteados por Castillo Varela⁹. Así, se realizó la lectura exhaustiva del cuerpo textual de cada entrevista una vez transcrito, lo cual permitió seleccionar y marcar las categorías abiertas con el uso de colores diferentes. Más tarde, después del análisis y síntesis, se identificaron las categorías axiales que se relacionaron de forma directa con las dos categorías *a priori* asumidas.

Se cumplieron en todo momento los principios éticos de la investigación, lo cual se hizo efectivo por medio de la firma del consentimiento informado por parte de los participantes de forma previa al inicio del estudio. Los autores asumieron para tal fin la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial¹⁰.

Además, el estudio forma parte del proyecto asociado al programa territorial de salud humana titulado: Preparación a cuidadores de niños con estomas de la provincia Villa Clara, el cual recibió la aprobación del consejo científico del Hospital Provincial Pediátrico Universitario José Luis Miranda, Cuba, rubricado mediante el acuerdo No. 08/2023, con fecha del 22 de marzo del año 2023. También fue aprobado por el comité de ética de la investigación de la institución, suscrito mediante el acuerdo No. 05/2023, para su ejecución sin modificaciones en reunión efectuada el 16 de marzo del año 2023.

Resultados

Como ya se hizo referencia antes, para el desarrollo de la investigación se llevaron a cabo entrevistas en profundidad a 11 cuidadores familiares y seis directivos del programa de atención materno-infantil, dos a nivel provincial y cuatro de la instancia municipal. De esta manera se tiene en cuenta el modelo de traducción del conocimiento en acción de Straus, Tetroe y Graham¹¹, en relación con el hecho de involucrar a los usuarios del conocimiento como parte del proceso de investigación.

Del análisis de contenido cualitativo mediante codificación abierta y axial emergieron seis categorías, cinco responden a los facilitadores y una a las barreras. Las categorías, características, así como un resumen de los fragmentos representativos de las voces que respaldan cada categoría identificada relacionadas con los facilitadores se presenta en la [tabla 1](#).

Además del análisis, emergió la categoría barreras de infraestructura tecnológica, que aunque tuvo una menor presencia en los discursos de los

Tabla 1. Categorías, características y fragmentos representativos de los facilitadores para la implementación de las tecnologías

Categoría	Característica	Fragmentos representativos
Pertinencia y adecuación de los contenidos	Los cuidadores y directivos destacan de forma unánime que los materiales (manuales, videos y la infografía «reloj cuidador») responden a sus necesidades de información, con un lenguaje claro y una organización que facilita la comprensión y la aplicación práctica de los cuidados.	«... Los manuales contienen información muy útil y completa» (CR2) «... ahora no tenemos que buscar información en otro lugar» (CF10). «... Los videos nos enseñan en la práctica y el mensaje que transmiten es claro y específico.» (CF5)
Flexibilidad y accesibilidad temporal	Los participantes valoraron como positiva la posibilidad de acceder a los recursos a su propio ritmo, lo que les permite adaptar el aprendizaje a sus demandas cotidianas.	«... Podemos consultarlos cada vez que tenemos un chance» (CF2) «... sin estar preocupados por una hora específica» (CF7). «... No es como una clase que te tienes que sentar en ese momento»(CF6) «... estos recursos respetan el tiempo que tenemos» (CF11).
Utilidad percibida y calidad técnica	Reconocieron que las tecnologías no solo transmiten conocimiento, sino que también mejoran la confianza y la planificación de los cuidados, atribuyendo este éxito a la alta calidad de su diseño y concepción.	«... Van a ser de consulta obligada para nosotros» (CF8) «... me encantó ver una respuesta tan eficaz a un problema tan sensible» (CF10). «... Son recursos muy útiles, diseñados con una intención clara» (PAMI-M1, PAMI-P1).
Soporte profesional y acompañamiento	La disponibilidad, compromiso y empatía del equipo investigador fueron señalados como un facilitador crucial para la comprensión de los materiales.	«... Siempre ha estado disponible para nosotros (CF5) «... son ellos los que siempre acude a nosotros para no modificar nuestra rutina» (CF11).
Sostenibilidad económica	La gratuidad de los recursos se destacó como un factor esencial que garantiza la equidad en el acceso a la información especializada.	«... No hemos tenido que pagar nada» (CF7) «... en otro lugar del mundo tuviéramos que pagar para adquirir todo esto» (CF8)

participantes, se relaciona de forma directa con las barreras para el uso del conocimiento, objeto de esta investigación. En tal sentido, la falta de acceso a dispositivos electrónicos (teléfonos, computadoras) necesarios para visualizar los materiales, fue planteado por los cuidadores.

Esta barrera en particular podría excluir a una parte de la población diana. Asimismo, se expresó preocupación por la sostenibilidad del proyecto una vez finalizado. Las voces de los participantes que respaldan esta categoría expresaron los criterios siguientes:

«... No todo el mundo cuenta con la tecnología necesaria» (CF4).

«... Se necesita un teléfono o una computadora para ver los videos» (CF8).

«... Si el proyecto concluye, sería una limitación» (CF2).

Discusión

El cuidado de menores con ostomías en el hogar constituye un desafío relevante para los sistemas de salud, en particular en contextos de recursos limitados.

En Cuba, al cierre del año 2022 se registraron aproximadamente 11,300 menores con necesidades educativas especiales o de salud¹². Esta cifra subraya la urgencia de formar a cuidadores familiares, cuyo rol resulta central para garantizar la seguridad y calidad de vida de esta población. El presente estudio identificó, desde la percepción de cuidadores y directivos del programa de atención materno-infantil, cinco categorías facilitadoras y una barrera asociada a la implementación de un compendio de tecnologías educativas.

En correspondencia, los participantes valoraron de forma unánime que los materiales educativos (manuales, videos e infografías) respondían a sus necesidades, con un lenguaje claro y organización práctica. Este hallazgo coincide con lo señalado por Collado Cabañín et al.⁴, quienes destacan que la claridad comunicativa es un predictor de la emancipación del cuidador. No obstante, el presente estudio añade un matiz: la adecuación no solo fue lingüística, sino también estructural (p. ej., el formato «reloj cuidador» facilitó la secuenciación de tareas). Este detalle no había sido explicitado en investigaciones previas sobre cuidadores de menores con ostomías.

También, los cuidadores refirieron que poder consultar los recursos a su propio ritmo, sin horarios fijos, redujo la tensión asociada al aprendizaje. Este resultado se alinea con el modelo de traducción del conocimiento en acción¹¹, que postula que la adaptación a las rutinas de los usuarios del conocimiento aumenta la probabilidad de adopción. Sin embargo, es necesario enfatizar en que la flexibilidad temporal fue valorada de forma positiva porque los cuidadores enfrentan cargas de trabajo doméstico y asistencial impredecibles. Esta condición específica, no generalizable a otros contextos, emergió con claridad en los discursos.

Además, los participantes atribuyeron a las tecnologías no solo la transmisión de información, sino también una mejora en su confianza y planificación de cuidados. Desde la teoría de la adopción tecnológica¹³, la utilidad percibida es un determinante central de la intención de uso¹⁴. En este estudio, dicho constructo se ancló en dos aspectos concretos: la claridad del mensaje audiovisual y la sensación de tener «una respuesta eficaz a un problema sensible». La alta calidad técnica del diseño funcionó como un refuerzo de esa utilidad. Cabe destacar que en la literatura revisada no se desagrega la «utilidad percibida» en componentes específicos para cuidadores de niños con ostomía; este estudio aporta esa diferenciación empírica^{15,16}.

La disponibilidad y empatía del equipo investigador fueron señaladas como facilitadores cruciales. Aunque el soporte profesional es un facilitador que se ha documentado¹⁷, los hallazgos de este estudio muestran un matiz particular: los cuidadores valoraron que el equipo se adaptara a sus rutinas y no al revés. Esta inversión de la lógica tradicional de la intervención (donde el usuario se adapta al servicio) constituye una lección operativa relevante para futuros diseños educativos.

La gratuidad de los recursos se destacó como un factor esencial para la equidad. Este resultado debe interpretarse en el contexto cubano de acceso universal y gratuito a la salud, pero con limitaciones de conectividad y dispositivos. En otras realidades económicas, la gratuidad podría no ser un facilitador sino un supuesto de base. Por tanto, aunque el hallazgo es sólido para el contexto local, no debe extrapolarse sin un análisis particular.

La falta de acceso a dispositivos electrónicos (teléfonos, computadoras) fue la única barrera identificada, aunque con menor saturación en los discursos. Esta asimetría, muchos facilitadores, una barrera, sugiere factibilidad de implementación, pero con una condición crítica: la exclusión de una parte de la población diana sin dispositivos. Este problema ha sido documentado

por León Leyva¹⁸, quien propone combinar el uso de TIC con supervisión personalizada. En este estudio, los propios cuidadores anticiparon otra arista: la sostenibilidad posterior a la culminación del proyecto. Este temor no es solo técnico, sino institucional; apunta a la necesidad de incorporar desde el diseño una estrategia de continuidad.

En línea con lo anterior, Gallego y Ferreira¹⁹ señalan que la edad de los cuidadores puede profundizar la brecha digital. En el presente estudio, aunque no se cuantificó la edad, los discursos no hicieron alusión explícita a dificultades por generación; la barrera se centró en la disponibilidad de *hardware*, no en la competencia digital. Esta diferencia es relevante porque orienta soluciones distintas: no se trata de alfabetización digital, sino de provisión de medios. La participación de las salas de televisión provinciales, mencionada en los resultados como una iniciativa del proyecto, constituye una respuesta acertada a esa brecha de *hardware*, al ofrecer infraestructura comunitaria para la reproducción de los contenidos.

Los hallazgos confirman la pertinencia del modelo de traducción del conocimiento en acción¹¹ en dos aspectos clave: primero, la identificación *a priori* de barreras y facilitadores permitió diseñar una intervención ajustada; segundo, la participación de los usuarios del conocimiento (cuidadores y directivos) desde la fase de indagación fortaleció la validez de las categorías emergentes. No obstante, el modelo no predice el peso relativo de cada categoría; aquí se evidenció que los facilitadores superan a la barrera, lo que sugiere que, en este contexto específico, la implementación es más factible de lo que la literatura sobre brecha digital en países de ingresos medios podría anticipar.

Aportes a la ciencia

Este estudio constituye un aporte significativo al campo de la enfermería y la salud familiar al proporcionar una exploración cualitativa, contextualizada y sistemática de los factores que influyen en la implementación de las TIC para la educación de cuidadores de una población pediátrica altamente vulnerable. Su principal contribución radica en la identificación empírica y el análisis de un conjunto específico de facilitadores y barreras en un escenario de recursos limitados, ofreciendo así una evidencia sólida y práctica para el diseño de intervenciones educativas viables y culturalmente sensibles.

Además, el estudio enriquece la literatura al aplicar el modelo de traducción del conocimiento en acción y

la metodología de investigación-acción participativa, no solo generando conocimiento sobre el fenómeno de estudio, sino también involucrando activamente a los actores clave (cuidadores y directivos) en el proceso, lo cual fortalece la validez ecológica de los hallazgos y subraya el potencial de las TIC para empoderar a los cuidadores y mejorar los cuidados domiciliarios.

Limitaciones del estudio

Si bien la profundidad del análisis cualitativo es una fortaleza, los hallazgos representan las percepciones de un grupo específico y no cuantitativamente extrapolables. En segundo lugar, la posible influencia del sesgo de deseabilidad social no puede ser descartada, dado que los participantes eran conocedores de su rol dentro de un proyecto de investigación, lo que pudo haber influido en sus respuestas durante las entrevistas. Finalmente, la identificación de la barrera tecnológica, aunque crucial, se enfoca principalmente en el acceso a *hardware*, dejando menos exploradas otras dimensiones críticas como la alfabetización digital de los cuidadores, la calidad de la conectividad a internet o las barreras actitudinales hacia la tecnología, lo cual podría representar áreas para futuras investigaciones.

Conclusiones

Los resultados indican que la implementación del compendio de tecnologías educativas es factible, siempre que se mitigue la barrera de acceso a dispositivos mediante estrategias institucionales como el uso de salas de televisión y se garantice la sostenibilidad más allá del ciclo del proyecto. El predominio de facilitadores sugiere que los cuidadores de menores con ostomía en Santa Clara están en condiciones de adoptar estas herramientas, siempre que el sistema de salud provea los medios y el acompañamiento necesario.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable, de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética de la institución, suscrito mediante el acuerdo No. 05/2023.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.








