

CADICE

Ciencia Aplicada, Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

ISSN 3127-5486

VOL. I / N.º 9

EDICIÓN DIARIA

20 de septiembre de 2026

Domingo · Artículos 406-410

82

EN ESTA EDICIÓN

- 01 Participación comunitaria en promoción de la salud: fundamentos para Enfermería
- 02 Obesidad infantil y hábitos de vida: revisión de intervenciones educativas enfermeras
- 03 Dolor oncológico avanzado: revisión de valoración y cuidados paliativos
- 04 Linfedema tras cirugía mamaria: prevención, piel y autocuidado
- 05 Posición prona en pacientes críticos: cuidados, riesgos y seguridad enfermera

EDICIÓN DIARIA 82

Sumario

20 de septiembre de 2026

-
- | | | |
|----|--|-----------|
| 01 | Participación comunitaria en promoción de la salud: fundamentos para Enfermería | 03 |
| | Clara Benítez Romero · Álvaro Molina Serrano · Nerea Castillo Pardo | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(9):406 | |
-
- | | | |
|----|---|-----------|
| 02 | Obesidad infantil y hábitos de vida: revisión de intervenciones educativas enfermeras | 11 |
| | Eva Sánchez Domínguez · Óscar Romero Gil · Silvia Cano Morales · Marcos Vidal Nieto · Lorena Pardo Sáez | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(9):407 | |
-
- | | | |
|----|--|-----------|
| 03 | Dolor oncológico avanzado: revisión de valoración y cuidados paliativos | 19 |
| | Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(9):408 | |
-
- | | | |
|----|--|-----------|
| 04 | Linfedema tras cirugía mamaria: prevención, piel y autocuidado | 26 |
| | Jorge Navarro Medina · Elena Vargas Prieto · Rocío Sánchez Gil · Pablo Ibáñez Cortés | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(9):409 | |
-
- | | | |
|----|--|-----------|
| 05 | Posición prona en pacientes críticos: cuidados, riesgos y seguridad enfermera | 34 |
| | Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García | PÁGINA |
| | CADICE. 2026;1(9):410 | |
-

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

Participación comunitaria en promoción de la salud: fundamentos para Enfermería

Community participation in health promotion: foundations for Nursing

Clara Benítez Romero · Álvaro Molina Serrano · Nerea Castillo Pardo

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 9 - Septiembre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(9):406

Autor principal (primer firmante)

Clara Benítez Romero

Fecha recepción

23/08/26

Fecha aceptación

13/09/26

Fecha de publicación

20/09/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 9:406

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Educación del paciente;
Promoción de la salud;
Educación sanitaria;
Atención centrada en el paciente; Revisión;
Participación comunitaria;
Cuidados de Enfermería;
Enfermería basada en la evidencia; Salud comunitaria; Alfabetización en salud

Resumen

Introducción: La participación comunitaria constituye una dimensión central de la promoción de la salud y mantiene una relación estrecha con la práctica de la Enfermería comunitaria. Su desarrollo permite orientar las intervenciones hacia necesidades percibidas por la población, favorece la apropiación de los procesos de cuidado y puede mejorar la pertinencia cultural, la continuidad y la sostenibilidad de las acciones sanitarias. Sin embargo, su incorporación real en la práctica asistencial no siempre resulta sencilla, ya que depende de factores organizativos, relacionales y sociales.

Objetivos: Analizar los fundamentos conceptuales de la participación comunitaria en promoción de la salud, revisar su relevancia para Enfermería y describir elementos operativos para su incorporación en la práctica profesional.

Metodología: Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo, centrada en conceptos clave de promoción de la salud, salud comunitaria, educación sanitaria, alfabetización en salud y atención centrada en la persona y la comunidad. El análisis se orienta a la práctica enfermera y a la planificación de intervenciones en el ámbito comunitario.

