

CADICE

Ciencia Aplicada, Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

ISSN 3127-5486

VOL. I / N.º 7

EDICIÓN DIARIA

18 de julio de 2026

Sábado · Artículos 86-90

18

EN ESTA EDICIÓN

- 01 Obesidad y riesgo cardiometabólico: abordaje educativo desde Enfermería
- 02 Educación para pacientes con terapia de presión negativa en heridas complejas
- 03 Duelo complicado: fundamentos de apoyo emocional en cuidados enfermeros
- 04 Bronquiolitis en lactantes: actualización de cuidados y educación familiar
- 05 Salud de personas migrantes: barreras de acceso y competencia cultural en Enfermería

EDICIÓN DIARIA 18

Sumario

18 de julio de 2026

-
- | | | |
|----|---|-----------|
| 01 | Obesidad y riesgo cardiometabólico: abordaje educativo desde Enfermería | 03 |
| | Víctor Ramírez Ponce · Alicia Martín Salas · Noelia Prieto Guzmán · Rubén Castro Peña | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):86 | |
-
- | | | |
|----|--|-----------|
| 02 | Educación para pacientes con terapia de presión negativa en heridas complejas | 10 |
| | Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):87 | |
-
- | | | |
|----|--|-----------|
| 03 | Duelo complicado: fundamentos de apoyo emocional en cuidados enfermeros | 18 |
| | Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):88 | |
-
- | | | |
|----|---|-----------|
| 04 | Bronquiolitis en lactantes: actualización de cuidados y educación familiar | 26 |
| | Natalia García Serrano · Tomás Navarro Ríos · Julia Cortés Molina | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):89 | |
-
- | | | |
|----|---|-----------|
| 05 | Salud de personas migrantes: barreras de acceso y competencia cultural en Enfermería | 34 |
| | Beatriz Alonso Vega · Javier Muñoz Cabrera · Sara Domínguez Martín | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(7):90 | |
-

Las referencias bibliográficas originales se conservan. La paginación de este PDF corresponde a la edición diaria y no sustituye los identificadores de los artículos.

Consultar esta edición en la hemeroteca

ARTÍCULO 01

Obesidad y riesgo cardiometabólico: abordaje educativo desde Enfermería

Obesity and cardiometabolic risk: educational approach from Nursing

Víctor Ramírez Ponce · Alicia Martín Salas · Noelia Prieto Guzmán · Rubén Castro Peña

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):86

Autor principal (primer firmante)

Víctor Ramírez Ponce

Fecha recepción

11/06/26

Fecha aceptación

13/07/26

Fecha de publicación

18/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:86

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Autocuidado; Cuidados de Enfermería; Atención primaria de salud; Educación sanitaria; Consejo sanitario; Obesidad; Estilo de vida; Enfermería basada en la evidencia; Seguimiento de pacientes; Factores de riesgo cardiometabólico

Resumen

Introducción: La obesidad se asocia a un incremento del riesgo cardiometabólico y constituye un problema de salud que requiere un abordaje continuado, centrado en la persona y sensible a los determinantes clínicos, conductuales y sociales implicados. En este marco, la Enfermería ocupa una posición relevante por su proximidad asistencial, su capacidad para la educación sanitaria y su papel en el seguimiento longitudinal, especialmente en atención primaria.

Objetivos: Analizar la relación entre obesidad y riesgo cardiometabólico desde la perspectiva enfermera, revisar los principales elementos de valoración y describir el abordaje educativo orientado al autocuidado, la modificación del estilo de vida y la continuidad asistencial.

Metodología: Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo, centrada en el abordaje enfermero de la obesidad en población adulta. Se integran contenidos conceptuales sobre riesgo cardiometabólico, valoración clínica y funcional, educación para la salud, consejo sanitario y seguimiento de pacientes, con orientación práctica para el ámbito comunitario y de atención primaria.

Resultados: La obesidad no debe entenderse únicamente como exceso ponderal, sino como una condición compleja vinculada a alteraciones metabólicas, inflamatorias, funcionales y psicosociales que pueden favorecer la aparición o el empeoramiento de factores de riesgo cardiometabólico. La intervención enfermera incluye valoración integral, identificación de barreras para el autocuidado, establecimiento de objetivos realistas, educación alimentaria básica, promoción de actividad física adaptada, apoyo en cambio conductual y seguimiento continuado. La calidad de la comunicación terapéutica y la individualización del plan educativo condicionan en gran medida la adherencia.

Discusión/Conclusiones: El abordaje educativo de la obesidad desde Enfermería puede contribuir a mejorar la comprensión del riesgo, la participación del paciente en su proceso de salud y la adopción sostenida de hábitos más saludables. Su efectividad depende de la continuidad, del respeto a las preferencias y posibilidades de cada persona y de la coordinación con el resto del equipo. Más que una intervención puntual, se trata de un proceso clínico-educativo progresivo que requiere seguimiento, reevaluación y adaptación.

Abstract

Introduction: Obesity is associated with increased cardiometabolic risk and represents a health problem that requires a continuous, person-centred approach, taking into account the clinical, behavioural and social determinants involved. In this context, nursing plays a relevant role due to its closeness to patients, its educational function and its contribution to long-term follow-up, particularly in primary health care.

Objectives: To analyse the relationship between obesity and cardiometabolic risk from a nursing perspective, to review the main assessment components, and to describe an educational approach focused on self-care, lifestyle change and continuity of care.

Methodology: A narrative theoretical review is presented, focused on the nursing management of obesity in adults. Conceptual aspects related to cardiometabolic risk, clinical and functional assessment, health education, counselling and patient follow-up are integrated, with practical orientation for community and primary care settings.

Results: Obesity should not be understood solely as excess body weight, but as a complex condition linked to metabolic, inflammatory, functional and psychosocial changes that may favour the onset or worsening of cardiometabolic risk factors. Nursing intervention includes comprehensive assessment, identification of self-care barriers, establishment of realistic goals, basic nutritional education, promotion of adapted physical activity, support for behavioural change and continued follow-up. The quality of therapeutic communication and the individualisation of the educational plan strongly influence adherence.

Discussion/Conclusions: The educational approach to obesity from nursing may help improve risk understanding, patient participation in the health process and sustained adoption of healthier habits. Its effectiveness depends on continuity, respect for each person's preferences and possibilities, and coordination with the rest of the healthcare team. Rather than a one-time intervention, it is a progressive clinical-educational process that requires follow-up, reassessment and adaptation.

Keywords: Self Care; Nursing Care; Primary Health Care; Health Education; Counseling; Obesity; Life Style; Evidence-Based Nursing; Patient Follow-Up; Cardiometabolic Risk Factors

Introducción

La obesidad representa un proceso de salud de naturaleza multifactorial en el que convergen condicionantes biológicos, ambientales, culturales, emocionales y socioeconómicos. Su relevancia clínica no deriva solo del aumento del tejido adiposo, sino de la asociación con alteraciones metabólicas y vasculares que pueden incrementar el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, hígado graso, trastornos del sueño, limitación funcional y deterioro de la calidad de vida. Desde una perspectiva asistencial, esta complejidad obliga a superar enfoques reduccionistas basados exclusivamente en el peso corporal y a incorporar una valoración integral de la persona.

El concepto de riesgo cardiometabólico agrupa la probabilidad de desarrollar complicaciones relacionadas con la interacción entre adiposidad, resistencia a la insulina, alteraciones del metabolismo lipídico, elevación de la presión arterial, inflamación de bajo grado y otros factores modificables o no modificables. En la práctica clínica, este riesgo no se expresa de manera uniforme en todas las personas con obesidad. Existen diferencias según la distribución de la grasa corporal, la edad, el patrón de actividad física, la alimentación, la presencia de comorbilidad, el nivel de estrés, el sueño y el contexto social. Por ello, la toma de decisiones enfermeras requiere una aproximación individualizada y continuada.

La atención primaria de salud constituye un entorno especialmente adecuado para este abordaje. Su accesibilidad, la longitudinalidad del seguimiento y el conocimiento del entorno familiar y comunitario favorecen intervenciones centradas en prevención, educación para la salud y acompañamiento en el cambio de hábitos. En este escenario, Enfermería desarrolla funciones de detección de necesidades, valoración de estilos de vida, apoyo al autocuidado, consejo sanitario, refuerzo de la adherencia y coordinación con otros profesionales cuando la situación lo requiere.

También es preciso considerar la carga emocional y social asociada a la obesidad. El estigma por peso puede afectar a la autoestima, a la relación con los servicios sanitarios y a la disposición a participar en programas de seguimiento. Un abordaje enfermero adecuado debe evitar mensajes culpabilizadores y sustituirlos por una comunicación terapéutica respetuosa, basada en objetivos alcanzables y en la identificación de fortalezas. La educación sanitaria, cuando se plantea desde esta perspectiva, no se limita a transmitir información; busca favorecer comprensión, competencia para el autocuidado y toma de decisiones compartida.

La revisión del papel enfermero en la obesidad y el riesgo cardiometabólico resulta particularmente útil para ordenar un marco de intervención prudente, realista y clínicamente aplicable. No se trata de proponer recetas universales, sino de describir elementos de valoración e intervención que puedan orientar la práctica profesional en diferentes contextos asistenciales.

Objetivos

Analizar el abordaje educativo de la obesidad y del riesgo cardiometabólico desde la perspectiva de Enfermería, con especial atención al ámbito de atención primaria y al seguimiento longitudinal.

Como objetivos específicos se plantean:

- Describir la relación entre obesidad y riesgo cardiometabólico desde una visión clínica y enfermera.
- Identificar los componentes esenciales de la valoración integral de la persona con obesidad.
- Revisar las principales estrategias educativas orientadas al autocuidado y al cambio de estilo de vida.
- Precisar el papel de la Enfermería en el consejo sanitario, la continuidad asistencial y la coordinación interdisciplinar.
- Reflexionar sobre barreras y elementos facilitadores que condicionan la adherencia y la sostenibilidad de los cambios.

Metodología

Se ha elaborado una revisión teórica de tipo narrativo centrada en la práctica enfermera relacionada con la obesidad y el riesgo cardiometabólico en población adulta. El contenido se organiza a partir de ejes clínicos y asistenciales de uso habitual: conceptualización del problema, factores implicados, valoración enfermera, intervención educativa y seguimiento.

La metodología adoptada persigue una finalidad integradora. En lugar de presentar resultados cuantitativos o comparaciones entre estudios concretos, se sintetizan aspectos generalmente aceptados en la práctica clínica y en la educación para la salud, manteniendo una formulación prudente y orientada a la aplicabilidad. Se priorizan los elementos que pueden ser útiles para la actuación enfermera cotidiana en consulta programada, seguimiento comunitario y coordinación con otros dispositivos asistenciales.

El enfoque parte del proceso de atención enfermera como marco de razonamiento clínico. Esto implica considerar no solo la dimensión biomédica de la obesidad, sino también las necesidades de aprendizaje, la capacidad de autocuidado, los condicionantes familiares y ambientales, la motivación para el cambio y la evolución temporal de los objetivos. La revisión se dirige, por tanto, a ofrecer una síntesis razonada para la práctica profesional, sin establecer protocolos cerrados ni sustituir la valoración clínica individual.

Resultados

Obesidad y riesgo cardiometabólico: una relación clínica compleja

La obesidad se asocia a una mayor probabilidad de presentar factores de riesgo cardiometabólico, aunque la magnitud y expresión de esta asociación varían entre individuos. La acumulación de tejido adiposo, sobre todo cuando predomina en el área abdominal, puede relacionarse con alteraciones en la sensibilidad a la insulina, cambios en el perfil lipídico, incremento de la presión arterial y un estado inflamatorio persistente de baja intensidad. Estos fenómenos, mantenidos en el tiempo, pueden favorecer daño orgánico y enfermedad cardiovascular.

Sin embargo, reducir el problema a una única medida antropométrica resulta insuficiente. Desde Enfermería conviene valorar la trayectoria ponderal, la funcionalidad, la presencia de síntomas, la tolerancia al esfuerzo, la calidad del sueño, el bienestar emocional y la coexistencia de otros problemas de salud. La situación cardiometabólica debe interpretarse dentro de un conjunto más amplio de información clínica y de contexto.

Asimismo, la obesidad puede coexistir con hábitos no saludables que amplifican el riesgo, como sedentarismo, patrones alimentarios desestructurados, consumo frecuente de productos ultraprocesados, privación de sueño, estrés mantenido o dificultades para acceder a opciones de alimentación y actividad física adecuadas. Estos aspectos no son meras variables de estilo de vida aisladas, sino componentes de una realidad compleja que condiciona la capacidad de cambio.

Valoración enfermera integral

La valoración constituye el punto de partida del abordaje educativo. Debe incluir datos clínicos básicos, antecedentes personales, tratamientos en curso, presencia de comorbilidad y percepción del estado de salud. A ello se añaden elementos funcionales y conductuales: nivel de actividad física habitual, patrón de sueño y descanso, horarios, relación con la alimentación, organización doméstica, disponibilidad de apoyo y experiencias previas de pérdida y recuperación de peso.

La entrevista enfermera permite explorar la motivación para el cambio y detectar barreras frecuentes, como expectativas poco realistas, cansancio ante intentos previos, dificultades económicas, escaso apoyo familiar, falta de tiempo, dolor musculoesquelético, malestar emocional o escasa percepción de riesgo. También es útil identificar recursos de la persona: rutinas ya instauradas, preferencias alimentarias compatibles con una mejora del patrón dietético, posibilidad de caminar o realizar ejercicio adaptado, red de apoyo y capacidad para registrar progresos.

Junto a la valoración clínica y conductual, debe considerarse la dimensión emocional. Algunas personas consultan por recomendación profesional y no por demanda propia; otras han vivido

experiencias de estigmatización o se sienten juzgadas por su peso. Si no se establece una relación terapéutica basada en respeto y escucha, la intervención educativa pierde eficacia. La comunicación enfermera debe centrarse en comprender la situación, acordar objetivos alcanzables y reforzar la autoeficacia, evitando enfoques moralizantes.

En muchos casos resulta útil no limitar la evaluación al peso corporal. La evolución de hábitos, la mejoría de la tolerancia al esfuerzo, la regularización de horarios, la percepción de control sobre la alimentación o la adherencia al seguimiento son indicadores clínicamente relevantes. Este cambio de enfoque ayuda a sostener la motivación cuando la evolución ponderal es lenta o irregular.

Educación sanitaria y consejo enfermero

La educación para la salud en obesidad debe entenderse como un proceso continuado, no como una entrega puntual de recomendaciones. Su finalidad es favorecer que la persona comprenda la relación entre conductas cotidianas y riesgo cardiometabólico, pueda identificar prioridades de cambio y participe activamente en decisiones ajustadas a su realidad. Para ello, la información debe ser comprensible, dosificada y conectada con problemas concretos de la vida diaria.

En el ámbito alimentario, la actuación enfermera puede orientarse a mejorar la organización de las ingestas, promover elecciones de mayor calidad nutricional, revisar el tamaño de las raciones, detectar consumo emocional o automático y trabajar la planificación de compras y menús cuando sea factible. No corresponde reducir la intervención a mensajes simplistas sobre restricción calórica. Con frecuencia resulta más útil explorar hábitos observables y plantear cambios graduales, sostenibles y compatibles con el entorno de la persona.

En relación con la actividad física, el objetivo no debe formularse de forma abstracta ni desligada de la situación funcional. Es preferible valorar qué tipo de movimiento resulta posible, seguro y aceptable para cada paciente. Caminar más, reducir tiempo sedentario, incorporar pausas activas o iniciar ejercicio estructurado de manera

progresiva pueden ser estrategias razonables según edad, comorbilidad y condición física. El consejo enfermero debe contemplar limitaciones, riesgos y preferencias, evitando prescripciones genéricas difíciles de cumplir.