Referencias

- Collado-Cabañín LE, Medina-Pérez JM, Enríquez-González C, Rivas-Lorenzo A. Preparación del cuidador familiar de niños con necesidades especiales de salud. *Medicent Electrón* [Internet]. 2024;28:e4093. Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/4093>
- Catalina-Díaz M, Tabata-Araneda M, Natalie-Rodríguez Z, Karla-Yohannessen V, Alejandra-Sánchez L, Yoselin-Villagra E, et al. Atención en domicilio de pacientes NANEAS. Experiencia del Hospital de niños Dr. Roberto del Río. *Rev Ped Elec* [Internet]. 2021;18(1):2-10. Disponible en: <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2021/vol18num1/2.html>
- Zhau-Acero ME, Niño-Peñaranda CJ, Calderón P. Protocolo integral para el manejo eficaz de la ostomía: estrategias clínicas y de enfermería. *Religación*. 2025;10(47):e2501500. <https://doi.org/10.46652/rgn.v10i47.1500>
- Collado-Cabañín LE. Preparación para el cuidado de cuidadores de menores con ostomías desde la perspectiva de Enfermería. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2025;40:e6674. Disponible en: <https://revenirmeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6674>
- Parreira P, Santos-Costa P, Neri M, Marques A, Queirós P, Salgueiro-Oliveira A. Work methods for nursing care delivery. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Beitz J, Milne C, Isaac DL, Morriss J, Brindle T. Mouldable technology in ostomy care: a scoping review of the literature using a novel, explainable artificial intelligence. *WCET® Journal*. 2025;45(2):16-28. <https://doi.org/10.33235/wcet.45.2.22-35>
- John A, Bates S. Barriers and facilitators: the contrasting roles of media and technology in social-emotional learning. *Soc Emot Learn Res Pract Policy*. 2024;3:100022. <https://doi.org/10.1016/j.sel.2023.100022>
- Duro-Guimarães DG, Correa-de Paula M, organizadores. Análise de conteúdo e análise do discurso [Internet]. São Paulo: Alexa Cultural; Manaus: Edua; 2022 [citado 14 dic 2025]. Disponible en: <https://www.pucrs.br/humanidades/wp-content/uploads/sites/30/2022/08/9788554671730-Analise-de-conteudo-e-analise-do-discurso.pdf>
- Castillo Varela JJ. Análisis cualitativo de contenido de textos en psicología. *Rev Elec Psic Izt* [Internet]. 2023;25(3):973-85. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/84738>
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire (Francia): AMM; 2024 [citado 14 may 2026]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2022 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2023. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2023/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022-Ed-20231.pdf>

13. Cáceres-Ramírez R. Adopción Tecnológica: una revisión de literatura. *Revista Interfaces*. 2021;4(1):45-61. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/interfaces/article/view/8234>
14. Al-kfairy M, Ahmed S, Khalil A. Factors impacting users' willingness to adopt and utilize the metaverse in education: a systematic review. *Computers in Human Behavior Reports*. 2024;15:100459. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2024.100459>
15. Cardona-Vargas CP. Percepción de enfermeros sobre las estrategias de enseñanza y aprendizaje para el cuidado de estomas de eliminación. *Hacia promoc. Salud*. 2024;29(3):91-104. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2024.29.3.9>
16. Vargas-Rodríguez LY, Quemba-Mesa MP, Diaz-Fernández JK, Bautista-Plazas L, Pulido-Barragán SP. Percepciones e implicaciones en personas con ostomías de eliminación. *Revisión narrativa. Rev Cienc Cuidad*. 2023;20(3):88-97. <https://doi.org/10.22463/17949831.3783>
17. Rauen CC, de Fátima-Minneto M, Santos LP, Nogara KH, Matos EB, da Silva APW, et al. A qualitative pilot study of the virtual implementation of the WHO caregiver skills training program in Brazil. *Front Educ*. 2025;10:1651973. <https://doi.org/10.3389/educ.2025.1651973>
18. León-Leyva L. Revisión sistemática sobre intervenciones mediante tecnología, para aliviar la sobrecarga y mejorar la calidad de vida de los cuidadores de personas mayores [tesis en Internet]. [Castellón de la Plana]: Universidad Jaume I; 2021. Disponible en: https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/195225/TFM_2021_Le%C3%B3n%20Leyva%2C%20Leysis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Gallego AG, Ferreira C. Conocimiento y uso de los recursos dirigidos a los familiares de personas con discapacidad. *Siglo Cero*. 2024;55(1):97-117. <https://doi.org/10.14201/scero.31501>

Percepción de la atención institucional en pacientes con cáncer en un instituto nacional de salud

Cancer patients' perception of institutional care at a national institute of health

Rey A. Salcedo-Álvarez^{1*}, José C. Rivas-Herrera^{2,3}, Blanca C. González-Caamaño¹,
Sergio Sesma-Vázquez¹, Miriam P. Bretado-de los Ríos², Karla M. Olivera-Cruz^{1,4}
y Ricardo G. Zambrano-Gálvez¹

¹Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); ²Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; ³Departamento de Investigación en Enfermería, Instituto Nacional de Cancerología, Secretaría de Salud; ⁴Servicio de Hospitalización, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La atención oncológica constituye un proceso complejo que involucra dimensiones clínicas, emocionales y organizativas que influyen en la experiencia de las personas que viven con cáncer. Comprender la percepción de la atención institucional permite identificar elementos relacionados con el cuidado, el vínculo terapéutico y las dificultades percibidas durante el proceso de atención. **Objetivo:** Comprender las experiencias y las percepciones de pacientes oncológicos respecto a la atención institucional recibida en el Instituto Nacional de Cancerología. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo e inductivo con enfoque naturalista. La información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a seis mujeres con diagnóstico oncológico atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas mediante codificación temática inductiva, identificando categorías emergentes relacionadas con la percepción de la atención institucional. **Resultados:** Se identificaron cuatro categorías principales: satisfacción de la atención, aprendizaje y adaptación al entorno institucional, afrontamiento de dificultades administrativas y significado emocional del vínculo. Las participantes describieron experiencias positivas relacionadas con el trato humanizado, la empatía y la comunicación establecida con el personal de salud. Asimismo, refirieron dificultades relacionadas con los tiempos de espera, los gastos asociados al tratamiento y los procesos administrativos durante la atención. El vínculo interpersonal con los profesionales sanitarios fue percibido como un elemento importante dentro de la experiencia del cuidado. **Conclusiones:** La atención institucional en pacientes oncológicos involucra dimensiones emocionales, organizativas y relacionales que influyen en la percepción del cuidado recibido. Los hallazgos resaltan la importancia de fortalecer estrategias orientadas a una atención más accesible, integral y centrada en la persona, incorporando no solo aspectos técnicos del tratamiento, sino también componentes emocionales y comunicativos dentro de los servicios de salud.

Palabras clave: Cáncer. Atención oncológica. Percepción del paciente. Atención de enfermería. Investigación cualitativa.

Abstract

Introduction: Oncological care is a complex process involving clinical, emotional, and organizational dimensions that shape the experiences of individuals living with cancer. Understanding patients' perceptions of institutional care helps identify key elements related to nursing care, the therapeutic bond, and barriers encountered during the healthcare process.

***Correspondencia:**

Rey A. Salcedo-Álvarez
E-mail: rasalced@hotmail.com

Fecha de recepción: 31-03-2026
Fecha de aceptación: 19-05-2026
DOI: 10.24875/REN.M26000028

Disponible en línea: 22-06-2026
Rev Enf Neurol. 2026;25(1):38-44
www.enfermerianeurologica.mx

2954-3428 / © 2026 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Objective: *To understand the experiences and perceptions of female oncology patients regarding the institutional care received at the Instituto Nacional de Cancerología.* **Method:** *A qualitative, descriptive, and inductive study with a naturalistic approach. Data were collected through semi-structured interviews with six women diagnosed with cancer and treated at the Instituto Nacional de Cancerología. Interviews were transcribed and analyzed using inductive thematic coding to identify emerging categories regarding institutional care perceptions.* **Results:** *Four main categories emerged: satisfaction with care, learning and adapting to the institutional environment, coping with administrative difficulties, and the emotional meaning of the therapeutic bond. Participants reported positive experiences tied to humanized care, empathy, and effective communication with healthcare staff. Conversely, they faced challenges related to waiting times, out-of-pocket treatment expenses, and administrative hurdles. The interpersonal bond with healthcare professionals was central to their overall care experience.* **Conclusions:** *Institutional care experiences among oncology patients involve emotional, organizational, and relational dimensions that influence their perception of the care received. These findings highlight the need to strengthen nursing and institutional strategies aimed at providing accessible, holistic, and person-centered care. Such approaches must integrate technical treatment competence with emotional and communicative support within healthcare services.*

Keywords: *Cancer. Oncology care. Patient perception. Nursing care. Qualitative research.*

Introducción

El cáncer representa uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo debido a su elevada incidencia, mortalidad y repercusiones sociales, económicas y emocionales. Su complejidad no solo radica en las dificultades asociadas con la detección temprana y el tratamiento oportuno, sino también en el impacto que genera en las personas, sus familias y los sistemas de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el año 2030 habrá aproximadamente 22.6 millones de casos de cáncer en el mundo. Asimismo, de los cerca de 20 millones de casos reportados en 2025, 10.2 millones correspondieron a hombres y 9.8 millones a mujeres, y aproximadamente la mitad de estas personas fallecieron a causa de la enfermedad. Además, se calcula que una de cada cinco personas desarrollará cáncer a lo largo de su vida, mientras que uno de cada nueve hombres y una de cada doce mujeres morirán por esta causa¹. La OMS también proyecta que la carga mundial del cáncer aumentará cerca de un 60% en las próximas dos décadas, lo cual ejercerá una presión importante sobre los sistemas de salud y los servicios de atención².

En México, las neoplasias constituyen un importante problema de salud pública y representan un desafío para la cobertura y la organización de los servicios sanitarios. Se estima que existen cerca de 200,000 casos prevalentes en un periodo de 5 años, posicionándose entre las principales causas de mortalidad en el país. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a la prevención, la detección oportuna, el tratamiento y la continuidad de la atención, considerando tanto las necesidades clínicas

como las experiencias de las personas que viven con cáncer³.

El cáncer impacta significativamente la vida de los pacientes y de sus familiares, generando implicaciones físicas, emocionales, sociales y económicas. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la calidad y la seguridad del cuidado, así como en el acompañamiento integral de las personas durante el proceso de atención. La práctica de enfermería no solo involucra actividades asistenciales, sino también funciones relacionadas con la gestión, la educación, la investigación y la mejora continua de la atención, orientadas a favorecer experiencias de cuidado más humanas y centradas en la persona^{4,5}.

La atención oncológica es un proceso complejo que involucra dimensiones clínicas, emocionales, sociales e institucionales. Desde la perspectiva de las personas que viven con cáncer, la experiencia de la atención no se limita al tratamiento médico, sino que también incluye la interacción con el personal de salud, los procesos administrativos, los tiempos de espera y el acompañamiento recibido durante la enfermedad.

En este sentido, los estudios cualitativos permiten comprender cómo las personas interpretan y significan sus experiencias dentro de las instituciones de salud, favoreciendo la identificación de elementos relacionados con la humanización del cuidado, la satisfacción con la atención y las barreras percibidas durante el proceso asistencial. La atención institucional en las personas con cáncer involucra múltiples dimensiones relacionadas con el cuidado, la interacción con los profesionales sanitarios, los procesos organizativos y las experiencias que se generan durante la trayectoria

terapéutica, en particular en escenarios de alta complejidad como la atención oncológica.

Desde esta perspectiva, el presente estudio retoma algunos elementos del análisis institucional propuesto por René Lourau y George Lapassade, corriente desarrollada a finales de la década de 1960 y orientada al análisis de las dinámicas sociales presentes en las instituciones. De acuerdo con Lourau, las instituciones se configuran a partir de procesos sociales, normas, relaciones y prácticas que influyen en la experiencia de las personas dentro de los espacios institucionales⁶.

Lourau describe tres nociones fundamentales: 1) lo instituido, entendido como el orden establecido y legitimado socialmente; 2) lo instituyente, relacionado con las fuerzas de cambio y transformación dentro de las organizaciones; y 3) lo institucionalizado, que corresponde a la incorporación y la reproducción cotidiana de normas y prácticas sociales⁶. Aunque el presente estudio no pretende realizar un análisis organizativo amplio de la institución, estos conceptos permitieron orientar la comprensión de las experiencias de atención desde la perspectiva de las pacientes entrevistadas. A partir de ello, el estudio se centró en explorar las percepciones y las experiencias de pacientes oncológicas respecto a la atención institucional recibida, considerando aspectos relacionados con el trato del personal de salud, el acompañamiento en el proceso terapéutico y las dificultades percibidas durante la atención.

El presente artículo corresponde a una fase de un proyecto más amplio orientado al estudio de la atención oncológica desde distintas perspectivas de análisis. Para este artículo en particular, se abordó la dimensión relacionada con las experiencias de atención y producción del cuidado desde la voz de las pacientes participantes.

El objetivo del presente estudio fue comprender las experiencias y las percepciones de pacientes oncológicas respecto a la atención institucional recibida en el Instituto Nacional de Cancerología, con el fin de identificar elementos relacionados con el cuidado, el vínculo terapéutico y las barreras percibidas durante el proceso de atención.

Método

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo e inductivo con enfoque naturalista⁷⁻⁹, el cual permite estudiar los fenómenos en su entorno natural, buscando comprender e interpretar los significados que las personas atribuyen a sus experiencias^{10,11}. Este enfoque favorece la exploración de las percepciones y las vivencias

relacionadas con la atención institucional en pacientes oncológicas.

El estudio retomó algunos elementos del análisis institucional propuesto por Lourau, particularmente las nociones de lo instituido, lo instituyente y lo institucionalizado⁶. Lo instituido hace referencia a las normas, las leyes, los lineamientos y las formas organizadas de atención; lo instituyente se relaciona con las necesidades, las expectativas y los cambios percibidos por los actores involucrados; y lo institucionalizado corresponde a las prácticas y las dinámicas que se reproducen de manera cotidiana dentro de las instituciones de salud. Estos elementos permitieron orientar la comprensión de las experiencias de atención referidas por las participantes.