Resultados: La participación comunitaria puede entenderse como un proceso gradual mediante el cual personas, familias, grupos y organizaciones intervienen en la identificación de problemas, la priorización de necesidades, el diseño de respuestas y la evaluación de las acciones de salud. Para Enfermería, este enfoque desplaza el centro de la intervención desde la mera transmisión de información hacia la construcción compartida de capacidades y decisiones. Entre sus componentes destacan la escucha activa, el reconocimiento de activos comunitarios, la adaptación comunicativa, la mediación cultural, el trabajo intersectorial y la evaluación participativa. Su aplicación requiere valorar desigualdades, niveles de alfabetización en salud, redes de apoyo y barreras de acceso.

Discusión/Conclusiones: La participación comunitaria no debe reducirse a una estrategia instrumental ni a una consulta puntual a la población. Supone una forma de comprender los cuidados desde la corresponsabilidad, la proximidad y el respeto a los saberes de la comunidad. Enfermería dispone de competencias especialmente adecuadas para facilitar estos procesos, aunque su consolidación exige tiempo, formación específica, continuidad institucional y marcos organizativos favorables.

Abstract

Introduction: Community participation is a core dimension of health promotion and is closely linked to community nursing practice. Its development may help align interventions with population-perceived needs, support ownership of care processes, and improve the cultural relevance, continuity, and sustainability of health actions. Nevertheless, its integration into routine practice is not always straightforward, as it depends on organizational, relational, and social factors.

Objectives: To analyze the conceptual foundations of community participation in health promotion, review its relevance for nursing, and describe operational elements for its incorporation into professional practice.

Methodology: A narrative theoretical review was conducted, focusing on key concepts related to health promotion, community health, health education, health literacy, and patient- and community-centered care. The analysis is oriented toward nursing practice and the planning of community-based interventions.

Results: Community participation can be understood as a gradual process through which individuals, families, groups, and organizations take part in problem identification, priority setting, intervention design, and evaluation of health actions. For nursing, this approach shifts the focus from information delivery alone to the shared construction of capacities and decisions. Main components include active listening, recognition of community assets, communication adapted to the audience, cultural mediation, intersectoral work, and participatory evaluation. Its implementation requires assessment of inequalities, health literacy, support networks, and access barriers.

Discussion/Conclusions: Community participation should not be reduced to an instrumental strategy or an occasional consultation process. It represents a way of understanding care through co-responsibility, proximity, and respect for community knowledge. Nursing has competencies particularly suited to facilitate these processes, although their consolidation requires time, specific training, institutional continuity, and supportive organizational frameworks.

Keywords: Patient Education; Health Promotion; Health Education; Patient-Centered Care; Review; Community Participation; Nursing Care; Evidence-Based Nursing; Community Health Nursing; Health Literacy

Introducción

La promoción de la salud ha evolucionado desde enfoques centrados de manera predominante en el riesgo individual hacia perspectivas más amplias, que integran determinantes sociales, contextos de vida y capacidad colectiva para producir bienestar. En ese marco, la participación comunitaria ocupa un lugar relevante porque introduce un cambio de lógica: la población deja de ser receptora pasiva de mensajes o intervenciones diseñadas externamente y pasa a ser interlocutora, agente y, en muchos casos, coproductora de salud.

Para Enfermería, esta orientación no resulta ajena. La profesión mantiene una relación histórica con el territorio, la proximidad y la continuidad de cuidados, especialmente en atención primaria, salud pública y salud comunitaria. La visita domiciliaria, la educación sanitaria grupal, el trabajo con familias, la detección de vulnerabilidad y la coordinación con recursos sociales son expresiones asistenciales de una práctica que, cuando se desarrolla con enfoque comunitario, trasciende la resolución de problemas clínicos inmediatos y se orienta también a fortalecer capacidades individuales y colectivas.

La participación comunitaria no equivale simplemente a convocar a la población a una actividad ni a solicitar su opinión al final de un programa. Implica reconocer que las comunidades poseen conocimiento sobre sus necesidades, prioridades, barreras y recursos. También supone admitir que las decisiones sanitarias obtienen mayor legitimidad y pueden alcanzar mejor implantación cuando se construyen con quienes viven los problemas en su contexto cotidiano. Desde esta perspectiva, la educación del paciente y la educación sanitaria dejan de limitarse a la transmisión vertical de contenidos para convertirse en procesos dialógicos, adaptados a valores, experiencias y condiciones reales de vida.