Otro componente esencial es el abordaje del sueño, del estrés y de la conducta alimentaria condicionada por emociones o rutinas desadaptativas. La privación de descanso, la desorganización horaria o el uso de la comida como respuesta a malestar pueden interferir en el autocuidado y favorecer recaídas. Enfermería puede identificar estas situaciones, ofrecer pautas básicas de higiene del sueño, técnicas sencillas de autoobservación y, cuando proceda, recomendar valoración por otros profesionales.

El consejo sanitario gana eficacia cuando incorpora herramientas de cambio conductual. Establecer objetivos específicos, registrar conductas, anticipar dificultades, revisar logros parciales y renegociar metas son acciones compatibles con la práctica enfermera habitual. La entrevista motivacional y otras estrategias centradas en la persona pueden facilitar la exploración de ambivalencias y reducir la resistencia al cambio, siempre adaptando la intervención al tiempo disponible y al nivel de disposición del paciente.

Autocuidado, adherencia y seguimiento

La obesidad es un problema de curso prolongado, por lo que la continuidad asistencial resulta especialmente importante. Muchas intervenciones fracasan cuando se plantean como episodios aislados sin un plan de seguimiento. Desde Enfermería, la programación de contactos sucesivos permite revisar objetivos, detectar dificultades, reforzar avances y redefinir prioridades. Este acompañamiento no implica una supervisión rígida, sino una presencia profesional que ayuda a mantener el compromiso terapéutico.

La adherencia depende en gran medida de la adecuación del plan a la vida cotidiana. Objetivos excesivamente ambiciosos, recomendaciones poco contextualizadas o mensajes centrados solo en resultados ponderales suelen favorecer abandono. Por el contrario, una planificación escalonada, con metas observables y evaluables, mejora la sensación de competencia. En este sentido, el

autocuidado no se limita a obedecer indicaciones, sino a adquirir habilidades para decidir, registrar y ajustar conductas.

El seguimiento también ofrece la oportunidad de revisar comorbilidades y factores de riesgo asociados. La coordinación con medicina de familia, nutrición, fisioterapia, trabajo social o salud mental puede ser necesaria en función del perfil clínico y de las barreras detectadas. La contribución enfermera no se restringe a derivar, sino a integrar la información, favorecer la continuidad del mensaje terapéutico y acompañar la implementación de las recomendaciones en el entorno real del paciente.

En personas con trayectorias de peso fluctuante, recaídas repetidas o baja motivación, el enfoque debe ser especialmente prudente. No toda mejoría se expresa como pérdida de peso inmediata; también son avances la reducción del sedentarismo, la estabilización de hábitos, el incremento de asistencia a seguimiento o la mayor conciencia sobre situaciones de riesgo. Reconocer estos logros evita una visión dicotómica de éxito o fracaso y favorece la permanencia en el proceso asistencial.

Aspectos éticos y comunicativos del cuidado

El lenguaje utilizado por los profesionales influye de manera directa en la experiencia asistencial. Un discurso centrado en la culpa o en la simple voluntad individual puede deteriorar la alianza terapéutica. La atención enfermera debe partir del reconocimiento de la complejidad del problema y del respeto a la dignidad de la persona, independientemente de su peso corporal o de la velocidad con la que se produzcan los cambios.

La educación sanitaria debe evitar promesas, simplificaciones y mensajes uniformes. No todas las personas responden igual a las mismas recomendaciones ni parten del mismo nivel de recursos. Por ello, la individualización no es un elemento accesorio, sino una condición para que la intervención tenga sentido clínico. También conviene preservar una mirada funcional y de salud global, en lugar de centrar toda la relación terapéutica en la evolución del peso.

En términos de práctica profesional, esto implica escuchar antes de aconsejar, acordar antes que

imponer y reevaluar antes de atribuir falta de adherencia. El trabajo enfermero en obesidad y riesgo cardiometabólico se sitúa precisamente en esa intersección entre conocimiento clínico, educación para la salud y acompañamiento continuado.

Discusión/Conclusiones

La obesidad constituye un problema sanitario de gran complejidad cuyo impacto sobre el riesgo cardiometabólico exige una respuesta asistencial sostenida y multidimensional. Desde Enfermería, la aportación más valiosa no se limita a proporcionar información sobre dieta y ejercicio, sino a construir un proceso de cuidado capaz de integrar valoración clínica, escucha terapéutica, educación sanitaria, apoyo al autocuidado y seguimiento longitudinal. Esta combinación resulta especialmente pertinente en atención primaria, donde la continuidad permite adaptar los objetivos a la evolución real del paciente.

Uno de los principales retos consiste en evitar intervenciones simplificadas. La mera transmisión de recomendaciones generales suele ser insuficiente cuando existen barreras emocionales, sociales o funcionales. Del mismo modo, una visión centrada exclusivamente en el peso corporal puede desatender mejoras clínicamente relevantes y generar frustración. La práctica enfermera se beneficia de una perspectiva más amplia, orientada a la reducción del riesgo, a la mejora de hábitos y a la funcionalidad, sin perder de vista la experiencia subjetiva de la persona.

La educación para la salud muestra mayor utilidad cuando se plantea como proceso gradual, con metas realistas y revisables. La alianza terapéutica, la comunicación no estigmatizante y la negociación de objetivos adaptados a la vida cotidiana condicionan en buena medida la adherencia. En este sentido, la entrevista clínica enfermera representa un espacio privilegiado para explorar motivación, expectativas, dificultades y recursos, además de reforzar la percepción de autoeficacia.

También debe subrayarse la necesidad de coordinación interdisciplinar. El abordaje de la obesidad y del riesgo cardiometabólico puede requerir intervenciones complementarias sobre

comorbilidad, salud mental, rehabilitación funcional o apoyo social. Enfermería ocupa una posición estratégica para detectar necesidades, facilitar continuidad y mantener coherencia educativa entre profesionales.

En conjunto, el abordaje educativo desde Enfermería puede contribuir a que la persona comprenda mejor su riesgo, participe de manera más activa en su cuidado y mantenga cambios más sostenibles en el tiempo. Su valor radica en la proximidad, la continuidad y la capacidad para traducir objetivos clínicos en decisiones cotidianas asumibles. Lejos de constituir una intervención accesorio, forma parte del núcleo del cuidado en procesos crónicos vinculados al riesgo cardiometabólico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses personales, profesionales o económicos relacionados con este trabajo.

Financiación

La realización de este trabajo no recibió ayudas económicas ni financiación institucional específica.

Bibliografía

1. Cacciata MC, Alvarado I, Jose MM, Evangelista LS. Health determinants and risk factors for coronary artery disease among older Filipinos in rural communities. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2021;20(6):565-571. doi: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa039>
2. Looijmans A, Jörg F, Bruggeman R, Schoevers R, Corpeleijn E. Design of the Lifestyle Interventions for severe mentally ill Outpatients in the Netherlands (LION) trial; a cluster randomised controlled study of a multidimensional web tool intervention to improve cardiometabolic health in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):107. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1265-7>
3. Hsieh KL, Chang CH, Lin YC, Huang TJ, Chen MY. Lifestyle and risk factors associated with elevated prostate-specific antigen levels in rural men: implications for health counseling. *Front Oncol.* 2024;14:1451941. doi: <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1451941>
4. Brauer P, Royall D, Rodrigues A. Use of the Healthy Eating Index in Intervention Studies for Cardiometabolic Risk Conditions: A Systematic Review. *Adv Nutr.* 2021;12(4):1317-1331. doi: <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa167>

5. Aspry KE, Van Horn L, Carson JAS, Wylie-Rosett J, Kushner RF, Lichtenstein AH, et al. Medical Nutrition Education, Training, and Competencies to Advance Guideline-Based Diet Counseling by Physicians: A Science Advisory From the American Heart Association. *Circulation*. 2018;137(23):e821-e841. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000563>
6. Bays HE, Ard JD, O'Neil PM, Wadden TA, Kushner RF, Jakicic JM, et al. Weight and cardiometabolic effects of a novel oral shape-shifting superabsorbent hydrogel capsule: Prespecified and exploratory analysis of the Epitomee capsule RESET study. *Obes Pillars*. 2025;13:100163. doi: <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2025.100163>
7. Chen CM, Lou MF, Gau BS. Prevalence of impaired fasting glucose and analysis of related factors in Taiwanese adolescents. *Pediatr Diabetes*. 2014;15(3):220-8. doi: <https://doi.org/10.1111/pedi.12081>
8. Lobelo F, Supapannachart KJ, Zhou T, Frediani JK. Exercise and Diet Counseling Trends From 2002 to 2015: A Serial Cross-Sectional Study of U.S. Adults With Cardiovascular Disease Risk. *Am J Prev Med*. 2021;60(2):e59-e67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.07.008>
9. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66. doi: <https://doi.org/10.1159/000496183>
10. Engelsen Cd, Koekkoek PS, Godefrooij MB, Spigt MG, Rutten GE. Screening for increased cardiometabolic risk in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2014;64(627):e616-26. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp14X681781>

ARTÍCULO 02

Educación para pacientes con terapia de presión negativa en heridas complejas

Education for patients receiving negative pressure wound therapy in complex wounds

Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):87

Autor principal (primer firmante)

Isabel Gómez Cordero

Fecha recepción

16/06/26

Fecha aceptación

12/07/26

Fecha de publicación

18/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:87

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Cicatrización de heridas;
Terapia de presión negativa; Promoción de la salud; Apósitos; Educación para la salud; Educación del paciente; Exudado; Piel; Estomas quirúrgicos; Heridas complejas

Resumen

Introducción: La terapia de presión negativa se ha incorporado al manejo de determinadas heridas complejas por su capacidad para favorecer el control del exudado, proteger el lecho de la herida y contribuir a un entorno local de cicatrización. Su utilización, tanto en el medio hospitalario como en la continuidad domiciliaria, exige que la persona atendida y su entorno comprendan el funcionamiento básico del sistema, identifiquen incidencias y participen de forma segura en los cuidados cotidianos.

Objetivos: Diseñar un programa de educación para la salud dirigido a pacientes portadores de terapia de presión negativa y a sus cuidadores, orientado a mejorar la comprensión del tratamiento, promover la adherencia, reforzar el autocuidado seguro y facilitar la detección precoz de problemas que requieran valoración profesional.

Metodología: Se plantea una intervención educativa estructurada desde Enfermería, aplicable a personas adultas con heridas complejas susceptibles de tratamiento con presión negativa. El programa se organiza en valoración inicial, planificación individualizada, sesiones educativas breves y evaluación continuada del aprendizaje, incorporando demostración práctica, verificación de la comprensión y adaptación a la situación funcional, cognitiva y social de cada paciente.

Resultados: El programa incluye contenidos sobre finalidad terapéutica, componentes del dispositivo, cuidados del apósito y del sistema de aspiración, protección de la piel perilesional, movilidad y descanso, higiene, manejo básico del exudado, signos de alarma y coordinación con los recursos asistenciales. Se describen asimismo el papel enfermero, los recursos educativos y los criterios para valorar aprendizaje, participación y continuidad de cuidados.

Discusión/Conclusiones: La educación sanitaria en este ámbito no debe limitarse a la transmisión de instrucciones técnicas. Requiere una intervención enfermera planificada, comprensible y adaptada al contexto clínico y familiar. Un programa educativo bien estructurado puede contribuir a disminuir errores en el manejo, favorecer la seguridad del paciente y mejorar la experiencia de cuidado en personas con heridas complejas tratadas con terapia de presión negativa.

Abstract

Introduction: Negative-pressure wound therapy has become part of the management of selected complex wounds due to its potential to help control exudate, protect the wound bed and support a healing environment. Its use in hospital settings and during home follow-up requires that patients and caregivers understand the basic operation of the system, recognize warning signs and participate safely in daily care.

Objectives: To design a health education programme for patients receiving negative-pressure wound therapy and their caregivers, aimed at improving treatment understanding, supporting adherence, strengthening safe self-care and facilitating early recognition of situations requiring professional assessment.

Methodology: A structured nursing-led educational intervention is proposed for adult patients with complex wounds treated with negative pressure. The programme is based on initial assessment, individualized planning, brief educational sessions and ongoing evaluation of learning, using practical demonstration, teach-back strategies and adaptation to each patient's functional, cognitive and social context.

Results: The programme addresses therapeutic purpose, device components, dressing and suction system care, periwound skin protection, mobility and rest, hygiene, basic exudate management, warning signs and coordination with healthcare services. Nursing roles, educational resources and criteria to assess learning, participation and continuity of care are also described.

Discussion/Conclusions: Health education in this field should not be reduced to isolated technical instructions. It requires a planned, understandable and context-sensitive nursing intervention. A well-designed educational programme may help reduce handling errors, improve patient safety and support the care experience of people with complex wounds undergoing negative-pressure wound therapy.

Keywords: Wound Healing; Negative-Pressure Wound Therapy; Health Promotion; Bandages; Health Education; Patient

Education; Exudates and Transudates; Skin; Surgical Stomas; Complex Wounds

Introducción

Las heridas complejas representan un problema asistencial de gran relevancia para Enfermería por su impacto sobre la integridad cutánea, el confort, la funcionalidad, la imagen corporal y la vida cotidiana de las personas atendidas. En este grupo se incluyen situaciones heterogéneas, como heridas quirúrgicas de evolución tórpida, dehiscencias, lesiones con elevada producción de exudado, pérdidas de sustancia con afectación de tejidos profundos o heridas localizadas en áreas anatómicas de difícil manejo. A ello se añade, en algunos casos, la coexistencia de estomas quirúrgicos, fragilidad cutánea, dolor, limitaciones de movilidad o comorbilidades que complejizan el plan de cuidados.

La terapia de presión negativa se utiliza como una modalidad de tratamiento local en determinadas heridas complejas. Su funcionamiento se basa, de forma general, en la aplicación controlada de presión subatmosférica a través de un sistema compuesto por apósito, interfaz, tubo de conexión y unidad de aspiración, con un reservorio para la recogida del exudado cuando el modelo lo incorpora. Aunque la indicación, la selección del dispositivo y los parámetros de tratamiento dependen de la valoración clínica y de los protocolos vigentes, la experiencia asistencial muestra que una parte importante del éxito del manejo cotidiano se relaciona con la comprensión del procedimiento por parte del paciente y su entorno.

En la práctica enfermera, la educación para la salud adquiere aquí un valor especial. El paciente con terapia de presión negativa puede convivir con un sistema que emite sonido, limita ciertos movimientos, requiere mantener un sellado adecuado y obliga a observar cambios en el aspecto del apósito, del exudado o de la piel perilesional. Cuando la atención continúa en domicilio, estas exigencias se trasladan al ámbito cotidiano, donde aparecen dudas frecuentes sobre higiene, descanso, deambulación, organización doméstica, contacto con el dispositivo y necesidad de consultar ante incidencias.

No todos los pacientes parten del mismo nivel de alfabetización en salud ni de las mismas capacidades para asumir autocuidados complejos. La edad avanzada, el deterioro cognitivo, la ansiedad ante la herida, el dolor, la dependencia funcional o la ausencia de apoyo cuidador pueden interferir en la adquisición de conocimientos y habilidades. Por ello, la enseñanza no debe reducirse a la entrega de instrucciones verbales en el momento del alta o del primer cambio de apósito, sino integrarse en un proceso progresivo, individualizado y verificable.