Escenario del estudio

El estudio se desarrolló en el Instituto Nacional de Cancerología (InCan), ubicado en la Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México, México. La Ciudad de México concentra diversos institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad que brindan atención médica altamente especializada. En este contexto, el InCan constituye uno de los principales centros de referencia nacional para la atención oncológica.

Recolección de la información

La información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas elaboradas a partir de un guion temático orientado a explorar las experiencias relacionadas con la atención institucional, el trato recibido por el personal de salud y el acompañamiento durante el proceso terapéutico. Las entrevistas permitieron recuperar las experiencias significativas y los significados atribuidos por las participantes a su proceso de atención¹².

Las entrevistas fueron realizadas previa firma del consentimiento informado y se registraron mediante grabadora de voz. Los espacios utilizados para la recolección de información fueron salas de espera y aulas de enfermería dentro de la institución. La recolección de datos se llevó a cabo durante el periodo de enero a marzo de 2026.

Análisis de la información

Para la organización de la información se realizó la transcripción textual de las entrevistas. El análisis se efectuó mediante un proceso inductivo de codificación

Tabla 1. Caracterización de las participantes

Nombre ficticio	Edad (años)	Residencia	Diagnóstico	Tiempo de diagnóstico
Grecia	32	Ciudad de México	Cáncer cervicouterino	1 año y 2 meses
Regina	57	Ciudad de México	Cáncer de mama	10 meses
Natasha	75	Chimalhuacán, Estado de México	Cáncer de recto	7 años
María	61	Ciudad de México	Cáncer metastásico de origen no especificado	8 años
Esmeralda	31	Querétaro, Querétaro	Linfoma de Hodgkin	3 años
Gloria	37	Ciudad de México	Cáncer cervicouterino y cáncer de tiroides	7 años

temática, identificando «códigos vivos» derivados directamente de las narrativas de las participantes.

La codificación implicó la transformación de los datos originales en unidades temáticas de análisis, mediante procesos de fragmentación, organización y categorización del contenido⁷. Las narrativas obtenidas permitieron integrar categorías relacionadas con la satisfacción de la atención, la alfabetización en el entorno institucional, las vivencias emocionales y afectivas, así como el afrontamiento de situaciones administrativas percibidas durante la atención.

Rigor metodológico

La calidad del estudio se sustentó en criterios de rigor metodológico propios de la investigación cualitativa. En este sentido, se consideraron criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad^{13,14}, con el propósito de fortalecer la consistencia y la confiabilidad del proceso de investigación.

El presente artículo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, el cual fue evaluado y aprobado por los comités institucionales en materia de investigación y ética del InCan, conforme a los lineamientos institucionales vigentes para investigación en seres humanos (Análisis institucional de la atención del cáncer en el InCan, con número de aprobación 025/038/ENI y CEI/006/25).

Resultados

Se trabajó con seis mujeres que viven con cáncer, con edades entre 31 y 75 años, y un promedio de 4 años desde el diagnóstico de la enfermedad. Con la finalidad de salvaguardar la identidad de las participantes, se asignaron nombres ficticios (Tabla 1). Durante el proceso de análisis se alcanzó la saturación teórica,

entendida como el momento en que no emergieron nuevos datos relevantes para el fenómeno estudiado¹⁵.

A partir del análisis de las narrativas se identificaron cuatro categorías relacionadas con la percepción de la atención institucional: 1) satisfacción de la atención, 2) aprendizaje y adaptación al entorno institucional, 3) afrontamiento de dificultades administrativas y 4) significado emocional del vínculo.

Satisfacción de la atención

Las participantes describieron experiencias positivas relacionadas con la atención recibida, particularmente en aspectos vinculados con el trato humano, la empatía y la comunicación establecida con el personal de salud:

«Es que son muy humanos. Yo sí siento que me han tratado muy bien desde el inicio hasta ahorita.»

«Entre que las buenas noticias y las malas, yo sentí un buen trato, y la forma de decirlo, hasta trataban de decirte las cosas malas de una buena manera.» (Sra. Gretel)

«Todos han sido muy atentos, tratan lo mejor que se pueda, me refiero al momento que te dan otro diagnóstico y cositas así, han sido muy cuidadosos al respecto.»

«Hasta el día de hoy, tanto quimios como radio y todo, ha sido bueno el trato.» (Sra. María)

«Muy, muy buena atención que hay. Gracias a Dios, todo bien. Pues son buenas gentes... Me han tocado buenos doctores, enfermeras, todo el personal de aquí muy amables.» (Sra. Natasha)

Las entrevistadas señalaron que el acompañamiento recibido durante el tratamiento favoreció una percepción positiva de la atención institucional, tanto en aspectos técnicos como relacionales.

Aprendizaje y adaptación al entorno institucional

Las participantes describieron procesos de aprendizaje relacionados con el funcionamiento institucional y el acceso a los servicios de atención. A través de experiencias previas, de familiares, otros pacientes y personal de salud, desarrollaron estrategias para orientarse dentro del entorno hospitalario y dar continuidad a su tratamiento. A la pregunta sobre cómo supieron del InCan respondieron:

«Por un paciente, un muchacho que fue paciente. “Te van a pedir esto y esto y esto”, y por él estoy aquí. Porque yo realmente no sabía del hospital.» (Sra. Esmeralda)

«Me detectaron cáncer y me enteré por una de mis sobrinas, me platicó de este hospital y fue ella misma quien me trajo.» (Sra. Natasha)

Asimismo, algunas participantes señalaron que la orientación proporcionada por el personal y la señalización institucional facilitaron su adaptación al entorno hospitalario:

«Todo te lo explican tal cual... Todo está señalizado, en el piso están las flechitas, las rosas, las verdes. Uno no pone atención.» (Sra. Esmeralda)

Las experiencias descritas muestran cómo las pacientes desarrollan procesos de adaptación y aprendizaje durante su trayectoria de atención institucional.

Afrontamiento de dificultades administrativas

Las participantes describieron experiencias relacionadas con tiempos prolongados de espera, gastos imprevistos y dificultades administrativas durante el proceso de atención:

«En mis dos quimios no me habían pedido medicamento, hasta la tercera que me pidieron docetaxel y la verdad no tenía dinero para comprarlo.» (Sra. Gretel)

«Fuimos a preguntar cuánto costaban los estudios y nos dijeron que eran 10,000 pesos... Y la verdad, yo no tengo dinero.» (Sra. Reyna)

Asimismo, algunas entrevistadas refirieron experiencias previas de retraso diagnóstico o demora en la atención dentro de otras instituciones de salud:

«Un año antes de llegar aquí me realizaron una mastografía y no se detectó ninguna anomalía.» (Sra. Regina)

«Mi cita era en el IMSS... Yo empecé un septiembre y mi cita no era hasta febrero.» (Sra. Esmeralda)

También se mencionaron tiempos prolongados de espera dentro de la atención hospitalaria:

«Que te citan a una hora, pero sí se me hace muy exagerado esperar 4 horas.» (Sra. Grecia)

No obstante, algunas participantes también describieron experiencias positivas relacionadas con la oportunidad de la atención recibida:

«Me han atendido muy rápido... Ya mi segundo año de tratamiento, la verdad es que mis citas han sido muy rápidas.» (Sra. Regina)

«Fue rápido... Nada más fue un día de hospitalización y ya al otro día para afuera.» (Sra. Gloria)

Significado emocional del vínculo

Las participantes identificaron el vínculo interpersonal con el personal de salud como un elemento significativo durante su proceso de atención:

«Siento que sí me hace caso, sí me escucha... Es bonito.» (Sra. Gloria)

Las entrevistadas describieron experiencias de cercanía, empatía y apoyo emocional por parte del personal sanitario, particularmente durante momentos de vulnerabilidad asociados con el tratamiento y la hospitalización:

«El 24 me regalaron una cobija y unos calentadores... Todavía los tengo.»

«En Año Nuevo nos llevaron una comida especial... Con una flor y pues eso se sentía bonito.» (Sra. María)

Las narrativas reflejan que la comunicación y el acompañamiento emocional fueron percibidos como elementos importantes dentro de la experiencia institucional de atención.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio muestran que la experiencia de atención institucional en pacientes oncológicas involucra dimensiones clínicas, emocionales y organizativas que influyen en la percepción del cuidado recibido.

Las participantes destacaron la importancia del trato humanizado, la comunicación y el acompañamiento emocional brindado por el personal de salud, particularmente durante momentos de vulnerabilidad asociados al diagnóstico y al tratamiento. Estos resultados coinciden con estudios previos que señalan que la calidad relacional del cuidado y la empatía favorecen la percepción positiva de la atención y el bienestar emocional de las personas con cáncer¹⁶⁻¹⁸.

Asimismo, las experiencias descritas evidencian que las pacientes desarrollan procesos de aprendizaje y adaptación dentro del entorno institucional, apoyándose en familiares, otros pacientes y el personal sanitario para comprender el funcionamiento de los servicios y dar continuidad al tratamiento. Este aspecto se relaciona con la alfabetización en salud, entendida como la capacidad de las personas para comprender, utilizar y apropiarse de información relacionada con su proceso de atención¹⁹.

Por otra parte, las participantes identificaron dificultades relacionadas con tiempos de espera, acceso a estudios y gastos asociados al tratamiento, percibidos como factores que generan preocupación y desgaste emocional. Diversos autores han señalado que los retrasos en la atención y las barreras organizativas pueden afectar la experiencia del paciente y la continuidad del tratamiento oncológico²⁰⁻²³.

El vínculo interpersonal de las pacientes y el personal de salud también emergió como un componente relevante de la experiencia institucional. Las narrativas mostraron que la escucha, la empatía y el acompañamiento emocional fueron percibidos como elementos significativos durante el proceso terapéutico. Estos hallazgos coinciden con planteamientos teóricos de enfermería que reconocen la relación terapéutica como parte fundamental del cuidado integral^{24,25}.

En conjunto, los resultados permiten reconocer la importancia de fortalecer estrategias orientadas a una atención centrada en la persona, integrando no solo aspectos técnicos del tratamiento, sino también componentes emocionales, comunicativos y organizativos dentro de los servicios de salud.

Conclusiones

El presente estudio permitió comprender que la atención oncológica en el InCan constituye un proceso complejo, en el que las experiencias de cuidado están influenciadas tanto por las condiciones institucionales como por las relaciones establecidas entre el personal de salud y las pacientes.

Los resultados muestran que la satisfacción con la atención se relaciona principalmente con el trato humanizado del personal, lo que resalta la importancia de la dimensión emocional y relacional del cuidado durante el proceso terapéutico. Sin embargo, esta percepción positiva convive con dificultades relacionadas con el acceso a la atención, los tiempos de espera y los costos asociados al tratamiento, elementos que influyen en la experiencia institucional de las pacientes.

Asimismo, el aprendizaje y la adaptación al entorno institucional, así como el afrontamiento de situaciones administrativas durante la atención, reflejan que las pacientes y sus familias desarrollan estrategias para orientarse y dar continuidad al tratamiento dentro de un entorno complejo.

Por otra parte, el vínculo emocional con el personal de salud se identificó como un elemento relevante en la experiencia del cuidado, en particular por la empatía, la escucha y el acompañamiento brindado durante el tratamiento y la hospitalización. Estos aspectos evidencian la importancia de incorporar componentes emocionales y comunicativos dentro de la atención integral de las personas con cáncer.

En este sentido, los hallazgos muestran la necesidad de fortalecer las condiciones en las que se brinda la atención oncológica, no solo favoreciendo el trato humanizado, sino también mejorando aspectos organizativos relacionados con la accesibilidad, la oportunidad y la continuidad de la atención.

Finalmente, se concluye que, aunque las participantes percibieron experiencias positivas relacionadas con la calidad de la atención recibida, aún persisten retos importantes para favorecer una atención más accesible, integral y centrada en las personas. Asimismo, se recomienda continuar desarrollando estudios cualitativos e intervenciones orientadas a profundizar en las experiencias de las personas que viven con cáncer, y así contribuir al fortalecimiento del cuidado integral en los servicios de salud.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos en materia de investigación del INCan y de la FENO-UNAM. Se ha obtenido el consentimiento informado de las pacientes y se cuenta con la aprobación de tres comités institucionales: Comité de Ética en

Investigación de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (Folio 150), Comité de Ética del Instituto Nacional de Cancerología (Registro 025/038/ENI) y Comité de Investigación de este mismo instituto (Aprobación CEI/006/25). Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios. Ginebra: OMS; 2023. (Consultado el 13-03-2026.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Día Mundial contra el Cáncer 2024: por unos cuidados más justos. Washington, DC: OPS; 2023. (Consultado el 13-03-2026.) Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2024-por-unos-cuidados-mas-justos>.
3. Lazcano-Ponce E. La necesidad de una política nacional integrada de prevención de cáncer. *Salud Publica Mex.* 2022;64:1-2.
4. Saldías-Fernández MA, Parra-Giordano D, Martí-Gutiérrez T. Participación de enfermería en políticas públicas, ¿por qué es importante? Revisión integrativa de la literatura. *Enferm Glob.* 2022;21:590-624.
5. Alberdi-Castell R. La competencia política enfermera. *Rev Rol Enferm.* 2019;42:22-30.
6. Lourau R, Fiorito N. El análisis institucional. Buenos Aires: Amorrortu; 1975.
7. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 4.ª ed. México: McGraw-Hill; 2006. (Consultado el 14-03-2026.) Disponible en: <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20SAMPIERI.pdf>.