Este planteamiento tiene especial interés en escenarios donde confluyen multimorbilidad, fragilidad social, desigualdades en el acceso a

recursos y dificultades de alfabetización en salud. En tales situaciones, las intervenciones exclusivamente informativas suelen mostrar un alcance limitado si no consideran factores como el lenguaje, la cultura, las redes comunitarias, la disponibilidad de tiempo, la relación con los servicios y la confianza hacia las instituciones. La participación, entendida como proceso, puede favorecer una aproximación más realista y más justa.

Desde el punto de vista profesional, no obstante, promover participación comunitaria exige revisar inercias organizativas. Las agendas asistenciales centradas en la demanda inmediata, la fragmentación entre niveles, la escasa estabilidad de algunos proyectos o una visión excesivamente biomédica del cuidado pueden dificultar el desarrollo de acciones comunitarias consistentes. A ello se suma que la participación puede ser invocada de forma retórica sin modificar de manera sustancial la distribución del poder en la toma de decisiones. Por este motivo, conviene diferenciar entre participación simbólica y participación con capacidad real de influir en prioridades, contenidos e implementación.

En el campo enfermero, profundizar en los fundamentos de la participación comunitaria resulta útil por varias razones. En primer lugar, ayuda a clarificar conceptos que a menudo se emplean de forma indistinta, como educación sanitaria, promoción de la salud, empoderamiento, trabajo comunitario o atención centrada en la persona. En segundo lugar, permite identificar competencias específicas de la Enfermería para facilitar procesos participativos: comunicación terapéutica, valoración integral, acompañamiento, coordinación, abogacía y lectura contextual de las necesidades. Finalmente, aporta criterios para diseñar intervenciones más ajustadas al territorio y menos dependientes de un enfoque exclusivamente prescriptivo.

Objetivos

Analizar los fundamentos teóricos de la participación comunitaria en promoción de la salud y su relación con la práctica enfermera en el ámbito comunitario.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes:

- Delimitar el concepto de participación comunitaria y distinguirlo de otras actuaciones informativas o consultivas de alcance más limitado.
- Describir los elementos que vinculan participación comunitaria, educación sanitaria, alfabetización en salud y atención centrada en la persona.
- Examinar el papel de Enfermería en la identificación de necesidades, la movilización de activos comunitarios y la facilitación de procesos colaborativos.
- Señalar barreras y facilitadores para la incorporación de este enfoque en la práctica asistencial y en la planificación de intervenciones de promoción de la salud.
- Ofrecer orientaciones aplicables a la práctica profesional desde una perspectiva prudente, contextualizada y respetuosa con la diversidad social y cultural.

Metodología

Se ha elaborado una revisión teórica de carácter narrativo orientada a integrar nociones conceptuales y aplicaciones prácticas de interés para Enfermería. El análisis se organiza a partir de ejes temáticos vinculados con la promoción de la salud, la salud comunitaria, la educación del paciente, la alfabetización en salud y la atención centrada en la persona y la comunidad.

El propósito metodológico no es cuantificar resultados ni comparar intervenciones concretas, sino ofrecer una síntesis razonada que permita comprender cómo la participación comunitaria modifica la planificación, ejecución y evaluación de las acciones enfermeras. Por ello, se prioriza la coherencia conceptual, la aplicabilidad clínica y comunitaria, y la prudencia en la formulación de afirmaciones, evitando trasladar como concluyentes datos o efectos que dependen del contexto de implementación.

La revisión se apoya en marcos ampliamente reconocibles en salud comunitaria y promoción de la salud, sin presentar una búsqueda bibliográfica

exhaustiva ni atribuir recomendaciones a organismos concretos. Se analizan especialmente los siguientes aspectos: significado de la participación, gradientes de implicación comunitaria, papel profesional de Enfermería, condicionantes sociales y organizativos, y consideraciones para la evaluación de procesos participativos.

La orientación del texto es profesional y académica. Se dirige a enfermeras de atención primaria, salud pública, atención hospitalaria con proyección comunitaria, gestión de cuidados, docencia y formación especializada, así como a otros perfiles sanitarios interesados en la planificación de intervenciones de promoción de la salud.