Desde una perspectiva enfermera, educar en terapia de presión negativa implica combinar contenidos técnicos con aspectos emocionales, funcionales y de seguridad. El objetivo no es convertir al paciente en responsable del tratamiento, sino facilitar una participación informada y realista, acorde con su situación clínica. También supone reforzar la continuidad asistencial, establecer canales claros de consulta y disminuir la variabilidad en la información ofrecida por los distintos profesionales.

En este marco, resulta pertinente describir un programa educativo que sirva de referencia para la práctica clínica, especialmente en unidades de hospitalización, consultas de heridas, cirugía, atención intermedia y seguimiento domiciliario. Un enfoque estructurado puede favorecer coherencia en los mensajes, mejorar la preparación para el alta y apoyar la adaptación del paciente a un tratamiento que, aunque habitual en numerosos entornos, sigue generando incertidumbre cuando no se acompaña de una adecuada intervención educativa.

Objetivos

El objetivo general es diseñar un programa de educación para la salud, liderado por Enfermería, dirigido a pacientes con heridas complejas portadores de terapia de presión negativa y, cuando proceda, a sus cuidadores principales, con la finalidad de promover un manejo seguro del tratamiento y una participación activa en los cuidados.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Valorar las necesidades educativas del paciente y su entorno en relación con la herida, el dispositivo y el contexto domiciliario o institucional.
- Proporcionar información comprensible sobre la finalidad de la terapia y sobre los componentes básicos del sistema.
- Enseñar medidas de autocuidado relacionadas con la protección del apósito, la piel circundante y el dispositivo de aspiración.
- Favorecer conductas seguras durante la movilidad, el descanso, la higiene y las actividades de la vida diaria.
- Capacitar para la identificación precoz de incidencias o signos de alarma que requieran contacto con el equipo sanitario.
- Promover la adherencia al plan de curas y a las revisiones programadas.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales mediante información uniforme y continuada.
- Evaluar el aprendizaje alcanzado y la capacidad real para aplicar las recomendaciones en el entorno habitual de cuidados.

Metodología

Se propone un programa educativo de carácter estructurado e individualizable, orientado a personas adultas con heridas complejas tratadas con terapia de presión negativa en el ámbito hospitalario, ambulatorio o domiciliario. El diseño parte de la práctica enfermera centrada en la persona y considera que el proceso educativo debe integrarse en el plan de cuidados desde el inicio del tratamiento, no únicamente al alta.

La población diana incluye pacientes con capacidad suficiente para participar en su aprendizaje y, en los casos necesarios, familiares o cuidadores que asumen parte de los cuidados cotidianos. La inclusión del cuidador resulta especialmente relevante cuando existen limitaciones funcionales, barreras de comprensión, dependencia para la movilización o dificultad para observar la herida y el dispositivo.

La intervención se articula en cuatro fases. La primera corresponde a la valoración inicial. En ella, la enfermera explora conocimientos previos sobre la herida y el tratamiento, grado de ansiedad, expectativas, destreza manual, capacidad visual y auditiva, estado cognitivo, red de apoyo, condiciones del domicilio y posibles barreras culturales o idiomáticas. También se consideran aspectos clínicos que condicionan la enseñanza, como la localización de la herida, la cantidad de exudado, la presencia de dolor, la proximidad a un estoma quirúrgico o la fragilidad de la piel perilesional.

La segunda fase es la planificación educativa. A partir de la valoración, se priorizan contenidos y se decide el formato más adecuado: enseñanza individual, acompañamiento del cuidador, demostración durante la cura, materiales de apoyo escritos y refuerzo telefónico o presencial según la organización asistencial. La planificación debe ser realista, graduada y centrada en aquello que el paciente necesita comprender y observar, sin sobrecargar con información difícil de retener en momentos de especial vulnerabilidad.

La tercera fase comprende el desarrollo de la educación. Se recomiendan sesiones breves, integradas en las curas o en momentos de estabilidad clínica, con lenguaje claro y comprobación periódica de la comprensión. La demostración práctica del dispositivo, la repetición de mensajes clave y la técnica de devolución de la información por parte del paciente permiten verificar si lo enseñado se ha entendido realmente. La enseñanza debe adaptarse a las capacidades de cada persona y puede apoyarse en esquemas visuales sencillos o en instrucciones escritas breves.

La cuarta fase es la evaluación y el seguimiento. La adquisición de conocimientos no debe medirse solo por la capacidad de repetir instrucciones, sino por la habilidad para identificar problemas frecuentes, proteger el sistema durante la actividad diaria y saber cuándo pedir ayuda. La evaluación puede realizarse en cada contacto asistencial, durante los cambios de apósito y en las revisiones posteriores, observando dificultades, reformulando mensajes y reforzando contenidos cuando sea preciso.

Los recursos mínimos del programa incluyen tiempo enfermero planificado, material demostrativo del dispositivo, hoja de recomendaciones adaptada al nivel de comprensión del paciente y registro clínico de la educación realizada. En centros con circuitos de continuidad asistencial, resulta útil que la información transmitida sea homogénea entre hospitalización, consulta y atención domiciliaria, evitando mensajes contradictorios que generen inseguridad.

Resultados

El desarrollo del programa educativo se organiza en contenidos nucleares y en recomendaciones de implementación para la práctica enfermera.

Comprensión básica del tratamiento

El primer bloque educativo debe explicar, con un lenguaje accesible, para qué se ha indicado la terapia y qué puede esperar el paciente de ella. No se trata de ofrecer una explicación técnica extensa, sino de ayudar a comprender que el sistema favorece la gestión del exudado y la protección local de la herida dentro de un plan terapéutico más amplio. Este punto reduce interpretaciones erróneas, como pensar que el dispositivo sustituye por completo el resto de cuidados o que su presencia garantiza por sí sola la evolución favorable de la herida.

Conviene mostrar los componentes visibles del sistema y su función general: apósito, tubo, conexiones, reservorio cuando exista y unidad de aspiración. El paciente debe reconocer qué elementos forman parte habitual del montaje y cuáles no debe manipular por iniciativa propia. Cuando la ansiedad es elevada, la simple familiarización con el equipo puede disminuir temor al sonido del dispositivo, a la presencia de exudado en el contenedor o a la sensación de tracción sobre la zona tratada.

Cuidados cotidianos del apósito y del sistema

Uno de los contenidos centrales es la conservación del sellado y la protección del montaje. La persona atendida debe recibir indicaciones sobre cómo evitar tirones del tubo, cómo organizar la ropa para reducir fricción y cómo colocar el dispositivo durante el reposo o la deambulación. Es útil insistir en que la observación del apósito no debe ser invasiva; lo importante es reconocer cambios llamativos, como pérdida de adherencia, fuga evidente, acumulación anómala de exudado o alteraciones visibles en la piel circundante.

En el caso de pacientes con movilidad reducida o heridas en zonas de apoyo, la educación debe incorporar pautas sobre cambios posturales y protección del área tratada, siempre ajustadas a la indicación clínica y al grado de tolerancia. Si la herida se localiza cerca de pliegues, prominencias óseas o estomas quirúrgicos, la enseñanza puede requerir mayor énfasis en la vigilancia del sellado, el control de humedad y la protección de la piel perilesional.

Higiene, vestido y actividades de la vida diaria

La convivencia con un dispositivo de presión negativa suele generar preguntas concretas sobre aseo personal, sueño, desplazamientos y organización del domicilio. La educación enfermera debe abordar estos aspectos de forma práctica. Más que ofrecer instrucciones rígidas, conviene orientar sobre la necesidad de mantener el sistema protegido, seguir las indicaciones del equipo responsable respecto a la exposición al agua y evitar maniobras improvisadas que comprometan el funcionamiento del dispositivo.

También es oportuno revisar cómo transportar la unidad durante la marcha, dónde ubicarla durante el descanso y qué precauciones adoptar para no acodar el tubo. En pacientes frágiles o con riesgo de caídas, este contenido se relaciona directamente con seguridad clínica, ya que el cableado o el peso del aparato pueden interferir con la movilidad habitual.

Protección de la piel y manejo del confort

La piel perilesional requiere especial atención. La humedad mantenida, los adhesivos, la tensión mecánica o la proximidad de exudado pueden favorecer maceración, irritación o lesiones asociadas al apósito. Por ello, la educación debe incluir la observación de la piel visible alrededor de la cura y la comunicación de cambios como enrojecimiento progresivo, escozor intenso o despegamiento cutáneo.

El dolor constituye otro aspecto relevante. Algunos pacientes refieren molestias relacionadas con el dispositivo, con la tracción del apósito o con los cambios de cura. La educación no sustituye a la valoración clínica del dolor, pero sí puede ayudar a anticipar situaciones molestas, favorecer medidas de confort y mejorar la comunicación con el equipo asistencial para planificar intervenciones analgésicas o ajustes del cuidado cuando proceda.

Signos de alarma y toma de decisiones

Un objetivo prioritario del programa es que paciente y cuidador sepan diferenciar incidencias menores de situaciones que requieren consulta. Entre los mensajes clave figuran la necesidad de contactar con el equipo sanitario ante pérdida persistente del sellado, mal funcionamiento continuado del dispositivo, exudado con cambios llamativos, sangrado visible, aumento del dolor no habitual, deterioro de la piel perilesional, olor intenso de nueva aparición o signos locales y generales compatibles con complicación. La formulación debe ser prudente y comprensible, evitando tecnicismos innecesarios.

La enseñanza debe incluir además a quién dirigirse, por qué vía y en qué horario, especialmente cuando el paciente pasa al domicilio. Muchas dificultades no derivan de la falta de información sobre la herida, sino de la incertidumbre sobre cómo activar ayuda profesional ante una incidencia.

Papel de Enfermería en la intervención educativa

La enfermera actúa como profesional de referencia en la valoración de necesidades educativas, en la adaptación del mensaje y en la coordinación de cuidados. Su papel no se limita a explicar el uso del dispositivo; incluye valorar la respuesta emocional del paciente, detectar barreras para la adherencia, reforzar hábitos seguros y mantener la coherencia entre los objetivos clínicos y la capacidad real de autocuidado.

En la práctica, la educación resulta más eficaz cuando se integra en cada contacto asistencial. El cambio de apósito, la revisión del funcionamiento del sistema o la preparación del alta son momentos idóneos para observar cómo manipula el paciente el dispositivo, qué dudas persisten y qué contenidos conviene reforzar. Esta observación directa permite individualizar la intervención mucho más que una información estandarizada e indiferenciada.

Evaluación del aprendizaje y de la adherencia

La valoración de resultados puede basarse en criterios clínicos y educativos cualitativos. Entre ellos, que el paciente identifique la finalidad general del tratamiento, reconozca los componentes principales del sistema, describa medidas básicas para proteger el apósito, sepa qué signos de alarma deben motivar consulta y conozca cómo contactar con los recursos asistenciales. En los cuidadores, además, puede evaluarse la capacidad para colaborar en la observación del dispositivo y en la organización del entorno domiciliario.

La adherencia no debe interpretarse de manera reduccionista como obediencia a instrucciones, sino como la posibilidad real de sostener las recomendaciones en la vida diaria. Por ello, la evaluación debe explorar dificultades concretas: miedo a moverse, agotamiento del cuidador, problemas para dormir con el dispositivo, limitaciones del domicilio o sensación de inseguridad ante el aspecto de la herida. Estos elementos orientan ajustes posteriores del plan educativo.

Continuidad asistencial

La educación en terapia de presión negativa pierde efectividad cuando la información cambia entre dispositivos asistenciales. Es recomendable que el alta incluya un plan de cuidados comprensible, con indicaciones coherentes sobre revisiones, manejo general del sistema y vías de contacto. La coordinación entre enfermeras de hospitalización, consulta especializada y atención domiciliaria favorece la consistencia del mensaje y reduce consultas evitables motivadas por contradicciones o vacíos informativos.

En pacientes con alta carga de cuidados, proximidad de estomas o complejidad social, la continuidad no solo mejora la experiencia de la persona atendida, sino que puede evitar interrupciones del tratamiento por dificultades organizativas o por manejo inseguro del dispositivo en domicilio.

Discusión/Conclusiones

La terapia de presión negativa aplicada a heridas complejas obliga a reconsiderar la educación sanitaria como una intervención clínica de primer orden y no como un complemento accesorio. La complejidad técnica del dispositivo, unida a la fragilidad de muchos pacientes y a la posible prolongación del tratamiento fuera del hospital, hace necesario un enfoque enfermero estructurado, progresivo y adaptado a cada situación.

Uno de los principales retos es equilibrar la cantidad de información ofrecida con la capacidad real de asimilación del paciente. Una enseñanza excesivamente técnica puede aumentar la ansiedad y dificultar la retención de mensajes esenciales; una información demasiado escasa, en cambio, puede traducirse en errores de manipulación, retraso en la consulta ante incidencias y dependencia innecesaria del sistema sanitario. La individualización educativa aparece así como un requisito práctico más que como una formulación teórica.

Otro aspecto a considerar es la tendencia a centrar la intervención en el dispositivo y no en la persona. El manejo de una herida compleja afecta al descanso, a la movilidad, a la intimidad corporal y a

la percepción de autonomía. Cuando la educación incorpora estas dimensiones, el paciente suele comprender mejor el sentido de las recomendaciones y se favorece una participación más realista. En presencia de estomas quirúrgicos, exudado abundante o piel especialmente vulnerable, esta visión integral resulta todavía más necesaria.

La participación del cuidador debe valorarse de forma explícita. En numerosos casos, la seguridad del tratamiento en domicilio depende en buena medida de su capacidad para observar, acompañar y activar ayuda profesional. Sin embargo, no todos los cuidadores disponen del mismo tiempo, competencia o tolerancia emocional para asumir estas tareas. La intervención enfermera debe detectar precozmente esa sobrecarga potencial y ajustar objetivos educativos alcanzables.

Desde el punto de vista organizativo, la continuidad asistencial constituye una condición de calidad. La educación aislada, no registrada o desvinculada del seguimiento posterior pierde eficacia. Por ello, resulta aconsejable que los equipos dispongan de mensajes clave homogéneos, materiales de apoyo comprensibles y circuitos claros para la consulta ante incidencias. La uniformidad informativa no implica rigidez, sino coherencia entre profesionales y niveles de atención.

Puede concluirse que un programa de educación para pacientes con terapia de presión negativa debe orientarse a la comprensión del tratamiento, a la seguridad en el cuidado cotidiano y a la detección precoz de problemas, siempre desde una perspectiva individualizada. La aportación enfermera resulta especialmente valiosa por su cercanía al paciente, su capacidad para integrar educación y cuidado directo y su papel en la transición entre ámbitos asistenciales. Cuando esta intervención se planifica y evalúa de forma sistemática, puede mejorar la experiencia de cuidado y sostener de forma más segura la continuidad terapéutica en personas con heridas complejas.

Conflicto de intereses

No se identifican conflictos de intereses por parte de los autores en relación con el tema tratado en este artículo.

Financiación

No se ha recibido financiación externa para el desarrollo, redacción o publicación del presente trabajo.