8. Finol de Franco M, Vera-Solórzano JL. Paradigmas, enfoques y métodos de investigación: análisis teórico. *Mundo Recursivo.* 2020;3:1-24.
9. González-Díaz RR, Acevedo-Duque AE, Guanilo-Gómez SL, Cruz-Ayala K. Ruta de investigación cualitativa-naturalista: una alternativa para estudios gerenciales. *Rev Cienc Soc.* 2021;27:334-50.
10. Denzin NK, Lincoln YS. The discipline and practice of qualitative research. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Collecting and interpreting qualitative materials.* 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.
11. Bedacarratx V. Reseña de "Libertad de movimientos. Una introducción al análisis institucional" de René Lourau. *Estud Sociol.* 2003;27:486-94.
12. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1987.
13. Cancio-Velloso I, Soares-Tizzoni J. Criterios y estrategias de calidad y rigor en la investigación cualitativa. *Cienc Enferm.* 2020;26:1-10.
14. Silva VI, Soares TJ. Critérios e estratégias de qualidade e rigor na pesquisa qualitativa. *Cienc Enferm.* 2020;26:1-10.
15. Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de la investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2005.
16. Real-Delor RE. Satisfacción con la atención y calidad de vida de los usuarios de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay en 2022. *Rev Salud Publica Parag.* 2023;13:27-34.
17. Oben P. Comprender la experiencia del paciente: un marco conceptual. *J Patient Exp.* 2020;7:906-10.
18. Vargas-Pozo CE, Morán-Asencio RP, Ortega-López MI, Sánchez-Vera KA. Impacto de la humanización en la satisfacción del paciente y su familia. *ReSoFro.* 2024;4:e454990.
19. Juvinyà-Canal D, Bertrán-Noguer C, Suñer-Soler R. Alfabetización para la salud, más que información. *Gac Sanit.* 2017;32:8-10.
20. Tónix-Rodríguez JL. La burocracia. *Rev Mex Cienc Polit Soc.* 1970;16:185-201.
21. Torres-Saavedra C, Campillay-Campillay M, Dubó-Araya P. Barreras y facilitadores de la atención en salud de personas con cáncer en una comuna del norte de Chile: reporte cualitativo. *Enfermería (Montevideo).* 2024;13:e3400.
22. Ballesteros-Goes IE, Manrique-Hernández EF, Licht-Ardila M, Rincón-Ramírez L, Mendoza-Monsalve A, Hurtado-Ortiz A, et al. Timeliness in cancer care: an analysis of delays in diagnosis and treatment initiation. *Gac Mex Oncol.* 2025;24:102-10.
23. Torres-Reyes ED, Carranza-Guzmán FJ, Tamez-Rodríguez AR, Álvarez-Villalobos NA. Correlación entre tiempo de consulta y satisfacción del paciente en primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2023;61:759-66.
24. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990.
25. Ramírez P, Muggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ.* 2015;12:134-43.

Características del uso de restricciones físicas en pacientes agitados en un hospital de tercer nivel

Characteristics of the use of physical restraints in agitated patients in a tertiary hospital

Yareth Peralta-García^{1*}, Sara Santiago-García² y Norma Sandoval-García³

¹Servicio de Neurología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Secretaría de Salud; ²Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México; ³Servicio de Neuropsiquiatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: Garantizar la seguridad del paciente es fundamental para favorecer la evolución y la recuperación de su salud, con la inclusión de ciertos métodos para brindar seguridad y posteriormente seleccionar intervenciones de acuerdo con el diagnóstico de enfermería. **Objetivo:** Describir las características del uso de restricciones físicas en pacientes agitados en un hospital de tercer nivel. **Metodo:** Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal, realizado en una institución de tercer nivel, que incluye 60 pacientes agitados con restricción física que cumplieron los criterios de inclusión, utilizando el instrumento ECSA (Evaluación de las Características de las Sujeciones en Adultos). **Resultados:** El análisis descriptivo mostró que las guanteletas obtuvieron una aprobación del 51.6% y que otras restricciones cumplen eficientemente con la protección de la piel, evidenciando la efectividad de las prácticas y arrojando como resultado una disminución del riesgo de lesiones cutáneas en las áreas evaluadas. Se evidenció una valoración de la escala de Braden en el 90% de los casos, destacando un cumplimiento alto en este indicador preventivo. **Conclusiones:** El estudio ofrece una visión integral de las prácticas de restricción física en pacientes agitados, abordando aspectos como la duración, los métodos utilizados y la evaluación de la piel, señalando la necesidad de mejorar la documentación clínica para garantizar una gestión integral segura de la sujeción en estos pacientes.

Palabras clave: Restricción física. Agitación psicomotora. Seguridad. Protección. Atención de enfermería.

Abstract

Introduction: Ensuring patient safety is fundamental to promoting the evolution and recovery of their health, with the inclusion of certain methods to provide safety and subsequently selecting interventions according to the nursing diagnosis. **Objective:** Describe the characteristics of physical restraint in agitated patients in a tertiary care hospital. **Method:** A quantitative, non-experimental, descriptive and cross-sectional study was conducted in a third-level institution, that included 60 agitated patients with physical restraint who met inclusion and exclusion criteria, using the instrument ECSA (Evaluation of the Characteristics of Restraints in Adults). **Results:** The descriptive analysis showed that the gloves received a 51.6% approval rating, and other restrictions effectively fulfilled skin protection, demonstrating the effectiveness of the practices and resulting in a decreased risk of skin injuries in the evaluated areas. A Braden Scale score was observed in 90% of cases,

*Correspondencia:

Yareth Peralta-García
E-mail: yareperalta10@gmail.com

Fecha de recepción: 31-03-2026
Fecha de aceptación: 22-05-2026
DOI: 10.24875/REN.M26000029

Disponible en línea: 22-06-2026
Rev Enf Neurol. 2026;25(1):45-51
www.enfermerianeurologica.mx

highlighting high compliance with this preventive indicator. **Conclusions:** The study offers a comprehensive view of physical restraint practices in agitated patients, addressing aspects such as duration, methods used, skin assessment, and highlighting the need to improve clinical documentation to ensure safe and comprehensive management of restraint in these patients.

Keywords: Physical restraint. Psychomotor agitation. Safety. Protection. Nursing care.

Introducción

Garantizar la seguridad del paciente constituye un principio fundamental en la práctica profesional de enfermería, ya que favorece la evolución clínica y la recuperación de la salud. Para ello, es indispensable implementar estrategias orientadas a disminuir los riesgos y seleccionar intervenciones individualizadas basadas en el diagnóstico de enfermería y las necesidades específicas de cada paciente.

La restricción física se emplea como una medida de protección mediante dispositivos destinados a limitar la actividad física total o parcial del paciente e impedir sus movimientos libres e independientes. Tiene como finalidad preservar la seguridad del paciente, prevenir autolesiones, disminuir el riesgo de eventos adversos durante la atención hospitalaria, asegurar la continuidad terapéutica y evitar conductas que puedan poner en riesgo la integridad de la persona o de quienes la rodean¹.

La agitación psicomotora no constituye una enfermedad en sí misma, sino un síndrome conformado por un conjunto de signos y síntomas de etiología diversa. Puede presentarse en individuos sometidos a estrés fisiológico o psicológico grave; sin embargo, ciertas patologías muestran una mayor predisposición a su desarrollo. Este síndrome se caracteriza por movimientos descoordinados, alteraciones emocionales y deterioro cognitivo-conductual, frecuentemente asociado con ideación delirante².

En la práctica clínica diaria, la agitación psicomotora representa uno de los desafíos más complejos y críticos para el personal de salud, manifestándose en un espectro de conductas que van desde la inquietud motora hasta la agresividad física incontrolable. Ante este escenario, la restricción física se ha consolidado históricamente como una medida terapéutica de último recurso destinada a salvaguardar la integridad del paciente y del equipo de salud. No obstante, su implementación implica riesgos significativos, ya que una aplicación inadecuada o una vigilancia insuficiente pueden derivar en complicaciones físicas graves, efectos psicológicos adversos y dilemas éticos relevantes³.

La mayoría de los protocolos hospitalarios relacionados con el uso de restricción física poseen un enfoque predominantemente normativo más que explicativo, debido a la limitada evidencia científica disponible. En este contexto, la presente investigación adquiere relevancia al desarrollarse en una institución de especialidad neurológica, lo que permite profundizar en el análisis de los factores de riesgo asociados, considerando la complejidad inherente de las patologías neurológicas⁴.

La identificación de áreas de oportunidad contribuye al fortalecimiento continuo de los procesos de atención y a la adaptación del personal de enfermería frente a los nuevos desafíos del cuidado especializado. Por ello, resulta indispensable promover la capacitación sistemática de los profesionales de enfermería, en apego a los principios éticos, el trato digno y las políticas nacionales vigentes orientadas a garantizar la seguridad y la calidad de la atención.

En este contexto, el objetivo de la presente investigación fue describir las características del uso de restricciones físicas en pacientes agitados en un hospital de tercer nivel, ya que es importante observar con frecuencia el seguimiento de la terapia para poder valorar si está cumpliendo con las necesidades del paciente y los objetivos deseados.

Método

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal, en una institución de tercer nivel de atención en salud. La recopilación de datos se llevó a cabo entre septiembre de 2022 y julio de 2023 mediante la revisión de registros clínicos, con el propósito de evaluar las anotaciones de enfermería, el monitoreo y los eventos relacionados con la aplicación de restricción física, así como identificar áreas de oportunidad en dichos procedimientos.

La investigación se desarrolló en los servicios de neurología, neurocirugía, neuropsiquiatría y urgencias. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes con agitación psicomotora, de ambos sexos, que no presentaban agresión física al momento de la evaluación.

Tabla 1. Distribución por sexo de los pacientes con sujeción mecánica (n = 60)

Variables	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido				
Masculino	35	58.3	58.3	58.3
Femenino	25	41.7	41.7	41.7
Total	60	100	100	100

Tabla 2. Frecuencias de higiene en las guanteletas (n = 60)

Variables	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido				
Sin sujeción	10	16.7	16.7	16.7
Deficiente	4	6.7	6.7	6.3
Regular	15	25	25	25.3
Eficiente	31	51.7	51.7	51.6
Total	60	100	100	100

La higiene se clasificó como eficiente (mantiene las guanteletas limpias, secas y sin olores desagradables, el material de sujeción cumple con su función), regular (rozaduras leves, guanteletas limpias, pero sin cambio reciente) o deficiente (guanteletas sucias, húmedas, olor sudoroso, presión digital).

Se excluyeron aquellos pacientes que desarrollaron conductas agresivas con riesgo potencial de daño durante el proceso de valoración, así como los pacientes o familiares que no aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Para la recolección de información se utilizó el instrumento ECSA (Evaluación de las Características de las Sujeciones en Adultos), que evalúa las características de la restricción física en pacientes agitados y se encuentra estructurado en tres cuadros de operatividad integrados por dos indicadores principales: higiene de la sujeción y protección de la piel. Asimismo, contempla cinco dimensiones relacionadas con los diferentes tipos de sujeción, incluyendo las muñecas, los tobillos y el tórax. El instrumento fue diseñado basándose en los procedimientos del profesional de enfermería enfocados en el cuidado de la higiene, el mantenimiento de la integridad cutánea, la conservación de la posición anatómica, la función de seguridad del material empleado y la adecuada medición del sitio de sujeción.

Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, como servicio hospitalario, turno, diagnóstico, sexo, edad, tipo de restricción física y fecha de colocación del dispositivo, entre otras.

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por los comités correspondientes en materia de investigación y ética. Posteriormente, se inició la recolección de datos en los servicios participantes para

identificar a los pacientes que requirieron restricción física debido a episodios de agitación psicomotora.

El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics versión 29.0.1.0. Se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes acumulados para analizar el uso de las restricciones físicas, así como tablas para el almacenamiento y la presentación de la información.

Resultados

De acuerdo con la información sociodemográfica recabada, la muestra estuvo conformada por 60 participantes con edades comprendidas entre 19 y 82 años. Del total de la población estudiada, el 41.7% correspondió al sexo femenino y el 58.3% al sexo masculino (Tabla 1).

En cuanto a los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento de medición, se observó una mayor eficiencia en el uso de guanteletas como medida de higiene, con un porcentaje de aprobación del 51.6% (Tabla 2). Respecto a la higiene de las muñecas, se identificó una eficiencia del 51.7% (Tabla 3). Para las sujeciones en los tobillos, se obtuvo una eficiencia del 12.1%, considerando que el 86.7% de los pacientes no requirieron restricción física en los miembros inferiores (Tabla 4). Por otra parte, la higiene relacionada con las sujeciones torácicas mostró una eficiencia del 16.5%, de acuerdo con el material empleado (Tabla 5).

Tabla 3. Frecuencias de higiene en las sujeciones de muñecas (n = 60)

Variables	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido				
Sin sujeción	10	16.7	16.7	16.7
Deficiente	4	6.7	6.7	6.6
Regular	17	28.3	28.3	23.3
Eficiente	29	48.3	48.3	51.7
Total	60	100	100	100

La higiene se clasificó como eficiente (la muñeca se encuentra limpia e íntegra, piel lubricada, material de sujeción seco, sin lesiones), regular (rozaduras leves, manos limpias, pero sin lavado reciente) o deficiente (manos sucias, olor sudoroso, humedad, uñas sucias).