Resultados

Participación comunitaria: más que presencia, capacidad de influencia

La participación comunitaria puede definirse como la implicación activa de la población en asuntos que afectan a su salud y bienestar. Esta implicación puede adoptar formas diversas, desde la expresión de necesidades y preferencias hasta la colaboración estable en el diseño, desarrollo y evaluación de iniciativas. La diferencia sustantiva no reside solo en estar presente, sino en la posibilidad real de influir sobre decisiones relevantes.

Cuando la participación se limita a una asistencia puntual o a recibir información sobre actividades ya decididas, su capacidad transformadora es escasa. En cambio, cuando la comunidad interviene en la priorización de problemas, en la adaptación de mensajes, en la identificación de recursos del entorno y en la valoración de resultados percibidos, las acciones tienden a mostrar mayor pertinencia social. Esta distinción resulta útil para la práctica enfermera porque obliga a revisar si las intervenciones comunitarias se construyen con la población o simplemente se dirigen a ella.

Relación con la promoción de la salud

La promoción de la salud no se reduce a prevenir enfermedad ni a recomendar estilos de vida saludables. Incluye también la creación de condiciones que favorezcan el control de las personas y las comunidades sobre los factores que influyen en su salud. Desde esta perspectiva, la participación comunitaria no es un añadido accesorio, sino uno de los mecanismos mediante los cuales la promoción de la salud adquiere sentido práctico.

En el ámbito enfermero, este enfoque conduce a intervenciones menos centradas en la corrección de conductas y más orientadas a comprender las posibilidades reales de cambio. No es equivalente recomendar actividad física en abstracto que explorar, junto con la comunidad, si existen espacios seguros, horarios compatibles, redes de apoyo o referentes locales que faciliten la adherencia. Del mismo modo, la alimentación saludable no puede abordarse solo desde el conocimiento nutricional si no se consideran disponibilidad económica, tradiciones culturales, organización familiar y acceso a alimentos adecuados.

La participación ayuda, por tanto, a vincular la acción sanitaria con los determinantes cotidianos de la salud. Para Enfermería, esto supone integrar en la valoración no solo síntomas, hábitos o diagnósticos médicos, sino también contexto doméstico, apoyos, creencias, trayectorias de relación con el sistema sanitario y recursos comunitarios accesibles.

Educación sanitaria y educación del paciente desde un enfoque participativo

La educación sanitaria ha sido una función clásica de Enfermería, pero su efectividad depende en gran medida del modo en que se concibe. Un modelo unidireccional, basado en la transmisión de instrucciones, puede ser útil en determinados momentos asistenciales, especialmente cuando se requiere explicar procedimientos o cuidados concretos. Sin embargo, resulta insuficiente para modificar procesos complejos o para trabajar objetivos de salud sostenidos en el tiempo.

El enfoque participativo transforma la educación sanitaria en una experiencia de intercambio. Las

personas no solo reciben contenidos, sino que expresan sus dudas, interpretaciones, miedos y condicionantes. Esta interacción permite ajustar el lenguaje, detectar barreras de comprensión y negociar objetivos asumibles. En grupos comunitarios, además, genera aprendizaje entre iguales, reconocimiento mutuo y circulación de estrategias que ya funcionan en el entorno.

La educación del paciente, en este marco, se relaciona estrechamente con la atención centrada en la persona. Informar no basta; es preciso valorar qué entiende la persona, cómo integra la información en su vida diaria y qué apoyos necesita para tomar decisiones. La participación comunitaria amplía este planteamiento al reconocer que muchas decisiones no se toman de manera aislada, sino en redes familiares, vecinales y culturales. Por ello, la intervención enfermera puede beneficiarse de formatos grupales, espacios de diálogo comunitario y colaboración con agentes del territorio.

Alfabetización en salud y accesibilidad de la información

La alfabetización en salud condiciona la capacidad para acceder, comprender, valorar y utilizar información relacionada con la salud. Su importancia para Enfermería es evidente, ya que una misma recomendación puede tener significados muy distintos según el nivel de comprensión, el lenguaje empleado y la experiencia previa con el sistema sanitario.

