

CADICE

Ciencia Aplicada, Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

ISSN 3127-5486

VOL. I / N.º 8

EDICIÓN DIARIA

14 de agosto de 2026

Viernes · Artículos 221-225

45

EN ESTA EDICIÓN

- 01 Programa educativo para cuidado de heridas en personas sin hogar
- 02 Valoración del punto de inserción de catéter y prevención de complicaciones locales
- 03 Programa formativo para familiares sobre detección de signos de sepsis y consulta precoz
- 04 Educación familiar para prevención y detección precoz del delirium en personas mayores ingresadas
- 05 Educación a cuidadores sobre rehidratación oral en gastroenteritis infantil

EDICIÓN DIARIA 45

Sumario

14 de agosto de 2026

-
- | | | |
|----|---|--------|
| 01 | Programa educativo para cuidado de heridas en personas sin hogar | 03 |
| | Alba Fernández Molina · Iván Herrera Santos | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(8):221 | |
-
- | | | |
|----|--|--------|
| 02 | Valoración del punto de inserción de catéter y prevención de complicaciones locales | 11 |
| | Cristina Moreno Vila · Daniel Ortega Medina · Patricia Serrano López | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(8):222 | |
-
- | | | |
|----|---|--------|
| 03 | Programa formativo para familiares sobre detección de signos de sepsis y consulta precoz | 18 |
| | Jorge Navarro Medina · Elena Vargas Prieto · Rocío Sánchez Gil · Pablo Ibáñez Cortés | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(8):223 | |
-
- | | | |
|----|--|--------|
| 04 | Educación familiar para prevención y detección precoz del delirium en personas mayores ingresadas | 25 |
| | Lucía Ortega Ramos · Sergio Martín Delgado | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(8):224 | |
-
- | | | |
|----|--|--------|
| 05 | Educación a cuidadores sobre rehidratación oral en gastroenteritis infantil | 32 |
| | Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(8):225 | |
-

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

Programa educativo para cuidado de heridas en personas sin hogar

Educational program for wound care in homeless people

Alba Fernández Molina · Iván Herrera Santos

Incluido en la revista CADICE. Vol. I. N.º 8 - Agosto 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(8):221

Autor principal (primer firmante)

Alba Fernández Molina

Fecha recepción

06/07/26

Fecha aceptación

06/08/26

Fecha de publicación

14/08/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 8:221

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Acceso a la atención;
Recursos comunitarios;
Salud comunitaria;
Educación del paciente;
Participación comunitaria;
Equidad en salud;
Educación para la salud;
Vulnerabilidad social;
Personas sin hogar; Heridas

Resumen

Introducción: Las personas sin hogar presentan con frecuencia condiciones de vida que dificultan la prevención, la detección precoz y el cuidado continuado de las heridas. La exposición ambiental, la limitada disponibilidad de agua y material higiénico, la movilidad geográfica, la coexistencia de problemas de salud mental o consumo de sustancias y las barreras de acceso a los servicios sanitarios pueden favorecer la cronificación de lesiones cutáneas y complicar su seguimiento. En este marco, la Enfermería comunitaria ocupa una posición relevante para desarrollar intervenciones educativas adaptadas, realistas y coordinadas con recursos sociales y sanitarios.

Objetivos: Diseñar un programa educativo enfermero dirigido a personas sin hogar con heridas o riesgo de presentarlas, orientado a mejorar el autocuidado posible, favorecer la identificación temprana de signos de complicación, promover conductas seguras y facilitar la vinculación con dispositivos comunitarios.

Metodología: Se plantea una propuesta de intervención educativa grupal e individual en el ámbito comunitario, estructurada a partir de necesidades habituales de esta población, principios de educación para la salud y criterios de accesibilidad, baja exigencia y continuidad flexible. El programa contempla valoración inicial, adaptación de contenidos al nivel de alfabetización en salud, uso de materiales visuales y coordinación con recursos de proximidad.

Resultados: El programa se organiza en sesiones breves y repetibles sobre higiene posible, observación de la herida, manejo básico del apósito, prevención de nuevas lesiones, solicitud de ayuda y utilización de recursos comunitarios. Se asigna a Enfermería un papel central en la valoración, la enseñanza práctica, el refuerzo motivacional, la detección de barreras y el enlace con otros dispositivos. La evaluación incluye aprendizaje observado, participación, capacidad para reconocer signos de alarma y grado de contacto mantenido con la red asistencial.

Discusión/Conclusiones: Un programa educativo de estas características puede contribuir a mejorar la seguridad del cuidado cotidiano de las heridas y a reducir discontinuidades asistenciales evitables, siempre que se adapte al contexto vital de la persona y se integre en una respuesta interprofesional. La utilidad de la intervención depende menos de la complejidad técnica del contenido que de su aplicabilidad real, su flexibilidad y la confianza terapéutica construida desde la Enfermería comunitaria.

Abstract

Introduction: People experiencing homelessness often face living conditions that hinder prevention, early detection and ongoing wound care. Environmental exposure, limited access to water and hygiene supplies, frequent mobility, coexisting mental health problems or substance use, and barriers to healthcare access may contribute to persistent skin lesions and difficult follow-up. In this context, community nursing has an important role in delivering tailored, realistic and coordinated educational interventions.

Objectives: To design a nursing educational programme for homeless persons with wounds or at risk of developing them, aimed at improving feasible self-care, supporting early recognition of warning signs, promoting safer practices and facilitating linkage to community resources.

Methodology: A community-based educational intervention is proposed, combining group and individual activities and structured around common needs in this population, health education principles and accessibility criteria, with a low-threshold and flexible continuity approach. The programme includes initial assessment, adaptation of contents to health literacy, use of visual materials and coordination with nearby social and health services.

Results: The programme is organised into short, repeatable sessions on feasible hygiene measures, wound observation, basic dressing management, prevention of new lesions, help-seeking and use of community resources. Nurses play a central role in assessment, practical teaching, motivational support, identification of barriers and connection with other services. Evaluation includes observed learning, participation, ability to identify warning signs and degree of sustained contact with the care network.

Discussion/Conclusions: This type of educational programme may improve the safety of everyday wound care and reduce avoidable discontinuities in care, provided that it is adapted to each person's living circumstances and integrated into an interprofessional response. Its usefulness depends less on technical complexity than on real-life

applicability, flexibility and the therapeutic trust established through community nursing.

Keywords: Health Services Accessibility; Community Resources; Community Health Nursing; Patient Education; Community Participation; Health Equity; Health Education; Social Vulnerability; Homeless Persons; Wounds and Injuries

Introducción

El abordaje de las heridas en personas sin hogar requiere una mirada clínica y social simultánea. La lesión cutánea no puede interpretarse únicamente como un problema local de la piel o de los tejidos, sino como una expresión de vulnerabilidad acumulada. Dormir en espacios no acondicionados, caminar largas distancias, mantener un acceso irregular a la higiene, usar calzado inadecuado, demorar la consulta o interrumpir tratamientos por inestabilidad residencial son circunstancias que modifican de forma sustancial la evolución de una herida y la viabilidad de cualquier plan de cuidados.

En la práctica asistencial, el cuidado de estas lesiones suele verse condicionado por factores que desbordan la indicación técnica del apósito o la limpieza local. Puede haber dolor no comunicado, rechazo previo al sistema sanitario, dificultad para conservar material, imposibilidad de mantener la herida cubierta, problemas para acudir a revisiones programadas o prioridades vitales más urgentes que desplazan el cuidado corporal. Desde esta perspectiva, la educación para la salud no debe limitarse a transmitir instrucciones, sino que ha de traducir el conocimiento enfermero a decisiones concretas que la persona pueda aplicar en su entorno real.

La Enfermería comunitaria dispone de competencias especialmente adecuadas para esta tarea. Su práctica integra valoración de necesidades, acompañamiento, trabajo en red, enfoque de reducción de daños y continuidad asistencial fuera de los entornos convencionales. En personas sin hogar, educar sobre el cuidado de heridas implica construir mensajes breves, comprensibles y adaptados; negociar objetivos alcanzables; identificar recursos accesibles; y sostener la relación terapéutica aun cuando el seguimiento sea discontinuo.

Además, la equidad en salud obliga a reconsiderar cómo se organiza la intervención educativa. No basta con ofrecer información de calidad si esta exige condiciones materiales que la persona no tiene. Un consejo técnicamente correcto puede resultar inviable cuando no hay acceso regular a agua, espacio privado, almacenamiento seguro o posibilidad de reposo. Por ello, el contenido educativo debe centrarse en medidas factibles, en la detección precoz de signos de alarma y en el uso de recursos comunitarios como parte integrante del cuidado.

Otro elemento relevante es la participación comunitaria. La experiencia acumulada en dispositivos de calle, albergues, centros de día y consultas de baja exigencia sugiere que el vínculo mejora cuando la intervención se articula con recursos ya frecuentados por la población destinataria. El programa educativo no puede concebirse como una actividad aislada, sino como una herramienta de conexión entre la persona, la Enfermería y la red comunitaria. Este enfoque favorece la continuidad, reduce pérdidas de seguimiento y permite adaptar el plan a trayectorias vitales cambiantes.

En este contexto, diseñar un programa específico para el cuidado de heridas en personas sin hogar resulta pertinente desde la práctica enfermera. La finalidad no es sustituir la atención clínica individualizada ni establecer un protocolo cerrado, sino ofrecer una propuesta estructurada, flexible y aplicable en entornos comunitarios diversos, con énfasis en accesibilidad, utilidad práctica y respeto a la autonomía.

Objetivos

El objetivo general es diseñar un programa educativo de Enfermería orientado al cuidado de heridas en personas sin hogar, que pueda desarrollarse en recursos comunitarios o dispositivos asistenciales de proximidad y que contribuya a mejorar la seguridad del autocuidado posible y la continuidad de la atención.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Identificar las necesidades educativas más frecuentes relacionadas con la prevención y el

cuidado de heridas en personas en situación de sinhogarismo.

- Definir contenidos formativos breves, comprensibles y adaptables a distintos niveles de alfabetización en salud.
- Favorecer el reconocimiento de signos locales y generales que aconsejen valoración profesional.
- Promover medidas de higiene y protección cutánea realistas según los recursos disponibles en el entorno inmediato.
- Reforzar conductas de búsqueda de ayuda y utilización de recursos sanitarios y sociales accesibles.
- Integrar el papel de la Enfermería como referente educativo, asistencial y de coordinación comunitaria.
- Establecer criterios cualitativos de evaluación del aprendizaje, participación y continuidad del contacto asistencial.

Metodología

Se presenta una propuesta de programa educativo aplicable desde Enfermería comunitaria, atención primaria con proyección comunitaria, unidades móviles, centros de acogida, albergues, comedores sociales, centros de día u otros dispositivos de atención a población en exclusión residencial. La intervención se diseña con un enfoque de baja exigencia, de manera que la asistencia irregular, la llegada tardía o la participación intermitente no invaliden el proceso educativo.

La población diana está formada por personas adultas sin hogar que presenten heridas agudas o crónicas, lesiones recurrentes, problemas cutáneos susceptibles de complicarse o factores de riesgo para nuevas heridas. El programa puede ampliarse a personas con alojamiento muy inestable o con escasa capacidad de autocuidado por deterioro funcional, cognitivo o social, siempre que la intervención se individualice y se valore la necesidad de apoyo adicional.

Principios de diseño del programa

La propuesta se apoya en varios principios metodológicos. El primero es la accesibilidad: la educación debe llegar a la persona allí donde se encuentra y en horarios compatibles con los recursos disponibles. El segundo es la utilidad inmediata: cada sesión debe proporcionar aprendizajes aplicables ese mismo día. El tercero es la repetición flexible: dado que la continuidad no siempre está garantizada, los contenidos se estructuran en módulos breves e independientes. El cuarto es la comunicación clara, apoyada en demostraciones, lenguaje sencillo, imágenes y comprobación de la comprensión. El quinto es la coordinación comunitaria, entendida como parte inseparable del cuidado.

Antes del inicio se propone una valoración enfermera básica centrada en localización y aspecto general de la herida, dolor referido, limitaciones funcionales, disponibilidad de agua y material, hábitos de movilidad, red de apoyo, capacidad para seguir indicaciones y posibles barreras de comunicación. También conviene explorar experiencias previas con el sistema sanitario, expectativas y motivos de no adherencia, sin adoptar un enfoque culpabilizador.

Formato y planificación

El programa puede desarrollarse en cuatro a seis sesiones breves, de periodicidad flexible, con posibilidad de impartirlas de forma grupal o individual. La duración orientativa de cada encuentro se sitúa entre veinte y cuarenta minutos, ajustándose al estado clínico, la tolerancia de la persona y las condiciones del entorno. Cuando sea posible, resulta útil complementar la actividad grupal con demostración práctica durante la cura o con seguimiento oportunista en contactos posteriores.

Los grupos deben ser reducidos para facilitar interacción, observación directa y adaptación del mensaje. En determinados contextos, la intervención individual puede ser preferible por dolor, vergüenza, consumo activo, alteraciones cognitivas o necesidad de atender aspectos íntimos de la herida. La metodología combina explicación breve, demostración, práctica supervisada, resolución de dudas y refuerzo positivo. No se

recomienda una enseñanza exclusivamente verbal ni demasiado extensa, ya que aumenta el riesgo de desconexión y olvido.

Recursos materiales y coordinación

Los materiales pueden incluir láminas visuales, tarjetas impermeables con mensajes clave, kits básicos de higiene y cura según disponibilidad del recurso, contenedores para residuos, muestras de apósitos de uso común y listados sencillos de puntos de atención sanitaria y social. Siempre que sea posible, la entrega de material debe acompañarse de una explicación práctica sobre su conservación y uso, teniendo en cuenta que la persona puede no disponer de un lugar seguro para guardarlo.

La coordinación con trabajo social, medicina, salud mental, equipos de calle y entidades comunitarias aumenta la utilidad del programa. Esta coordinación no se limita a derivar, sino que permite adaptar objetivos al contexto de vida, anticipar pérdidas de seguimiento y acordar circuitos asistenciales de acceso sencillo. En personas con heridas complejas o sospecha de complicación, la educación no sustituye la valoración clínica, sino que la acompaña y facilita.

Resultados

La propuesta educativa se articula en contenidos secuenciales pero independientes, de modo que cada sesión tenga valor por sí misma. A continuación se describen los componentes centrales del programa.

Acogida, vínculo y valoración inicial

La primera intervención no debe centrarse únicamente en la lesión. Resulta prioritario establecer una relación terapéutica respetuosa, libre de juicio y orientada a comprender qué puede hacer realmente la persona. En esta fase, la Enfermería explora conocimientos previos, prácticas habituales, temores, experiencias negativas anteriores y expectativas. La observación del estado general, del nivel de malestar y de las condiciones de vida ofrece información tan relevante como el aspecto de la herida.

El mensaje educativo inicial ha de ser concreto: qué problema se observa, por qué conviene vigilarlo y

qué acciones sencillas pueden ayudar. El uso de preguntas abiertas permite identificar malentendidos frecuentes, como considerar normal el exudado persistente, minimizar el dolor o mantener apósitos sucios durante tiempos prolongados por falta de repuesto.