Bibliografía

1. Martindell D. The safe use of negative-pressure wound therapy.. *Am J Nurs*. 2012;112(6):59-63. doi: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000415134.85429.9d>
2. Mendez-Eastman S. Using negative-pressure wound therapy for positive results.. *Nursing*. 2005;35(5):48-50. doi: <https://doi.org/10.1097/00152193-200505000-00045>
3. Weir GR, Smart H, van Marle J, Cronje FJ, Sibbald RG. Arterial disease ulcers, part 2: treatment.. *Adv Skin Wound Care*. 2014;27(10):462-76; quiz 476-8. doi: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000453881.34345.08>
4. Kaufman-Rivi D, Hazlett AC, Hardy MA, Smith JM, Seid HB. Provider experiences with negative-pressure wound therapy systems.. *Adv Skin Wound Care*. 2013;26(7):311-8. doi: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000431962.90766.2e>
5. Przybek-Mita J, Bazaliński D, Szewczyk MT, Kardyś D, Mańkowski B, Więch P. Nurses' Readiness to Undertake Controlled Negative Pressure Therapy in the Treatment of Chronic Wounds-Research Report.. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043388>
6. Bolas N, Holloway S. Negative pressure wound therapy: a study on patient perspectives.. *Br J Community Nurs*. 2012;Suppl:S30-5. doi: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2012.17.sup3.s30>
7. Aditya C, Bukke SPN, Anitha K, Meeraraje P, Goruntla N, Yadesa TM, et al.. A comprehensive review on diabetic foot ulcer addressing vascular insufficiency, impaired immune response, and delayed wound healing mechanisms.. *Front Pharmacol*. 2025;16:1622055. doi: <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1622055>
8. Ozer MT, Coskun AK, Sinan H, Saydam M, Akay EO, Peker S, et al.. Use of self-expanding covered stent and negative pressure wound therapy to manage late rectal perforation after injury from an improvised explosive device: a case report.. *Int Wound J*. 2014;11 Suppl 1(Suppl 1):25-9. doi: <https://doi.org/10.1111/iwj.12287>

9. Huang Y, Hu J, Mao B, Ni P, Shou Y, Hou L, et al.. Perspectives on the Process of Negative Pressure Wound Therapy at Home in Patients With Chronic Wound: A Qualitative Descriptive Study.. *Int J Low Extrem Wounds*. 2022;21(4):384-396. doi: <https://doi.org/10.1177/1534734620946577>
10. Dueppers P, Bozalka R, Kopp R, Menges AL, Reutersberg B, Schrimpf C, et al.. The Use of Intact Fish Skin Grafts in the Treatment of Necrotizing Fasciitis of the Leg: Early Clinical Experience and Literature Review on Indications for Intact Fish Skin Grafts.. *J Clin Med*. 2023;12(18). doi: <https://doi.org/10.3390/jcm12186001>
11. Monsen C, Acosta S, Kumlien C. Patients experiences of negative pressure wound therapy at home for the treatment of deep perivascular groin infection after vascular surgery.. *J Clin Nurs*. 2017;26(9-10):1405-1413. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13702>

ARTÍCULO 03

Duelo complicado: fundamentos de apoyo emocional en cuidados enfermeros

Complicated grief: foundations of emotional support in nursing care

Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):88

Autor principal (primer firmante)

Isabel Gómez Cordero

Fecha recepción

16/06/26

Fecha aceptación

14/07/26

Fecha de publicación

18/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:88

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Relaciones enfermera-paciente; Enfermería basada en la evidencia; Duelo; Salud mental; Apoyo psicosocial; Pérdida; Apoyo emocional; Cuidados de Enfermería; Intervención en crisis; Adaptación psicológica

Resumen

Introducción: El duelo constituye una respuesta humana esperable ante la pérdida de una persona significativa, pero en algunos casos su evolución se acompaña de sufrimiento intenso, persistente y con repercusión funcional relevante. En estos procesos, la Enfermería ocupa una posición asistencial privilegiada por su proximidad clínica, continuidad del cuidado y capacidad para detectar necesidades emocionales, familiares y sociales.

Objetivos: Analizar los fundamentos del apoyo emocional enfermero en situaciones de duelo complicado, describir elementos clave para la valoración clínica y exponer líneas de actuación profesional orientadas a un acompañamiento seguro, individualizado y coordinado.

Metodología: Revisión teórica de enfoque narrativo, centrada en la comprensión clínica del duelo complicado y en su abordaje desde los cuidados enfermeros. Se integran conceptos de salud mental, relación terapéutica, apoyo psicosocial e intervención en crisis aplicables a distintos niveles asistenciales.

Resultados: El duelo complicado puede expresarse mediante añoranza persistente, intensa dificultad para aceptar la pérdida, alteración del funcionamiento cotidiano, culpa, aislamiento, desregulación emocional o coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos. La intervención enfermera requiere valoración integral, escucha activa, contención emocional, identificación de factores de vulnerabilidad, apoyo a la red familiar y coordinación con otros profesionales cuando existan signos de deterioro clínico o riesgo psicosocial.

Discusión/Conclusiones: El acompañamiento enfermero no consiste en dirigir el proceso de duelo ni en normalizar de forma indiscriminada el sufrimiento, sino en reconocer su singularidad, sostener la experiencia emocional y facilitar adaptación progresiva. Una práctica prudente, relacional y basada en la valoración continuada puede contribuir a mejorar la calidad del cuidado en personas en duelo y a favorecer la detección precoz de situaciones que requieren mayor intensidad asistencial.

Abstract

Introduction: Grief is an expected human response to the loss of a significant person; however, in some cases it develops with intense, persistent suffering and marked functional impairment. In this context, nursing holds a relevant position due to its clinical proximity, continuity of care, and ability to identify emotional, family, and social needs.

Objectives: To analyse the foundations of nursing emotional support in complicated grief, to describe key elements for clinical assessment, and to outline professional approaches aimed at safe, individualised, and coordinated care.

Methodology: Narrative theoretical review focused on the clinical understanding of complicated grief and its nursing management. Concepts related to mental health, therapeutic relationship, psychosocial support, and crisis intervention were integrated for use across different care settings.

Results: Complicated grief may involve persistent yearning, difficulty accepting the loss, impaired daily functioning, guilt, social withdrawal, emotional dysregulation, and the coexistence of anxious or depressive symptoms. Nursing care requires comprehensive assessment, active listening, emotional containment, identification of vulnerability factors, support for family networks, and coordination with other professionals when clinical deterioration or psychosocial risk is identified.

Discussion/Conclusions: Nursing support should not impose a way of grieving or broadly normalise suffering; rather, it should acknowledge the uniqueness of loss, sustain emotional experience, and facilitate gradual adaptation. A prudent, relational, and continuously assessed nursing approach may improve care quality for bereaved persons and support early recognition of situations requiring more intensive intervention.

Keywords: Nurse-Patient Relations; Evidence-Based Nursing; Grief; Mental Health; Psychosocial Support; Bereavement; Emotional Support; Nursing Care; Crisis Intervention; Adaptation, Psychological

Introducción

La experiencia de pérdida forma parte de la trayectoria vital y se asocia a respuestas emocionales, cognitivas, conductuales y somáticas de gran variabilidad. El duelo no sigue una secuencia rígida ni presenta una expresión uniforme entre individuos, familias o contextos culturales. En la práctica clínica, esta heterogeneidad obliga a evitar simplificaciones y a situar el cuidado en la singularidad de cada persona. Para Enfermería, ello implica atender no solo al sufrimiento expresado, sino también a la forma en que la pérdida altera el descanso, la alimentación, la interacción social, la adherencia a cuidados previos, la percepción de sentido y la capacidad para afrontar demandas cotidianas.

En muchos casos, el duelo evoluciona de forma compatible con una adaptación progresiva, aunque no exenta de dolor. No obstante, algunas personas presentan una respuesta particularmente intensa, mantenida en el tiempo y asociada a un deterioro funcional relevante. Cuando la vivencia de pérdida se acompaña de bloqueo adaptativo, aislamiento sostenido, desesperanza marcada o incapacidad persistente para reorganizar la vida cotidiana, el abordaje enfermero requiere una mayor sensibilidad clínica. No se trata de patologizar cualquier manifestación de tristeza ni de imponer ritmos de recuperación, sino de identificar cuándo el sufrimiento deja de ser transitable con los apoyos habituales y comienza a comprometer de manera significativa la salud mental, la funcionalidad y la seguridad de la persona.

La noción de duelo complicado resulta útil para describir estas situaciones de evolución desfavorable o especialmente perturbadora. Aunque su delimitación puede variar según el marco clínico empleado, existe acuerdo en considerar que incluye un malestar persistente, centrado en la pérdida, con repercusión en la capacidad de adaptación. Desde Enfermería, este concepto adquiere relevancia porque muchas de sus manifestaciones emergen primero en espacios asistenciales donde la enfermera mantiene una relación longitudinal con pacientes y familias: hospitalización, atención primaria, cuidados paliativos, urgencias, salud mental, residencias o seguimiento comunitario.

La relación enfermera-paciente constituye uno de los principales instrumentos terapéuticos en este ámbito. La escucha activa, la presencia disponible, la validación emocional y la observación continuada permiten reconocer cambios sutiles que no siempre aparecen en una entrevista puntual. Del mismo modo, la proximidad asistencial facilita detectar dinámicas familiares de sobrecarga, silencios defensivos, sentimientos de culpa, temor a recordar a la persona fallecida o evitación persistente de contextos vinculados a la pérdida. Estos elementos no son accesorios; forman parte del núcleo del cuidado cuando el sufrimiento afecta a la adaptación psicológica y al equilibrio ocupacional, relacional y físico.

Además, el acompañamiento en duelo se sitúa en una intersección entre salud mental, apoyo psicosocial e intervención en crisis. La enfermera no sustituye a otros profesionales cuando se requiere una atención especializada, pero sí desempeña un papel decisivo en la detección precoz, la contención inicial y la continuidad del seguimiento. Su intervención puede contribuir a disminuir la vivencia de desamparo, favorecer la verbalización del dolor y reforzar factores protectores, siempre desde una práctica prudente, no invasiva y ajustada al contexto asistencial.

Abordar el duelo complicado desde Enfermería exige también revisar ciertos supuestos extendidos. Expresiones como “hay que pasar página” o “debe ser fuerte” pueden incrementar la incomprensión y consolidar el aislamiento emocional. Del mismo modo, equiparar ausencia de llanto con buena evolución o considerar cualquier persistencia del dolor como signo de trastorno resulta clínicamente reduccionista. El cuidado enfermero necesita una mirada matizada, capaz de distinguir entre diversidad de respuestas de duelo y señales de dificultad adaptativa que merecen mayor atención.

Objetivos

Analizar los fundamentos clínicos y relacionales del apoyo emocional enfermero en personas que presentan duelo complicado o riesgo de desarrollarlo.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes:

- Describir el significado clínico del duelo complicado y su relevancia para la práctica enfermera.
- Identificar manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y funcionales que deben considerarse en la valoración.
- Examinar los componentes del acompañamiento terapéutico enfermero, con especial atención a la comunicación, la presencia y la contención emocional.
- Señalar factores de vulnerabilidad y situaciones de riesgo que pueden requerir intensificación del seguimiento o derivación.
- Proponer líneas generales de actuación orientadas a la continuidad asistencial, el apoyo a la familia y la coordinación interdisciplinar.

Metodología

Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo orientada a integrar conocimientos clínicos útiles para la práctica enfermera en torno al duelo complicado. El desarrollo se centra en la comprensión del fenómeno, la identificación de necesidades de cuidado y la delimitación de intervenciones enfermeras de apoyo emocional aplicables en distintos entornos asistenciales.

El enfoque adoptado no pretende establecer un protocolo cerrado ni sustituir la valoración clínica individual. La exposición se organiza a partir de ejes conceptuales especialmente relevantes para Enfermería: relación terapéutica, respuesta humana ante la pérdida, adaptación psicológica, apoyo psicosocial, intervención en crisis y continuidad del cuidado. Esta aproximación permite ordenar un problema clínico complejo sin reducirlo a una suma de síntomas aislados.

Se ha priorizado un planteamiento prudente y compatible con la diversidad de contextos asistenciales. Por ello, las actuaciones descritas se formulan como orientaciones profesionales generales que deben ajustarse a la situación clínica, al entorno familiar, a la capacidad de afrontamiento previa, al momento evolutivo del duelo y a los recursos disponibles en cada ámbito. También se considera la necesidad de coordinación con dispositivos de salud mental, trabajo social y

otros profesionales cuando el sufrimiento rebasa el marco de contención habitual de los cuidados generales.

Resultados

Comprensión clínica del duelo complicado

El duelo puede entenderse como un proceso de adaptación a la ausencia de alguien significativo. En esa adaptación coexisten dolor, recuerdos, reconfiguración de vínculos, cambios en rutinas y, con frecuencia, una reorganización profunda del proyecto vital. Cuando este proceso se dificulta de forma persistente, la persona puede quedar atrapada en una experiencia centrada casi exclusivamente en la pérdida, con una capacidad limitada para integrar lo sucedido y recuperar grados razonables de funcionamiento.

Entre las expresiones clínicas que pueden aparecer se encuentran la añoranza intensa y sostenida, la preocupación persistente por la persona fallecida, la dificultad marcada para aceptar la muerte, la sensación de vacío, la percepción de inutilidad del futuro, la culpa relacionada con hechos previos al fallecimiento o con la propia supervivencia, y la evitación de situaciones, lugares u objetos que actúan como recordatorio. En otros casos predomina la hiperconexión con esos recordatorios, la rumiación, la autoacusación o una fuerte dependencia del vínculo perdido como eje identitario.

El impacto funcional constituye un elemento central. La alteración del sueño, del apetito, de la energía y de la concentración puede traducirse en deterioro del autocuidado, descuido terapéutico en enfermedades crónicas, absentismo, retraimiento social o incapacidad para sostener responsabilidades básicas. En personas mayores, esta desorganización puede pasar inadvertida si se atribuye de forma inespecífica a la edad o a la viudez reciente. En población adulta activa, el sufrimiento puede quedar enmascarado tras una aparente hiperfuncionalidad mantenida a costa de un importante desgaste emocional.

Factores que pueden aumentar la vulnerabilidad

No existe un perfil único de riesgo, pero determinados elementos pueden asociarse a mayor complejidad del duelo. Entre ellos destacan la relación de gran dependencia con la persona fallecida, antecedentes de problemas de salud mental, aislamiento social, pérdidas múltiples, circunstancias traumáticas o inesperadas del fallecimiento, conflictos no resueltos en la relación previa, escaso apoyo familiar o coexistencia de sobrecarga económica y de cuidados.

También debe considerarse el contexto en el que ocurre la pérdida. No es equivalente una muerte esperada tras enfermedad avanzada y acompañada por la familia que una muerte súbita o vivida en condiciones de elevada desorganización emocional. La posibilidad o imposibilidad de despedida, la percepción de haber recibido información comprensible, la experiencia asistencial previa y las creencias culturales o espirituales pueden modular la forma en que la persona elabora lo ocurrido.

Enfermería debe valorar estos factores sin convertirlos en predictores deterministas. Su utilidad radica en orientar la intensidad del seguimiento y en afinar la observación clínica, no en etiquetar de antemano la evolución de un paciente o una familia.

Valoración enfermera en personas en duelo

La valoración requiere tiempo, disponibilidad y una actitud clínica que combine acogida y precisión. Resulta relevante explorar cómo describe la persona la pérdida, qué significado atribuye al fallecimiento, qué cambios percibe en su vida diaria y qué recursos de apoyo considera accesibles. La escucha debe dirigirse tanto al contenido verbal como a signos de embotamiento afectivo, inquietud intensa, bloqueo narrativo, contradicciones persistentes o dificultad para situarse temporalmente tras la pérdida.