La participación comunitaria puede mejorar la accesibilidad de la información porque favorece la adaptación de materiales, mensajes y canales de comunicación a la realidad del grupo destinatario. Escuchar cómo la comunidad nombra sus problemas, qué términos resultan comprensibles o qué formatos generan más confianza puede evitar intervenciones técnicamente correctas pero poco útiles en la práctica.

En este sentido, la labor enfermera incluye traducir contenidos clínicos complejos sin simplificarlos de forma reductora, comprobar la comprensión, identificar malentendidos frecuentes y adecuar la comunicación a la diversidad cultural y funcional. También implica reconocer que la dificultad para seguir recomendaciones no siempre obedece a falta

de motivación; en muchas ocasiones refleja limitaciones materiales, sobrecarga de cuidados, problemas de acceso o experiencias previas de escasa confianza institucional.

Activos comunitarios y mirada salutogénica

La aproximación participativa no se centra únicamente en déficits y problemas. También incorpora una mirada sobre activos comunitarios, entendidos como recursos, capacidades, espacios, vínculos o iniciativas que pueden apoyar el bienestar. Para Enfermería, identificar activos supone ampliar la valoración del entorno: asociaciones vecinales, grupos de apoyo, centros educativos, recursos municipales, redes informales de ayuda, líderes comunitarios o espacios de encuentro pueden convertirse en aliados relevantes.

Trabajar con activos no implica idealizar a la comunidad ni descargar sobre ella responsabilidades que corresponden al sistema sanitario o a otras políticas públicas. Significa reconocer fortalezas existentes y articularlas con los cuidados profesionales. Esta combinación resulta especialmente valiosa en intervenciones de promoción de la salud donde la continuidad depende menos de la intensidad clínica y más de la capacidad de sostener hábitos, vínculos y espacios de participación.

Papel de Enfermería en los procesos participativos

La aportación de Enfermería a la participación comunitaria se apoya en competencias propias de la disciplina. La valoración integral permite aproximarse a necesidades de salud desde una perspectiva biopsicosocial; la comunicación terapéutica facilita relaciones de confianza; la continuidad asistencial favorece seguimiento y ajuste de las intervenciones; y la coordinación interprofesional e intersectorial ayuda a conectar demandas comunitarias con recursos disponibles.

En la práctica, el papel enfermero puede incluir funciones como mapear necesidades percibidas, identificar grupos en situación de vulnerabilidad, facilitar espacios de deliberación, adaptar materiales educativos, promover la participación de familias y cuidadores, apoyar redes de apoyo mutuo y contribuir a la evaluación de los procesos. En algunos contextos, la enfermera actúa además

como mediadora entre la lógica institucional y los tiempos de la comunidad, ayudando a traducir expectativas y límites de ambas partes.

Resulta especialmente relevante evitar una posición directiva que vacíe de contenido la participación. Facilitar no significa renunciar al conocimiento profesional, sino ponerlo al servicio de decisiones compartidas. La autoridad clínica continúa siendo necesaria, pero se ejerce de forma dialogante, integrando evidencia disponible, experiencia profesional y conocimiento situado de la población.

Condiciones para una participación significativa

No toda convocatoria comunitaria genera participación efectiva. Para que esta sea significativa, suelen ser necesarias ciertas condiciones: claridad sobre el propósito de la participación, accesibilidad de horarios y espacios, lenguaje comprensible, devolución de la información aportada, continuidad temporal y reconocimiento explícito del valor de las contribuciones comunitarias.

También debe considerarse quién participa y quién queda fuera. Las dinámicas comunitarias pueden reproducir desigualdades internas, de modo que grupos con mayor capital social o mayor disponibilidad de tiempo ocupen el espacio de decisión, mientras otras voces permanecen infrarepresentadas. Enfermería, por su cercanía con personas mayores, cuidadores, población migrante, personas con enfermedad crónica o familias en situación de vulnerabilidad, puede desempeñar una función relevante para identificar ausencias y favorecer mecanismos de inclusión.