Tabla 4. Frecuencias de higiene en las sujeciones de tobillos (n = 60)

Variables	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido				
Sin sujeción	42	86.7	86.7	86.7
Deficiente	11	11.7	11.7	11.3
Eficiente	7	11.7	11.7	12.1
Total	60	100	100	100

La higiene se clasificó como eficiente (el tobillo se encuentra limpio e íntegro, piel lubricada, material de sujeción seco, sin lesiones), regular (rozaduras leves, tobillos limpios, pero sin lavado reciente) o deficiente (tobillos sucios, olor sudoroso, humedad, uñas sucias).

Tabla 5. Frecuencias de higiene en las sujeciones torácicas (n = 60)

Variables	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido				
Sin sujeción	45	75	75	75
Deficiente	3	5	5	5
Regular	2	3.3	3.3	3.1
Eficiente	10	16.7	16.7	16.5
Total	60	100	100	100

La higiene torácica se clasificó como eficiente (realiza cuidados de higiene para mantener limpios y secos el material de sujeción y el área del tórax, piel hidratada), regular (olor leve, necesita aseo o sábana nueva) o deficiente (olor fuerte, sin higiene en las extremidades o el cuerpo, sábana sucia, posición prolongada).

En relación con la protección de la piel, las guanteletas fueron evaluadas como eficientes en un 66.5% de los casos (Tabla 6), seguidas por las sujeciones en las muñecas con un 50% (Tabla 7), en los tobillos con un 11.7% (Tabla 8) y en el tórax con un 16.6% (Tabla 9). Es importante considerar que las sujeciones torácicas y de tobillos presentaron resultados eficientes, pero sus porcentajes fueron menores debido a que no todos los pacientes requirieron restricción física en dichas áreas anatómicas.

Asimismo, se identificó que el personal de enfermería registró de manera adecuada el motivo, las características y el sitio específico de la contención física. Se evidenció la aplicación de la escala de Braden en el 90% de los casos, lo que refleja un alto nivel de cumplimiento en este indicador preventivo. No obstante,

se detectaron áreas de oportunidad relacionadas con el seguimiento y el registro detallado durante y después de la aplicación de la restricción física, particularmente en la valoración de la integridad cutánea y las medidas de higiene. De igual forma, se observaron omisiones en el registro de la hora de inicio de la agitación psicomotora y del momento posterior al retiro de la contención física.

Discusión

De los 60 pacientes que tuvieron sujeciones, el 58.3% eran de sexo masculino, en concordancia con el Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad del Hospital Psiquiátrico Román Alberca⁵, en el cual se menciona que es mayor el

Tabla 6. Frecuencias de protección de la piel en las guanteletas (n = 60)

Variables	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido				
Sin sujeción	10	16.7	16.7	16.7
Deficiente	2	3.3	3.3	3
Regular	8	13.3	13.3	13.3
Eficiente	40	66.7	66.7	66.5
Total	60	100	100	100

La protección de la piel se clasificó como eficiente (protege el sitio de sujeción, mide con un dedo por debajo de la sujeción, sin daño cutáneo, espacio para movilidad digital), regular (1-2 criterios incumplidos) o deficiente (ningún criterio cumplido).

Tabla 7. Frecuencia de protección de la piel en las sujeciones de muñecas (n = 60)

Variables	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido				
Sin sujeción	11	18.3	18.3	18.3
Deficiente	1	1.7	1.7	1.7
Regular	18	30	30	30
Eficiente	30	50	50	50
Total	60	100	100	100

La protección de la piel se clasificó como eficiente (colocación de rodillos en las manos debajo de los dedos, mide con un dedo por debajo de sujeción, conserva la posición anatómica, evaluación del pulso periférico, el llenado capilar, el color y la temperatura de la extremidad), regular (1-2 criterios incumplidos) o deficiente (ningún criterio cumplido).

Tabla 8. Frecuencia de protección de la piel en las sujeciones de tobillos (n = 60)

Variables	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido				
Sin sujeción	52	87.3	87.3	87.3
Eficiente	7	11.7	11.7	11.7
Deficiente	1	0.12	0.12	0.12
Total	60	100	100	100

La protección de la piel se clasificó como eficiente (colocación de rodillos por debajo de los pies, mide con un dedo por debajo de sujeción, conserva la posición anatómica, evaluación de pulso periférico, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad), regular (1-2 criterios incumplidos) o deficiente (ningún criterio cumplido).

Tabla 9. Frecuencia de protección de la piel en las sujeciones de tórax (n = 60)

Variables	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válido				
Sin sujeción	45	75	75	75
Regular	5	8.3	8.3	8.3
Eficiente	10	16.7	16.7	16.7
Total	60	100	100	100

La protección de la piel en el tórax se clasificó como eficiente (la sabana evita el roce de la piel permitiendo su movilización, protección y una adecuada expansión del tórax, la piel del tórax se encuentra sin enrojecimiento y sin excoりaciones, conserva la posición anatómica), regular (1-2 criterios incumplidos) o deficiente (ningún criterio cumplido).

porcentaje de agresiones por hombres que por mujeres; el 48.4% de los pacientes masculinos suelen agredir al personal de salud, lo que lleva a recurrir a la restricción física como último recurso.

En la mayor parte de los casos, las restricciones fueron en pacientes con diagnóstico principal de trastorno de la personalidad debido a enfados o cuando se les informaba de una norma que no querían cumplir,

mientras que en esta investigación las restricciones fueron por riesgos de caída, retiro de invasivos y autolesión en pacientes desorientados y agitados. Si bien la agitación psicomotora puede afectar a cualquier persona independientemente de su sexo, se observa con mayor frecuencia en los hombres debido a una combinación de factores biológicos, neurobiológicos y sociales⁶.

Por otro lado, la notable evolución ha permitido que los equipos de restricción física se adapten a las necesidades y los derechos de los pacientes. Es importante señalar que en el medio de aplicación solo se cuenta con correas de cuero y guanteletas confeccionadas con vendas elásticas o tela, o bien hechas de gasas y algodón.

Este hallazgo coincide y es aprobado por el Servicio de Salud del Principado de Asturias y los estándares de enfermería⁷, el cual lo enmarca en una política de seguridad como medida excepcional y de último recurso ante un riesgo inminente para el paciente; sin embargo, las restricciones deben vigilarse continuamente independientemente del material con que estén elaboradas.

También hay que señalar que, en los resultados obtenidos, el tipo de sujeción que predominó fue el de muñeca, y el tiempo de utilización de las restricciones no excedió las 24 horas, ya que el profesional de enfermería informó que se retiraban las sujeciones cuando el paciente mostraba mejoría conductual y a la hora de la visita familiar. Estos resultados coinciden con lo reportado en un artículo sobre restricciones físicas en la unidad de cuidados intensivos realizado en España, su utilización y su percepción en pacientes y familiares⁸.

No obstante, hubo una deficiencia en el seguimiento detallado durante y después, así como en los registros de inicio y retiro de la restricción; se encontró que, a mayor permanencia de la sujeción, menor es la evolución del paciente, sobre todo en el indicador de la protección de la piel, encontrando enrojecimiento y en algunas ocasiones compromiso neurovascular causado por el movimiento del paciente al tratar de luchar para quitarse la sujeción, provocando que el apósito que protege la piel se mueva y cause lesión.

Dichos resultados se relacionan con el trabajo titulado *Asociación entre la necesidad de restricción física y resultados neurológicos desfavorables en la hemorragia subaracnoidea*⁹, que mostró que el uso continuo de la restricción física durante las primeras 24-72 horas tras el ingreso se asoció significativamente con resultados neurológicos desfavorables en pacientes con hemorragia subaracnoidea.

Como última aportación, se pudo observar al profesional de enfermería participar durante la colocación de la restricción física, realizando un seguimiento adecuado y posteriormente manteniendo la integridad física del paciente. Esto coincide con los resultados de la Universidad Veracruzana, donde consideran que el personal de salud debe proteger la integridad física y psicológica del paciente procurando garantizar los cuidados y la seguridad¹⁰.

Conclusiones

La aplicación de restricciones físicas en pacientes con agitación psicomotora continúa siendo una intervención frecuente y compleja dentro de los servicios especializados de atención neurológica.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación permitieron identificar fortalezas en la práctica del personal de enfermería, particularmente en el registro del motivo de la contención física, la utilización de la escala de Braden y la implementación de medidas orientadas a la protección de la piel y la higiene del paciente. Sin embargo, se evidencian áreas de oportunidad relacionadas con el seguimiento continuo, la vigilancia de la integridad cutánea y la documentación oportuna durante las diferentes etapas de la restricción física.

Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer la capacitación continua del personal de enfermería en torno al manejo seguro, ético y humanizado de las restricciones físicas, priorizando siempre la seguridad y la dignidad del paciente. Asimismo, resulta indispensable promover protocolos estandarizados y basados en la evidencia científica que permitan optimizar la calidad del cuidado y disminuir los riesgos asociados a esta práctica.

Finalmente, se considera necesario continuar realizando estudios sobre este tema que permitan ampliar el conocimiento sobre los factores de riesgo, las intervenciones preventivas y las prácticas de enfermería más efectivas para garantizar una atención segura y de calidad en pacientes con agitación psicomotriz.

Financiamiento

Las autoras declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Las autoras declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Las autoras han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Las autoras declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 1984. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.
2. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. 1917. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>.
3. Martínez-Serrano J, Galián-Muñoz I, Bernal-Torres J, Díaz-Sánchez C, Galián-Castillo I, Concepción-Salesa A. Protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Murcia: Murciasalud; 2021. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf.
4. Del Valle-García M, González-Llana RM, González-Iglesias I, García-Prada H, Antuña-Díaz M, Sánchez A, et al. Protocolo de contención de pacientes. Asturias: Asociación Española de Neuropsiquiatría de Asturias; 2018. Disponible en: <https://aenasturias.es/wp-content/uploads/2018/04/ContencionPacientes.pdf>.
5. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Protocolo de contención de pacientes para todos los profesionales de la red SESPA. Asturias: Astursalud; 2018. (Consultado el 05-03-2026.) Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-de-contencion-de-pacientes-para-todos-los-profesionales-de-la-red-sespa>.
6. Pérez-Ciriza A, Nicolás-Olmedo A, Goñi-Viguria R, Regaira-Martínez E, Margall-Coscojuela MA, Asiain-Erro MC. Restricciones físicas en UCI, su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enferm Intensiva*. 2022;23:77-86.
7. Akiyama K, Inoue A, Hifumi T, Nakamura K, Taira T, Nakagawa S, et al. Association between physical restraint requirement and unfavorable neurologic outcomes in subarachnoid hemorrhage. *J Intensive Care*. 2021;9:24.
8. Pintado-González A. Restricción física segura y eficaz en el paciente adulto con agitación. *Inic Investig Red Cent Enferm*. 2024; 4(1).
9. Cuéllar-Miranda BE. Evaluación de las sujeciones de los pacientes hospitalizados. [Tesis de especialidad]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería; 2007. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/3025/MAE1ESP00701.pdf?sequence=4>.
10. Mazzoglio y Nabar MJ. Contención mecánica en pacientes con agitación motriz. SEUBE Ciencias Médicas UBA. 2022. Video: [41:37]. (Consultado el 28-05-2026.) Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=2kLi-S7UcV_Q.

Estudio de caso de un paciente con accidente cerebrovascular hemorrágico: abordaje de la necesidad de oxigenación/circulación en un contexto neurocrítico

Case study of a patient with hemorrhagic stroke: addressing the need for oxygenation/circulation in a neurocritical context

Ana K. Rodríguez-Guendulain 

Consulta Externa, Instituto de Salud del Estado de México, Centro de Salud Ciudad Lago, Nezahualcóyotl, Estado de México, México

Resumen

Se presenta el abordaje integral de un paciente con accidente cerebrovascular (ACV) de origen hemorrágico atendido en el servicio de neurología, destacando el rol del profesional de enfermería en la priorización de las necesidades alteradas mediante el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson. La AVC hemorrágica, provocada por la ruptura de un vaso sanguíneo cerebral, constituye la segunda causa de muerte en todo el mundo y uno de los principales motivos de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de este informe es visibilizar la aplicación práctica del juicio clínico de enfermería en una condición crítica que representa un desafío frecuente y complejo en la atención neurológica especializada. Se utilizó como metodología el proceso enfermero a través de la recolección de datos mediante un instrumento basado en las 14 necesidades básicas. Las fuentes de información fueron: directa, hoja de enfermería, expediente clínico (hojas de enfermería, estudios de laboratorio, gabinete), entrevista con el cuidador primario y análisis de base de datos. Se trata de un varón con antecedentes de hipertensión arterial no controlada que inicia con disminución del estado de alerta, cefalea, náusea, vómito, disminución de la agudeza visual y debilidad generalizada. En urgencias presenta datos de estupor e ingresa a quirófano para colocación de ventriculostomía. Posteriormente, en neurología comienza con tiraje intercostal y respiraciones apnéusticas, por lo que se da manejo avanzado de la vía aérea. Debido a este problema se aplicaron cuidados especializados de enfermería basados en el modelo de las 14 necesidades, teniendo como metodología el proceso de atención de enfermería, que permite una intervención eficaz en pacientes con AVC hemorrágica. Las acciones centradas en la oxigenación/circulación y la neuroprotección contribuyen a mejorar el estado clínico, reducir las complicaciones y favorecer la recuperación funcional. La formación avanzada del profesional de enfermería es clave para proporcionar cuidados integrales durante la fase crítica.