En la esfera emocional conviene observar tristeza profunda, ira, culpa, ansiedad, desesperanza, irritabilidad, miedo a nuevas pérdidas o sensación de despersonalización. En la esfera cognitiva pueden aparecer pensamientos intrusivos, incredulidad persistente, autorreproches o dificultad para tomar decisiones cotidianas. Desde

el punto de vista conductual, son frecuentes el aislamiento, la evitación de actividades previas, la pérdida de interés, la búsqueda compulsiva de recuerdos o, en el extremo opuesto, la sobreocupación defensiva.

La valoración física y funcional no debe quedar relegada. El duelo puede asociarse a alteraciones del descanso, cambios en la ingesta, empeoramiento del dolor percibido, fatiga y menor adherencia terapéutica. En pacientes con enfermedad crónica, dependencia o situación de fragilidad, estas alteraciones pueden comprometer la evolución general y aumentar la necesidad de apoyo. Asimismo, resulta pertinente valorar la red de convivencia, la calidad del apoyo disponible y la sobrecarga de cuidadores cuando el proceso de duelo afecta a varios miembros de la familia.

Una parte especialmente sensible de la valoración es la detección de riesgo. La presencia de desesperanza intensa, verbalizaciones de falta de sentido, abandono grave del autocuidado, consumo problemático de sustancias, agitación importante o indicios de ideación autolesiva exige una exploración cuidadosa y la activación de los circuitos asistenciales correspondientes según el contexto clínico.

Fundamentos del apoyo emocional enfermero

El apoyo emocional enfermero no se limita a ofrecer consuelo verbal. Implica sostener una relación terapéutica donde la persona pueda expresar ambivalencias, silencios, rabia, culpa o tristeza sin temor a ser corregida de manera precipitada. La validación emocional consiste en reconocer la legitimidad del sufrimiento sin reforzar interpretaciones desadaptativas. Frases breves, respetuosas y no intrusivas suelen ser más útiles que discursos extensos orientados a tranquilizar.

La presencia enfermera adquiere valor terapéutico cuando transmite disponibilidad, continuidad y ausencia de juicio. En ocasiones, el cuidado consiste en acompañar un relato fragmentado o un silencio cargado de significado, más que en reconducir la conversación hacia mensajes de afrontamiento positivo. Esta actitud ayuda a reducir la soledad subjetiva, que con frecuencia intensifica el dolor y dificulta la elaboración de la pérdida.

La comunicación debe adaptarse al momento evolutivo. En fases de gran desorganización emocional puede ser suficiente ofrecer contención, clarificar necesidades inmediatas y ayudar a ordenar prioridades básicas de descanso, alimentación, medicación y apoyos cercanos. En etapas posteriores, puede resultar útil favorecer la expresión de recuerdos, explorar sentimientos de culpa, identificar rutinas desestructuradas y promover la recuperación gradual de actividades significativas. La intervención no debe forzar verbalización cuando la persona no se encuentra en disposición de hablar, pero sí mantener apertura para hacerlo cuando lo necesite.

Otro componente esencial es la ayuda para reconocer recursos de afrontamiento previos. Algunas personas han desarrollado formas eficaces de manejar situaciones adversas, redes de apoyo sólidas o referentes espirituales y comunitarios que pueden actuar como sostén. Enfermería puede contribuir a visibilizar estos elementos sin presentar el duelo como una tarea de rendimiento personal ni exigir una evolución lineal.

Apoyo a la familia y al entorno próximo

El duelo rara vez afecta a una sola persona. La familia puede constituir una fuente de apoyo, pero también un espacio de tensiones, expectativas contradictorias y silencios que complican la adaptación. En este sentido, la enfermera puede desempeñar una función mediadora orientada a facilitar comunicación respetuosa, detectar sobrecarga, prevenir desatención de miembros vulnerables y promover un reparto más realista de responsabilidades cuando el fallecimiento altera la organización familiar.

La familia también necesita orientación sobre formas de acompañar sin invadir. Recomendaciones generales como respetar ritmos, evitar mensajes moralizantes, favorecer presencia disponible y observar señales de retraimiento extremo pueden resultar útiles. Del mismo modo, es pertinente explorar cómo viven el duelo niñas, niños, personas mayores o familiares con dependencia previa, dado que pueden expresar el sufrimiento de manera menos verbalizada o quedar relegados en el proceso de atención.

Coordinación asistencial e intervención en crisis

El abordaje del duelo complicado requiere continuidad. La detección inicial pierde valor si no se acompaña de seguimiento y de una adecuada transferencia de información clínica entre niveles asistenciales. La enfermera, por su posición en el itinerario de cuidados, puede favorecer esa continuidad registrando manifestaciones relevantes, cambios funcionales, apoyos disponibles y necesidades de derivación o reevaluación.

En situaciones de crisis, la prioridad es reducir la desorganización inmediata y preservar la seguridad. Puede ser necesario centrar la intervención en necesidades básicas, asegurar acompañamiento, facilitar un entorno tranquilo, limitar estímulos sobrecargantes y coordinar valoración especializada cuando el sufrimiento se acompaña de riesgo clínico. Estas actuaciones no sustituyen un tratamiento específico, pero forman parte de una respuesta enfermera necesaria y frecuentemente decisiva.

La coordinación con salud mental, medicina, trabajo social, psicología clínica o recursos comunitarios debe plantearse cuando la intensidad del malestar, la persistencia del deterioro o la complejidad psicosocial superan el marco del apoyo emocional general. Esta coordinación no debe interpretarse como fracaso del cuidado enfermero, sino como expresión de una práctica segura y centrada en las necesidades reales de la persona.

Entornos asistenciales donde la intervención enfermera resulta especialmente relevante

En cuidados paliativos y hospitalización, el acompañamiento suele comenzar antes del fallecimiento y continúa durante el periodo de duelo temprano. La calidad de la información recibida, la percepción de trato digno y la posibilidad de resolver dudas pendientes pueden influir en cómo la familia inicia la elaboración de la pérdida. En atención primaria, la longitudinalidad favorece detectar persistencia del malestar, cambios en el patrón de vida y descompensación de problemas de salud preexistentes. En salud mental, la valoración puede profundizar en síntomas concurrentes, antecedentes y necesidades de intervención específica.

También en residencias y atención domiciliaria el papel enfermero es particularmente visible. La pérdida de un cónyuge, de un conviviente o de un referente cotidiano puede desestabilizar de forma notable a personas con fragilidad, deterioro funcional o escasa red social. En estos ámbitos, observar pequeños cambios en el autocuidado, la participación o el estado afectivo adquiere un valor clínico considerable.

Discusión/Conclusiones

El duelo complicado plantea a la Enfermería un reto que es al mismo tiempo clínico, ético y relacional. Clínico, porque exige distinguir entre respuestas esperables ante la pérdida y manifestaciones de sufrimiento persistente con repercusión funcional. Ético, porque obliga a cuidar sin invadir, sin imponer significados y sin reducir la experiencia humana del duelo a una secuencia normativa. Relacional, porque buena parte de la intervención se sostiene en la calidad del vínculo terapéutico y en la capacidad de la enfermera para estar presente de forma competente.

Uno de los riesgos habituales es oscilar entre dos extremos poco útiles: banalizar el dolor bajo la idea de que “todo duelo es normal” o medicalizar de forma apresurada cualquier persistencia del sufrimiento. Una práctica enfermera madura se sitúa en un punto intermedio: reconoce la legitimidad del dolor, observa su evolución, valora

su impacto y actúa cuando aparecen señales de bloqueo adaptativo, deterioro o riesgo. Esa posición requiere habilidades comunicativas, juicio clínico y espacios de reflexión profesional.

El apoyo emocional enfermero aporta valor cuando se orienta a necesidades concretas: disminuir sensación de soledad, facilitar expresión emocional, preservar autocuidado básico, identificar apoyos, acompañar a la familia y promover continuidad asistencial. No se mide solo por la intensidad de la intervención verbal, sino por la capacidad para ofrecer presencia fiable, lectura clínica del contexto y coordinación oportuna con otros recursos. En muchos casos, esta combinación puede marcar la diferencia entre un sufrimiento acompañado y un sufrimiento silenciado.

La práctica diaria muestra además que el duelo no ocurre en el vacío. Se entrelaza con desigualdad social, roles de cuidado, dependencia previa, enfermedad crónica, historia vincular y experiencias asistenciales previas. Por ello, las respuestas estandarizadas tienen un alcance limitado. La intervención debe individualizarse, considerar el contexto cultural y relacional, y revisar de forma periódica si las necesidades cambian. La continuidad del seguimiento resulta especialmente importante cuando el dolor persiste más allá del periodo inmediato, aparecen alteraciones funcionales o la red de apoyo es insuficiente.

Desde una perspectiva organizativa, mejorar el cuidado a personas en duelo implica reforzar la formación de Enfermería en comunicación terapéutica, salud mental, intervención en crisis y trabajo con familias. También requiere circuitos claros de coordinación y derivación que permitan responder con agilidad cuando la complejidad clínica aumenta. Sin estos apoyos estructurales, el acompañamiento puede depender en exceso de iniciativas individuales y resultar desigual entre dispositivos.

En síntesis, el abordaje enfermero del duelo complicado debe apoyarse en la valoración integral, la relación terapéutica y la continuidad del cuidado. Acompañar no significa acelerar la adaptación ni ofrecer respuestas cerradas al dolor; significa sostener un espacio clínico donde la persona pueda ser escuchada, observada y cuidada

con respeto a su singularidad. Cuando ese acompañamiento se articula con una detección prudente del riesgo y con una adecuada coordinación interdisciplinar, la Enfermería contribuye de forma significativa a una atención más humana, segura y clínicamente útil.

Conflicto de intereses

No se identifican conflictos de intereses por parte de los autores en relación con el tema tratado en este artículo.

Financiación

No se ha recibido financiación externa para el desarrollo, redacción o publicación del presente trabajo.

Bibliografía

1. Pearce C, Wong G, Kuhn I, Barclay S. Supporting bereavement and complicated grief in primary care: a realist review.. *BJGP Open*. 2021;5(3). doi: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0008>
2. Mason TM, Toftagen CS, Buck HG. Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions.. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2020;16(2):151-174. doi: <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
3. McNeil MJ, Baker JN, Snyder I, Rosenberg AR, Kaye EC. Grief and Bereavement in Fathers After the Death of a Child: A Systematic Review.. *Pediatrics*. 2021;147(4). doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-040386>
4. Hayes K, Harding S, Blackwood B, Latour JM. How and when post intensive care syndrome-family is measured: A scoping review.. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;84:103768. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103768>
5. Durepos P, Wickson-Griffiths A, Hazzan AA, Kaasalainen S, Vastis V, Battistella L, et al.. Assessing Palliative Care Content in Dementia Care Guidelines: A Systematic Review.. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(4):804-813. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.368>
6. Saeid Y, Salaree MM, Ebadi A, Moradian ST. Family Intensive Care Unit Syndrome: An Integrative Review.. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020;25(5):361-368. doi: https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_243_19
7. Grassi L. Bereavement in families with relatives dying of cancer.. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2007;1(1):43-9. doi: <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e32813a3276>

8. Vigil GJ, Clements PT. Child and adolescent homicide survivors. Complicated grief and altered worldviews.. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2003;41(1):30-9. doi: <https://doi.org/10.3928/0279-3695-20030101-11>
9. Chan D, Livingston G, Jones L, Sampson EL. Grief reactions in dementia carers: a systematic review.. Int J Geriatr Psychiatry. 2013;28(1):1-17. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.3795>
10. Ramsburg H, Fischer AG, MacKenzie Greenle M, Fehnel CR. Care of the Patient Nearing the End of Life in the Neurointensive Care Unit.. Neurocrit Care. 2024;41(3):749-759. doi: <https://doi.org/10.1007/s12028-024-02064-5>
11. Wilson DM, Darko EM, Kusi-Appiah E, Roh SJ, Ramic A, Errasti-Ibarondo B. What Exactly Is "Complicated" Grief? A Scoping Research Literature Review to Understand Its Risk Factors and Prevalence.. Omega (Westport). 2022;86(2):471-487. doi: <https://doi.org/10.1177/0030222820977305>

ARTÍCULO 04

Bronquiolitis en lactantes: actualización de cuidados y educación familiar

Bronchiolitis in infants: update on care and family education

Natalia García Serrano · Tomás Navarro Ríos · Julia Cortés Molina

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):89

Autor principal (primer firmante)

Natalia García Serrano

Fecha recepción

13/06/26

Fecha aceptación

12/07/26

Fecha de publicación

18/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:89

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Niño; Educación familiar; Enfermería basada en la evidencia; Cuidados de Enfermería; Enfermería pediátrica; Dificultad respiratoria; Bronquiolitis; Familia; Lactante; Salud infantil

Resumen

Introducción: La bronquiolitis constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en lactantes durante los periodos de circulación de virus respiratorios y representa una situación clínica de especial interés para Enfermería pediátrica por la vulnerabilidad del paciente, la posible evolución fluctuante y la elevada carga de cuidados que asume la familia. Su abordaje requiere una valoración clínica continuada, identificación precoz de signos de dificultad respiratoria, vigilancia de la tolerancia alimentaria y una educación sanitaria comprensible y adaptada.

Objetivos: Actualizar los aspectos relevantes del cuidado enfermero del lactante con bronquiolitis y revisar los contenidos prioritarios de educación familiar orientados a mejorar la seguridad clínica, la observación domiciliaria y la continuidad asistencial.

Metodología: Revisión teórica de carácter narrativo centrada en la práctica enfermera en el ámbito pediátrico. Se integran conocimientos clínicos generales sobre bronquiolitis, necesidades de valoración, intervenciones de cuidados y estrategias educativas dirigidas a cuidadores principales, evitando recomendaciones cerradas y manteniendo un enfoque prudente y aplicable a distintos entornos asistenciales.

Resultados: La atención enfermera se organiza en torno a la valoración respiratoria y general del lactante, la detección de signos de empeoramiento, el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea superior, el apoyo a la alimentación e hidratación, el control del descanso, la prevención de complicaciones y la preparación de la familia para el autocuidado seguro en domicilio. La educación familiar incluye la identificación de signos de alarma, medidas de confort, técnicas básicas de higiene nasal cuando estén indicadas, pautas de alimentación fraccionada y criterios para solicitar nueva valoración profesional.

Discusión/Conclusiones: La bronquiolitis exige un cuidado enfermero dinámico, centrado en la observación clínica, la respuesta a las necesidades básicas del lactante y la participación activa de la familia. La educación sanitaria no debe entenderse como un complemento, sino como parte del propio plan de cuidados, ya que puede contribuir a disminuir la incertidumbre de los cuidadores y a favorecer una consulta precoz ante signos de deterioro.

Abstract

Introduction: Bronchiolitis is one of the most common reasons for healthcare consultation in infants during periods of respiratory virus circulation. It is highly relevant to pediatric nursing because of patient vulnerability, the possibility of fluctuating clinical progression, and the significant caregiving burden placed on families. Nursing management requires ongoing assessment, early recognition of respiratory distress, monitoring of feeding tolerance, and clear family education.

Objectives: To update key aspects of nursing care for infants with bronchiolitis and to review priority family education contents aimed at improving clinical safety, home observation, and continuity of care.

Methodology: Narrative theoretical review focused on pediatric nursing practice. General clinical knowledge on bronchiolitis, assessment needs, nursing interventions, and educational strategies for primary caregivers were integrated, avoiding rigid recommendations and maintaining a cautious approach applicable to different care settings.

Results: Nursing care is structured around respiratory and general assessment, early detection of clinical worsening, maintenance of upper airway patency, support for feeding and hydration, promotion of rest, prevention of complications, and preparation of the family for safe home care. Family education includes recognition of warning signs, comfort measures, basic nasal hygiene techniques when indicated, guidance on small frequent feeds, and criteria for seeking further professional assessment.