La participación significativa requiere además una organización sanitaria capaz de sostener procesos, no solo actividades aisladas. Si no existe continuidad, seguimiento o capacidad de respuesta, la comunidad puede percibir que su implicación carece de impacto real. Esto puede deteriorar la confianza y dificultar futuras iniciativas.

Barreras frecuentes en la práctica

Entre las barreras más habituales destacan la presión asistencial, la fragmentación entre dispositivos, la escasez de tiempo protegido para trabajo comunitario, la rotación profesional y la tendencia a evaluar únicamente resultados inmediatos y fácilmente medibles. A ello se suman dificultades metodológicas para documentar cambios relacionales o de empoderamiento, que suelen ser más lentos y menos lineales que otros indicadores clínicos.

Existen además barreras culturales dentro de las propias organizaciones. En ocasiones, la participación se percibe como una tarea complementaria frente a la actividad clínica considerada central. Esta división resulta artificiosa, ya que muchos problemas de salud requieren respuestas que combinan cuidado individual, educación, coordinación y trabajo con el entorno. Separar de forma rígida lo comunitario de lo asistencial puede limitar la eficacia global del cuidado.

Otra dificultad relevante es el riesgo de instrumentalizar a la comunidad, convocándola para validar decisiones ya tomadas o responsabilizándola de resultados que dependen de determinantes estructurales. Una práctica enfermera ética debe reconocer esos límites y evitar discursos que culpabilicen a personas o grupos por condiciones que escapan a su control directo.

Evaluación de las intervenciones participativas

La evaluación en participación comunitaria no debería restringirse al recuento de asistentes o al número de actividades realizadas. Conviene incorporar indicadores de proceso y de calidad relacional: diversidad de participantes, grado de implicación en la toma de decisiones, adecuación cultural de las acciones, continuidad del grupo, percepción de utilidad, fortalecimiento de redes y capacidad para reorientar intervenciones según necesidades emergentes.

En Enfermería, esta mirada evaluativa resulta coherente con una práctica centrada en resultados relevantes para la vida diaria. En muchas ocasiones, los cambios más significativos no son inmediatos ni exclusivamente biomédicos, sino que

se expresan en mayor comprensión del proceso de salud, mejor uso de recursos, incremento del apoyo mutuo o aumento de la confianza para solicitar ayuda y participar en decisiones.

Discusión/Conclusiones

La participación comunitaria aporta un marco especialmente valioso para una Enfermería que aspire a integrar cuidado individual, acción educativa y responsabilidad social. Su principal aportación no reside únicamente en mejorar la aceptación de las intervenciones, sino en reformular la relación entre profesionales, personas y comunidad. Este desplazamiento implica pasar de un modelo centrado en la prescripción a otro más deliberativo, donde el conocimiento profesional se combina con la experiencia de quienes viven las situaciones de salud en su entorno cotidiano.

Desde el punto de vista conceptual, la revisión permite subrayar que participación comunitaria, educación sanitaria, alfabetización en salud y atención centrada en la persona son dimensiones relacionadas, pero no equivalentes. La educación puede existir sin participación real si se mantiene una lógica unidireccional. La atención centrada en la persona puede quedarse en el plano individual si no considera redes y condiciones sociales. La alfabetización en salud puede abordarse de manera limitada si no se adapta a contextos culturales y trayectorias de desigualdad. Integrar estas dimensiones en la práctica enfermera exige una mirada amplia y una metodología relacional.

La Enfermería comunitaria se encuentra en una posición privilegiada para facilitar este enfoque por su accesibilidad, su tradición de continuidad y su competencia para realizar valoraciones integrales. No obstante, esa potencialidad no se despliega de forma automática. Requiere formación en metodologías participativas, habilidades de facilitación grupal, lectura de determinantes sociales, trabajo intersectorial y evaluación cualitativa de procesos. También requiere respaldo organizativo: tiempo protegido, reconocimiento institucional y articulación con políticas locales y recursos comunitarios.