Higiene posible y cuidado cotidiano de la herida

Uno de los núcleos del programa es enseñar medidas de higiene factibles. En población sin hogar, la educación no puede basarse en condiciones ideales, por lo que se trabaja con alternativas adaptadas. La persona debe comprender que, cuando no sea posible realizar una cura completa, siguen existiendo acciones de protección que pueden disminuir el deterioro local: lavarse las manos cuando se disponga de agua o solución limpiadora, evitar tocar la herida innecesariamente, mantener el material lo más limpio posible y cambiar el apósito si está claramente húmedo, sucio o despegado.

La demostración práctica es especialmente útil. La enfermera puede mostrar cómo retirar un apósito con suavidad, cómo observar la piel de alrededor, cómo limpiar de forma sencilla según los recursos disponibles y cómo colocar una cobertura sin generar compresión indebida ni dejar zonas expuestas si ello resulta evitable. También se insiste en no compartir material de cura y en desecharlo de forma segura cuando el entorno lo permita.

El aprendizaje debe acompañarse de mensajes realistas sobre conservación del material. Si la persona no puede almacenar varios apósitos o carece de mochila, taquilla o espacio estable, conviene priorizar la entrega fraccionada y la indicación de puntos donde reponerlo. Esta decisión, aunque parezca organizativa, forma parte del contenido educativo porque condiciona la adherencia real.

Reconocimiento de signos de alarma

La identificación precoz de complicaciones es un objetivo prioritario. El programa enseña a reconocer cambios que requieren consulta: aumento del dolor, empeoramiento del enrojecimiento, calor local progresivo, hinchazón mayor, mal olor persistente, supuración llamativa, fiebre o sensación general de empeoramiento. En personas con trayectorias de atención irregulares, saber discriminar cuándo buscar ayuda puede ser más útil que memorizar instrucciones complejas.

Para facilitar el aprendizaje, conviene usar comparaciones visuales y preguntas de comprobación. Más que pedir a la persona que repita una lista completa, resulta práctico explorar si sabría actuar ante escenarios cotidianos: apósito empapado, sangrado inesperado, herida que duele más al caminar o aparición de malestar general. Esta forma de evaluación aproxima mejor la enseñanza a la toma de decisiones real.

Prevención de nuevas lesiones

La educación sobre heridas debe incorporar medidas preventivas. En personas sin hogar, las lesiones por fricción, presión, traumatismos menores o problemas en los pies pueden pasar inadvertidas hasta fases avanzadas. Por ello, se incluyen recomendaciones sobre revisión básica de la piel, especial atención a pies y zonas de roce, secado cuidadoso cuando sea posible, uso del calzado más protector disponible y consulta precoz si aparece una lesión incipiente.

Cuando la persona pasa muchas horas caminando o permanece largo tiempo en posturas forzadas, la enfermera puede reforzar estrategias para reducir fricción y humedad, así como la importancia de no ignorar pequeñas heridas por su aparente escasa relevancia. En quienes presentan edema, movilidad limitada, neuropatía conocida o antecedentes de lesiones recurrentes, el seguimiento debe ser más estrecho y el mensaje preventivo más repetido.

Dolor, descanso y barreras para el autocuidado

La experiencia del dolor condiciona de forma importante el cuidado de la herida. El programa incluye educación para expresar el dolor, relacionarlo con la evolución de la lesión y comunicar cambios relevantes. También aborda barreras frecuentes como el miedo a la manipulación, la vergüenza por el olor o el aspecto de la herida, la falta de privacidad, el cansancio extremo o la priorización de necesidades básicas inmediatas sobre la cura.

La intervención enfermera no debe reducir estas barreras a una supuesta falta de interés. Se trabaja desde la validación de dificultades y la negociación de objetivos asumibles. A veces, lograr que la persona acepte una revisión periódica o identifique dos signos de alarma es un avance más útil que insistir en un plan de cuidados difícilmente sostenible.

Uso de recursos comunitarios y continuidad asistencial

Un componente esencial es informar sobre dónde acudir. La educación sanitaria debe incluir recursos concretos del territorio: puntos de cura, centros de salud, dispositivos móviles, servicios sociales, duchas, roperos, albergues o entidades donde pueda obtener apoyo material. La información ha de ser simple, preferiblemente escrita en formato breve y explicada verbalmente varias veces si es necesario.

La continuidad mejora cuando la persona identifica lugares accesibles, conoce horarios aproximados y percibe que será atendida sin trabas innecesarias. La enfermera puede facilitar esta vinculación mediante recordatorios, acompañamiento puntual, coordinación con otros profesionales o indicación de circuitos de acceso de baja exigencia. De nuevo, la dimensión educativa y la asistencial resultan inseparables.

Papel de Enfermería en la implementación

La Enfermería asume funciones de valoración, priorización, enseñanza práctica, seguimiento y coordinación. Su papel no consiste solo en impartir contenidos, sino en traducir la complejidad del cuidado de heridas a decisiones comprensibles y sostenibles. Esto requiere competencia clínica para detectar situaciones que desbordan el espacio educativo, habilidades comunicativas para generar confianza y capacidad para articular respuestas con la red comunitaria.

La entrevista breve, la demostración durante la cura, el refuerzo en contactos sucesivos y la documentación clara de las necesidades detectadas son herramientas especialmente valiosas. En personas con escasa adherencia previa, el vínculo terapéutico puede ser en sí mismo el principal facilitador del aprendizaje.

Evaluación del programa

La evaluación se plantea con criterios predominantemente cualitativos y centrados en la factibilidad. Puede valorarse la asistencia a sesiones, la participación espontánea, la comprensión de mensajes clave, la capacidad observada para realizar pasos básicos de cuidado, la identificación de signos de alarma y el uso posterior de recursos comunitarios. También resulta útil registrar si la persona mantiene algún grado de contacto con el dispositivo y si acepta revisiones cuando aparecen cambios en la herida.

La evaluación no debe interpretarse en términos de éxito o fracaso individual, ya que la discontinuidad forma parte de la realidad asistencial en este colectivo. Más bien, interesa identificar qué mensajes se retienen, qué barreras persisten y qué ajustes organizativos facilitan mayor accesibilidad. Desde una lógica de mejora continua, el programa debe revisarse según la experiencia del equipo y las necesidades detectadas en el territorio.

Discusión/Conclusiones

El cuidado de heridas en personas sin hogar exige superar un enfoque exclusivamente procedimental. Una técnica de cura correctamente indicada puede resultar insuficiente si no se acompaña de educación contextualizada, accesibilidad material y continuidad flexible. La principal aportación de un programa educativo enfermero reside en convertir el cuidado en una práctica posible dentro de condiciones de vida adversas, sin culpabilizar a la persona por no ajustarse a modelos convencionales de adherencia.

Desde la perspectiva comunitaria, la intervención educativa tiene valor clínico y relacional. Clínico, porque favorece la observación precoz de signos de empeoramiento, reduce manipulaciones inadecuadas y orienta sobre cuándo buscar ayuda. Relacional, porque el proceso de enseñanza puede convertirse en una puerta de entrada al sistema sanitario para personas con experiencias previas de exclusión, estigmatización o abandono del seguimiento. En este grupo, la confianza no es un elemento accesorio, sino una condición para que cualquier consejo de salud tenga recorrido.

La propuesta descrita también pone de relieve que la equidad en salud no se alcanza solo ofreciendo el mismo contenido educativo a toda la población. Requiere adaptar objetivos, lenguaje, materiales y circuitos de atención a contextos de vulnerabilidad intensa. En ocasiones, el criterio de calidad no será la exhaustividad del programa, sino su capacidad para sostener mensajes simples, repetibles y útiles. Esta lógica es especialmente pertinente cuando la prioridad clínica convive con urgencias sociales no resueltas.

Entre las barreras previsibles figuran la alta movilidad, la falta de espacios adecuados para la cura, la dificultad para conservar material, los trastornos de salud mental, el consumo problemático, la escasa alfabetización en salud y la fragmentación entre recursos. Ninguna de ellas invalida el programa, pero sí obliga a concebirlo como una intervención flexible, interprofesional y adaptada al territorio. Del mismo modo, sus resultados no deben juzgarse exclusivamente por variables biomédicas inmediatas, sino también por

la mejora del contacto asistencial y la detección más temprana de necesidades complejas.

La Enfermería puede liderar este tipo de iniciativas por su posición de proximidad, su capacidad educativa y su papel de enlace entre atención clínica y red comunitaria. Para ello, resulta conveniente disponer de espacios de coordinación con entidades sociales, circuitos de derivación claros y materiales docentes sencillos, además de tiempos asistenciales que permitan escuchar y negociar objetivos realistas. Sin estas condiciones, el contenido educativo corre el riesgo de quedar desconectado de las posibilidades reales de aplicación.

En suma, un programa educativo para el cuidado de heridas en personas sin hogar puede aportar utilidad asistencial cuando se orienta a la factibilidad, al reconocimiento de signos de alarma, al acceso a recursos y al fortalecimiento del vínculo terapéutico. Su mayor potencial no reside en estandarizar respuestas, sino en ofrecer cuidados comprensibles, dignos y sostenibles para una población en la que la continuidad sanitaria suele estar comprometida por determinantes sociales de gran peso.

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. Goto T, Wang C, Kwiat C, Nguyen C, Saligan LN. Community-Based Wound Care Programs for Unhoused Individuals.. *J Epidemiol Glob Health*. 2023;13(4):604-614. doi: <https://doi.org/10.1007/s44197-023-00157-6>
2. Babulal GM, Rani R, Adkins-Jackson P, Pearson AC, Williams MM. Associations between Homelessness and Alzheimer's Disease and Related Dementia: A Systematic Review.. *J Appl Gerontol*. 2022;41(11):2404-2413. doi: <https://doi.org/10.1177/07334648221109747>

3. Lawson LV, Bowie B, Neufeld M. Program evaluation of a recuperative care pilot project.. *Public Health Nurs.* 2021;38(1):93-97. doi: <https://doi.org/10.1111/phn.12834>
4. Kerman N, Kidd SA, Mutschler C, Sylvestre J, Henwood BF, Oudshoorn A, et al.. Managing high-risk behaviours and challenges to prevent housing loss in permanent supportive housing: a rapid review.. *Harm Reduct J.* 2023;20(1):140. doi: <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00873-z>
5. Qi D, Abri K, Mukherjee MR, Rosenwohl-Mack A, Khoeur L, Barnard L, et al.. Health Impact of Street Sweeps from the Perspective of Healthcare Providers.. *J Gen Intern Med.* 2022;37(14):3707-3714. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07471-y>
6. Testa A, Bluth E, Monroe L, Harris K, Abbott SB, Aitken ME, et al.. Protocol for the Houston Hospital-Based Violence Intervention Program.. *medRxiv.* 2025. doi: <https://doi.org/10.1101/2025.05.18.25327870>
7. Kerman N, de Pass T, Kidd SA, Mutschler C, Oudshoorn A, Sylvestre J, et al.. Programmatic and Organizational Barriers and Facilitators to Addressing High-Risk Issues in Supportive Housing and Housing First Programs.. *Community Ment Health J.* 2025;61(4):661-673. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01373-5>
8. Testa A, Bluth E, Monroe L, Harris K, Abbott SB, Aitken ME, et al.. Protocol for the Houston Hospital-based violence intervention program.. *PLoS One.* 2025;20(7):e0325569. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325569>
9. Wilson CR. Nurse-managed free clinic fosters care connection for homeless population.. *Rehabil Nurs.* 2009;34(3):105-9. doi: <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2009.tb00264.x>
10. Brocht C, Sheldon P, Synovec C. A clinical description of strategies to address traumatic brain injury experienced by homeless patients at Baltimore's medical respite program.. *Work.* 2020;65(2):311-320. doi: <https://doi.org/10.3233/WOR-203083>
11. Shin W, Dahchi M, Laird J, Lamano R, Sair KD, Emmott E, et al.. Drop-In Wound Care: Calgary's Wound Care Model Centred Around People Experiencing Homelessness.. *Int Wound J.* 2025;22(4):e70179. doi: <https://doi.org/10.1111/iwj.70179>
12. Benadda I, Lozano-Franco R, Coutu FA, Wells S, Ades M, Nauche B, et al.. A Preliminary Assessment of Barriers and Facilitators to Accessing Foot Care in Homeless Shelters: A Scoping Review.. *Ann Vasc Surg.* 2025;111:279-289. doi: <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2024.10.026>
13. Seto BK, Singh DS, Seto JC, Said HB, Liu NB, Omori J, et al.. Describing the Medical Needs of Hawai'i's Houseless Population During COVID at Free Student Run Outpatient Clinics (Hawai'i HOME Project).. *Hawaii J Health Soc Welf.* 2024;83(6):158-161. doi: <https://doi.org/10.62547/ZSAJ9907>
14. Kirkland-Kyhn H. The nurse practitioner role in treating the homeless and rough-sleeper population.. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2020;32(4):287-289. doi: <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000391>

ARTÍCULO 02

Valoración del punto de inserción de catéter y prevención de complicaciones locales

Assessment of the catheter insertion site and prevention of local complications

Cristina Moreno Vila · Daniel Ortega Medina · Patricia Serrano López

Incluido en la revista CADICE. Vol. I. N.º 8 - Agosto 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(8):222

Autor principal (primer firmante)

Cristina Moreno Vila

Fecha recepción

16/07/26

Fecha aceptación

08/08/26

Fecha de publicación

14/08/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 8:222

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Estomas quirúrgicos; Punto de inserción; Flebitis; Técnica aséptica; Proceso de Enfermería; Piel; Cicatrización de heridas; Apósitos; Cuidados de Enfermería; Catéter vascular

Resumen

Introducción: La vigilancia del punto de inserción de los catéteres vasculares constituye una actividad enfermera de alta relevancia por su relación con la integridad cutánea, la continuidad del tratamiento y la detección precoz de complicaciones locales. Alteraciones como eritema, dolor, exudado, edema, humedad del apósito o signos compatibles con flebitis pueden condicionar la retirada del dispositivo, el deterioro de la piel y un aumento de la complejidad asistencial.

Objetivos: Describir, a partir de una situación clínica de práctica asistencial, la valoración enfermera del punto de inserción de un catéter vascular, identificar problemas de cuidados asociados y exponer intervenciones orientadas a prevenir complicaciones locales mediante observación sistemática, técnica aséptica y educación al paciente.

Metodología: Se presenta una situación clínica del ámbito hospitalario estructurada mediante el proceso de Enfermería. El abordaje integra valoración inicial y evolutiva del acceso vascular, análisis de factores locales y conductuales, planificación de cuidados, ejecución de intervenciones y seguimiento de la respuesta clínica.

Resultados: La valoración permitió detectar signos inflamatorios locales y alteración de la adherencia del apósito en una paciente portadora de catéter venoso periférico. La actuación enfermera se centró en la reevaluación del dispositivo, el mantenimiento de la asepsia, la protección de la piel pericatóter, la observación de la permeabilidad, la reducción de manipulaciones innecesarias y la información a la paciente sobre síntomas de alarma. La evolución fue favorable tras la adecuación de los cuidados y la vigilancia estrecha del punto de inserción.

Discusión/Conclusiones: La prevención de complicaciones locales no depende solo del momento de inserción, sino también de una valoración enfermera continuada, contextualizada y sensible a cambios sutiles del punto de inserción y de la piel circundante. La combinación de observación clínica, técnica aséptica, manejo adecuado del apósito y participación del paciente puede contribuir a preservar el acceso vascular y a reducir eventos evitables.