Palabras clave: Enfermedad vascular cerebral. Hemorragia intracraneal. Hipertensión arterial. Hemorragia intraparenquimatosa. Diagnósticos de enfermería.

Abstract

The integral approach of a patient with cerebrovascular accident (CVA) of hemorrhagic origin, treated in the neurology service, highlighting the role of the nursing professional in prioritizing altered needs through Virginia Henderson's 14 needs model. Hemorrhagic CVA, caused by the rupture of a cerebral blood vessel, is the second leading cause of death worldwide and one of the main causes of loss of disability-adjusted life years, according to the World Health Organization. The objective of

Correspondencia:

Ana K. Rodríguez-Guendulain
E-mail: karenguendulain06@gmail.com

Fecha de recepción: 28-10-2025
Fecha de aceptación: 20-05-2026
DOI: 10.24875/REN.25000018

Disponible en línea: 22-06-2026
Rev Enf Neurol. 2026;25(1):52-62
www.enfermerianeurologica.mx

2954-3428 / © 2026 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

this report is to visualize the practical application of clinical nursing judgment in a critical condition that represents a frequent and complex challenge in specialized neurological care. The nursing process was used as methodology through data collection by means of an instrument based on 14 basic needs. Sources of information: direct, nursing sheet, clinical file (nursing sheets, laboratory studies, cabinet), interview with primary carer and database analysis. This is a male with history of arterial hypertension not controlled, begins with decreased alertness, headache, nausea, vomiting, decreased visual acuity, generalized weakness. In the emergency room it presents stupor data, enters the operating room for ventriculostomy placement. Later in neurology begins with intercostal draw and apnetic breaths so that advanced management of the airway is given. Due to this problem, the application of specialized nursing care was carried out, based on the model of the 14 needs having as methodology the process of nursing care, which allows an effective intervention in patients with hemorrhagic CVA. Actions focused on oxygenation/circulation and neuroprotection contribute to improve clinical status, reduce complications and promote functional recovery. Advanced training of the nursing professional is key to provide comprehensive care during the critical phase.

Keywords: Cerebrovascular disease. Intracranial hemorrhage. Arterial hypertension. Intraparenchymal hemorrhage. Nursing diagnoses.

Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico, ocasionado por la ruptura de un vaso sanguíneo cerebral, provoca la acumulación de sangre dentro del parénquima o en el espacio subaracnoideo. Esta condición representa una de las principales causas de muerte en todo el mundo y es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. La hemorragia intraparenquimatosa es la forma más frecuente¹; de los ictus hemorrágicos, se estima que un 10% corresponden a hemorragias intraparenquimatosas y un 5% a hemorragias subaracnoideas².

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más común para el ACV hemorrágico, ya que favorece la ruptura de la lámina elástica arterial y la degeneración de la capa muscular lisa de los vasos, en particular en las arterias perforantes de pequeño calibre derivadas de las arterias cerebrales media, anterior, posterior y basilar³.

Esta alteración fisiopatológica compromete la función cerebral, la oxigenación y la circulación sistémica, requiriendo atención especializada inmediata, en especial en unidades de cuidados intensivos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cada año ocurren aproximadamente 15 millones de casos de ACV, de los cuales 5.5 millones resultan en fallecimiento y otros 5 millones en discapacidad permanente. En conjunto, constituye la segunda causa global de muerte⁴. En el contexto nacional, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó que las enfermedades cerebrovasculares causaron un total de 36,158 defunciones; en los hombres ocuparon el octavo lugar con 18,155 defunciones, mientras que en las mujeres representaron la cuarta causa de muerte con un

total de 17,997 defunciones⁵. Asimismo, según el informe de la American Heart Association, en 2020 se registraron aproximadamente 7.05 millones de muertes por enfermedad cerebrovascular, de las cuales 3.48 millones fueron por ACV isquémico, 3.25 millones por hemorragia intracerebral y 0.35 millones por hemorragia subaracnoidea⁶.

Es importante destacar que, en el año 2021, el Dr. Arauz Góngora, director general del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velazco Suarez (INNMVS), informó que el ACV se posicionó como la séptima causa de mortalidad en México, provocando 37,453 defunciones, siendo más frecuente en los hombres mayores de 65 años, de acuerdo con datos del INEGI, y en todo el mundo esta condición representa la primera causa de discapacidad en adultos⁷.

Desde la perspectiva de enfermería, el ACV hemorrágico constituye una situación clínica de alta complejidad que exige una intervención especializada, orientada a la vigilancia neurológica estrecha, la toma de decisiones clínicas oportunas y la implementación de cuidados críticos centrados en la preservación de la función cerebral y la prevención de complicaciones. En este sentido, el profesional de enfermería de cuidados intensivos cumple un rol esencial en la identificación temprana del deterioro neurológico y en la ejecución de intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia científica y en modelos teóricos.

El aporte de este trabajo radica en la integración del abordaje de enfermería centrado en la necesidad de oxigenación/circulación dentro de un contexto neurocrítico, destacando la aplicación de cuidados especializados orientados a la estabilidad hemodinámica y la prevención de complicaciones secundarias. Asimismo, la relevancia clínica del estudio se sustenta en la

necesidad de fortalecer la práctica basada en la evidencia en pacientes con ACV hemorrágico, contribuyendo al conocimiento sobre las intervenciones de enfermería que favorecen la vigilancia neurológica, la oxigenación tisular y la optimización del pronóstico del paciente crítico.

Este informe de caso tiene como propósito exponer el abordaje de enfermería en un paciente con ACV hemorrágico, priorizando sus necesidades alteradas de acuerdo con el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, bajo un enfoque sistemático y estructurado conforme al proceso de atención de enfermería (PAE).

Método

La presente investigación corresponde a un estudio de caso clínico de enfermería, fundamentado en la aplicación de un plan de cuidados basado en las cinco etapas del PAE, conforme al modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson⁸, y que se desarrolló en concordancia con las recomendaciones internacionales para el reporte de casos clínicos, particularmente con los lineamientos CARE (*CAsE REport Guidelines*), garantizando una descripción sistemática, clara y rigurosa del proceso de valoración, intervención y seguimiento del paciente con ACV hemorrágico en estado neurocrítico.

La selección del caso se realizó durante la tercera semana de marzo de 2024, en el contexto de la práctica clínica correspondiente al primer semestre de la Especialidad en Enfermería del Adulto en Estado Crítico, desarrollada en el INNNMVS. El caso corresponde a un paciente de 57 años, originario de Tlaxcala, en su quinto día de estancia hospitalaria en el servicio de neurología, con diagnóstico de ACV hemorrágico intraparenquimatoso, operado de ventriculostomía y con antecedente de hipertensión arterial sistémica descontrolada. Para la valoración integral del paciente y la recolección de datos se obtuvo el consentimiento informado de su responsable legal, cumpliendo con los principios éticos y normativas nacionales vigentes, como establece el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación⁹.

Se utilizó un instrumento clínico de valoración, estructurado conforme al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, validado por la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Este instrumento está diseñado para obtener datos subjetivos y objetivos en pacientes críticos y permite identificar problemas reales y potenciales en las esferas física, psicológica, social y espiritual. Está organizado en 14 secciones

correspondientes a cada necesidad básica, con ítems abiertos y cerrados que facilitan la planificación del cuidado.

La aplicación del instrumento fue realizada por la investigadora principal durante las primeras 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica para colocación de drenaje ventricular externo. Los datos recolectados fueron mixtos: cuantitativos (signos vitales, escalas clínicas) y cualitativos (percepción del estado emocional y espiritual del paciente).

Como complemento a la valoración, se aplicaron escalas específicas dirigidas al paciente neurocrítico, incluyendo la nemotecnia The MANTLE, la cual contempla parámetros clave de neuroprotección: glucosa, hemoglobina, sodio, temperatura, presión arterial, oxigenación y electrolitos. Esta herramienta facilitó la selección precisa de intervenciones de enfermería basadas en la evidencia¹⁰.

A partir del análisis se formularon diagnósticos de enfermería bajo el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas). Se jerarquizaron las prioridades de atención y se determinó el nivel de dependencia del paciente. Basándose en los hallazgos, se identificaron cuatro diagnósticos prioritarios que permitieron establecer los tres roles del profesional de enfermería – sustituto, ayudante y acompañante – en función de la fuente de dificultad: falta de fuerza, conocimiento o voluntad¹¹.

Las intervenciones fueron diseñadas e implementadas con fundamento en conocimientos científicos actualizados y el juicio clínico especializado, con el fin de brindar cuidados seguros y eficaces a pacientes neurocríticos¹².

Se formuló la siguiente pregunta clínica utilizando la metodología PICO (Población, Intervención, Comparación, Resultado): ¿cuáles son las intervenciones oportunas y especializadas de enfermería que contribuyen a disminuir las complicaciones en personas con ACV hemorrágico con necesidad de oxigenación/circulación alterada y fomentan la recuperación funcional?

Partiendo de esta pregunta, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura científica publicada entre 2019 y 2024, en idiomas español e inglés. Se utilizaron descriptores DeCS/MeSH relacionados con el evento principal y los factores asociados: enfermedad vascular cerebral, hemorragia intracraneal, hemorragia intraparenquimatoso, hemorragia subaracnoidea, ictus, hipertensión arterial, enfermería, diagnósticos de enfermería y modelos de enfermería. Los operadores booleanos empleados fueron AND, OR y NOT. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Elsevier, SciELO, BidiUNAM y Redalyc.

Tras la selección de los artículos relevantes se realizó una lectura crítica con el propósito de identificar intervenciones de enfermería eficaces y oportunas. Finalmente, se evaluaron los resultados clínicos del paciente y se realizaron ajustes al plan de cuidados que favorecieron su evolución clínica.

Descripción del caso

Paciente

Varón de 57 años, originario y residente de Calpulalpan, Tlaxcala, casado, con escolaridad secundaria, profesa la religión católica, se dedica al trabajo en el campo y a la crianza de borregos, y es el principal proveedor económico de su familia.

Entorno

Habita en casa propia, construida con materiales perdurables, ubicada en una zona urbana del Estado de Tlaxcala, que cuenta con servicios intra- y extradomiciliarios (agua, electricidad y drenaje). Zoonosis: positiva; refiere convivencia con un perro y, por razones laborales, con borregos.

Salud

Antecedentes heredofamiliares: padre con cardiopatía isquémica y madre fallecida hace un año por enfermedad renal crónica. Inmunizaciones: esquema de vacunación completo; vacuna contra SARS-CoV-2 (tres dosis), la última aplicación hace un año, desconoce la marca; vacuna contra influenza estacional (2023). No presenta Cartilla Nacional de Vacunación. Antecedentes personales patológicos: refiere alergia a los antiinflamatorios no esteroideos con respuesta tipo angioedema. Hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico, sin tratamiento actual. Rinitis alérgica desde hace 10 años, en tratamiento con clorfenamina. Antecedentes quirúrgicos: reparación del tendón de Aquiles (2017). Niega fracturas y transfusiones. Tipo sanguíneo: O Rh positivo. Toxicomanías: alcoholismo positivo (ocasional) desde los 19 años; tabaquismo negativo.

Patología actual

Según refiere su esposa, el evento inició el 03/03/2024 aproximadamente a las 12:00 a.m., mientras conducía acompañado de su hijo. Presentó de forma súbita incapacidad para hablar, obedecer

órdenes, somnolencia de 5 minutos de duración, cefalea intensa (escala visual analógica 10/10), náuseas, vómito con contenido gastroalimentario, disminución de la agudeza visual y debilidad generalizada. Fue trasladado por paramédicos al Hospital Regional de Calpulalpan, Tlaxcala, donde fue atendido en urgencias a las 14:00 h. En la exploración física se identificó debilidad en el hemicuerpo derecho y se le realizó una tomografía computarizada (TC) de cráneo simple a las 17:00 h en una unidad externa. Su esposa refiere que no se le entregó el resultado, pero le mencionaron que presentaba una hemorragia, por lo que fue trasladado al INNNMVS el 04/03/2024.

Situación actual

Ingresó al servicio de urgencias del INNNMVS a las 02:50 h, con presión arterial de 149/78 mmHg, saturación de oxígeno del 89% y puntuación de 10 en la escala de coma de Glasgow. Se realizó TC de cráneo simple, que mostró una hemorragia intraparenquimatosa con extensión a los ventrículos laterales (tercer y cuarto ventrículos). Valorado por neurocirugía, se determinó que no era candidato a cirugía urgente. Se inició manejo médico con losartán 50 mg, amlodipino 5 mg y soluciones hipertónicas. El 07/03/2024 presentó deterioro respiratorio, se realizó manejo avanzado de la vía aérea y se inició tratamiento con meropenem y vancomicina. El 14/03/2024 fue extubado por presentar mejoría clínica. El 15/03/2024 ingresó al servicio de neurología en estado de somnolencia. El 18/03/2024 sigue con somnolencia persistente y saturación de oxígeno del 89%; se colocó mascarilla con fracción inspirada de oxígeno al 35%. Una nueva TC reportó resangrado con mayor compromiso talámico izquierdo e intraventricular. Se colocó drenaje ventricular externo (ventriculostomía), sin complicaciones. Se valoró mediante el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson para planificación del cuidado de enfermería. El 22/03/2024 presenta de nuevo deterioro respiratorio, por lo que se realizó intubación endotraqueal. La TC mostró hematoma en los ganglios basales. El 04/04/2024 se le realizó una traqueostomía. El 05/04/2024 se retiró el drenaje ventricular externo. El 18/04/2024 se realizó una gastrostomía percutánea (24 Fr), sin complicaciones.