En términos prácticos, la participación comunitaria puede incorporarse de manera progresiva. No siempre será posible desarrollar procesos amplios y sostenidos, pero incluso en intervenciones acotadas resulta pertinente incluir preguntas sobre prioridades percibidas, barreras reales de acceso, formatos comunicativos preferidos y recursos del entorno con valor para el cuidado. Esta actitud modifica la calidad de la intervención y evita que la promoción de la salud se reduzca a la mera difusión de mensajes.

Debe asumirse, además, que la participación no elimina conflictos ni garantiza por sí sola mejores resultados. Las comunidades son heterogéneas, atraviesan desigualdades internas y pueden expresar demandas diversas o incluso contradictorias. El papel de Enfermería no consiste en idealizar esos procesos, sino en sostener espacios de escucha, mediación y acompañamiento que permitan decisiones razonables, éticamente defendibles y adaptadas al territorio.

En suma, la participación comunitaria constituye un fundamento operativo de la promoción de la salud y una oportunidad para reforzar el valor específico de Enfermería en salud comunitaria. Su desarrollo puede contribuir a intervenciones más pertinentes, comprensibles y sostenibles, siempre que se apoye en relaciones de confianza, compromiso institucional y una comprensión no reduccionista de los cuidados. Asumir este enfoque implica reconocer que promover salud no es solo intervenir sobre conductas, sino también construir, junto con la comunidad, condiciones para vivir y cuidarse con mayor capacidad de decisión.

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. Speros C. Health literacy: concept analysis.. J Adv Nurs. 2005;50(6):633-40. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x>

2. Deal LW. The effectiveness of community health nursing interventions: a literature review.. *Public Health Nurs.* 1994;11(5):315-23. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1994.tb00193.x>
3. Brick R, Skidmore E. Optimizing Cancer Rehabilitation through Activity-focused Approaches.. *Semin Oncol Nurs.* 2020;36(1):150985. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.150985>
4. Chalmers KI, Bramadat IJ. Community development: theoretical and practical issues for community health nursing in Canada.. *J Adv Nurs.* 1996;24(4):719-26. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.24810.x>
5. Marks BA, Heller T. Bridging the equity gap: health promotion for adults with intellectual and developmental disabilities.. *Nurs Clin North Am.* 2003;38(2):205-28. doi: [https://doi.org/10.1016/s0029-6465\(02\)00049-x](https://doi.org/10.1016/s0029-6465(02)00049-x)
6. Kang R. Building community capacity for health promotion: a challenge for public health nurses.. *Public Health Nurs.* 1995;12(5):312-8. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1995.tb00154.x>
7. Flynn BC. Healthy Cities: toward worldwide health promotion.. *Annu Rev Public Health.* 1996;17:299-309. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.17.050196.001503>
8. Lohrasbi F, Alavi M, Akbari M, Maghsoudi J. Promoting Psychosocial Health of Family Caregivers of Patients with Chronic Mental Disorders: A Review of Challenges and Strategies.. *Chonnam Med J.* 2023;59(1):31-47. doi: <https://doi.org/10.4068/cmj.2023.59.1.31>
9. Heumann M, Röhnsch G, Hämel K. Primary healthcare nurses' involvement in patient and community participation in the context of chronic diseases: An integrative review.. *J Adv Nurs.* 2022;78(1):26-47. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.14955>
10. Baisch MJ. Community health: an evolutionary concept analysis.. *J Adv Nurs.* 2009;65(11):2464-76. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05068.x>
11. González-Riera FJ, García-Iglesias JJ, Allande-Cussó R, Ruiz-Frutos C, Rodríguez-Díaz L, Vázquez-Lara JM, et al.. Mental Health of Prison Inmates During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review.. *Int J Public Health.* 2024;69:1607166. doi: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607166>
12. Sanders C, Amyot E, Usipuk M, Crawford L, Callens N, Chanoine JP, et al.. Lifespan healthcare transitions among individuals with intersex traits in Canada: a mixed-methods and qualitative study.. *BMJ Open.* 2022;12(4):e055759. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055759>
13. Tuckett AG, Banchoff AW, Winter SJ, King AC. The built environment and older adults: A literature review and an applied approach to engaging older adults in built environment improvements for health.. *Int J Older People Nurs.* 2018;13(1). doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12171>