Abstract

Introduction: Nursing surveillance of vascular catheter insertion sites is highly relevant because it is linked to skin integrity, treatment continuity and early identification of local complications. Findings such as erythema, pain, exudate, oedema, dressing moisture or signs consistent with phlebitis may lead to device removal, skin damage and increased care complexity.

Objectives: To describe, through a clinical nursing situation, the assessment of a vascular catheter insertion site, to identify care problems related to local complications, and to present nursing interventions aimed at prevention through systematic observation, aseptic technique and patient education.

Methodology: A hospital-based clinical situation is presented and organised according to the nursing process. The approach includes initial and ongoing assessment of vascular access, analysis of local and behavioural factors, care planning, implementation of interventions and follow-up of clinical response.

Results: Assessment identified local inflammatory signs and dressing adherence impairment in a patient with a peripheral venous catheter. Nursing care focused on device reassessment, maintenance of asepsis, protection of peri-catheter skin, observation of patency, reduction of unnecessary manipulation and patient information about warning signs. Clinical evolution was favourable after adjustment of care and close monitoring of the insertion site.

Discussion/Conclusions: Prevention of local complications depends not only on insertion practice but also on continuous nursing assessment, adapted to the clinical context and attentive to subtle changes in the insertion site and surrounding skin. The combination of clinical observation, aseptic technique, appropriate dressing management and patient participation may help preserve vascular access and reduce preventable adverse events.

Keywords: Surgical Stomas; Catheterization; Phlebitis; Aseptic Technique; Nursing Process; Skin; Wound Healing; Bandages; Nursing Care; Vascular Access Devices

Introducción

El mantenimiento de un catéter vascular exige una vigilancia continuada que va más allá de comprobar su permeabilidad o su utilidad terapéutica. El punto de inserción constituye un área vulnerable donde confluyen factores mecánicos, químicos, cutáneos y microbiológicos. La fijación del dispositivo, la humedad, la movilidad, el tipo de piel, la calidad del apósito, la frecuencia de manipulación y la tolerancia del paciente pueden modificar la evolución local en pocas horas. Por ello, la observación enfermera sistemática del acceso vascular ocupa un lugar central en la prevención de complicaciones y en la toma de decisiones sobre conservación, sustitución o retirada del catéter.

Entre las complicaciones locales de mayor interés asistencial se encuentran la flebitis, la irritación cutánea, la maceración, la extravasación, la induración, el sangrado persistente, el desprendimiento parcial del apósito y la colonización del punto de inserción. Aunque no todas estas alteraciones evolucionan hacia una infección o un daño relevante, sí pueden comprometer la seguridad del paciente, generar dolor, interrumpir tratamientos intravenosos y dificultar la continuidad de cuidados. En la práctica clínica, los hallazgos iniciales suelen ser discretos; de ahí la importancia de una valoración detallada, repetida e integrada en la rutina asistencial.

El papel de Enfermería resulta especialmente determinante porque es la disciplina que realiza la mayor parte de las manipulaciones del acceso vascular y la que mantiene un contacto más frecuente con la persona portadora del dispositivo. Esta proximidad permite detectar cambios sutiles en el estado de la piel, en la tolerancia al apósito, en la sintomatología referida o en la estabilidad de la fijación. También posibilita intervenir precozmente mediante medidas conservadoras, reevaluar la necesidad de permanencia del catéter y reforzar la participación del paciente en la observación de signos de alarma.

El proceso de Enfermería ofrece un marco operativo para estructurar esta vigilancia. La valoración inicial y evolutiva, la identificación de problemas de cuidados, la planificación individualizada, la ejecución segura de

intervenciones y la evaluación de resultados permiten abordar el punto de inserción como un componente dinámico del cuidado vascular. El interés de este enfoque radica en que no se limita al control del dispositivo, sino que incorpora la integridad cutánea, el confort, la educación sanitaria y la seguridad clínica.

Se desarrolla a continuación una situación clínica centrada en la valoración del punto de inserción de un catéter venoso periférico en una paciente hospitalizada, con especial atención a la prevención de complicaciones locales y a la toma de decisiones enfermeras derivadas de la observación continuada.

Objetivos

Describir la valoración enfermera del punto de inserción de un catéter vascular en una situación clínica hospitalaria y analizar las intervenciones orientadas a prevenir complicaciones locales.

Objetivos específicos

- Identificar hallazgos locales relevantes durante la vigilancia del acceso vascular, incluyendo cambios en la piel, en el confort y en la estabilidad del dispositivo.
- Relacionar los signos observados con posibles problemas de cuidados, especialmente los vinculados a flebitis, lesión cutánea pericatóter y alteración del apósito.
- Exponer medidas enfermeras de prevención basadas en observación sistemática, técnica aséptica, minimización de manipulaciones innecesarias y protección de la piel.
- Mostrar la utilidad de la educación al paciente para favorecer la detección precoz de incidencias y la notificación oportuna de síntomas locales.
- Valorar la evolución clínica tras la aplicación de cuidados dirigidos al punto de inserción.

Metodología

Se expone una situación clínica del ámbito hospitalario estructurada mediante el proceso de Enfermería. La paciente, identificada con las iniciales M.R., es una mujer de edad avanzada ingresada por un cuadro médico que requiere tratamiento intravenoso y control clínico continuado. Durante su estancia se canaliza un catéter venoso periférico en extremidad superior para administración de fluidoterapia y medicación prescrita. El análisis se centra en la evolución del punto de inserción durante los cuidados habituales de hospitalización.

La valoración enfermera se organiza a partir de la observación directa del acceso vascular y del entorno cutáneo, la entrevista clínica breve y la revisión de las necesidades de tratamiento. Se consideran, entre otros, el aspecto de la piel, la presencia de dolor espontáneo o a la palpación, la temperatura local, la existencia de edema, exudado, endurecimiento, sangrado, prurito, humedad del apósito, estabilidad de la fijación y confort referido por la paciente. Asimismo, se valora la frecuencia de uso del catéter, el grado de movilidad del miembro y la capacidad de la persona para comunicar cambios o molestias.

El abordaje incluye la identificación de problemas de cuidados relacionados con la integridad cutánea, el riesgo de complicaciones del acceso vascular y la necesidad de educación sanitaria. La planificación se orienta a preservar la funcionalidad del catéter cuando ello resulta clínicamente razonable, reducir el daño local y establecer criterios de reevaluación continua para decidir la permanencia o retirada del dispositivo en función de su evolución.

La intervención enfermera se lleva a cabo mediante cuidados de mantenimiento del acceso, técnica aséptica en las manipulaciones, revisión del apósito, vigilancia de signos locales y comunicación con el equipo asistencial cuando aparecen hallazgos que pueden comprometer la seguridad del dispositivo. El seguimiento se basa en la evolución clínica del punto de inserción y en la respuesta de la paciente a las medidas instauradas.

Resultados

Presentación de la situación clínica

M.R. permanecía ingresada en una unidad de hospitalización médica y conservaba una situación hemodinámica estable. Portaba un catéter venoso periférico en el antebrazo no dominante, funcional en las horas previas y utilizado para administración de tratamiento intravenoso. Durante una ronda de cuidados, la paciente refirió escozor intermitente alrededor del punto de inserción y sensación de tirantez al movilizar el brazo. No asociaba dolor intenso, pero sí manifestó incomodidad creciente desde el turno anterior.

En la inspección inicial se observó apósito parcialmente despegado en uno de sus bordes, con pérdida de oclusión en la zona lateral y discreta humedad en el área adyacente al punto de inserción. La piel circundante presentaba eritema leve y sensibilidad aumentada a la palpación superficial. No se apreciaban signos francos de sangrado activo ni exudado purulento. La perfusión distal era adecuada y la paciente conservaba movilidad del miembro, aunque limitaba voluntariamente algunos movimientos por temor a que el catéter se desplazara.

La localización del dispositivo en un segmento sometido a movilidad habitual, unida a la alteración del apósito y a la sintomatología referida, orientó la valoración hacia una complicación local incipiente. Además, la paciente presentaba piel frágil y antecedente de mala tolerancia a adhesivos, circunstancia que aumentaba la posibilidad de irritación cutánea pericatóter. La necesidad de mantener una vía venosa funcional hacía necesario ponderar el beneficio del catéter frente al riesgo de progresión de la lesión local.

Valoración enfermera focalizada

La valoración no se limitó al aspecto visible del punto de inserción. Se revisó la trazabilidad de las manipulaciones recientes, la compatibilidad del apósito con el estado de la piel, la estabilidad de la fijación y la relación entre la clínica referida y la administración de fármacos. La paciente indicó que la molestia aumentaba con determinados movimientos y durante algunos lavados de la vía, sin que existiera dolor mantenido en reposo. Este dato sugirió la necesidad de reevaluar tanto la posición del catéter como la tolerancia local a la fijación y a las manipulaciones.

Se examinó el contorno del acceso vascular buscando induración, cordón venoso palpable, incremento térmico y extensión del eritema. Los hallazgos se mantuvieron localizados, sin progresión inmediata ni datos evidentes de extravasación. No obstante, la combinación de dolor leve, eritema y alteración del apósito justificó una vigilancia reforzada y una intervención precoz para evitar el empeoramiento del cuadro. La permeabilidad del catéter se valoró con prudencia, evitando maniobras repetidas e innecesarias que pudieran aumentar la irritación local.

Desde la perspectiva del cuidado, se identificaron como problemas principales el riesgo de deterioro de la integridad cutánea asociado al dispositivo y la presencia de signos compatibles con irritación local o flebitis en fase inicial. También se consideró la ansiedad situacional de la paciente ante la posibilidad de perder el acceso venoso, dado que expresaba preocupación por nuevas punciones.

Planificación de cuidados

La planificación se centró en cuatro líneas de actuación. En primer lugar, reevaluar la idoneidad de mantener el catéter en esa localización, atendiendo a la evolución del punto de inserción y a la necesidad terapéutica. En segundo lugar, restablecer condiciones adecuadas de protección cutánea y fijación del dispositivo con material limpio, seco y bien adherido, evitando tensión sobre la piel. En tercer lugar, intensificar la observación de signos locales para detectar cambios que obligaran a retirada o recanalización. Por último, informar a la paciente sobre los síntomas que debía comunicar sin demora: aumento del dolor, calor local, edema, endurecimiento, salida de secreción o desplazamiento del catéter.

Se acordó además reducir al mínimo las manipulaciones no imprescindibles, mantener una técnica aséptica rigurosa en cada acceso y coordinar la administración del tratamiento para evitar aperturas repetidas del sistema. La planificación contempló la necesidad de documentar con claridad la evolución local y de comunicar al equipo cualquier cambio significativo.

Intervenciones enfermeras

La primera actuación consistió en retirar el apósito alterado utilizando una técnica cuidadosa para no producir despegamiento epidérmico, dada la fragilidad cutánea observada. Tras la retirada, se realizó una nueva inspección completa del punto de inserción. La piel mostró enrojecimiento localizado sin supuración visible y sin lesión abierta. Se procedió a la higiene del área conforme a técnica aséptica y se permitió el secado adecuado antes de colocar una nueva fijación, procurando que el apósito quedara íntegro, visible para la inspección y sin ejercer tracción sobre el catéter.

Se revisó la estabilidad del dispositivo y se reorganizó el sistema de tubuladuras para disminuir tirones accidentales durante la movilización. También se adaptó la posición del miembro para favorecer el confort y reducir microtraumatismos en la zona. En los accesos posteriores para administración intravenosa se extremaron las precauciones de asepsia, se evitó la

manipulación redundante y se verificó la tolerancia local durante y después del uso.

La educación a la paciente formó parte de la intervención desde el primer momento. Se le explicó, con lenguaje comprensible, qué signos debían hacer sospechar empeoramiento local y por qué convenía avisar incluso ante molestias leves si eran persistentes. Se reforzó la recomendación de no manipular el apósito, evitar flexiones bruscas del área de inserción y comunicar sensación de quemazón, humedad o tirantez. Esta información contribuyó a que la paciente participara de forma activa en la vigilancia del acceso sin aumentar su ansiedad.

Durante los turnos siguientes se programaron reevaluaciones frecuentes del punto de inserción. En cada una se observó coloración, integridad del apósito, presencia o ausencia de edema, dolor referido y comportamiento del catéter durante su utilización. La documentación enfermera se orientó a describir hallazgos concretos y cambios evolutivos, facilitando la continuidad del criterio clínico entre profesionales.

Evolución

En la revisión posterior, la paciente refirió menor escozor y mejor tolerancia a los movimientos cotidianos del brazo. El apósito permanecía seco y adherido, sin nuevas áreas de despegamiento. El eritema seguía siendo leve, sin expansión apreciable, y no aparecieron signos de exudado ni aumento del edema. La percepción subjetiva de confort mejoró tras la reorganización del sistema de fijación y la reducción de tracción sobre el dispositivo.

La reevaluación continuada permitió mantener el catéter durante el tiempo estrictamente necesario, con vigilancia estrecha de su funcionalidad y del estado de la piel. Ante la estabilización local y la ausencia de empeoramiento, se consideró razonable conservar el acceso mientras persistía la indicación terapéutica, manteniendo criterios claros de retirada si aparecían signos de progresión inflamatoria, pérdida de permeabilidad o deterioro cutáneo.

Finalmente, una vez reducida la necesidad de tratamiento intravenoso, se retiró el catéter sin incidencias y se continuó observando la zona hasta

comprobar la resolución progresiva de la irritación local. La evolución global puso de manifiesto que la detección precoz de cambios discretos en el punto de inserción permitió intervenir antes de que se estableciera una complicación más evidente.

Aspectos clave para la práctica enfermera

La situación descrita ilustra varios elementos aplicables a la práctica clínica cotidiana. El primero es que la alteración del apósito no debe interpretarse solo como un problema material; con frecuencia constituye una señal de riesgo para la integridad cutánea, la estabilidad del dispositivo y la contaminación externa. El segundo es que el dolor leve o el escozor referidos por el paciente merecen exploración, aunque la apariencia inicial del punto de inserción no sea alarmante. El tercero es que la tolerancia cutánea a adhesivos y fijaciones condiciona la estrategia de cuidado, especialmente en personas mayores o con piel frágil.

También se confirma la utilidad de integrar en la valoración no solo los signos físicos, sino la experiencia subjetiva del paciente y los factores mecánicos del entorno del catéter. Una vía aparentemente permeable puede coexistir con un punto de inserción vulnerable. Del mismo modo, un acceso bien colocado puede complicarse si la fijación es inestable, si hay humedad mantenida o si se producen manipulaciones repetidas sin necesidad clínica clara.

La prevención de complicaciones locales requiere, por tanto, una mirada enfermera continuada, sensible al detalle y apoyada en una documentación precisa. La intervención temprana, incluso ante hallazgos discretos, puede favorecer la conservación segura del acceso o facilitar una retirada oportuna antes de que aparezcan lesiones mayores.

Discusión/Conclusiones

La vigilancia del punto de inserción de un catéter vascular representa una actividad de cuidado compleja, aunque a menudo se integre en gestos aparentemente rutinarios. La situación analizada muestra que las complicaciones locales suelen anunciarse mediante signos leves: molestias inespecíficas, bordes del apósito despegados, humedad localizada, eritema discreto o cambios en la forma en que el paciente moviliza el miembro. Cuando estos hallazgos se exploran de forma sistemática, la respuesta enfermera puede adelantarse a la progresión del daño.