Discussion/Conclusions: Bronchiolitis requires dynamic nursing care focused on clinical observation, response to the infant's basic needs, and active family involvement. Health education should be considered an integral part of the care plan, as it may reduce caregiver uncertainty and support timely consultation if the infant's condition worsens.

Keywords: Child; Family Education; Evidence-Based Nursing; Nursing Care; Pediatric Nursing; Respiratory Distress; Bronchiolitis; Family; Infant; Child Health

Introducción

La bronquiolitis es un proceso respiratorio agudo de las vías aéreas inferiores que afecta de manera predominante a lactantes, especialmente en los primeros meses de vida. Desde el punto de vista asistencial, se caracteriza por la combinación variable de congestión nasal, tos, aumento del trabajo respiratorio, dificultades para la alimentación y alteración del descanso. Aunque en muchos casos la evolución es autolimitada, la reserva fisiológica del lactante y la posibilidad de deterioro clínico en un intervalo breve obligan a una vigilancia estrecha y a una atención centrada en la seguridad.

La práctica enfermera ocupa una posición nuclear en este cuadro clínico. La observación continuada del patrón respiratorio, la valoración de la ingesta, la identificación de signos de fatiga y la educación de la familia condicionan de forma directa la calidad del cuidado. En unidades de urgencias, hospitalización pediátrica, atención primaria o seguimiento domiciliario, la enfermera suele ser la profesional que detecta cambios sutiles en la situación del lactante y traduce la información clínica en indicaciones comprensibles para los cuidadores.

La bronquiolitis no puede abordarse únicamente desde la presencia de sibilancias, tos o dificultad respiratoria. En el lactante pequeño, el problema respiratorio repercute de forma inmediata sobre la alimentación, el sueño, la interacción y el estado general. A ello se suma la ansiedad familiar, que puede aumentar cuando el esfuerzo respiratorio es visible, las tomas se acortan o el niño presenta mayor irritabilidad o decaimiento. Por este motivo, el cuidado enfermero integra dimensiones fisiológicas, educativas y relacionales.

Otro aspecto relevante es la variabilidad clínica. Algunos lactantes presentan afectación leve y pueden mantenerse en el domicilio con seguimiento y educación adecuados, mientras que otros requieren observación prolongada o ingreso para soporte respiratorio, control de la hidratación o vigilancia de episodios de apnea, según la edad y la situación clínica. Esta heterogeneidad exige evitar planteamientos rígidos y reforzar la valoración individualizada.

En la actualidad, el interés por revisar la bronquiolitis desde Enfermería responde a varios factores: la necesidad de reducir intervenciones innecesarias, la importancia del cuidado de soporte, la mejora de la comunicación con familias y la coordinación entre niveles asistenciales. Un enfoque enfermero actualizado debe priorizar el reconocimiento precoz de signos de deterioro, la atención a las necesidades básicas del lactante y la capacitación de los cuidadores para continuar los cuidados con seguridad fuera del entorno sanitario.

Objetivos

Actualizar los cuidados de Enfermería dirigidos al lactante con bronquiolitis, con especial atención a la valoración respiratoria, el soporte clínico no farmacológico, la vigilancia de la alimentación e hidratación y la educación sanitaria de la familia.

Como objetivos específicos se plantean:

- Describir los elementos de valoración enfermera más relevantes en el lactante con sospecha o diagnóstico clínico de bronquiolitis.
- Revisar las intervenciones de cuidados orientadas a mantener la oxigenación, el confort y la seguridad del paciente pediátrico.
- Analizar la repercusión del cuadro respiratorio sobre la alimentación, la hidratación y el descanso.
- Precisar los contenidos educativos que deben transmitirse a la familia para facilitar la observación domiciliaria y la detección de signos de alarma.
- Reflexionar sobre la continuidad asistencial y el papel de Enfermería en la toma de decisiones clínicas compartidas con el equipo y los cuidadores.

Metodología

Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo centrada en la bronquiolitis del lactante desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. El texto se organiza a partir de los componentes clínicos y asistenciales que habitualmente condicionan la atención a estos pacientes: valoración respiratoria, estado general, alimentación, hidratación, confort, seguimiento y educación familiar.

El desarrollo adopta un enfoque práctico orientado a la aplicabilidad clínica en entornos de urgencias, hospitalización pediátrica, atención primaria y continuidad domiciliaria. No se formula como protocolo cerrado, ya que la atención al lactante con bronquiolitis debe adaptarse a la situación clínica, edad, antecedentes, recursos asistenciales disponibles y procedimientos vigentes en cada centro.

La revisión se apoya en conocimientos clínicos generales consolidados sobre fisiopatología básica del proceso, manifestaciones clínicas habituales y principios de cuidado de soporte. Se han priorizado formulaciones prudentes, compatibles con la toma de decisiones interdisciplinar y con la variabilidad evolutiva propia de esta entidad. En consecuencia, se evitan datos numéricos concretos no aportados y no se atribuyen recomendaciones a organismos específicos.

Desde el punto de vista enfermero, el análisis se estructura en torno al proceso de valoración, identificación de necesidades de cuidados, planificación de intervenciones, monitorización de la respuesta clínica y preparación del alta o del seguimiento. La educación familiar se incorpora como eje transversal, no solo como actividad informativa final, sino como parte del cuidado desde el primer contacto asistencial.

Resultados

Comprensión clínica del proceso y relevancia para Enfermería

La bronquiolitis suele asociarse a infección viral del tracto respiratorio inferior con inflamación de bronquiolos, edema de la mucosa y aumento de secreciones. Esta combinación favorece la obstrucción de pequeñas vías aéreas, con incremento del trabajo respiratorio y, en determinados casos, deterioro de la ventilación. En el lactante, la respiración nasal predominante, el menor calibre de la vía aérea y la escasa reserva funcional explican que síntomas aparentemente modestos puedan repercutir de forma importante sobre la alimentación y el descanso.

Para Enfermería, esta fisiopatología se traduce en varios focos asistenciales: vigilar la permeabilidad de la vía aérea superior, observar la aparición de signos de dificultad respiratoria, detectar fatiga progresiva, valorar la capacidad de alimentación y estimar la tolerancia al manejo en domicilio. No se trata únicamente de confirmar la presencia de tos o ruidos respiratorios, sino de interpretar la repercusión global del proceso sobre las necesidades básicas del lactante.

Valoración enfermera inicial y seguimiento evolutivo

La valoración comienza con la observación del estado general. Resulta útil identificar si el lactante mantiene una respuesta adecuada al entorno, si presenta irritabilidad mantenida, somnolencia no habitual, dificultad para consolarse o menor interacción. Estos datos, integrados con la exploración respiratoria, orientan sobre la repercusión sistémica del cuadro.

En la esfera respiratoria deben valorarse la frecuencia y el patrón ventilatorio, la presencia de tiraje, aleteo nasal, quejido, pausas respiratorias o episodios compatibles con apnea, así como la intensidad del esfuerzo necesario para mantener la ventilación. También es importante atender a la coloración cutánea y mucosa, al tipo de llanto, a la capacidad para succionar y a la coordinación entre respiración y alimentación. La auscultación puede aportar información complementaria, aunque la

observación clínica continuada suele ser especialmente valiosa en lactantes.

La valoración de la vía aérea superior tiene interés práctico. La obstrucción nasal incrementa el malestar y dificulta la alimentación, de modo que la congestión, la presencia de secreciones y su repercusión funcional deben registrarse. Del mismo modo, es necesario explorar la ingesta reciente, la duración de las tomas, el número de micciones y la presencia de vómitos o signos sugestivos de hidratación comprometida.

El seguimiento enfermero requiere reevaluaciones periódicas, ya que la bronquiolitis puede fluctuar. Un lactante que inicialmente parece estable puede cansarse tras varias horas de trabajo respiratorio o disminuir la ingesta a lo largo del día. Por ello, la tendencia clínica es tan importante como la situación puntual. La comparación con valoraciones previas, la respuesta a medidas de soporte y la percepción familiar sobre cambios recientes enriquecen la toma de decisiones.

Cuidados respiratorios de soporte

El tratamiento de la bronquiolitis se apoya de manera predominante en medidas de soporte. Desde Enfermería, uno de los cuidados más frecuentes es favorecer una posición que facilite la expansión torácica y reduzca, dentro de lo posible, el esfuerzo respiratorio. El manejo debe ser cuidadoso y evitar manipulaciones innecesarias, especialmente cuando el lactante muestra cansancio o desorganización del patrón respiratorio.

La higiene nasal puede contribuir al confort y a una mejor tolerancia de las tomas cuando existe congestión significativa. Su indicación y frecuencia deben individualizarse, procurando que la técnica sea suave y proporcionada a la necesidad clínica. Las intervenciones sobre secreciones deben realizarse con criterio, evitando maniobras repetidas que aumenten el malestar o la irritabilidad del niño.

Cuando el lactante precisa oxigenoterapia o algún sistema de soporte respiratorio según indicación clínica, la enfermera participa en la preparación del material, la correcta colocación del dispositivo, la vigilancia de la tolerancia y la detección precoz de incidencias. También monitoriza la respuesta

global del paciente, observando si disminuye el trabajo respiratorio, mejora la succión o se estabiliza el descanso. En estos contextos, el papel enfermero no se limita a la técnica, sino que incluye la valoración continuada del confort, la piel, la interacción con la familia y la necesidad de adaptar el entorno para reducir el estrés.

Alimentación, hidratación y conservación de energía

La bronquiolitis altera con frecuencia la alimentación. El lactante con congestión nasal y dificultad respiratoria puede interrumpir la succión, realizar tomas muy breves o fatigarse antes de completar el aporte habitual. Por ello, la valoración enfermera debe considerar tanto la cantidad ingerida como el esfuerzo que requiere alimentarse.

En situaciones leves o moderadas, suele ser útil reforzar medidas como fraccionar las tomas, ofrecer alimento con mayor frecuencia y valorar pausas que permitan recuperar el ritmo respiratorio. La observación de signos de cansancio durante la alimentación es prioritaria. Si la dificultad respiratoria aumenta o la ingesta resulta claramente insuficiente, puede ser necesario un soporte adicional según la situación clínica y la indicación médica, manteniendo siempre vigilancia estrecha de la tolerancia.

La hidratación se valora de forma integral. Menor diuresis, sequedad de mucosas, llanto sin lágrimas, empeoramiento del estado general o rechazo persistente de las tomas pueden sugerir compromiso hídrico. En estos casos, Enfermería participa tanto en la identificación precoz del problema como en la implementación y control de las medidas de soporte indicadas. Del mismo modo, proteger los periodos de descanso ayuda a conservar energía y puede mejorar la capacidad del lactante para alimentarse y recuperarse.

Prevención de complicaciones y criterios de vigilancia estrecha

El riesgo principal en la bronquiolitis no se limita a la presencia de síntomas respiratorios, sino al posible deterioro de la situación general. Deben vigilarse especialmente el aumento progresivo del trabajo respiratorio, la disminución del nivel de respuesta, las dificultades crecientes para alimentarse, los episodios de cianosis, las pausas respiratorias observadas por profesionales o referidas por la familia y cualquier cambio que sugiera agotamiento.

La seguridad del paciente también implica revisar factores que pueden aumentar la vulnerabilidad clínica, como la menor edad, antecedentes perinatales relevantes o enfermedades previas que condicionen la tolerancia respiratoria. Aunque estos elementos no determinan por sí solos la evolución, sí pueden justificar una observación más estrecha y una comunicación más intensiva con la familia.

En el entorno hospitalario, la prevención de complicaciones incluye el control del ambiente, la minimización de procedimientos innecesarios, el adecuado manejo del dolor y disconfort asociado a técnicas, la vigilancia de la integridad cutánea cuando se utilizan dispositivos y la coordinación con el equipo para ajustar el nivel de soporte. En atención primaria o seguimiento ambulatorio, la prevención se apoya en la educación y en la accesibilidad a una nueva valoración clínica si aparecen signos de alarma.

Educación familiar como intervención central

La familia desempeña un papel decisivo en la evolución percibida del proceso, en la adherencia a las medidas indicadas y en la detección de cambios clínicos. La educación sanitaria debe comenzar desde el primer contacto y adaptarse al nivel de comprensión, al estado emocional y a la experiencia previa de los cuidadores. No basta con enumerar signos de alarma; es necesario explicar qué deben observar, cómo hacerlo y cuándo volver a consultar.

Entre los contenidos prioritarios se encuentran la identificación de dificultad respiratoria visible, el reconocimiento de tomas claramente insuficientes, la vigilancia del número de pañales mojados, la

observación de somnolencia excesiva o irritabilidad inusual y la necesidad de solicitar atención sanitaria si el estado del lactante empeora. También conviene revisar medidas de confort en domicilio, como mantener un ambiente tranquilo, evitar la exposición al humo del tabaco y favorecer la alimentación fraccionada si la tolerancia es limitada.

La enseñanza de la higiene nasal, cuando se considera indicada, requiere demostración práctica y comprobación posterior de la comprensión. La familia debe conocer que el objetivo es mejorar el confort y facilitar la alimentación, no realizar maniobras agresivas o repetitivas. Del mismo modo, debe desaconsejarse el uso de tratamientos por iniciativa propia cuando no hayan sido prescritos o indicados por profesionales.

La comunicación enfermera con la familia tiene además una dimensión emocional. Ver a un lactante con respiración trabajosa genera temor, y ese temor puede dificultar la asimilación de la información. Por ello, resulta útil emplear mensajes claros, secuenciados y coherentes, reforzados con repetición selectiva y validación de la comprensión. Preguntar a los cuidadores qué les preocupa y qué signos no sabrían interpretar ayuda a adaptar la intervención educativa.

Continuidad asistencial y coordinación entre niveles

El cuidado del lactante con bronquiolitis no termina con la estabilización clínica puntual. La transición entre urgencias, hospitalización, atención primaria y domicilio requiere mensajes consistentes. La información de alta o de seguimiento debe incluir una explicación comprensible de la situación actual, las medidas de cuidado recomendadas, los signos que obligan a solicitar nueva valoración y el modo de acceder al sistema sanitario si el cuadro se modifica.

Enfermería contribuye a esta continuidad mediante registros claros, transmisión estructurada de la información relevante y refuerzo educativo en los momentos de cambio asistencial. También puede detectar barreras familiares para el cuidado, como dificultad para reconocer signos respiratorios, inseguridad en el manejo de secreciones o problemas para mantener la alimentación. La

identificación temprana de estas barreras permite adaptar la educación y mejorar la seguridad en domicilio.

Cuando el proceso afecta a familias con alta carga emocional, escaso apoyo social o limitada experiencia en el cuidado del lactante, el acompañamiento enfermero adquiere un valor añadido. La calidad del alta no depende solo de la mejoría clínica observada, sino también de la capacidad real de los cuidadores para sostener la vigilancia y pedir ayuda si la precisan.

Discusión/Conclusiones

La bronquiolitis en lactantes sigue siendo un problema asistencial de gran relevancia para Enfermería pediátrica, no tanto por la complejidad tecnológica del tratamiento en la mayoría de los casos como por la necesidad de una valoración clínica fina, repetida y centrada en la evolución. En este proceso, la calidad del cuidado de soporte condiciona de forma importante la experiencia del paciente y de la familia.

Una de las principales implicaciones para la práctica es reconocer que los signos de gravedad en el lactante no siempre se expresan de forma llamativa. La disminución progresiva de la ingesta, el cansancio durante la succión, la menor interacción o la irritabilidad difícil de consolar pueden ser tan relevantes como otros signos respiratorios más evidentes. Esto refuerza la necesidad de una observación enfermera integral, que no se limite al registro de constantes o a la respuesta a procedimientos concretos.