Cuidado

El profesional de enfermería actúa como sustituto ante el déficit de autonomía, dada la falta de fuerza en

las siguientes necesidades: oxigenación/circulación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse y mantener una buena postura, higiene, protección de la piel y evitar peligros en el entorno.

El 22/03/2024 se realizó una valoración focalizada, identificando como necesidad prioritaria el estado neurológico. Esta evaluación permitió establecer un enfoque clínico individualizado para la planificación del cuidado especializado.

NECESIDAD 1: OXIGENACIÓN/CIRCULACIÓN

Se identificó estupor, con Glasgow de 7 puntos, pupilas midriáticas con leve respuesta (6 mm), tiraje intercostal y respiraciones apnéusticas. Se decidió manejo avanzado de la vía aérea. En la *Behavioral Pain Scale* obtuvo 10 puntos, con asincronía con el ventilador. Escala de Mallampati: clase III. Presentó *shock*, con presión arterial media de 28 mmHg, frecuencia respiratoria de 6 r.p.m., temperatura de 35.7 °C, palidez generalizada e hipoxia prolongada. Se inició vasopresor (norepinefrina: 8 mg/100 ml de NaCl al 0.9%) a razón de 0.18 µg/kg/min, a 11.4 ml/h, hasta lograr una presión arterial media de 80 mmHg. Se aplicó ventilación mecánica en modo asistido-controlado, ciclado por volumen, con volumen corriente de 356 ml, presión positiva al final de la espiración de 5 cmH₂O, relación I: E de 1:2, TRIGGER 2 y fracción inspirada de oxígeno del 40%, con respuesta adecuada.

Se calcularon los índices de oxigenación:

- Índice de Kirby: 137.7 (síndrome de dificultad respiratoria aguda moderado).
- Disponibilidad de oxígeno: 880.53 ml/min.
- Captación de oxígeno: 247.89 ml/min.
- Índice de oxigenación: 52.3.

La TC de cráneo reveló hemorragia en el tálamo izquierdo con extensión al mesencéfalo, intraventricular supra- e infratentorial, de 28 × 30 × 34 mm (volumen: 10 ml; previo: 13.2 ml), con edema periférico y desplazamiento de la línea media hacia la derecha de 6 mm.

Plan de intervención

A continuación, se redacta el plan de intervención con los diagnósticos más relevantes del caso, priorizados por nivel de complejidad:

- Diagnóstico enfermero 1 (Tabla 1).
- Diagnóstico enfermero 2 (Tabla 2).
- Diagnóstico enfermero 3 (Tabla 3).
- Diagnóstico enfermero 4 (Tabla 4).

Resultados

Durante el desarrollo del presente estudio de caso, correspondiente a un paciente con diagnóstico de ACV hemorrágico intraparenquimatoso, se obtuvo evidencia del impacto positivo de las intervenciones de enfermería especializadas en un entorno de atención crítica, permitiendo así mejorar los desenlaces clínicos.

Las intervenciones de enfermería implementadas en el paciente neurocrítico tienen un impacto directo en la estabilidad hemodinámica y en las estrategias de neuroprotección, ya que permiten mantener una adecuada perfusión cerebral y prevenir lesiones neurológicas secundarias. Mediante la monitorización continua de los signos vitales, el control estricto de la presión arterial, la vigilancia del estado neurológico, el manejo de la oxigenación y el equilibrio hidroelectrolítico, el personal de enfermería contribuye a la detección temprana de alteraciones que puedan comprometer la función cerebral. De igual manera, la ejecución oportuna de cuidados dirigidos a evitar la hipoxia, la hipertermia, la hipoglucemia y el incremento de la presión intracraneal favorece la conservación del tejido cerebral viable y disminuye las complicaciones.

El ACV hemorrágico conlleva consecuencias multisistémicas, derivadas del daño neurológico agudo, la alteración de la perfusión cerebral y el compromiso de estructuras encefálicas esenciales para la homeostasis corporal. En el marco del modelo de Virginia Henderson, se identificó una mayor prevalencia de alteraciones en las necesidades fundamentales que a continuación se exponen.

Oxigenación y circulación

Esta fue la necesidad con mayor alteración, ya que la hemorragia intracerebral elevó la presión intracraneal, comprometiendo la presión de perfusión cerebral y generando hipoxia tisular. Los mecanismos de autorregulación cerebral se encontraron comprometidos, por lo que se requirió manejo avanzado de la vía aérea y control estricto de la presión arterial.

Resultados observados:

- Mejora del patrón respiratorio (frecuencia respiratoria de 6 a 16-20 r.p.m.).
- Disminución de los episodios de apnea.
- Estabilidad hemodinámica con presión arterial media > 65 mmHg.
- Mayor reactividad pupilar y mejoría en la escala de Glasgow (> 11 puntos).

Tabla 1. Diagnóstico enfermero: extravasación aguda de sangre dentro del parénquima cerebral

Necesidad 1: oxigenación/circulación		
Diagnóstico de enfermería: extravasación aguda de sangre dentro del parénquima cerebral R/C: acumulación de sangre en tercer y cuarto ventrículos por la ruptura de un vaso sanguíneo cerebral (arteria cerebral media) M/P: área hiperdensa con compromiso intraparenquimatoso (tálamo izquierdo) y sangrado intraventricular, deterioro neurológico (Glasgow 7 puntos), SpO ₂ 89%, midriasis bilateral con leve respuesta (6 mm), hemiplejía derecha		
Objetivo: mejorar la perfusión cerebral mediante metas de neuroprotección		
Fuente de dificultad: fuerza	Nivel de dependencia: 6, totalmente dependiente	Rol de enfermería: sustituta
Intervención	Acción	
1. Manejo del drenaje ventricular externo (ventriculostomía)	Posición en decúbito supino con cabecera a 30-45° Ajustar altura del depósito colector a nivel del pabellón auricular Mantener goteo uniforme de 5-10 gotas por minuto. Realizar asepsia previa manipulación Vigilar permeabilidad del sistema Mantener cerrado el drenaje ante cualquier manipulación (cambio de posición, traslado, toma de muestra) Control del LCR: vigilar y registrar (cantidad, color y características) por turno	
2. Soporte ventilatorio	Manejo avanzado de la vía aérea (secuencia de intubación rápida) Metas ventilatorias de protección pulmonar en paciente neurocrítico: pH 7.35-7.45, PEEP 5 cmH ₂ O, SpO ₂ 94-97%, PaCO ₂ 35-45 mmHg, volumen corriente: 6-8 ml/kg de peso ideal Toma de gasometría arterial	
3. Valoración neurológica	Observar y registrar cambios pupilares (tamaño, simetría y respuesta a la luz) por hora Valoración mediante la BPS por hora Valoración mediante la RASS	
4. Regulación hemodinámica	Mantener metas de presión arterial sistólica >110 mmHg Administración de fármaco vasopresor (norepinefrina, infusión de 0.05-0.2 µg/kg/min) Dosis administrada 0.15 µg/kg/min Administración de analgesedación: Tramadol 400 mg en infusión continua a 5 ml/h Midazolam en infusión de 100 mg en 100 ml de NaCl al 0.9%, 0.17 mg/kg/h Monitorización del gasto cardiaco Valoración del llenado capilar Registro estricto del balance hídrico por turno	
5. Mantenimiento de la perfusión tisular	Vigilancia de la SpO ₂ : 94% a 97% Evaluar signos de perfusión (llenado capilar, temperatura, color, pulso periférico) Monitorear niveles de hemoglobina y gasometría arterial	
6. Medidas de neuroprotección (<i>The MANTLE</i>)	Mantener la glucosa entre 110 y 180 mg/dl (medición y registro de glucemia) Mantener la temperatura central entre > 36 y < 37.5°C Mantener la hemoglobina entre 8 y 12 g/dl Mantener los electrolitos dentro de los siguientes parámetros: Na 135-145 mEq/l, pH 7.35-7.45, PaO ₂ 80-110 mmHg	

BPS: *Behavioral Pain Scale*; LCR: líquido cefalorraquídeo; M/P: manifestado por; PaCO₂: presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial; PaO₂: presión parcial de oxígeno en sangre arterial; PEEP: presión positiva al final de la espiración; R/C: relacionado con; RASS: *Richmond Agitation-Sedation Scale*; SpO₂: saturación de oxígeno.

– El líquido cefalorraquídeo presentó disminución de proteínas y aclaramiento del aspecto.

Estos resultados indican una respuesta favorable a las intervenciones de enfermería orientadas a preservar la oxigenación y la perfusión cerebrales.

Nutrición

Se observó una alteración relevante debido a disfagia neurogénica ocasionada por daño en el bulbo

raquídeo, encargado de la coordinación de los músculos involucrados en la deglución, y alteración de los nervios craneales IX, X y XII. Las intervenciones se enfocaron en el cálculo de los requerimientos nutricionales y el inicio temprano de soporte enteral, siguiendo las guías de la European Society for Clinical Nutrition (ESPEN), para contrarrestar el estado hipermetabólico y prevenir la desnutrición.

Resultados observados:

– Aumento de la albúmina sérica (de 2.7 a 3.9 g/dl).

Tabla 2. Diagnóstico enfermero: deterioro de la ventilación espontánea

Necesidad 1: oxigenación/circulación		
Diagnóstico de enfermería: deterioro de la ventilación espontánea R/C: alteración en la oxigenación tisular secundaria a hipoxia prolongada M/P: deterioro neurológico, PAM 28 mmHg, taquicardia compensatoria 115 l.p.m., FR 6 r.p.m., SpO ₂ 45%, palidez generalizada, diaforesis, DO ₂ 880.53 ml/min, Da-vO ₂ 5.61 ml/dl, DA-aO ₂ 51.2 mmHg, IO 52.3		
Objetivo: mejorar la función respiratoria mediante VMI, favorecer la estabilidad respiratoria y reducir la hipoxia facilitando la adaptación al ventilador mecánico para reducir el esfuerzo respiratorio y mejorar la oxigenación con el fin de evitar daño neurológico		
Fuente de dificultad: fuerza	Nivel de dependencia: 6, totalmente dependiente	Rol de enfermería: sustituta
Intervención	Acción	
1. Manejo de la ventilación mecánica	Secuencia de intubación rápida: preparación, preoxigenación, premedicación, parálisis, protección y posicionamiento, posicionamiento del tubo, cuidados posintubación	
	Mantener metas de paciente neurocrítico: volumen corriente 6 a 8 ml/kg Mínimo 447 ml, máximo 596 ml por peso ideal, SpO ₂ 94% a 97%, PEEP 5 cmH ₂ O Permeabilización de la vía aérea Verificar presión del neumotaponamiento del tubo endotraqueal	
2. Manejo farmacológico	Administración de fármaco vasopresor (norepinefrina con dosis-respuesta), inicial de 8 mg en 100 ml de NaCl al 0.9%, a 0.18 µg/kg/min pasando a 11.4 ml/h Ajustar según la perfusión y PAS > 110 mmHg	
3. Monitorización hemodinámica	Evaluar la frecuencia cardíaca y la presión arterial inicial cada 15 minutos y posterior cada hora Monitoreo respiratorio Gasometría arterial para valorar y mantener paCO ₂ en 35-45 mmHg y pH de 7.35-7.45	
4. Monitorización de los signos vitales	Toma y registro de la frecuencia respiratoria Toma y registro de pulsioximetría de pulso Identificar y documentar cambios tempranos en la función respiratoria y hemodinámica Documentar respuesta a intervenciones realizadas	

DA-aO₂: diferencia alvéolo-arterial de oxígeno; Da-vO₂: diferencia arterio-venosa de oxígeno; DO₂: disponibilidad de oxígeno; FR: frecuencia respiratoria; IO: índice de oxigenación; M/P: manifestado por; PaCO₂: presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial; PAM: presión arterial media; PAS: presión arterial sistólica; PEEP: presión positiva al final de la espiración; R/C: relacionado con; SpO₂: saturación de oxígeno; VMI: ventilación mecánica invasiva.

- Estabilización de la glucosa capilar.
- Mejora del estado nutricional general.

Se logró prevenir la desnutrición y optimizar las condiciones metabólicas para la recuperación neurológica.

Eliminación urinaria

El daño neurológico afectó el control del esfínter y la inervación vesical, generando una posible vejiga neurogénica. El abordaje incluyó la vigilancia estricta del equilibrio hídrico y la prevención de complicaciones asociadas.

Resultados observados:

- Reducción progresiva del edema.
- No se documentaron infecciones asociadas a dispositivos.

Se evidenció progreso funcional y se previnieron complicaciones secundarias, como infección de vías urinarias asociada al uso de catéter urinario.

Movimiento y postura

El daño cerebral comprometió la función motora, causando hemiplejía y limitación de la movilidad. Esto aumentó el riesgo de trombosis venosa profunda y de lesiones por presión, por lo que se implementaron estrategias de movilización temprana y fisioterapia.

Resultados observados:

- Mejora de la fuerza muscular (escala Daniels): de 1/5 a 3/5 en las extremidades afectadas.
- La lesión sacra evolucionó hacia la fase de granulación con reducción de tamaño.
- No se desarrollaron nuevas lesiones por presión.
Se previno la sobreinfección y se favoreció la recuperación tisular (Tabla 5).