Uno de los aspectos más relevantes es la necesidad de interpretar el punto de inserción dentro de un contexto clínico más amplio. La valoración no debe reducirse a decidir si existe o no infección. También debe considerar la calidad de la fijación, la tolerancia cutánea, la indicación actual del catéter, la frecuencia de uso, el tipo de perfusión y la capacidad del paciente para colaborar en la vigilancia. Esta visión global favorece decisiones más ajustadas que la simple permanencia automática del dispositivo mientras mantenga permeabilidad.

La técnica aséptica sigue siendo un componente esencial, pero no agota por sí sola la prevención. El cuidado eficaz incluye manipulación prudente, minimización de accesos innecesarios, elección y mantenimiento adecuados del apósito, inspección repetida de la piel pericatóter y reevaluación periódica de la necesidad real del dispositivo. Asimismo, la información al paciente no debe entenderse como un añadido accesorio, sino como un recurso clínico para la detección precoz de síntomas y la mejora de la adherencia a medidas protectoras.

En personas con piel frágil, movilidad reducida o temor a nuevas punciones, la decisión entre mantener y retirar el catéter puede requerir una ponderación especialmente cuidadosa. Conservar un acceso con signos locales incipientes puede ser razonable en determinadas circunstancias si la vigilancia es estrecha y la evolución es favorable, pero esta decisión exige criterios clínicos claros y disponibilidad para modificar la conducta ante cualquier empeoramiento. Del mismo modo, la

retirada precoz puede ser la opción más segura cuando los signos locales progresan o cuando la necesidad terapéutica ha disminuido.

La práctica enfermera se beneficia de registros descriptivos y consistentes que permitan seguir la evolución del punto de inserción entre turnos. Expresiones concretas sobre coloración, dolor, edema, humedad, estado del apósito y tolerancia al uso del catéter facilitan la continuidad asistencial y la toma de decisiones compartidas. La observación aislada pierde valor si no se integra en una secuencia evolutiva reconocible.

En síntesis, la prevención de complicaciones locales asociadas al catéter se apoya en una combinación de valoración clínica minuciosa, cuidado de la piel, técnica aséptica, fijación adecuada, reducción de manipulaciones y educación del paciente. El punto de inserción debe considerarse un indicador dinámico de seguridad y no un elemento accesorio del acceso vascular. La aportación enfermera resulta decisiva para detectar cambios tempranos, individualizar la respuesta y preservar, siempre que sea posible, tanto la integridad cutánea como la continuidad terapéutica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses relacionados con la elaboración y publicación de este artículo.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación externa ni apoyo económico específico para su realización.

Bibliografía

1. Yerke JR, Mireles-Cabodevila E, Chen AY, Bass SN, Reddy AJ, Bauer SR, et al.. Peripheral Administration of Norepinephrine: A Prospective Observational Study.. *Chest*. 2024;165(2):348-355. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2023.08.019>
2. Lin FF, Murphy N, Martinez A, Marshall A. An audit of central venous catheter insertion and management practices in an Australian tertiary intensive care unit: A quality improvement project.. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;70:103217. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103217>
3. Lara MO, Lucas TC, Kalapothakis E, Thomasini RL, Machado CJ. Molecular tracking of pathogens in central venous catheter.. *J Vasc Access*. 2021;22(2):209-217. doi: <https://doi.org/10.1177/1129729820934354>
4. Carson SM. Chlorhexidine versus povidone-iodine for central venous catheter site care in children.. *J Pediatr Nurs*. 2004;19(1):74-80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2003.09.007>
5. Powell SM, Faust AC, George S, Townsend R, Eubank D, Kim R. Effect of Peripherally Infused Norepinephrine on Reducing Central Venous Catheter Utilization.. *J Infus Nurs*. 2023;46(4):210-216. doi: <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000508>
6. Chen X, Zhou L, Tan Y, Tao Z. Selection of PICC catheter location in neonates via evidence-based ACE Star model.. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2020;45(9):1082-1088. doi: <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2020.190613>
7. Hina HR, McDowell JRS. Minimising central line-associated bloodstream infection rate in inserting central venous catheters in the adult intensive care units.. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):3962-3973. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13824>
8. de Campos Pereira Silveira RC, Dos Reis PED, Ferreira EB, Braga FTMM, Galvão CM, Clark AM. Dressings for the central venous catheter to prevent infection in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a systematic review and meta-analysis.. *Support Care Cancer*. 2020;28(2):425-438. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05065-9>

ARTÍCULO 03

Programa formativo para familiares sobre detección de signos de sepsis y consulta precoz

Training program for families on detection of sepsis signs and early consultation

Jorge Navarro Medina · Elena Vargas Prieto · Rocío Sánchez Gil · Pablo Ibáñez Cortés

Incluido en la revista CADICE. Vol. I. N.º 8 - Agosto 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(8):223

Autor principal (primer firmante)

Jorge Navarro Medina

Fecha recepción

10/07/26

Fecha aceptación

10/08/26

Fecha de publicación

14/08/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 8:223

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Enfermería de urgencias; Triage; Sepsis; Signos vitales; Educación del paciente; Fiebre; Atención inicial; Educación familiar; Educación para la salud; Servicio de urgencias

Resumen

Introducción: La sepsis constituye una situación clínica de elevada complejidad en la que el reconocimiento temprano de signos de deterioro puede favorecer una valoración asistencial más oportuna. En muchos episodios, los primeros cambios son observados por familiares o personas cuidadoras, especialmente en pacientes vulnerables, personas mayores o pacientes con procesos infecciosos recientes. La educación sanitaria orientada a este entorno próximo puede reforzar la detección de señales de alarma y mejorar la toma de decisiones sobre cuándo consultar.

Objetivos: Diseñar un programa formativo liderado por Enfermería dirigido a familiares para mejorar la identificación de signos compatibles con sepsis, promover la consulta precoz ante sospecha de empeoramiento infeccioso y favorecer una comunicación más eficaz con los servicios sanitarios.

Metodología: Se plantea una intervención educativa estructurada en sesiones breves, aplicable en el ámbito hospitalario o ambulatorio, dirigida a familiares de pacientes con riesgo de infección o con procesos infecciosos en seguimiento. El programa combina educación verbal, material escrito de apoyo, refuerzo de signos de alarma, entrenamiento en observación básica de cambios clínicos y evaluación del aprendizaje mediante preguntas de comprobación y escenarios prácticos.

Resultados: El programa organiza contenidos sobre concepto general de sepsis, reconocimiento de cambios en el estado general, alteraciones de temperatura, respiración, frecuencia cardíaca, nivel de conciencia, perfusión periférica, diuresis y tolerancia oral, así como pautas de consulta precoz y transmisión estructurada de información al servicio sanitario. Se describen el papel de Enfermería, los recursos docentes, la secuencia de implantación y los criterios de evaluación educativa y de continuidad.

Discusión/Conclusiones: La formación a familiares no sustituye la valoración clínica, pero puede contribuir a reducir demoras en la búsqueda de atención y a mejorar la seguridad del paciente. Su utilidad depende de la adaptación al nivel de alfabetización en salud, la carga emocional del entorno familiar y la coordinación entre niveles asistenciales. Enfermería ocupa una posición adecuada para integrar este abordaje dentro de la educación al alta, la atención urgente y el seguimiento de pacientes con riesgo de deterioro infeccioso.

Abstract

Introduction: Sepsis is a complex clinical condition in which early recognition of deterioration may support timely assessment and care. In many cases, the first changes are noticed by relatives or informal caregivers, particularly in vulnerable patients, older adults, or individuals with recent infection. Health education addressed to the family environment may strengthen the recognition of warning signs and improve decisions about when to seek care.

Objectives: To design a nurse-led educational programme for relatives aimed at improving recognition of signs compatible with sepsis, encouraging early consultation when infection worsens, and supporting more effective communication with healthcare services.

Methodology: A structured educational intervention is proposed, based on brief sessions applicable in hospital or outpatient settings, aimed at relatives of patients at risk of infection or under follow-up for infectious processes. The programme combines verbal education, written support material, warning sign reinforcement, training in basic observation of clinical changes, and learning assessment through checking questions and practical scenarios.

Results: The programme includes contents on the general concept of sepsis, recognition of changes in overall condition, temperature, breathing, heart rate, level of consciousness, peripheral perfusion, urine output, and oral intake, together with guidance on early consultation and structured communication with healthcare services. The article describes the nursing role, educational resources, implementation sequence, and criteria for learning evaluation and continuity.

Discussion/Conclusions: Family education does not replace clinical assessment, but it may help reduce delays in seeking care and improve patient safety. Its usefulness depends on adaptation to health literacy, emotional burden within the family, and coordination between healthcare levels. Nursing is well positioned to integrate this approach into discharge education, urgent care, and follow-up of patients at risk of infectious deterioration.

Keywords: Emergency Nursing; Triage; Sepsis; Vital Signs; Patient Education; Fever; Initial Care; Family Education; Health Education; Emergency Service, Hospital

Introducción

La sepsis representa una respuesta clínica potencialmente grave asociada a infección y a disfunción orgánica, cuya evolución puede ser rápida y heterogénea. En la práctica asistencial, uno de los principales desafíos no reside solo en su tratamiento, sino en su sospecha temprana. Antes del contacto con los servicios sanitarios, los cambios iniciales suelen manifestarse en el domicilio o en el entorno comunitario mediante signos poco específicos: fiebre o hipotermia, decaimiento llamativo, respiración más rápida de lo habitual, somnolencia, confusión, palidez, frialdad cutánea o disminución de la diuresis. Estos signos pueden pasar inadvertidos o interpretarse como parte del proceso infeccioso sin reconocer su posible significado de empeoramiento.

En este escenario, los familiares ocupan una posición singular. Son quienes observan la evolución entre consultas, comparan el estado basal con la situación actual y detectan variaciones funcionales difíciles de objetivar en un contacto clínico aislado. Esta proximidad convierte a la familia en un agente relevante para la seguridad del paciente, siempre que disponga de información comprensible, realista y operativa. La educación sanitaria dirigida a familiares no pretende delegar decisiones clínicas complejas, sino facilitar la identificación de señales de alarma y promover una consulta temprana cuando la evolución no es la esperada.

El papel de Enfermería en urgencias, hospitalización, consultas y continuidad asistencial resulta especialmente adecuado para este tipo de intervención. La profesión enfermera integra valoración clínica, comunicación terapéutica, educación para la salud y coordinación con el resto del equipo. Además, durante la atención a procesos infecciosos o en el momento del alta, Enfermería dispone de oportunidades concretas para explorar conocimientos previos, identificar necesidades educativas y adaptar los mensajes a la capacidad de comprensión del entorno familiar.

La utilidad de un programa formativo de estas características depende menos de la acumulación de información y más de su traducción en conductas observacionales sencillas. No todos los familiares necesitan manejar terminología técnica, pero sí reconocer que determinados cambios deben motivar contacto con un recurso sanitario. Del mismo modo, una familia informada puede ofrecer durante el triaje o la consulta una descripción más ordenada de la evolución, de los síntomas y de los cambios recientes en signos vitales observables, lo que puede favorecer la priorización asistencial.

Desde una perspectiva de cuidados, la educación sobre sospecha de sepsis se vincula con la prevención de complicaciones, la continuidad asistencial y la participación segura de la familia. El diseño del programa debe evitar mensajes alarmistas, no convertir al familiar en evaluador clínico y mantener siempre la idea de que la valoración diagnóstica corresponde al profesional sanitario. La intervención educativa resulta más útil cuando se orienta a preguntas concretas: qué cambios pueden observarse, cuándo debe consultarse, cómo describirlos y qué medidas de seguridad deben mantenerse mientras se solicita ayuda.

Objetivos

El objetivo general del programa es desarrollar una intervención educativa de Enfermería dirigida a familiares y personas cuidadoras para mejorar el reconocimiento temprano de signos de posible sepsis y favorecer la consulta precoz ante sospecha de empeoramiento infeccioso.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes:

- Incrementar la comprensión básica del proceso infeccioso complicado y de la relevancia clínica de ciertos cambios en el estado general.
- Capacitar a familiares para identificar signos de alarma observables en domicilio o en ámbitos no hospitalarios, sin sustituir la valoración profesional.
- Mejorar la capacidad de describir de forma clara la evolución del paciente al contactar con servicios de urgencias, atención primaria o dispositivos de emergencia.
- Favorecer la toma de decisiones prudente sobre la necesidad de consulta precoz cuando existan cambios bruscos o progresivos compatibles con deterioro.
- Reducir errores frecuentes de interpretación, como atribuir somnolencia, confusión, respiración rápida o disminución de la diuresis a un cuadro banal sin nueva valoración.
- Integrar la educación familiar dentro del plan de cuidados enfermeros en pacientes con infección, riesgo de infección o vulnerabilidad clínica.
- Establecer un sistema sencillo de evaluación del aprendizaje y refuerzo posterior para favorecer retención de contenidos y adherencia a las recomendaciones educativas.

Metodología

Se propone un programa formativo estructurado, de carácter educativo y aplicabilidad flexible, diseñado para ser implementado por profesionales de Enfermería en áreas de urgencias, observación, hospitalización, consultas de seguimiento, atención domiciliaria o en el proceso de alta de pacientes con infección o riesgo aumentado de complicación.

La población diana incluye familiares principales, personas cuidadoras no profesionales y convivientes de pacientes que, por su situación clínica, puedan presentar infecciones con riesgo de deterioro. Entre ellos pueden encontrarse personas mayores, pacientes con enfermedades crónicas complejas, inmunosupresión, dependencia funcional, antecedentes recientes de infección o dificultad para expresar síntomas. La inclusión en el programa debe individualizarse según el contexto asistencial, la disponibilidad del familiar y la oportunidad clínica.

La intervención se organiza en tres momentos docentes. El primero corresponde a una valoración educativa inicial, en la que Enfermería explora conocimientos previos, experiencias con infecciones anteriores, temores, barreras de comprensión y capacidad de observación en el domicilio. Este paso permite ajustar el lenguaje, evitar sobrecarga informativa y seleccionar los mensajes prioritarios. El segundo momento es la formación propiamente dicha, desarrollada mediante una o varias sesiones breves, con apoyo

verbal y visual. El tercero consiste en una verificación del aprendizaje y un plan de refuerzo, especialmente útil cuando el paciente continúa seguimiento ambulatorio o recibe alta hospitalaria.

El programa se fundamenta en principios de educación para la salud orientados a población adulta: lenguaje claro, mensajes concretos, repetición de ideas clave, uso de ejemplos clínicos cotidianos y comprobación de comprensión mediante retroalimentación. Resulta recomendable emplear materiales escritos con frases breves, iconografía sencilla y organización por signos de alarma y actuación recomendada. Cuando exista barrera idiomática o limitación sensorial, la intervención debe adaptarse con apoyo visual adicional, participación de otro familiar o recursos de mediación disponibles en el centro.

La planificación propuesta contempla entre 20 y 40 minutos de educación acumulada, distribuidos en una o dos sesiones según el estado emocional del familiar y la complejidad del caso. No se plantea como una enseñanza teórica exhaustiva sobre fisiopatología, sino como un entrenamiento para reconocer cambios relevantes. Los contenidos deben priorizar la observación clínica sencilla: aspecto general, temperatura, respiración, frecuencia cardíaca percibida o registrada si el paciente dispone de dispositivo, nivel de alerta, coloración cutánea, diuresis y tolerancia a líquidos y alimentos.