También resulta pertinente revisar las intervenciones que aportan valor real. La bronquiolitis obliga a priorizar medidas de soporte, confort y vigilancia frente a actuaciones innecesarias o excesivas. En este sentido, la enfermera actúa como garante de un cuidado proporcionado al estado del lactante, capaz de equilibrar técnica, prudencia clínica y acompañamiento familiar.

La educación sanitaria merece una consideración específica. Informar a las familias de manera comprensible y realista puede contribuir a mejorar la continuidad del cuidado, reducir consultas motivadas por incertidumbre no resuelta y

favorecer una detección más temprana de los signos de empeoramiento. Esta educación debe construirse desde la interacción, no desde la mera transmisión de instrucciones. Comprobar qué ha entendido la familia, qué puede aplicar y qué dudas mantiene forma parte del propio proceso asistencial.

Desde una perspectiva organizativa, la coordinación entre niveles asistenciales es un punto de mejora constante. La coherencia de los mensajes clínicos y educativos evita contradicciones y facilita que el cuidador principal adopte un papel activo con mayor seguridad. Del mismo modo, la documentación enfermera clara y orientada a la continuidad aporta información relevante sobre la evolución respiratoria, la tolerancia alimentaria y las necesidades educativas detectadas.

En conjunto, la actualización de los cuidados en bronquiolitis pasa por reforzar la valoración clínica individualizada, sostener medidas de soporte basadas en la necesidad del lactante y consolidar la educación familiar como parte inseparable del cuidado. La intervención enfermera, cuando integra vigilancia, soporte y acompañamiento, puede contribuir de forma decisiva a una atención pediátrica más segura, comprensible y centrada en el paciente y su familia.

Conflicto de intereses

Los autores comunican que no tienen conflictos de intereses vinculados al desarrollo o publicación de este artículo.

Financiación

Los autores declaran que este artículo no ha contado con financiación externa.

Bibliografía

1. Elliott SA, Gaudet LA, Fernandes RM, Vandermeer B, Freedman SB, Johnson DW, et al.. Comparative Efficacy of Bronchiolitis Interventions in Acute Care: A Network Meta-analysis.. *Pediatrics*. 2021;147(5). doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-040816>
2. O'Brien S, Borland ML, Cotterell E, Armstrong D, Babl F, Bauert P, et al.. Australasian bronchiolitis guideline.. *J Paediatr Child Health*. 2019;55(1):42-53. doi: <https://doi.org/10.1111/jpc.14104>
3. GBD 2023 Lower Respiratory Infections and Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of lower respiratory infections and aetiologies, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023.. *Lancet Infect Dis*. 2026;26(4):343-361. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00689-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00689-9)
4. Deffler J. Pediatric Bronchiolitis Obliterans and Bronchiolitis Obliterans Syndrome: Nursing Considerations.. *Crit Care Nurse*. 2025;45(4):29-37. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2025696>
5. Zentz SE. Care of infants and children with bronchiolitis: a systematic review.. *J Pediatr Nurs*. 2011;26(6):519-29. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.07.008>
6. Ralston S, Comick A, Nichols E, Parker D, Lanter P. Effectiveness of quality improvement in hospitalization for bronchiolitis: a systematic review.. *Pediatrics*. 2014;134(3):571-81. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1036>
7. Davies CJ, Waters D, Marshall A. A systematic review of the psychometric properties of bronchiolitis assessment tools.. *J Adv Nurs*. 2017;73(2):286-301. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13098>
8. Lin X, Li X, Qulian G, Bai Y, Liu Q. Efficacy of high-flow nasal cannula in the paediatric population: A systematic evidence map.. *J Pediatr Nurs*. 2023;73:e327-e363. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.10.001>
9. Verger JT, Verger EE. Respiratory syncytial virus bronchiolitis in children.. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012;24(4):555-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2012.07.008>
10. Diggikar S, Paul A, Razak A, Chandrasekaran M, Swamy RS. Respiratory infections in children born preterm in low and middle-income countries: A systematic review.. *Pediatr Pulmonol*. 2022;57(12):2903-2914. doi: <https://doi.org/10.1002/ppul.26128>
11. Falsey AR. Respiratory syncytial virus infection in adults.. *Semin Respir Crit Care Med*. 2007;28(2):171-81. doi: <https://doi.org/10.1055/s-2007-976489>
12. Hsieh CW, Chen C, Su HC, Chen KH. Exploring the efficacy of using hypertonic saline for nebulizing treatment in children with bronchiolitis: a meta-analysis of randomized controlled trials.. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):434. doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02314-3>
13. Mäkelä MJ, Ruuskanen O, Ogra PL. Treatment of respiratory syncytial virus infections in children.. *Ann Med*. 1994;26(5):341-3. doi: <https://doi.org/10.3109/07853899409148348>

14. McDougall P. Caring for bronchiolitic infants needing continuous positive airway pressure.. Paediatr Nurs. 2011;23(1):30-5. doi: <https://doi.org/10.7748/paed2011.02.23.1.30.c8315>
15. Perrotta C, Ortiz Z, Roque M. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old.. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD004873. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004873.pub2>
16. Sorce LR, Curley MAQ, Kleinpell R, Swanson B, Meier PP. Mother's Own Milk Feeding and Severity of Respiratory Illness in Acutely Ill Children: An Integrative Review.. J Pediatr Nurs. 2020;50:5-13. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.09.020>

ARTÍCULO 05

Salud de personas migrantes: barreras de acceso y competencia cultural en Enfermería

Health of migrants: access barriers and cultural competence in Nursing

Beatriz Alonso Vega · Javier Muñoz Cabrera · Sara Domínguez Martín

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 7 - Julio 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(7):90

Autor principal (primer firmante)

Beatriz Alonso Vega

Fecha recepción

11/06/26

Fecha aceptación

13/07/26

Fecha de publicación

18/07/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 7:90

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Migrantes; Enfermería basada en la evidencia; Salud comunitaria; Alfabetización en salud; Acceso a la atención; Participación comunitaria; Competencia cultural; Barreras de comunicación; Promoción de la salud; Cuidados de Enfermería

Resumen

Introducción: La atención sanitaria a personas migrantes plantea retos asistenciales que no pueden reducirse a la mera disponibilidad formal de recursos. La experiencia de acceso y uso de los servicios se ve modulada por factores administrativos, lingüísticos, socioculturales, laborales y relacionales. En este escenario, la Enfermería ocupa una posición relevante por su proximidad clínica, su papel en la continuidad de cuidados y su presencia en ámbitos comunitarios, de atención primaria, urgencias, hospitalización y salud pública.

Objetivos: Analizar las principales barreras de acceso sanitario que pueden afectar a las personas migrantes y revisar el papel de la competencia cultural, la alfabetización en salud y la participación comunitaria en la práctica enfermera.

Metodología: Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo orientada a sintetizar conceptos y líneas de actuación aplicables a la práctica enfermera. El desarrollo se organiza en torno a determinantes de acceso, barreras de comunicación, relación terapéutica, respuesta institucional y estrategias de cuidado centradas en la persona y la comunidad.

Resultados: Las barreras de acceso incluyen dificultades de información, obstáculos idiomáticos, incertidumbre sobre derechos sanitarios, diferencias en expectativas sobre el sistema, precariedad social, miedo al estigma y fragmentación asistencial. La competencia cultural en Enfermería no debe entenderse como conocimiento estereotipado sobre grupos, sino como capacidad reflexiva para ofrecer cuidados seguros, respetuosos y adaptados al contexto. La mejora de la alfabetización en salud, el uso adecuado de apoyos de interpretación, la escucha activa y el trabajo intersectorial pueden favorecer la accesibilidad, la adherencia terapéutica y la continuidad asistencial.

Discusión/Conclusiones: La atención enfermera a personas migrantes requiere una mirada clínica y comunitaria que incorpore equidad, comunicación efectiva y valoración individualizada. La competencia cultural, entendida como proceso dinámico, puede contribuir a reducir desigualdades evitables y a mejorar la calidad percibida de los cuidados. Su desarrollo exige formación, apoyo organizativo y coordinación con recursos comunitarios.

Abstract

Introduction: Healthcare for migrant populations involves challenges that go beyond the formal availability of services. Access and effective use of care are influenced by administrative, linguistic, sociocultural, occupational, and relational factors. In this context, nursing plays a relevant role due to its clinical proximity, continuity-of-care functions, and presence in community, primary care, emergency, inpatient, and public health settings.

Objectives: To analyse the main barriers to healthcare access affecting migrant populations and to review the role of cultural competence, health literacy, and community participation in nursing practice.

Methodology: A narrative theoretical review is presented to synthesise concepts and practical lines of action relevant to nursing care. The analysis is organised around access determinants, communication barriers, therapeutic relationship, institutional response, and person- and community-centred strategies.

Results: Barriers to access include difficulties in obtaining information, language obstacles, uncertainty regarding healthcare rights, differences in expectations about the health system, social vulnerability, fear of stigma, and fragmented care pathways. Cultural competence in nursing should not be understood as stereotyped knowledge about groups, but as a reflective ability to provide safe, respectful, and context-sensitive care. Improving health literacy, using adequate interpretation support, active listening, and intersectoral work may enhance accessibility, treatment adherence, and continuity of care.

Discussion/Conclusions: Nursing care for migrant populations requires both clinical and community perspectives, incorporating equity, effective communication, and individualised assessment. Cultural competence, understood as a dynamic process, may help reduce avoidable inequalities and improve the perceived quality of care. Its development requires training, organisational support, and coordination with community resources.

Keywords: Transients and Migrants; Evidence-Based Nursing; Community Health Nursing; Health Literacy; Health Services

Accessibility; Community Participation; Cultural Competency; Communication Barriers; Health Promotion; Nursing Care

Introducción

La migración es un fenómeno social complejo atravesado por trayectorias biográficas, condiciones económicas, marcos normativos, experiencias de violencia o desarraigo y procesos de adaptación a nuevos entornos. Desde la perspectiva sanitaria, las personas migrantes no constituyen un grupo homogéneo. Sus necesidades de salud, sus recursos de afrontamiento y su relación con los servicios varían según la edad, el género, el motivo migratorio, la situación administrativa, el tiempo de residencia, el nivel educativo, la red social disponible y las condiciones materiales de vida. Esta heterogeneidad obliga a evitar simplificaciones y a sostener una valoración enfermera individualizada.

En la práctica asistencial, las dificultades de acceso no se explican únicamente por la presencia o ausencia de cobertura sanitaria. Con frecuencia intervienen barreras menos visibles: desconocimiento del funcionamiento del sistema, dificultades de comprensión del lenguaje sanitario, experiencias previas negativas, temor a ser juzgado, incompatibilidad entre horarios laborales y citas programadas, falta de apoyos para el cuidado de menores, problemas de movilidad o ausencia de referentes comunitarios que faciliten la orientación inicial. Tales factores pueden retrasar la demanda de ayuda, dificultar el seguimiento de tratamientos o desplazar la atención hacia dispositivos de mayor complejidad.

La Enfermería se sitúa en un punto especialmente sensible de esta realidad. Su contacto continuado con personas, familias y comunidades permite detectar necesidades no expresadas, identificar obstáculos para el autocuidado y adaptar la educación sanitaria a distintos niveles de alfabetización en salud. Además, por su papel en acogida, cribado, seguimiento, promoción de la salud y coordinación asistencial, puede favorecer itinerarios de atención más comprensibles y humanizados.

La competencia cultural ha adquirido relevancia como marco para mejorar la atención a poblaciones diversas. Sin embargo, su sentido

profesional va más allá de conocer costumbres o creencias atribuidas a determinados colectivos. Implica reconocer los propios sesgos, explorar el significado que la persona otorga a la salud y la enfermedad, adaptar la comunicación clínica y negociar planes de cuidados realistas dentro del contexto vital de cada paciente. En este proceso también resulta necesario considerar dimensiones estructurales de la desigualdad, ya que no toda dificultad de acceso puede resolverse desde la interacción individual.

Junto a ello, la alfabetización en salud y la participación comunitaria emergen como ejes complementarios. Comprender cómo solicitar atención, interpretar indicaciones básicas, reconocer signos de alarma o saber dónde acudir ante un problema concreto condiciona el uso efectivo del sistema sanitario. La intervención enfermera puede contribuir a mejorar estas capacidades si se apoya en mensajes claros, recursos accesibles y colaboración con agentes comunitarios.

El interés de esta revisión radica en integrar estos elementos desde una perspectiva profesional y prudente, centrada en los cuidados. No se trata de presentar respuestas uniformes, sino de revisar aspectos que pueden orientar una práctica más segura, equitativa y sensible a la diversidad.

Objetivos

Analizar las principales barreras de acceso a la atención sanitaria que pueden afectar a las personas migrantes y examinar su impacto sobre la práctica enfermera.

Como objetivos específicos, se plantea:

- Describir factores lingüísticos, administrativos, socioculturales y socioeconómicos que pueden interferir en el contacto con los servicios sanitarios.
- Examinar el papel de la alfabetización en salud en la comprensión, la toma de decisiones y la adherencia a las recomendaciones de cuidado.
- Revisar el concepto de competencia cultural en Enfermería y su aplicación práctica en la relación terapéutica.

- Explorar estrategias de intervención enfermera orientadas a mejorar accesibilidad, continuidad asistencial y participación comunitaria.
- Reflexionar sobre límites y condiciones organizativas necesarias para una atención más equitativa.

Metodología

Se ha elaborado una revisión teórica de carácter narrativo con finalidad de actualización profesional. El texto se centra en dimensiones conceptuales y asistenciales relevantes para Enfermería en la atención a personas migrantes, integrando conocimientos habitualmente abordados en salud comunitaria, cuidados transculturales, promoción de la salud y accesibilidad sanitaria.

La exposición se organiza a partir de cinco ejes: determinantes de acceso, barreras de comunicación, alfabetización en salud, competencia cultural y estrategias enfermeras de intervención clínica y comunitaria. Este enfoque permite analizar la relación entre factores individuales, relacionales e institucionales sin presentar el tema como un problema exclusivamente atribuible al paciente o a su origen cultural.

Dado el propósito de síntesis y la ausencia de fuentes concretas aportadas de entrada, no se detallan bases de datos, periodos de búsqueda ni resultados bibliométricos. El contenido se formula de manera prudente, evitando cifras, recomendaciones atribuidas a organismos específicos o afirmaciones cerradas no sustentadas en el material proporcionado. La orientación del manuscrito es aplicable a contextos asistenciales diversos, con la consideración de que toda intervención debe adaptarse al marco legal, organizativo y comunitario de cada entorno.

Resultados

Barreras de acceso: una realidad multidimensional

Las barreras de acceso sanitario que afectan a personas migrantes suelen ser acumulativas. Rara vez aparece un único obstáculo aislado; lo más frecuente es la combinación de varios factores que incrementan la dificultad para solicitar, comprender o mantener la atención. Entre ellos destacan los relacionados con la información disponible. No conocer el circuito de atención primaria, el sistema de citación, la diferencia entre consulta programada y atención urgente o los procedimientos administrativos básicos puede generar demoras y uso inadecuado de recursos.

A esta dimensión se suma la incertidumbre respecto a derechos y requisitos de atención. Algunas personas desconocen si pueden ser atendidas, qué documentación se les solicitará o qué consecuencias podría tener facilitar determinados datos. El temor derivado de experiencias previas, propias o compartidas dentro de la comunidad, puede traducirse en evitación del contacto sanitario incluso cuando existe necesidad objetiva de valoración. Este fenómeno no debe interpretarse como desinterés por la salud, sino como respuesta condicionada por vulnerabilidad e inseguridad.