Discusión

Los hallazgos de este estudio de caso coinciden con lo reportado por García y Escobar¹³, quienes

Tabla 3. Diagnóstico enfermero: infección intracraneal

Necesidad 9: evitar peligros		
Diagnóstico de enfermería: infección intracraneal R/C: alteración de la barrera hematoencefálica M/P: hiperproteínorraquia (proteínas en LCR 176 mg/dl), leucocitosis (13.62 µl), enrojecimiento en el sitio de inserción del catéter, febrícula 37.7°C		
Objetivo: controlar oportunamente los signos clínicos y paraclínicos del proceso infeccioso con el fin de reducir la progresión de la infección, vigilando los signos tempranos de deterioro neurológico		
Fuente de dificultad: fuerza	Nivel de dependencia: 6, totalmente dependiente	Rol de enfermería: sustituta
Intervención	Acción	
1. Terapia antimicrobiana empírica	Administración de vancomicina 1 g/8 h IV Administración de meropenem 1.5 g/12 h IV Cultivo de control (durante el tratamiento) cada 48-72 h	
2. Control de la temperatura	Administración de antipirético (paracetamol 1 g/8 h IV) Evaluar curva térmica Mantener normotermia de acuerdo con The MANTLE, entre 36 y 37.5°C	
3. Monitorización neurológica	Detección temprana de signos meníngeos (rigidez de nuca) Valorar la presencia de convulsiones	
4. Monitorización del LCR	Evaluar y registrar las características y el volumen del LCR (color, claridad, consistencia) Realización de cultivo Control de la glucosa en el LCR	
5. Cuidados del drenaje ventricular externo (ventriculostomía)	Higiene de manos y uso de EPP antes de manipular el DVE Vigilancia del sitio de la herida quirúrgica (fiebre, leucocitosis, hiperproteínorraquia) Curación del sitio de inserción con clorhexidina y técnica aséptica cada 24 h Posición en decúbito supino con la cabecera de la cama a 25-30°, evitando las flexiones laterales del cuello para mejorar el retorno venoso	
6. Cuidados del sistema colector	Monitorizar la permeabilidad del sistema de drenaje Ajustar la altura, manteniendo el cero del depósito colector a nivel del pabellón auricular Se debe manipular el drenaje lo menos posible, para evitar el riesgo de infección Drenar 5-10 ml/h Colocar la superficie superior del recipiente recolector unos 15-20 cm por encima del conducto auditivo externo	

DVE: drenaje ventricular externo; EEP: equipo de protección personal; IV: intravenoso; LCR: líquido cefalorraquídeo; M/P: manifestado por; R/C: relacionado con.

documentan que la aplicación sistematizada del PAE, basado en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, permite una atención integral, personalizada y centrada en el paciente con ACV hemorrágico. En su investigación, las intervenciones se enfocaron en el control de la presión intracraneal, la oxigenación y el control térmico, lo que se tradujo en una reducción significativa de complicaciones clínicas.

De igual manera, Hernández y Frutos¹⁴ destacan que el modelo de Henderson es eficaz en contextos críticos al proporcionar un marco estructurado para identificar alteraciones fisiológicas, emocionales y sociales, permitiendo priorizar intervenciones desde un enfoque holístico. En este estudio, se corroboró que las necesidades más afectadas fueron la oxigenación/circulación, la nutrición, la eliminación y la movilidad, abordadas mediante intervenciones especializadas

basadas en la evidencia y adaptadas al entorno neurocrítico.

El paquete de neuroprotección The MANTLE, propuesto por Godoy et al.¹⁵, fue empleado para guiar el abordaje clínico, evidenciando su utilidad en la reducción del riesgo de hipoxia cerebral mediante el monitoreo y el control de parámetros clave como la glucosa, la hemoglobina, el sodio, la temperatura, la presión arterial y la oxigenación. Esta herramienta facilitó una intervención más precisa y alineada con los estándares actuales en el cuidado de pacientes con daño neurológico agudo.

Además, los estudios internacionales respaldan la efectividad de intervenciones tempranas y sistemáticas. Kruer et al.¹⁶ y las guías de la American Heart Association subrayan que la atención especializada, el soporte ventilatorio, la movilización temprana y el monitoreo continuo son pilares fundamentales para mejorar

Tabla 4. Diagnóstico enfermero: deterioro musculoesquelético

Necesidad 4: moverse y mantener una buena postura		
Diagnóstico de enfermería: deterioro musculoesquelético R/C: daño cerebral que afecta la función motora M/P: afección musculoesquelética (hemiplejía derecha), escala de Daniels miembros torácicos derecho 1/5 e izquierdo 2/5, miembros pélvicos derecho 1/5 e izquierdo 2/5, inmovilización prolongada		
Objetivo: evitar la progresión del deterioro de la movilidad, reducir el riesgo de deterioro musculoesquelético y el dolor		
Fuente de dificultad: fuerza	Nivel de dependencia: 6, totalmente dependiente	Rol de enfermería: sustituta
Intervención	Acción	
1. Rehabilitación temprana	Rehabilitación motora (estimulación multisensorial) Integrar al familiar en la rutina de ejercicios durante la visita familiar Terapia de ejercicios: movilidad articular y control muscular	
2. Mantenimiento de la circulación sanguínea	Ejercicios pasivos para prevenir la espasticidad Rotación externa forzada (hombros) 30 minutos Estiramiento de facilitación neuromuscular propioceptivo (rodilla-tobillo)	
3. Prevención de trombosis venosa profunda	Medidas profilácticas Uso de medias elásticas para favorecer el retorno venoso Administración de fondaparinux 2.5 mg Movilización temprana	

M/P: manifestado por; R/C: relacionado con.

Tabla 5. Comparación entre la valoración clínica inicial y la evolución clínica posterior

Variable	Valoración inicial (22/03/2024)	Tras intervención de enfermería
Estado neurológico	Estupor, Glasgow 7 puntos	Mayor alerta, Glasgow \geq 11 puntos
Drenaje ventricular	90 ml de líquido hemático	Disminución del sangrado y volumen
Pupilas	Midriáticas (6 mm), con leve respuesta	Isocóricas (3-4 mm), reactivas
FR	6 r.p.m., respiración apnéustica, tiraje intercostal	16-20 r.p.m., patrón respiratorio normalizado
PAM	28 mmHg (<i>shock</i>)	> 65 mmHg, estable sin vasopresores
Estado abdominal	Ruidos hipoactivos, matidez	Ruidos presentes, evacuaciones normales
Edema	Miembros torácicos, Godet ++	Reducción significativa, sin sobrecarga
Albúmina y glucosa capilar	2.7 g/dl y 129 mg/dl	3.9 g/dl y 100 mg/dl en rango terapéutico
Fuerza muscular (Daniels)	MTD 1/5, MTI 2/5, MPD 1/5, MPI 2/5	MTD 2-3/5, MTI 3-4/5, MPD 2/5, MPI 3/5
Lesión por presión	Grado II, 4 \times 2.5 \times 2 cm, región sacra	En fase de granulación, menor tamaño
LCR (punción/control)	Células 4/mm ³ , glucosa 64 mg/dl, proteínas 176 mg/dl, color café hemorrágico	Disminución de proteínas, aclaramiento del líquido, sin desarrollo de bacterias

FR: frecuencia respiratoria; LCR: líquido cefalorraquídeo; MPD: miembro pélvico derecho; MPI: miembro pélvico izquierdo; MTD: miembro torácico derecho; MTI: miembro torácico izquierdo; PAM: presión arterial media.

los desenlaces en pacientes con hemorragia intracerebral. Estos autores coinciden en que el juicio clínico del profesional de enfermería, junto con la implementación de protocolos basados en la evidencia, es determinante para reducir la morbilidad y la mortalidad en este tipo de eventos.

Por tanto, los resultados del presente estudio refuerzan la necesidad de fortalecer la formación especializada del personal de enfermería, así como de diseñar e implementar protocolos individualizados que incorporen herramientas como el PAE, el modelo de Henderson y estrategias avanzadas de neuroprotección como

The MANTLE. Estas acciones, en conjunto, contribuyen a garantizar una atención más segura, eficaz y centrada en las necesidades reales del paciente neurológico crítico.

Conclusión

Los resultados del estudio muestran que las intervenciones de enfermería especializadas, basadas en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y en el PAE, impactaron positivamente en el estado clínico del paciente, con mejoras evidentes en los aspectos de oxigenación, nutrición, movilidad y control de infecciones. Estos hallazgos confirman la efectividad del cuidado enfermero especializado en contextos neurocríticos.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra su diseño como caso único, lo que restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros pacientes con ACV hemorrágico y diferentes contextos clínicos. Asimismo, las características individuales del paciente, la evolución particular de la enfermedad y las condiciones propias del entorno neurocrítico pueden influir en los resultados observados.

El rol de la neuroprotección enfermera en los pacientes neurocríticos constituye un componente esencial para disminuir el daño neurológico secundario y favorecer la recuperación funcional. En este estudio de caso, las intervenciones de enfermería se orientaron a la vigilancia continua del estado neurológico, el control hemodinámico, la optimización de la oxigenación y el mantenimiento de unos parámetros fisiológicos adecuados, elementos fundamentales para preservar la perfusión cerebral.

Se consideró la aplicación del paquete *The MANTLE* como estrategia integral de neuroprotección, mediante la monitorización y el manejo oportuno de factores asociados al deterioro neurológico, tales como la temperatura, la oxigenación, la presión arterial, el equilibrio metabólico y la prevención de complicaciones sistémicas. La incorporación de este enfoque fortalece la práctica de enfermería especializada en el cuidado neurocrítico y resalta la importancia de intervenciones basadas en la evidencia para mejorar la evolución clínica del paciente con ACV hemorrágico.

Asimismo, el diseño de un plan de alta y educación para el cuidador contribuyó a garantizar la continuidad del cuidado en el hogar, aspecto esencial para la adaptación y la recuperación del paciente, que fue egresado a su domicilio tras una estancia hospitalaria de 1 mes y 15 días.

La respuesta a la pregunta PICO formulada fue favorable, al demostrar que las intervenciones de enfermería especializadas enfocadas en medidas de neuroprotección y rehabilitación temprana promueven la recuperación funcional en los pacientes con ACV hemorrágico.

Finalmente, este estudio evidencia que el seguimiento continuo de los parámetros neurológicos, ventilatorios y hemodinámicos facilita una intervención oportuna, optimizando la seguridad del paciente. La formación especializada y el juicio clínico del profesional de enfermería en áreas críticas resultan fundamentales para aplicar estas intervenciones con precisión y eficacia.

Financiamiento

La autora declara no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. La autora ha seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado del paciente y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. La autora declara que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Purroy F, Montalà N. Epidemiology of stroke in the last decade: a systematic review. *Rev Neurol*. 2021;73:321-36. doi: 10.33588/rn.7309.2021138
2. Ares G, Ramos C, Ximénez A, Leciñana M. Ictus hemorrágico, hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea. *Med – Programa Form Med Contin*. 2023;13:4095-107.
3. Unnithan A, Das J, Mehta P. Hemorrhagic stroke. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559173/>.
4. WHO EMRO. Stroke, cerebrovascular accident. *Health topics*. 2024. (Consultado el 21-07-2025.) Disponible en: <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de defunciones registradas de enero a junio de 2022 (preliminar). 2023. Report No.: 419/23. (Consultado el 25-03-2025.) Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>.

6. Tsao C, Aday A, Almarzoq Z, Alonso A, Beaton A, Bittencourt M, et al. Heart disease and stroke statistics. Update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2022;145:153-639.
7. Secretaría de Salud. Ictus o enfermedad vascular cerebral ocasionó más de 37 mil decesos en México. Gob mx. 2021. (Consultado el 21-07-2025.) Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/prensa/531-en2021-ictus-o-enfermedad-vascular-cerebral-ocasiono-mas-de-37-mil-decesos-en-mexico>.
8. Henderson V. *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*. New York : Macmillan; 1966. (Consultado el 21-07-2025.) Disponible en: <https://archive.org/details/naturenursingdef00hend>.
9. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. DOF; 2014. (Consultado el 21-07-2025.) Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0.
10. Quintana L, Vázquez L, Sánchez T. Intervenciones de enfermería en pacientes neurocríticos: propuesta basada en «The Mantle». *Enferm Intensiva*. 2021;183-90. doi: 10.1016/j.enfi.2020.06.006.
11. Raile A. *Modelos y teorías en enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. 809 p.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. (Consultado el 21-07-2025.) Disponible en: <https://shop.lww.com/Evidence-Based-Practice-in-Nursing---Healthcare/p/9781496384539>.
13. García M, Escobar S. Estudio de caso a una persona con EVC hemorrágico basado en el modelo de Virginia Henderson. *Rev Enferm Neurol*. 2022;21:54-79.
14. Hernández Martín C. *El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera*. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Valladolid, España; 2016. (Consultado el 25-03-2025.) Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf>.
15. Godoy D, Murillo F, Suarez J, Badenes R, Pelosi P, Robba C. "THE MANTLE" bundle for minimizing cerebral hypoxia in severe traumatic brain injury. *Crit Care*. 2023;27:13. doi: 10.1186/s13054-022-04242-3.
16. Kruer R, Harris E, Goodwin M. Management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Crit Care Clin*. 2018;34:631-49. doi: 10.1016/j.ccc.2018.06.002.