Los recursos docentes pueden incluir una hoja-resumen de signos de alarma, una secuencia de preguntas guía para el domicilio y una pauta de comunicación estructurada al contactar con el sistema sanitario. También puede incorporarse una breve demostración sobre cómo medir temperatura o cómo registrar la hora de inicio de un cambio clínico, siempre que ello sea pertinente y factible. La participación activa del familiar es preferible a la exposición unidireccional; por ello, se recomienda pedir que explique con sus palabras qué cambios vigilaría y qué haría si aparecieran.

La evaluación del aprendizaje se realiza con preguntas de retorno, resolución de situaciones breves y comprobación práctica de la capacidad de identificar al menos los principales signos de alarma. En aquellos casos en que el riesgo de deterioro sea persistente, puede añadirse refuerzo

telefónico, revisión en consulta o reiteración durante contactos sucesivos. El criterio de calidad educativa no es la memorización de términos, sino la capacidad de reconocer empeoramiento y consultar sin demora indebida.

Resultados

El programa formativo queda estructurado en cinco bloques de contenido y en una secuencia asistencial que facilita su incorporación a la práctica enfermera habitual.

Contenidos esenciales del programa

El primer bloque aborda una explicación breve y comprensible de qué puede representar una infección que se complica. No se pretende que la familia maneje definiciones técnicas, sino que comprenda que algunas infecciones pueden empeorar con rapidez y afectar al estado general del paciente. Se insiste en que la observación de cambios clínicos tiene valor cuando se compara con la situación habitual de esa persona.

El segundo bloque se centra en los signos de alarma. Se presentan como cambios observables que justifican contacto con un profesional sanitario: fiebre persistente o temperatura anormal acompañada de mal estado general, escalofríos intensos, respiración acelerada o sensación de falta de aire, latido muy rápido, somnolencia inusual, confusión, respuesta más lenta, debilidad marcada, piel fría, moteada o pálida, sensación de empeoramiento rápido, menor cantidad de orina o dificultad para mantener la hidratación. El mensaje educativo no se formula como lista aislada, sino vinculado a ejemplos cotidianos para favorecer comprensión.

El tercer bloque explica cuándo consultar. Se trabaja la idea de consulta precoz ante combinación de infección conocida o sospechada y deterioro clínico. Se diferencia entre una duda menor susceptible de consulta programada y una situación con signos de alarma que requiere valoración urgente. También se refuerza que la percepción familiar de que “algo no va como otras veces” puede ser un dato clínicamente relevante cuando el paciente presenta cambios notorios respecto a su basal.

El cuarto bloque se dedica a la comunicación con el sistema sanitario. Enfermería enseña a describir de forma ordenada qué ocurre, desde cuándo, qué cambios se han observado, si existe infección diagnosticada o tratamiento reciente, si ha habido fiebre, alteraciones del estado mental, reducción de la diuresis, empeoramiento de la respiración o incapacidad para ingerir líquidos. Esta estructuración puede facilitar la transmisión de información útil en triaje y reducir mensajes imprecisos.

El quinto bloque recoge medidas generales de seguridad mientras se busca ayuda: no retrasar la consulta por esperar una mejoría espontánea cuando el deterioro es evidente, no suspender ni iniciar tratamientos por cuenta propia sin indicación profesional, conservar información relevante del paciente y mantener supervisión cercana si existe alteración del nivel de conciencia o debilidad intensa. Estas indicaciones se expresan de manera general y deben adaptarse a las instrucciones clínicas específicas ya prescritas.

Secuencia de implementación enfermera

La aplicación práctica del programa puede iniciarse en el momento en que se identifica un paciente con infección o con riesgo de evolución desfavorable. Tras la valoración inicial del familiar, Enfermería prioriza entre tres y cinco ideas clave para ese caso. En un paciente mayor con infección respiratoria, por ejemplo, puede resultar más útil insistir en respiración, nivel de alerta, hidratación y diuresis. En un paciente con infección urinaria y deterioro funcional, quizá se prioricen confusión, fiebre, ingesta y eliminación.

Durante la sesión, la enfermera utiliza preguntas abiertas: qué cambios le preocuparían, cómo suele comportarse el paciente cuando está bien, qué haría si observa somnolencia llamativa o respiración rápida. Esta técnica permite detectar lagunas y corregir interpretaciones erróneas. La enseñanza se completa con material de apoyo y con una comprobación final mediante método de retorno, solicitando al familiar que resuma qué signos vigilará y a qué recurso acudiría.

Cuando el programa se inserta en el alta, conviene documentar en el plan de cuidados que se ha realizado educación a familiar principal, los

contenidos tratados y la respuesta observada. Si existe continuidad con atención primaria o seguimiento domiciliario, esta información puede facilitar el refuerzo posterior.

Papel de Enfermería

La aportación enfermera no se limita a transmitir información. Incluye seleccionar a la persona cuidadora más implicada, valorar capacidad de aprendizaje, priorizar contenidos según riesgo clínico y adaptar el discurso a las circunstancias emocionales del momento. En situaciones de urgencias o alta tras un episodio infeccioso, la ansiedad puede reducir la retención de información; por ello, la enseñanza debe ser breve, concreta y reiterada en los mensajes fundamentales.

Enfermería también actúa como nexo entre observación familiar y circuitos asistenciales. La calidad de la educación influye en que la familia consulte de forma más fundamentada, describa mejor el deterioro y comprenda que la sospecha de sepsis requiere valoración profesional. Además, este enfoque fortalece la alianza terapéutica y la participación de la familia en la vigilancia compartida del paciente vulnerable.

Evaluación del aprendizaje y continuidad

La evaluación puede realizarse mediante indicadores cualitativos sencillos: capacidad del familiar para nombrar signos de alarma prioritarios, reconocimiento de cuándo debe buscar asistencia, habilidad para transmitir información relevante y comprensión de que la educación no sustituye la valoración clínica. Resulta útil registrar si el aprendizaje ha sido completo, parcial o si precisa nuevo refuerzo.

En entornos con seguimiento continuado, puede valorarse además la adherencia al programa mediante revisión posterior: si el material ha sido conservado, si el familiar recuerda los mensajes clave o si ha requerido aclaraciones posteriores. No se trata de medir rendimiento académico, sino de confirmar que la familia dispone de herramientas básicas para actuar de manera prudente. El refuerzo puede ser especialmente necesario en personas con baja alfabetización en salud, sobrecarga del cuidador o barreras idiomáticas.

Barreras previsibles y ajustes del programa

Entre las barreras más frecuentes se encuentran la tendencia a asociar fiebre con un proceso banal, la normalización del deterioro en pacientes frágiles, la dificultad para valorar cambios respecto al estado basal, la sobreinformación en el alta y el miedo a consultar por considerar que se exagera. También pueden aparecer limitaciones materiales, como ausencia de termómetro o dificultad para monitorizar ingesta y diuresis en domicilio.

Para mejorar la aplicabilidad, el programa debe centrarse en observaciones posibles sin tecnología avanzada. No es imprescindible disponer de dispositivos de medición para reconocer que una persona respira peor, está inusualmente somnolienta, no responde como siempre o presenta empeoramiento general. La adaptación cultural y lingüística constituye otro elemento importante; mensajes técnicamente correctos, pero poco comprensibles, reducen la eficacia educativa.

Discusión/Conclusiones

La educación a familiares sobre signos de posible sepsis se integra de forma coherente en la práctica enfermera por su relación con seguridad del paciente, continuidad asistencial y prevención de demoras evitables en la consulta. Su principal fortaleza es que actúa antes del contacto sanitario, en el momento en que muchas decisiones se toman en el domicilio. En pacientes vulnerables, la familia suele ser la primera en detectar que el cuadro no evoluciona como se esperaba, y esa percepción merece ser incorporada a la atención clínica mediante herramientas educativas sencillas.

El diseño del programa debe mantener un equilibrio entre claridad y prudencia. Una intervención excesivamente técnica puede ser poco útil, mientras que una formulación demasiado genérica puede no modificar conductas. Por ello, la enseñanza debe traducir el riesgo clínico en observaciones concretas y comprensibles, evitando tanto la banalización como el alarmismo. No se pretende que la familia identifique diagnósticos, sino que reconozca cambios compatibles con deterioro y active una consulta adecuada.

Desde el punto de vista organizativo, este tipo de programa puede incorporarse a distintos

momentos asistenciales: urgencias, hospitalización, consulta de revisión, atención domiciliaria y educación al alta. Su viabilidad depende de que el equipo enfermero disponga de materiales homogéneos, mensajes consensuados y tiempo suficiente para una intervención breve pero efectiva. La documentación de la educación impartida y la coordinación con otros niveles asistenciales aumentan su consistencia.

Existen, no obstante, limitaciones que deben considerarse. La capacidad del familiar para observar y decidir está condicionada por su carga emocional, experiencia previa, alfabetización en salud y disponibilidad real para el cuidado. Además, algunos signos iniciales de sepsis son inespecíficos y pueden confundirse con otras situaciones clínicas, por lo que la intervención educativa nunca reemplaza la valoración médica o enfermera. Su finalidad es favorecer la sospecha y reducir demoras, no establecer diagnósticos fuera del ámbito profesional.

En términos de práctica clínica, el programa puede aportar valor cuando se orienta a pacientes con mayor fragilidad, infecciones recientes, alta tras proceso infeccioso o dificultad para comunicar síntomas. El liderazgo enfermero resulta especialmente pertinente porque combina observación clínica, comunicación adaptada y educación para la salud. La incorporación de estrategias de verificación del aprendizaje, material escrito claro y refuerzo posterior puede mejorar su utilidad real.

La detección precoz de signos compatibles con sepsis exige una mirada compartida entre sistema sanitario, paciente y entorno familiar. Un programa formativo bien estructurado no elimina la incertidumbre clínica, pero puede ayudar a que determinados cambios no pasen inadvertidos y a que la consulta se produzca con mayor oportunidad. En un proceso en el que el tiempo de reconocimiento puede tener relevancia asistencial, la educación familiar constituye una intervención razonable, factible y alineada con los cuidados enfermeros centrados en la seguridad y la continuidad.

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. Olander A, Frick L, Johansson J, Wibring K. The performance of screening tools and use of blood analyses in prehospital identification of sepsis patients and patients suitable for non-conveyance - an observational study.. *BMC Emerg Med.* 2024;24(1):180. doi: <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01098-4>
2. Liu Z, Shu W, Li T, Zhang X, Chong W. Interpretable machine learning for predicting sepsis risk in emergency triage patients.. *Sci Rep.* 2025;15(1):887. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-85121-z>
3. Wallgren UM, Sjölin J, Järnbert-Pettersson H, Kurland L. Performance of NEWS2, RETTS, clinical judgment and the Predict Sepsis screening tools with respect to identification of sepsis among ambulance patients with suspected infection: a prospective cohort study.. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2021;29(1):144. doi: <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00958-3>
4. Redfern OC, Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Inada-Kim M, Schmidt PE. A Comparison of the Quick Sequential (Sepsis-Related) Organ Failure Assessment Score and the National Early Warning Score in Non-ICU Patients With/Without Infection.. *Crit Care Med.* 2018;46(12):1923-1933. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003359>
5. Hamad DB, Rababa M, Al-Rimawi R, Mohammad IB, Abu Ali RM, Mohammad Al-Easa HK. Barriers and Facilitators Affecting the Implementation of the Sepsis Six Protocol by Nurses in Acute Care Settings in Jordan: A Cross-Sectional Study.. *SAGE Open Nurs.* 2025;11:23779608251362276. doi: <https://doi.org/10.1177/23779608251362276>
6. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Labricciosa FM, Kluger Y, Coccolini F, Ansaloni L, et al. Physiological parameters for Prognosis in Abdominal Sepsis (PIPAS) Study: a WSES observational study.. *World J Emerg Surg.* 2019;14:34. doi: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0253-2>
7. Li F, Li Q, Zhao X, Fu Y, Zhang L, Chen X, et al. Establishment of disseminated neonatal echovirus 11 infection model in hFcRn transgenic mice.. *Viro J.* 2025;22(1):347. doi: <https://doi.org/10.1186/s12985-025-02979-1>
8. Jacomino K, Tomecsek K, Little A, Mclean M. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome and Eclampsia.. *J Educ Teach Emerg Med.* 2025;10(3):O34-O57. doi: <https://doi.org/10.21980/J8H64T>
9. Schmidt KFR, Huelle K, Reinhold T, Prescott HC, Gehringer R, Hartmann M, et al. Healthcare Utilization and Costs in Sepsis Survivors in Germany-Secondary Analysis of a Prospective Cohort Study.. *J Clin Med.* 2022;11(4). doi: <https://doi.org/10.3390/jcm11041142>
10. Kim J, Lui B, Goldstein PA, Rubin JE, White RS, Jotwani R. From Data to Decisions: Harnessing Multi-Agent Systems for Safer, Smarter, and More Personalized Perioperative Care.. *J Pers Med.* 2025;15(11). doi: <https://doi.org/10.3390/jpm15110540>

ARTÍCULO 04

Educación familiar para prevención y detección precoz del delirium en personas mayores ingresadas

Family education for prevention and early detection of delirium in older hospitalized people

Lucía Ortega Ramos · Sergio Martín Delgado

Incluido en la revista CADICE. Vol. I. N.º 8 - Agosto 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(8):224

Autor principal (primer firmante)

Lucía Ortega Ramos

Fecha recepción

07/07/26

Fecha aceptación

06/08/26

Fecha de publicación

14/08/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 8:224

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Educación del paciente;
Seguridad del paciente;
Hospitalización; Familia;
Continuidad asistencial;
Educación para la salud;
Orientación; Delirio;
Atención hospitalaria;
Anciano frágil

Resumen

Introducción: El delirium en la persona mayor hospitalizada constituye un problema clínico frecuente en la práctica asistencial y se asocia a mayor vulnerabilidad, deterioro funcional, desorganización conductual y dificultades en la continuidad de los cuidados. La familia, por su conocimiento previo del paciente y su presencia durante el ingreso, puede contribuir de forma relevante a la detección temprana de cambios cognitivos o conductuales y a la aplicación de medidas de orientación y apoyo ambiental. En este contexto, la educación sanitaria dirigida a familiares y cuidadores cercanos representa una intervención enfermera de interés.

Objetivos: Diseñar un programa de educación familiar orientado a la prevención y detección precoz del delirium en personas mayores ingresadas, definiendo población diana, contenidos, metodología docente, papel de Enfermería y criterios de evaluación.

Metodología: Se desarrolla una propuesta de intervención educativa de carácter aplicado para el ámbito hospitalario, centrada en familiares de personas mayores con fragilidad o mayor riesgo de confusión aguda. La planificación se estructura en valoración inicial, objetivos educativos, contenidos prioritarios, estrategias de enseñanza, coordinación interdisciplinar y seguimiento durante el ingreso y en la transición asistencial.