Las condiciones materiales de vida influyen de forma decisiva. Empleos precarios, horarios inestables, dificultad para ausentarse del trabajo, vivienda inadecuada, movilidad geográfica o falta de apoyo para el cuidado de dependientes limitan la capacidad de acudir a citas, seguir recomendaciones y completar procesos asistenciales. Desde Enfermería, valorar estas circunstancias es esencial para ajustar objetivos de cuidado, anticipar barreras y facilitar alternativas realistas dentro del sistema disponible.

Barreras de comunicación y relación terapéutica

La comunicación clínica constituye uno de los puntos más sensibles de la atención. El desconocimiento del idioma o el dominio limitado del vocabulario sanitario puede afectar a la recogida de datos, la explicación del problema de salud, el consentimiento informado, la educación terapéutica y la seguridad del paciente. No se trata solo de traducir palabras. El significado del dolor, del riesgo, de la prevención o de la necesidad de seguimiento puede variar según la experiencia previa con otros sistemas sanitarios y según los marcos culturales de interpretación de la enfermedad.

En ausencia de apoyos adecuados, es frecuente recurrir a familiares o acompañantes como intérpretes improvisados. Aunque en algunos casos puedan facilitar la interacción inicial, esta práctica presenta limitaciones claras: pérdida de precisión, filtrado de la información, dificultad para abordar cuestiones íntimas y riesgo de desplazar a la persona atendida del centro de la conversación. Siempre que sea posible, resulta preferible disponer de recursos que preserven la confidencialidad y favorezcan una comunicación más fiel.

La relación terapéutica también puede verse afectada por sesgos, expectativas discordantes o experiencias de discriminación. Una actitud apresurada, paternalista o basada en suposiciones sobre costumbres del paciente puede deteriorar la alianza asistencial y reforzar la desconfianza. Por el contrario, la escucha activa, la validación de preocupaciones y la exploración respetuosa de creencias y prácticas de salud suelen mejorar la comprensión mutua. En este punto, la competencia cultural no funciona como un repertorio de datos sobre comunidades, sino como una habilidad clínica para preguntar mejor, interpretar con cautela y negociar cuidados posibles.

Alfabetización en salud y capacidad de autocuidado

La alfabetización en salud influye en la capacidad de acceder, comprender, evaluar y utilizar información sanitaria. En personas migrantes, esta dimensión puede verse condicionada por barreras idiomáticas, diferencias en el nivel de escolarización, escasa familiaridad con el sistema sanitario receptor o experiencias previas en modelos de atención muy distintos. Una recomendación aparentemente simple, como acudir en ayunas, realizar un cuidado local o mantener una pauta farmacológica, puede resultar confusa si no se verifica la comprensión real.

La intervención enfermera orientada a la alfabetización en salud requiere adaptar el lenguaje, priorizar mensajes esenciales y evitar sobrecarga informativa. Puede ser útil fragmentar la información, emplear apoyos visuales sencillos, confirmar lo comprendido mediante reformulación y facilitar instrucciones prácticas vinculadas a la vida cotidiana de la persona. Cuando existe pluripatología, cambios frecuentes de tratamiento o necesidades de seguimiento prolongado, esta adaptación se vuelve aún más relevante.

No debe asumirse que baja alfabetización en salud equivale a falta de interés o escasa responsabilidad. Con frecuencia refleja desigualdades educativas, barreras de idioma o dificultades para orientarse en instituciones complejas. Reconocer este hecho permite desplazar la mirada desde el juicio hacia el acompañamiento. El objetivo no es simplificar en exceso, sino hacer la información utilizable, comprensible y segura.

Competencia cultural en Enfermería: de la sensibilidad a la práctica reflexiva

La competencia cultural en Enfermería se entiende mejor como un proceso de aprendizaje continuo que como un estado alcanzado de una vez. Incluye sensibilidad hacia la diversidad, conciencia de los propios marcos de referencia, capacidad para identificar posibles sesgos y disposición a adaptar la intervención sin renunciar a la seguridad clínica. Su valor no reside en confirmar estereotipos sobre hábitos o creencias atribuidos a un colectivo, sino en evitar que tales generalizaciones sustituyan a la valoración individual.

En la práctica, esta competencia se traduce en conductas concretas: preguntar cómo nombra la persona su malestar, explorar expectativas sobre la consulta, averiguar quién participa en la toma de decisiones, identificar barreras para el seguimiento y revisar si las recomendaciones son compatibles con su situación familiar, laboral o económica. También implica reconocer cuándo un conflicto aparente de adherencia puede estar relacionado con falta de comprensión, imposibilidad material de cumplir la indicación o experiencias previas de trato poco respetuoso.

La competencia cultural tiene además una dimensión ética. El respeto a la dignidad, la intimidad y la autonomía no puede depender del origen, la lengua o la situación administrativa. La atención enfermera debe evitar tanto la invisibilización de diferencias relevantes como la sobredimensión cultural de problemas cuya raíz es social o estructural. Un cuidado verdaderamente centrado en la persona necesita integrar ambas perspectivas.

Papel de la Enfermería en la accesibilidad y la continuidad asistencial

En atención primaria y comunitaria, la Enfermería puede actuar como puerta de entrada comprensible al sistema sanitario. La acogida inicial, la identificación de necesidades básicas de información, la detección de dificultades de comunicación y la orientación sobre recursos disponibles son intervenciones con potencial para reducir pérdidas de seguimiento. Este papel resulta especialmente útil cuando la persona se enfrenta por primera vez a circuitos administrativos o no dispone de red social de apoyo.

En el ámbito hospitalario y en urgencias, la continuidad asistencial adquiere especial importancia. El alta sin instrucciones comprensibles, sin valorar capacidad real de cumplimiento o sin coordinación con recursos comunitarios puede aumentar el riesgo de reconsulta, empeoramiento clínico o abandono de cuidados. La planificación del alta debe incorporar la situación social, el idioma, la disponibilidad de apoyo familiar y la necesidad de seguimiento posterior.

La Enfermería también cumple una función mediadora entre discurso técnico y experiencia cotidiana. Convertir indicaciones complejas en acciones realizables, detectar señales de comprensión insuficiente y favorecer un espacio relacional seguro forman parte de la calidad del cuidado. Esta mediación es particularmente valiosa en promoción de la salud, vacunación, salud sexual y reproductiva, salud infantil, manejo de enfermedades crónicas y cuidados en salud mental.

Participación comunitaria y trabajo intersectorial

Muchas barreras de acceso no pueden resolverse únicamente dentro de la consulta. La colaboración con agentes comunitarios, mediadores interculturales, asociaciones vecinales, recursos sociales, centros educativos y entidades del tercer sector puede mejorar el alcance de las intervenciones y facilitar la construcción de confianza. La participación comunitaria no debe entenderse como acción periférica, sino como componente útil para aproximar el sistema sanitario a poblaciones que, por distintos motivos, no siempre se vinculan de forma estable con él.

La Enfermería comunitaria dispone de herramientas especialmente adecuadas para este enfoque: educación grupal, actividades de promoción de la salud, detección de activos comunitarios, coordinación interprofesional y seguimiento de situaciones de vulnerabilidad. Cuando la comunidad participa en el diseño y difusión de mensajes de salud, es más probable que estos resulten pertinentes, comprensibles y culturalmente aceptables.

El trabajo intersectorial también permite abordar determinantes sociales estrechamente ligados a la salud. Problemas de vivienda, inseguridad alimentaria, explotación laboral o violencia pueden aparecer en la consulta con forma de síntomas somáticos, malestar emocional o dificultades de autocuidado. La respuesta enfermera no sustituye a otros sistemas de protección, pero puede contribuir a detectar necesidades, orientar derivaciones y sostener la continuidad relacional.

Límites frecuentes y necesidades organizativas

La mejora de la atención a personas migrantes no depende solo de la voluntad individual de los profesionales. Existen condicionantes organizativos relevantes: tiempo de consulta insuficiente, ausencia de apoyos de interpretación, fragmentación entre niveles asistenciales, burocracia compleja y escasa formación específica. Estas limitaciones pueden favorecer respuestas improvisadas o centrar la intervención en la resolución inmediata del motivo de consulta, dejando sin explorar factores que condicionan el pronóstico y la adherencia.

Por ello, la competencia cultural debe entenderse también como responsabilidad institucional. Los equipos necesitan marcos de actuación que faciliten la comunicación, espacios de formación continuada, herramientas de valoración social y circuitos de coordinación con recursos comunitarios. Del mismo modo, la accesibilidad mejora cuando la información administrativa y educativa es clara, multiformato y adaptable a distintos niveles de comprensión.

Desde una perspectiva de calidad asistencial, la equidad no supone ofrecer exactamente lo mismo a todas las personas, sino ajustar la atención para que el cuidado sea realmente utilizable. Esta idea tiene implicaciones prácticas en la programación de citas, en la preparación del alta, en la elaboración de materiales educativos y en la manera de evaluar resultados de cuidados.

Discusión/Conclusiones

La atención a personas migrantes pone de manifiesto que el acceso sanitario es un proceso más amplio que la entrada formal al sistema. Comprende la posibilidad real de comprender la información, confiar en los profesionales, acudir a los dispositivos adecuados, mantener tratamientos y participar en decisiones sobre el propio cuidado. Cuando estas condiciones fallan, aumentan la discontinuidad y la atención tardía, con repercusiones clínicas, sociales y éticas.

La Enfermería dispone de una posición privilegiada para intervenir sobre varios de estos puntos. Su proximidad a la experiencia cotidiana de pacientes y familias permite detectar barreras que no

siempre quedan registradas en la historia clínica: miedo, desorientación, cansancio, falta de red, incompatibilidad horaria, dificultades económicas o malentendidos derivados del lenguaje. Convertir esa información en planes de cuidados ajustados es una tarea de alto valor asistencial.

La competencia cultural aporta un marco útil siempre que se interprete de forma crítica y dinámica. No consiste en clasificar a las personas por origen ni en atribuir conductas por pertenencia grupal. Su aportación real se observa cuando mejora la escucha, reduce respuestas estereotipadas y ayuda a adaptar la comunicación y la planificación de cuidados a contextos de vida concretos. En este sentido, la reflexión sobre sesgos profesionales y sobre desigualdades estructurales forma parte del cuidado seguro.

La alfabetización en salud y la participación comunitaria refuerzan esta perspectiva. Una intervención enfermera que explica, verifica comprensión, reordena información y enlaza con recursos próximos puede modificar de manera significativa la experiencia asistencial. Del mismo modo, la colaboración con agentes comunitarios y servicios sociales amplía la capacidad de respuesta ante problemas que exceden el acto clínico.

Persisten, no obstante, límites relevantes. Sin apoyos organizativos, formación y circuitos de coordinación, el esfuerzo individual de los profesionales puede resultar insuficiente. Por ello, avanzar hacia una atención más equitativa requiere combinar competencia relacional, sensibilidad comunitaria y medidas institucionales que hagan la accesibilidad operativa en la práctica cotidiana.

Desde la perspectiva enfermera, atender a personas migrantes implica cuidar con precisión clínica y con comprensión del contexto. Esa doble mirada, clínica y social, puede contribuir a reducir desigualdades evitables y a mejorar la calidad percibida y efectiva de los cuidados, especialmente en los puntos donde el sistema resulta más difícil de entender, transitar y sostener.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses en la preparación de este manuscrito.

Financiación

El presente manuscrito se ha realizado sin financiación externa específica.

Bibliografía

1. Barrio-Ruiz C, Ruiz de Viñaspre-Hernandez R, Colaceci S, Juarez-Vela R, Santolalla-Arnedo I, Durante A, et al.. Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care for Migrant Women in High-Income European Countries: An Integrative Review.. *J Midwifery Womens Health*. 2024;69(1):71-90. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13545>
2. Al-Hamad A, Yasin YM, Yasin L, Jung G. Home Healthcare Among Aging Migrants: A Joanna Briggs Institute Scoping Review.. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(8). doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare13080863>
3. Barbo G, Leidl DM, Petrucka P. Equipping Nurses for Migrant Mental Health Care: An Integrative Review.. *J Transcult Nurs*. 2026;37(1):98-109. doi: <https://doi.org/10.1177/10436596251372946>
4. González-Rábago Y, Lanborena N, Rodríguez-Álvarez E. Barriers to healthcare for racialised populations in Europe: a scoping review of reviews.. *Int J Equity Health*. 2025;24(1):212. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02577-1>
5. Serre-Delcor N, Oliveira I, Moreno R, Treviño B, Hajdók E, Esteban E, et al.. A Cross-Sectional Survey on Professionals to Assess Health Needs of Newly Arrived Migrants in Spain.. *Front Public Health*. 2021;9:667251. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.667251>
6. Barbo G, Leidl D, Li H, Montreuil M, Richter S, Petrucka P. Immersive Virtual Simulation for Undergraduate Nursing Education on Migrant Mental Health: A Mixed-Methods Study.. *Comput Inform Nurs*. 2025. doi: <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000001431>
7. Kouadio O, Ramond-Roquin A, Poiroux L. Experiences of Migrants With Type 2 Diabetes Navigating Health Care in France: A Qualitative Study.. *J Transcult Nurs*. 2026;37(4):685-694. doi: <https://doi.org/10.1177/10436596261432430>
8. Hyatt A, Lipson-Smith R, Schofield P, Gough K, Sze M, Aldridge L, et al.. Communication challenges experienced by migrants with cancer: A comparison of migrant and English-speaking Australian-born cancer patients.. *Health Expect*. 2017;20(5):886-895. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.12529>
9. Peláez S, Hendricks KN, Merry LA, Gagnon AJ. Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives.. *Global Health*. 2017;13(1):5. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0229-x>

10. McGuire S, Canales MK. Of migrants and metaphors: disrupting discourses to welcome the stranger.. *ANS Adv Nurs Sci.* 2010;33(2):126-42. doi: <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181dbc624>
11. Vakil K, Desse TA, Manias E, Alzubaidi H, Rasmussen B, Holton S, et al.. Patient-Centered Care Experiences of First-Generation, South Asian Migrants with Chronic Diseases Living in High-Income, Western Countries: Systematic Review.. *Patient Prefer Adherence.* 2023;17:281-298. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S391340>
12. Plaza Del Pino FJ, Chraibi G, Molina-Gallego B, Humanes-García M, Sánchez-Ojeda MA, Ugarte-Gurrutxaga MI. Access to the Health Care System of Undocumented Moroccan Migrant Slum Dwellers in Southern Spain: A Qualitative Study.. *Nurs Rep.* 2024;14(1):494-505. doi: <https://doi.org/10.3390/nursrep14010038>
13. Harrison HL, Daker-White G. Beliefs and challenges held by medical staff about providing emergency care to migrants: an international systematic review and translation of findings to the UK context.. *BMJ Open.* 2019;9(7):e028748. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028748>
14. Gaya-Sancho B, Vanceulebroeck V, Kömürcü N, Kalkan I, Casa-Nova A, Tambo-Lizalde E, et al.. Perception and Experience of Transcultural Care of Stakeholders and Health Service Users with a Migrant Background: A Qualitative Study.. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(19). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910503>

CADICE

Revista de Enfermería

Ciencia Aplicada,
Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

18 DE JULIO DE 2026

Vol. I · N.º 7 · Julio 2026

Artículos 86-90

revistadeenfermeria.com

Hemeroteca diaria