Resultados: El programa plantea sesiones breves y adaptadas al momento clínico, con información comprensible sobre qué es el delirium, cómo reconocer signos de alarma y qué medidas cotidianas pueden favorecer la orientación, el descanso y la seguridad. Se define el papel enfermero en la identificación de necesidades educativas, el entrenamiento de la familia en observación dirigida y la integración de la información relevante en el plan de cuidados. La evaluación se basa en comprensión de contenidos, capacidad para comunicar cambios y participación segura en las medidas de apoyo.

Discusión/Conclusiones: La educación familiar no sustituye la valoración clínica, pero puede reforzar la vigilancia continuada y mejorar la respuesta precoz ante alteraciones del estado mental. Su utilidad depende de la individualización, de la coordinación con el equipo asistencial y de la adaptación a la carga emocional y disponibilidad real de la familia. Incorporar esta intervención a los cuidados enfermeros puede favorecer la seguridad del paciente mayor ingresado y la continuidad del acompañamiento tras el alta.

Abstract

Introduction: Delirium in hospitalized older adults is a relevant clinical issue in daily practice and is associated with vulnerability, functional decline, behavioral disorganization, and difficulties in continuity of care. Family members, due to their previous knowledge of the patient and their presence during hospitalization, may contribute to early recognition of cognitive or behavioral changes and to the implementation of orientation and supportive environmental measures. In this context, health education addressed to relatives and close caregivers is a meaningful nursing intervention.

Objectives: To design a family education program aimed at the prevention and early detection of delirium in hospitalized older adults, defining the target population, educational contents, teaching methods, nursing role, and evaluation criteria.

Methodology: An applied educational intervention for the hospital setting is presented, focused on relatives of older adults with frailty or increased risk of acute confusion. The plan is organized around initial assessment, educational objectives, key contents, teaching strategies, interdisciplinary coordination, and follow-up during hospitalization and care transition.

Results: The program includes brief sessions adapted to the clinical situation, providing understandable information on delirium, warning signs, and everyday measures that may support orientation, rest, and safety. Nursing responsibilities include identifying educational needs, training relatives in focused observation, and integrating relevant information into the care plan. Evaluation is based on understanding of contents, ability to report changes, and safe participation in supportive actions.

Discussion/Conclusions: Family education does not replace clinical assessment, but it may strengthen ongoing surveillance and improve early response to mental status changes. Its usefulness depends on individualized implementation, coordination with the healthcare team, and adaptation to the family's emotional burden and actual availability. Incorporating this intervention into nursing care

may enhance patient safety and support continuity of care after discharge.

Keywords: Patient Education; Patient Safety; Hospitalization; Family; Continuity of Patient Care; Health Education; Orientation; Delirium; Hospital Care; Frail Elderly

Introducción

La hospitalización de personas mayores supone con frecuencia una alteración importante de su entorno habitual, de sus rutinas y de sus referencias temporales y espaciales. Cuando a ello se añaden enfermedad aguda, procedimientos diagnósticos, cambios terapéuticos, dolor, privación de sueño, inmovilidad o sobrecarga sensorial, puede aparecer un estado confusional agudo compatible con delirium. Desde la perspectiva enfermera, esta situación obliga a una vigilancia clínica estrecha, a una valoración continuada de cambios en la conducta y a la puesta en marcha de medidas de apoyo no farmacológicas ajustadas a cada caso.

El delirium no se manifiesta siempre de forma llamativa. Junto a cuadros con agitación o inquietud visibles, también pueden presentarse formas hipoactivas, con somnolencia, enlentecimiento, desconexión aparente o disminución de la interacción. Esta variabilidad clínica puede dificultar su identificación precoz, especialmente en pacientes de edad avanzada, con fragilidad, deterioro sensorial, pluripatología o deterioro cognitivo previo. La observación familiar adquiere entonces un valor añadido, ya que muchas veces son los allegados quienes detectan con más rapidez que el paciente “no está como siempre”, responde de manera distinta o muestra desorientación inusual.

En la práctica hospitalaria, la familia participa de forma muy desigual. En algunos casos está presente de manera continuada; en otros, solo acude en determinados tramos del día o mantiene contacto telefónico. También existe gran variabilidad en el nivel de alfabetización en salud, en la comprensión del proceso clínico y en la capacidad para colaborar sin aumentar la carga emocional del entorno. Por ello, la educación sanitaria no debe plantearse como una entrega de información homogénea, sino como una intervención intencional, breve, comprensible y adaptada a las necesidades del paciente y de su red de apoyo.

La educación familiar en delirium se sitúa en la intersección entre seguridad del paciente, humanización de los cuidados y continuidad asistencial. Su finalidad no es delegar en la familia funciones clínicas propias del equipo, sino incorporar su conocimiento del paciente y favorecer una colaboración útil: reconocer cambios de atención, lenguaje, orientación, conducta o ciclo sueño-vigilia; comunicar de forma temprana estas variaciones; y participar, cuando proceda, en medidas sencillas de reorientación y acompañamiento. Para Enfermería, esto implica integrar la intervención educativa en la valoración, en la planificación de cuidados y en la comunicación con el resto del equipo.

Además, el alta hospitalaria no siempre marca la resolución completa del problema. Algunas personas mayores pueden persistir con vulnerabilidad cognitiva o funcional durante un tiempo variable, por lo que la familia necesita criterios básicos para mantener la observación en domicilio y saber cuándo consultar. En consecuencia, la educación durante el ingreso debe contemplarse también como una herramienta de continuidad, especialmente en pacientes frágiles o con elevado nivel de dependencia.

Objetivos

Objetivo general: desarrollar un programa de educación para la salud dirigido a familiares de personas mayores ingresadas que favorezca la prevención y la detección precoz del delirium, en coordinación con el plan de cuidados enfermeros y con enfoque de seguridad clínica.

Objetivos específicos:

- Identificar a la población diana y los momentos asistenciales más adecuados para iniciar la intervención educativa.
- Proporcionar a la familia conocimientos básicos y comprensibles sobre el delirium, sus manifestaciones habituales y su relevancia durante la hospitalización.
- Entrenar a los familiares en la observación de signos de alerta relacionados con cambios de atención, orientación, conducta, lenguaje, descanso nocturno y nivel de actividad.
- Promover la participación de la familia en medidas no farmacológicas de apoyo, siempre de forma segura y según la situación clínica del paciente.
- Favorecer una comunicación eficaz entre familia y profesionales ante cambios del estado mental o del comportamiento.
- Incorporar recomendaciones para la transición asistencial y el seguimiento tras el alta cuando persista riesgo de desorganización cognitiva o funcional.
- Definir criterios de evaluación del aprendizaje y de la participación familiar durante el ingreso.

Metodología

Se plantea una intervención educativa aplicable en unidades de hospitalización que atienden a personas mayores. La propuesta se dirige prioritariamente a familiares o cuidadores principales de pacientes con edad avanzada, fragilidad, dependencia funcional, deterioro sensorial, antecedentes de alteraciones cognitivas, procesos médicos agudos o situaciones clínicas que puedan incrementar la vulnerabilidad a presentar delirium. La inclusión en el programa no debe depender exclusivamente de un diagnóstico ya establecido; también resulta pertinente en pacientes con riesgo elevado o en aquellos que inician cambios sutiles en su comportamiento o capacidad de atención.

La metodología parte de una valoración enfermera inicial orientada a tres dimensiones: situación clínica del paciente, características de la red familiar y contexto de hospitalización. En relación con el paciente, interesa conocer nivel funcional previo, estado cognitivo basal referido por la familia, hábitos habituales de sueño, uso de gafas o audífonos, patrones de comunicación y presencia de factores que puedan interferir con la orientación. Respecto a la familia, conviene valorar disponibilidad, nivel de comprensión, idioma, capacidad emocional para participar y grado de implicación en cuidados previos. En cuanto al entorno, deben considerarse horarios de visita, posibilidades reales de acompañamiento y dinámica organizativa de la unidad.

La intervención se estructura en microacciones educativas distribuidas a lo largo del ingreso. Esta organización suele ser más operativa que una única sesión extensa, ya que la hospitalización cursa con cambios clínicos frecuentes y la familia puede encontrarse cansada o ansiosa. Las actividades educativas pueden combinar información verbal, demostración práctica, recordatorios escritos breves y verificación de comprensión mediante preguntas abiertas. El lenguaje debe ser claro, evitando tecnicismos innecesarios, pero sin banalizar el problema.

Población diana y momento de intervención

El programa se orienta a familiares directos, persona cuidadora principal o allegados con presencia significativa durante el ingreso. Es especialmente útil cuando el acompañante conoce bien el funcionamiento habitual del paciente, ya que podrá discriminar mejor entre su situación basal y los cambios recientes. El inicio puede realizarse en el momento de acogida o durante las primeras horas de hospitalización si se detecta riesgo, y debe reactivarse siempre que aparezcan signos compatibles con confusión aguda o cuando el equipo observe dificultades de orientación o conducta.

Contenidos educativos

Los contenidos se organizan en bloques breves y progresivos:

- **Comprensión del problema:** explicación sencilla del delirium como alteración aguda de la atención y del estado mental que puede fluctuar a lo largo del día.
- **Reconocimiento de manifestaciones:** despiste repentino, dificultad para mantener una conversación, inversiones del sueño, somnolencia inusual, agitación, ideas erróneas, miedo, irritabilidad o cambios bruscos de conducta.
- **Diferenciación respecto a la situación basal:** importancia de informar al equipo sobre cómo era el paciente antes del ingreso y qué cambios concretos perciben.
- **Medidas de apoyo:** facilitar gafas y audífonos si los usa, mantener conversaciones sencillas y tranquilas, ayudar a orientarse en tiempo y lugar,

favorecer rutinas, respetar periodos de descanso y evitar sobreestimulación innecesaria.

- **Seguridad:** no discutir ideas erróneas de forma confrontativa, no sujetar ni movilizar sin indicación, avisar al personal ante intentos de levantarse sin ayuda o cambios llamativos.
- **Continuidad tras el alta:** mantener observación básica y consultar si persisten desorientación, fluctuaciones importantes o deterioro funcional no habitual.

Estrategias docentes y recursos

Las estrategias más útiles suelen ser la entrevista educativa individual, la demostración de conductas de reorientación y la repetición breve de mensajes clave. Puede emplearse material de apoyo de lectura sencilla con signos de alerta y medidas generales. La enseñanza debe adaptarse al ritmo de la familia, evitando saturar de información en momentos de especial tensión clínica. Siempre que sea posible, conviene registrar la educación realizada, la persona receptora y el grado de comprensión observado.

La coordinación interdisciplinar es necesaria para que el mensaje sea coherente. El equipo de Enfermería puede liderar la identificación de necesidades educativas y la monitorización diaria, pero la intervención se beneficia de la comunicación con medicina, fisioterapia, terapia ocupacional o trabajo social cuando la situación lo requiera. Del mismo modo, la información relevante obtenida de la familia debe incorporarse al plan asistencial, especialmente si aporta datos sobre cambios conductuales, funcionales o cognitivos previos.

Resultados

La aplicación del programa permite organizar de manera sistemática la participación familiar durante el ingreso. En la práctica, los resultados esperados se expresan más en términos de proceso y de utilidad clínica que en cifras cerradas. La primera consecuencia es una mejor identificación de qué familiares pueden colaborar de manera efectiva y qué necesidades educativas presentan. No todas las familias están en disposición de asumir esta función del mismo modo, de modo que la selección y adaptación individual resultan determinantes.

Desarrollo práctico de la intervención

En una primera toma de contacto, la enfermera explora qué conoce la familia sobre la situación del paciente y si ha observado cambios desde el inicio del ingreso. A partir de esa información, introduce una explicación breve sobre el delirium y aclara que algunos pacientes mayores pueden experimentar episodios de desorientación, alteraciones del sueño o variaciones en la conducta durante la hospitalización. Se insiste en que comunicar estos cambios no significa alarmar, sino contribuir a que el equipo actúe con mayor rapidez.

Posteriormente se delimitan signos de observación prioritarios. Suele ser útil pedir a la familia que informe si el paciente deja de prestar atención, parece no reconocer el entorno, habla de forma incoherente, se muestra especialmente somnoliento o, por el contrario, inquieto y desconfiado, invierte el ritmo sueño-vigilia o presenta oscilaciones marcadas a lo largo del día. Este entrenamiento debe acompañarse de ejemplos concretos, porque expresiones genéricas como “está raro” pueden resultar insuficientes si no se traducen en conductas observables.

Un segundo componente del programa son las medidas de apoyo cotidiano. La familia puede colaborar en la reorientación recordando con calma dónde está el paciente, por qué está ingresado y qué momento del día es. También puede favorecer la conexión con elementos familiares, siempre que el entorno asistencial lo permita: gafas, audífonos, fotografías o referencias personales sencillas. Del mismo modo, la presencia tranquila de un familiar conocido puede reducir el

desconcierto en determinados pacientes, aunque debe evitarse la estimulación excesiva, las conversaciones simultáneas o la exposición continuada a ruido y luz innecesarios.

La intervención incluye también pautas de comunicación. Se recomienda hablar despacio, con frases cortas, una idea cada vez y tono sereno. Cuando aparecen ideas erróneas o interpretaciones distorsionadas, resulta más útil responder con contención emocional y redirigir la atención que confrontar al paciente de manera brusca. La familia debe saber que no se espera de ella que gestione sola una situación compleja; ante agitación, riesgo de caída, retirada de dispositivos o cambios conductuales relevantes, la actuación correcta es avisar al personal sanitario.

Papel de Enfermería durante el programa

El liderazgo enfermero en esta intervención se concreta en varias funciones. En primer lugar, la enfermera identifica a los pacientes con mayor vulnerabilidad y valora si la familia puede participar en la observación y el apoyo. En segundo lugar, adapta los contenidos al nivel de comprensión del entorno y selecciona el momento más adecuado para la enseñanza. En tercer lugar, integra la información familiar en la valoración continuada del estado mental del paciente y la comparte con el equipo cuando tiene relevancia clínica.

Otra función importante es la contención emocional. La familia puede interpretar los episodios de confusión como un empeoramiento irreversible o como una pérdida súbita de la persona conocida, lo que genera miedo, culpa o impotencia. La educación debe incluir espacio para aclarar dudas y ofrecer una explicación comprensible de lo que se observa, sin anticipar evoluciones ni simplificar en exceso. Cuando los allegados comprenden mejor el fenómeno, suelen aumentar su capacidad para observar, comunicar y colaborar de manera proporcionada.

Desde el punto de vista del registro, conviene documentar la enseñanza realizada, los signos explicados, la respuesta de la familia y la información significativa aportada por esta. Tal registro facilita la continuidad entre turnos y evita que la intervención quede reducida a acciones

aisladas. También permite reevaluar si el aprendizaje ha sido suficiente o si es necesario reforzar mensajes, simplificar contenidos o incorporar apoyo de otros profesionales.

Evaluación del aprendizaje y de la participación

La evaluación del programa puede efectuarse de forma cualitativa y vinculada a la práctica asistencial diaria. Algunos indicadores útiles son la capacidad del familiar para describir con sus palabras qué cambios deberían comunicarse, su habilidad para diferenciar el estado basal del paciente respecto a la situación actual y su participación segura en medidas de orientación o acompañamiento. La técnica de “explicación de retorno” puede ayudar a comprobar comprensión sin convertir la educación en un proceso rígido.

También es pertinente valorar la calidad de la comunicación establecida entre familia y equipo. Cuando la intervención funciona adecuadamente, el familiar transmite observaciones más concretas y contextualizadas, por ejemplo si el paciente se desorienta sobre todo al anochecer, si no reconoce la habitación al despertar o si está mucho más apático que en domicilio. Esta información puede orientar la vigilancia clínica y la adaptación del entorno.

En pacientes dados de alta con persistencia de cierta vulnerabilidad, la evaluación debe extenderse a la transición asistencial. Antes del alta, la familia debería conocer qué signos justificarían nueva consulta y qué medidas generales conviene mantener en el domicilio, tales como favorecer un ambiente reconocible, preservar el descanso, asegurar ayudas sensoriales y observar fluctuaciones en la atención o la conducta. No se trata de trasladar responsabilidad diagnóstica, sino de sostener una vigilancia razonable en un periodo de especial fragilidad.

Discusión/Conclusiones

La educación familiar sobre delirium ocupa un lugar relevante dentro de los cuidados enfermeros dirigidos a la persona mayor hospitalizada, especialmente cuando existe fragilidad, dependencia o cambios cognitivos previos. Su principal aportación reside en convertir a la familia en una aliada informada para la observación y el acompañamiento, no en un sustituto de la valoración profesional. Este matiz es esencial para mantener la seguridad del paciente y evitar expectativas inadecuadas sobre el papel del entorno.

Entre las fortalezas de la intervención destaca el conocimiento previo que la familia suele tener del funcionamiento basal del paciente. En un problema caracterizado por la aparición aguda y por la fluctuación, disponer de esa referencia puede ayudar a identificar cambios sutiles que, de otro modo, pasarían desapercibidos. Además, la educación estructurada mejora la calidad de la comunicación con el equipo, orienta mejor las observaciones y reduce interpretaciones inespecíficas o alarmas poco contextualizadas.

No obstante, la implementación presenta límites. No todas las personas mayores cuentan con acompañamiento suficiente, y no todas las familias disponen del mismo grado de presencia, estabilidad emocional o competencia para participar. En algunos casos, el cansancio, la ansiedad o la complejidad del proceso clínico dificultan la comprensión de los mensajes. Por ello, la intervención debe ser flexible, graduada y realista. Un programa demasiado extenso o poco adaptado puede perder eficacia y aumentar la sobrecarga familiar.

También debe considerarse la variabilidad de las unidades de hospitalización. Las condiciones ambientales, las dinámicas de trabajo, las restricciones de acompañamiento y la disponibilidad de materiales educativos pueden condicionar el desarrollo del programa. La propuesta, por tanto, debe integrarse en la organización del centro y coordinarse con los procedimientos asistenciales vigentes. Su valor no depende de la complejidad del recurso utilizado,

sino de la consistencia del mensaje, la oportunidad de la enseñanza y la continuidad del seguimiento.

Desde una perspectiva de práctica clínica, incorporar esta educación al proceso habitual de cuidados puede favorecer una atención más anticipatoria. La persona mayor frágil se beneficia de entornos más comprensibles, de la detección temprana de cambios y de respuestas asistenciales menos reactivas. La familia, por su parte, recibe herramientas concretas para participar con mayor seguridad durante el ingreso y para afrontar con menos incertidumbre el periodo posterior al alta.

En síntesis, un programa de educación familiar bien estructurado puede contribuir a la prevención y detección precoz del delirium en personas mayores ingresadas, reforzando la seguridad del paciente y la continuidad asistencial. Su utilidad práctica aumenta cuando se apoya en la valoración individual, en mensajes claros, en la coordinación interdisciplinar y en una presencia enfermera activa tanto en la enseñanza como en la reevaluación continuada.

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. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(1):242-256. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.012>
2. Zietlow KE, Wong S, Heflin MT, McDonald SR, Sickeler R, Devinney M, et al.. Geriatric Preoperative Optimization: A Review. *Am J Med.* 2022;135(1):39-48. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.07.028>
3. MacLulich AMJ, Shenkin SD. Delirium research, education and practice. *Age Ageing.* 2019;48(5):619-623. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz090>
4. Williams ST, Dhesi JK, Partridge JSL. Distress in delirium: causes, assessment and management. *Eur Geriatr Med.* 2020;11(1):63-70. doi: <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00276-z>
5. Lee J, Yeom I, Yoo S, Hong S. Educational intervention for family caregivers of older adults with delirium: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2023;32(19-20):6987-6997. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.16816>
6. Tsui A, Searle SD, Bowden H, Hoffmann K, Hornby J, Goslett A, et al.. The effect of baseline cognition and delirium on long-term cognitive impairment and mortality: a prospective population-based study. *Lancet Healthy Longev.* 2022;3(4):e232-e241. doi: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00013-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00013-7)
7. Vlisides PE, Runstadler N, Martinez S, Ragheb JW, Mentz G, Leis A, et al.. Feasibility of Alerting Systems and Family Care Partner Support for Postoperative Delirium Prevention. *J Neurosurg Anesthesiol.* 2025;37(4):361-370. doi: <https://doi.org/10.1097/ANA.0000000000001016>
8. Silva JLSD, Azi L, Ding K, Ritt LE, Caldas J. Nonpharmacological Interventions Prevent Delirium in Older Adult Surgical Patients: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Gerontol Nurs.* 2025;51(9):20-29. doi: <https://doi.org/10.3928/00989134-20250626-01>
9. Cohen C, Pereira F, Kampel T, Bélanger L. Understanding the integration of family caregivers in delirium prevention care for hospitalized older adults: A case study protocol. *J Adv Nurs.* 2019;75(8):1782-1791. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.14009>
10. Devlin JW, Sieber F, Akeju O, Khan BA, MacLulich AMJ, Marcantonio ER, et al.. Advancing Delirium Treatment Trials in Older Adults: Recommendations for Future Trials From the Network for Investigation of Delirium: Unifying Scientists (NIDUS). *Crit Care Med.* 2025;53(1):e15-e28. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006514>
11. Bianchi LA, Harris R, Fitzpatrick JM. Barriers to healthcare professionals recognizing and managing delirium in older adults during a hospital stay: A mixed-methods systematic review. *J Adv Nurs.* 2024;80(7):2672-2689. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.16018>
12. Timko NJ, Cooter Wright M, Smith MR, Boykin PC, Emerson JM, Woldorff MG, et al.. Apolipoprotein E Mimetic Peptide CN-105 and Postoperative Delirium in Older Patients: The Phase 2 MARBLE Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2026;9(4):e262289. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.2289>

ARTÍCULO 05

Educación a cuidadores sobre rehidratación oral en gastroenteritis infantil

Caregiver education on oral rehydration in childhood gastroenteritis

Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García

Incluido en la revista CADICE. Vol. I. N.º 8 - Agosto 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(8):225

Autor principal (primer firmante)

Isabel Gómez Cordero

Fecha recepción

03/07/26

Fecha aceptación

07/08/26

Fecha de publicación

14/08/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 8:225

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Gastroenteritis; Educación para la salud; Salud infantil; Rehidratación oral; Enfermería pediátrica; Promoción de la salud; Niño; Familia; Deshidratación; Educación del paciente

Resumen

Introducción: La gastroenteritis infantil constituye un motivo frecuente de consulta en los distintos niveles asistenciales y puede acompañarse de pérdidas hídricas que comprometen el estado de hidratación del niño. En este contexto, la educación sanitaria dirigida a cuidadores resulta una intervención propia de Enfermería con capacidad para favorecer el manejo domiciliario seguro, mejorar la comprensión del proceso y orientar la detección precoz de signos de alarma.

Objetivos: Describir un programa de educación para la salud dirigido a cuidadores de niños con gastroenteritis, centrado en la rehidratación oral, la alimentación durante el episodio, la prevención de errores frecuentes y la identificación de situaciones que requieren nueva valoración sanitaria.

Metodología: Se presenta una propuesta de intervención educativa estructurada para el ámbito de atención pediátrica, basada en un enfoque formativo breve, individualizado y orientado a competencias. Se definen población diana, contenidos, metodología docente, recursos y criterios de evaluación del aprendizaje, con especial atención al papel enfermero en la comunicación clínica con la familia.

Resultados: El programa organiza la enseñanza en torno a conocimientos esenciales sobre pérdidas digestivas, administración fraccionada de soluciones de rehidratación oral, mantenimiento de la ingesta según tolerancia, vigilancia del estado general y reconocimiento de signos de empeoramiento. La intervención incorpora demostración práctica, verificación de la comprensión y adaptación del mensaje al nivel de alfabetización en salud de los cuidadores.

Discusión/Conclusiones: La educación a cuidadores sobre rehidratación oral puede contribuir a una atención más segura y coherente con las necesidades del niño y su familia. Su utilidad depende de la individualización del mensaje, de la claridad de las instrucciones y de la continuidad educativa entre ámbitos asistenciales. Enfermería ocupa una posición estratégica para reforzar la autonomía familiar sin sustituir la valoración clínica cuando esta resulta necesaria.

Abstract

Introduction: Childhood gastroenteritis is a common reason for healthcare consultation and may lead to fluid losses affecting hydration status. In this setting, health education aimed at caregivers is a nursing intervention that may support safe home management, improve understanding of the condition, and facilitate early recognition of warning signs.

Objectives: To describe a health education programme for caregivers of children with gastroenteritis, focused on oral rehydration, feeding during the episode, prevention of common mistakes, and identification of situations requiring further professional assessment.

Methodology: A structured educational intervention for pediatric care settings is presented, based on a brief, individualized, competency-oriented approach. Target population, contents, teaching methods, resources, and learning assessment criteria are defined, highlighting the nursing role in clinical communication with the family.

Results: The programme organizes teaching around essential knowledge on gastrointestinal fluid loss, fractionated administration of oral rehydration solutions, maintenance of intake according to tolerance, monitoring of general condition, and recognition of clinical deterioration. The intervention includes practical demonstration, understanding verification, and adaptation of messages to caregivers' health literacy.

Discussion/Conclusions: Caregiver education on oral rehydration may contribute to safer and more consistent child care. Its usefulness depends on message individualization, clarity of instructions, and educational continuity across care settings. Nurses are in a key position to strengthen family self-management while not replacing clinical assessment when needed.

Keywords: Gastroenteritis; Health Education; Child Health; Oral Rehydration Therapy; Pediatric Nursing; Health Promotion; Child; Family; Dehydration; Patient Education

Introducción

La gastroenteritis aguda en la infancia plantea una demanda asistencial relevante tanto en atención primaria como en servicios de urgencias y dispositivos comunitarios. Aunque su evolución puede ser autolimitada en muchos casos, la presencia de vómitos, deposiciones líquidas y disminución de la ingesta favorece la aparición de desequilibrio hídrico, especialmente en lactantes y niños pequeños. En este escenario, la intervención enfermera no se limita a la observación clínica, sino que incorpora una función educativa orientada a que la familia comprenda qué hacer, cómo hacerlo y cuándo consultar de nuevo.

La rehidratación oral ocupa un lugar central en el manejo inicial de muchas gastroenteritis infantiles con pérdidas digestivas, siempre que el estado clínico y la tolerancia del niño lo permitan. Sin embargo, en la práctica diaria persisten dificultades relacionadas con la administración inadecuada de líquidos, la sustitución por bebidas no recomendables, la suspensión innecesaria de la alimentación habitual o la infravaloración de signos que sugieren empeoramiento. Estas dificultades no dependen solo de la voluntad de los cuidadores, sino también del modo en que reciben la información, de su experiencia previa, del nivel de alfabetización en salud y del contexto emocional en el que se produce la consulta.

La educación sanitaria dirigida a la familia debe entenderse como un proceso clínico y relacional, no como una mera entrega de instrucciones. Enseñar a rehidratar oralmente a un niño con gastroenteritis implica traducir conocimientos técnicos en acciones concretas y seguras: preparar o administrar correctamente una solución de rehidratación oral, ofrecer pequeñas cantidades de forma frecuente, reconocer la tolerancia digestiva y observar cambios en la diuresis, el nivel de actividad o el aspecto general. Además, exige resolver dudas habituales, desmontar creencias erróneas y adaptar el mensaje a la edad del niño y a la capacidad de cuidado disponible en el domicilio.

Desde Enfermería pediátrica, este abordaje se integra en la atención centrada en la familia. El cuidador no es un receptor pasivo de recomendaciones, sino la persona que realizará la

mayor parte del cuidado fuera del entorno sanitario. Por ello, la calidad de la información transmitida influye de manera directa en la seguridad del proceso. Una educación bien orientada puede favorecer adherencia, reducir prácticas de riesgo y mejorar la capacidad de respuesta de la familia ante la evolución del cuadro.

También conviene considerar que el episodio de gastroenteritis no se desarrolla en un vacío clínico. Existen niños con mayor vulnerabilidad por edad, comorbilidad, dificultades de alimentación previas o barreras sociales y culturales que condicionan el cuidado. En estos casos, la educación sanitaria debe reforzarse y complementarse con un plan de seguimiento proporcionado al riesgo. No todas las familias parten del mismo nivel de conocimientos ni disponen de los mismos recursos para interpretar una recomendación clínica.

Por tanto, diseñar un programa educativo específico sobre rehidratación oral permite ordenar los contenidos que deben transmitirse, homogeneizar mensajes básicos entre profesionales y facilitar una evaluación estructurada del aprendizaje. Su interés para la práctica enfermera reside en que combina promoción de la salud, prevención de complicaciones, apoyo a la autonomía familiar y continuidad asistencial.

Objetivos

El objetivo general es describir un programa de educación para la salud dirigido a cuidadores de niños con gastroenteritis, orientado a mejorar el conocimiento práctico sobre rehidratación oral y a favorecer un manejo domiciliario prudente, seguro y ajustado a la evolución clínica.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes:

- Identificar la población diana y el momento asistencial más adecuado para iniciar la intervención educativa.
- Definir los contenidos prioritarios que deben abordarse con relación a pérdidas digestivas, hidratación, alimentación y vigilancia del estado general.

- Establecer una metodología docente breve y comprensible, adaptable al nivel de conocimientos, idioma y capacidad de aprendizaje de cada familia.
- Precisar el papel de Enfermería en la demostración práctica de la rehidratación oral y en la corrección de errores frecuentes.
- Incorporar criterios básicos para evaluar la comprensión del cuidador y la aplicabilidad de lo aprendido en el domicilio.
- Favorecer la detección de signos de alarma que requieren nueva valoración profesional.
- Promover la continuidad del mensaje educativo entre los distintos ámbitos de atención al niño.

Metodología

Se plantea una propuesta de programa educativo aplicable a consultas de atención primaria, urgencias pediátricas, observación clínica de corta estancia y seguimiento telefónico o presencial, siempre dentro del marco competencial enfermero y en coordinación con el resto del equipo. La intervención se dirige a cuidadores principales de niños con cuadro de gastroenteritis y situación clínica compatible con manejo ambulatorio o con necesidades de refuerzo educativo tras la valoración inicial.

La población diana incluye madres, padres u otros cuidadores habituales responsables de la administración de líquidos y alimentos en el domicilio. La selección del destinatario principal debe considerar quién asumirá efectivamente el cuidado tras el alta o tras la consulta. Cuando la situación lo permita, resulta útil implicar a más de un cuidador para reducir errores por transmisión parcial de la información.

El programa se estructura como una intervención breve, individualizada y centrada en competencias. No se persigue únicamente que el cuidador repita recomendaciones, sino que sea capaz de aplicarlas en situaciones habituales del episodio: ofrecer pequeñas cantidades con frecuencia, mantener una actitud de observación activa y decidir si la evolución permite continuar el cuidado en casa o si procede consultar de nuevo. Para ello, la metodología combina información verbal clara,

demonstración práctica y verificación final de la comprensión.

La planificación puede desarrollarse en un único contacto asistencial o en varios momentos concatenados. En una primera fase, la enfermera valora conocimientos previos, preocupaciones y barreras de aprendizaje. Esta valoración orienta la profundidad del mensaje y evita ofrecer instrucciones descontextualizadas. En una segunda fase, se transmiten los contenidos esenciales con apoyo de material escrito sencillo o recursos visuales. En una tercera fase, se confirma la comprensión mediante técnica de retorno de información, solicitando al cuidador que explique con sus propias palabras cómo administrará la rehidratación oral y qué signos le harían buscar ayuda sanitaria.

Los recursos educativos recomendables son de baja complejidad: lenguaje no técnico, esquema por pasos, ejemplos concretos de administración fraccionada y recordatorio de signos de alarma. Cuando existan barreras idiomáticas o dificultades de lectura, debe priorizarse la demostración práctica y el empleo de materiales adaptados. La intervención gana efectividad cuando evita la sobrecarga de información y se centra en mensajes breves, jerarquizados y coherentes con la situación clínica actual.

El contenido educativo se organiza en cinco bloques: comprensión básica del proceso, rehidratación oral, alimentación y cuidados generales, prevención de errores frecuentes y reconocimiento de signos de alarma. Esta secuencia permite pasar de lo más inmediato a lo más reflexivo, facilitando que el cuidador priorice actuaciones. El programa no sustituye la valoración médica ni establece un protocolo cerrado, sino que ofrece un marco de educación sanitaria para mejorar el autocuidado familiar.

La evaluación del aprendizaje se realiza de forma cualitativa, observando si el cuidador comprende la finalidad de la rehidratación oral, diferencia una solución de rehidratación de otras bebidas, conoce la pauta fraccionada orientativa según tolerancia y reconoce manifestaciones que pueden indicar empeoramiento clínico. También debe valorarse la disposición emocional de la familia para aplicar lo aprendido, ya que el estrés, el cansancio o

experiencias previas negativas pueden interferir de manera significativa.

Desde el punto de vista organizativo, resulta útil integrar esta intervención en circuitos asistenciales habituales, de forma que el mensaje educativo no dependa exclusivamente de la iniciativa individual de cada profesional. La estandarización de contenidos mínimos mejora la continuidad entre consulta, urgencias y seguimiento posterior, aunque siempre deba mantenerse la adaptación a cada niño y a cada familia.

Resultados

La aplicación del programa educativo permite ordenar la intervención enfermera alrededor de contenidos clínicamente relevantes y de fácil transferencia al domicilio. Su desarrollo se describe a continuación como una propuesta operativa.

Valoración inicial del cuidador y del contexto familiar

Antes de iniciar la enseñanza, la enfermera explora qué entiende la familia por gastroenteritis, qué medidas ha utilizado en episodios previos y qué preocupaciones manifiesta en ese momento. Es frecuente encontrar dudas sobre la cantidad de líquido necesaria, el temor a “forzar” la ingesta tras los vómitos o la creencia de que cualquier bebida dulce o isotónica puede reemplazar una solución de rehidratación oral. También pueden aparecer prácticas como interrumpir la alimentación durante periodos prolongados o administrar volúmenes elevados en poco tiempo, lo que favorece una peor tolerancia.

La valoración incluye aspectos prácticos: quién cuidará al niño en casa, si dispone del producto indicado, si comprende instrucciones escritas y si puede observar la evolución del menor con suficiente continuidad. En familias con sobrecarga de cuidados, dificultades de comunicación o escasa red de apoyo, la información debe simplificarse y reforzarse. La intervención educativa es más útil cuando parte de la realidad del domicilio.

Contenidos sobre rehidratación oral

El primer mensaje debe aclarar que la finalidad de la rehidratación oral es compensar las pérdidas digestivas y mantener un adecuado aporte hídrico cuando el niño lo tolera. La enfermera explica que la administración suele realizarse en pequeñas cantidades, con frecuencia, para favorecer la tolerancia. Si existen vómitos, puede recomendarse ofrecer volúmenes muy pequeños y continuar de forma progresiva, sin precipitar incrementos bruscos. La familia debe comprender que la paciencia y la regularidad forman parte del cuidado.

Otro punto esencial es diferenciar la solución de rehidratación oral de otras bebidas. Conviene insistir en que zumos, refrescos, bebidas azucaradas o preparados caseros no equivalen a una solución específicamente diseñada para reponer agua y electrolitos. El objetivo educativo no es memorizar composiciones, sino identificar qué producto utilizar y evitar sustituciones inadecuadas.

La demostración práctica puede realizarse mostrando el envase o el sistema de administración, explicando cómo ofrecer pequeñas tomas con vaso, cuchara o jeringa oral según la edad y la colaboración del niño. Cuando el producto requiere preparación, es necesario enseñar de forma sencilla cómo hacerlo y remarcar la conveniencia de seguir las instrucciones del fabricante. La familia retiene mejor la información cuando la observa y la repite durante la consulta.

Alimentación y cuidados generales durante el episodio

Una vez abordada la hidratación, se explica el papel de la alimentación. En términos generales, si el niño presenta tolerancia, puede mantenerse la alimentación habitual de manera adaptada, evitando ayunos prolongados que no aportan beneficio y pueden aumentar la dificultad para recuperar la normalidad de la ingesta. En lactantes, debe valorarse la continuidad de las tomas habituales según tolerancia y situación clínica. En niños mayores, conviene orientar a la familia hacia comidas sencillas, fraccionadas y aceptadas por el menor, sin convertir la dieta en un elemento de conflicto.

También se incluyen cuidados generales relacionados con el confort y la vigilancia: observación de la actividad habitual del niño, control del número aproximado de micciones, atención al llanto sin lágrimas en los más pequeños, sequedad de mucosas, somnolencia llamativa o decaimiento. No se trata de transformar a la familia en un sistema de monitorización, sino de dotarla de indicadores comprensibles para valorar la evolución.

En caso de irritación cutánea por deposiciones frecuentes, la enfermera puede añadir medidas básicas de higiene y protección de la piel perineal, especialmente en lactantes con pañal. Este contenido, aunque secundario respecto a la hidratación, mejora el bienestar del niño y responde a necesidades reales de cuidado cotidiano.

Errores frecuentes que deben prevenirse

Una parte relevante del programa consiste en identificar prácticas que pueden empeorar la tolerancia o retrasar la consulta. Entre ellas se encuentran la administración rápida de grandes volúmenes, la sustitución de la solución de rehidratación por bebidas no adecuadas, la suspensión total de líquidos tras varios vómitos, el uso de recomendaciones no contrastadas del entorno familiar y la minimización del deterioro del estado general cuando persisten las pérdidas.

Desde la educación sanitaria, conviene reformular estos errores sin culpabilizar al cuidador. Una comunicación basada en el reproche dificulta el aprendizaje y reduce la posibilidad de que la familia exprese dudas reales. El enfoque más eficaz suele ser explicativo: por qué una medida puede no funcionar, cómo corregirla y qué alternativa concreta se propone. Este matiz relacional es especialmente importante en procesos pediátricos agudos, donde el malestar emocional de la familia puede ser elevado.

Signos de alarma y criterios de nueva consulta

La identificación de signos de alarma constituye uno de los resultados más importantes del programa. La enfermera debe asegurarse de que el cuidador sabe reconocer situaciones como empeoramiento del estado general, dificultad para mantener la hidratación oral, vómitos persistentes que impiden la tolerancia, disminución llamativa de la diuresis, apatía, somnolencia no habitual, rechazo mantenido de líquidos o cualquier cambio que genere preocupación fundada por la evolución del niño. La información debe expresarse con lenguaje claro y con ejemplos comprensibles.

No basta con enumerar signos de alarma; es necesario contextualizarlos. La familia necesita saber que, ante estas situaciones, no debe continuar indefinidamente con medidas domiciliarias, sino solicitar valoración profesional. Cuando el episodio se atiende en urgencias o tras una consulta de alta demanda, puede ser útil dejar por escrito un recordatorio breve para disminuir olvidos posteriores.

Papel de Enfermería en la intervención educativa

La función enfermera abarca valoración, priorización del mensaje, demostración de la técnica, apoyo emocional y evaluación final del aprendizaje. En niños pequeños, la observación clínica y la entrevista a los cuidadores se complementan de manera natural. La enfermera interpreta necesidades de información, identifica barreras de comprensión y adapta la enseñanza sin perder coherencia ni seguridad.

Además, Enfermería actúa como nexo entre los distintos momentos asistenciales. La consistencia del mensaje entre atención primaria, urgencias y seguimiento favorece confianza y adherencia. Cuando existen instrucciones contradictorias o insuficientemente explicadas, la familia puede optar por soluciones intuitivas o abandonar precozmente la rehidratación oral. Por ello, la claridad comunicativa forma parte del cuidado.

Evaluación del aprendizaje y seguimiento

La evaluación puede realizarse mediante preguntas abiertas y demostración inversa. Resulta útil pedir al cuidador que explique cómo ofrecerá la solución de rehidratación en casa, qué hará si el niño vomita una toma y qué cambios observará durante las horas siguientes. Esta estrategia permite detectar malentendidos con mayor precisión que una simple pregunta de cierre.

Cuando el contexto asistencial lo permite, un refuerzo posterior, telefónico o presencial, puede consolidar la enseñanza y resolver incidencias tempranas. El seguimiento es especialmente recomendable en lactantes, en niños con episodios de mala tolerancia o en familias que expresan inseguridad para manejar el proceso en el domicilio. La continuidad no implica medicalizar el cuidado familiar, sino sostenerlo de forma proporcionada.

Discusión/Conclusiones

La educación sanitaria a cuidadores sobre rehidratación oral representa una intervención enfermera de alta aplicabilidad clínica por su relación directa con la seguridad del niño, la autonomía familiar y la prevención de complicaciones derivadas de un manejo inadecuado. Su valor no reside únicamente en transmitir información, sino en convertir esa información en capacidad operativa. Entre saber que un niño debe hidratarse y poder hacerlo correctamente en casa existe un espacio educativo que Enfermería está especialmente preparada para abordar.

Uno de los principales desafíos es evitar mensajes excesivamente generales. Instrucciones como “que beba mucho” o “vigilen si empeora” resultan poco útiles cuando no se traducen en acciones concretas y observables. Del mismo modo, una enseñanza técnicamente correcta puede fracasar si no se adapta al nivel de comprensión del cuidador o si se ofrece en un momento de alta ansiedad. La personalización del mensaje, la demostración práctica y la verificación de la comprensión deberían considerarse elementos centrales del proceso educativo.

Otro aspecto de interés es la necesidad de coherencia interprofesional. La familia interpreta la información recibida como un todo asistencial, no como aportaciones fragmentadas por categoría profesional. Cuando el consejo enfermero se integra en un discurso clínico común, la adherencia mejora y disminuye la confusión. En este sentido, disponer de materiales homogéneos y mensajes consensuados puede favorecer la continuidad, siempre que se conserve la flexibilidad necesaria para adaptarlos a cada situación.

También deben reconocerse las limitaciones del abordaje educativo. No todas las gastroenteritis infantiles son susceptibles del mismo grado de manejo domiciliario, y no todas las familias presentan las mismas posibilidades de observación o cuidado. La intervención educativa no sustituye la valoración clínica del estado de hidratación ni la reevaluación cuando aparecen signos de empeoramiento. Su utilidad depende de una adecuada selección del momento asistencial, de la situación clínica del niño y de la capacidad real de la familia para aplicar las recomendaciones.

Desde una perspectiva de práctica enfermera, este tipo de programa refuerza competencias nucleares: comunicación terapéutica, promoción de la salud, educación del paciente y familia, acompañamiento en el cuidado y continuidad asistencial. Además, favorece un modelo menos centrado en la respuesta puntual y más orientado a la capacitación de los cuidadores. Esto resulta particularmente pertinente en procesos frecuentes y autolimitados, donde la evolución se desarrolla mayoritariamente fuera del sistema sanitario.

La incorporación sistemática de intervenciones educativas breves sobre rehidratación oral puede mejorar la calidad del cuidado si se mantiene una perspectiva prudente, individualizada y centrada en la familia. La efectividad del programa no depende de la complejidad de los materiales, sino de la pertinencia del mensaje, de la claridad en su transmisión y de la capacidad para confirmar que ha sido comprendido. En la gastroenteritis infantil, enseñar bien es también una forma de cuidar.

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. Leung AK, Hon KL. Paediatrics: how to manage viral gastroenteritis.. *Drugs Context*. 2021;10. doi: <https://doi.org/10.7573/dic.2020-11-7>
2. Sundberg MJ, Parver S, Morin M, Stack AM. An Intervention to Improve Caregiver Adherence to Oral Rehydration Therapy.. *Pediatr Qual Saf*. 2017;2(3):e020. doi: <https://doi.org/10.1097/pq9.000000000000020>
3. Mawela MP, de Villiers FP. The effect of admission on oral rehydration-related knowledge.. *Ann Trop Paediatr*. 1999;19(1):75-81. doi: <https://doi.org/10.1080/02724939992680>
4. Freedman SB, Deiratany S, Goldman RD, Benseler S. Development of a Caregiver Gastroenteritis Knowledge Questionnaire.. *Ambul Pediatr*. 2008;8(4):261-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2008.02.003>
5. Bachrach LR, Gardner JM. Caregiver knowledge, attitudes, and practices regarding childhood diarrhea and dehydration in Kingston, Jamaica.. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(1):37-44. doi: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000700006>
6. Koslap-Petraco MB. Homecare issues in rotavirus gastroenteritis.. *J Am Acad Nurse Pract*. 2006;18(9):422-8. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00150.x>
7. Jones S. A clinical pathway for pediatric gastroenteritis.. *Gastroenterol Nurs*. 2003;26(1):7-18. doi: <https://doi.org/10.1097/00001610-200301000-00003>
8. Henrik S, Janka S, David M, Vagedes J, Ágnes K, Zoltán K, et al.. Proctoclysis for rehydration in children - A scoping review and a pilot survey among medical doctors.. *Complement Ther Med*. 2022;71:102902. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102902>
9. Rahman S, Aszkenasy OM. Management of childhood gastroenteritis in the community.. *Public Health*. 2001;115(4):292-4. doi: <https://doi.org/10.1038/sj/ph/1900767>
10. Mackenzie A, Barnes G. Randomised controlled trial comparing oral and intravenous rehydration therapy in children with diarrhoea.. *BMJ*. 1991;303(6799):393-6. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6799.393>

ARTÍCULO 05 / CADICE. 2026;1(8):225

11. Elliott EJ, Backhouse JA, Leach JW. Pre-admission management of acute gastroenteritis.. J Paediatr Child Health. 1996;32(1):18-21. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1996.tb01534.x>

CADICE

Revista de Enfermería

Ciencia Aplicada,
Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

14 DE AGOSTO DE 2026

Vol. I · N.º 8 · Agosto 2026

Artículos 221-225

revistadeenfermeria.com

Hemeroteca diaria