ARTÍCULO 02

Obesidad infantil y hábitos de vida: revisión de intervenciones educativas enfermeras

Childhood obesity and lifestyle habits: review of nursing educational interventions

Eva Sánchez Domínguez · Óscar Romero Gil · Silvia Cano Morales · Marcos Vidal Nieto · Lorena Pardo Sáez

Incluido en la revista CADICE. Vol. I. N.º 9 - Septiembre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(9):407

Autor principal (primer firmante)

Eva Sánchez Domínguez

Fecha recepción

15/08/26

Fecha aceptación

15/09/26

Fecha de publicación

20/09/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 9:407

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Actividad física; Salud infantil; Revisión; Enfermería pediátrica; Dieta saludable; Obesidad pediátrica; Enfermería basada en la evidencia; Cuidados de Enfermería; Familia; Niño

Resumen

Introducción: La obesidad infantil constituye un problema de salud de carácter multifactorial en el que confluyen condicionantes biológicos, conductuales, familiares, escolares y sociales. Su abordaje no puede reducirse al control ponderal aislado, ya que se relaciona con patrones de alimentación, actividad física, sedentarismo, sueño, bienestar emocional y estilos de crianza. En este escenario, la Enfermería pediátrica ocupa una posición relevante por su proximidad continuada al niño y a la familia, así como por su capacidad para desarrollar intervenciones educativas orientadas a la promoción de hábitos de vida saludables.

Objetivos: Revisar el papel de las intervenciones educativas enfermeras en la obesidad infantil, identificar sus componentes más habituales y analizar los elementos que pueden favorecer una implementación clínica útil y prudente.

Metodología: Se realiza una revisión teórica de carácter narrativo centrada en la obesidad pediátrica y en las intervenciones educativas lideradas o desarrolladas por profesionales de Enfermería. El análisis se organiza en torno a los principales determinantes de los hábitos de vida, el abordaje familiar, los entornos de intervención y las implicaciones para la práctica asistencial.

Resultados: Las intervenciones enfermeras más consistentes en este campo suelen integrar educación alimentaria, promoción del movimiento cotidiano y del ejercicio adaptado a la edad, revisión del tiempo sedentario, participación activa de la familia, establecimiento de objetivos progresivos y seguimiento continuado. La entrevista clínica, la valoración de rutinas, la detección de barreras y la educación para la salud individualizada permiten ajustar el plan de cuidados a la realidad del niño. El entorno escolar y comunitario puede reforzar los cambios iniciados en consulta.

Discusión/Conclusiones: La intervención educativa enfermera puede contribuir a mejorar hábitos de vida relacionados con la salud infantil cuando se plantea desde una perspectiva no culpabilizadora, centrada en la familia y adaptada al desarrollo del menor. El trabajo interdisciplinar, la continuidad asistencial y la individualización de objetivos son aspectos relevantes para sostener cambios realistas y clínicamente seguros.

Abstract

Introduction: Childhood obesity is a multifactorial health problem involving biological, behavioural, family, school and social determinants. Its management should not be limited to weight control alone, since it is linked to eating patterns, physical activity, sedentary behaviour, sleep, emotional well-being and parenting styles. In this context, pediatric nursing has an important role due to its close and continuous contact with children and families, as well as its capacity to provide health education interventions aimed at promoting healthier lifestyles.

Objectives: To review the role of nursing educational interventions in childhood obesity, to identify their most frequent components, and to analyse the factors that may support clinically useful and prudent implementation.

Methodology: A narrative theoretical review was conducted focusing on pediatric obesity and educational interventions led or delivered by nurses. The analysis was organised around the main determinants of lifestyle behaviours, family-based care, intervention settings, and implications for nursing practice.

Results: The nursing interventions most commonly described in this field usually combine nutrition education, promotion of daily movement and age-appropriate exercise, assessment of sedentary time, active family involvement, progressive goal setting and follow-up. Clinical interviewing, routine assessment, identification of barriers and individualised health education help tailor the care plan to the child's circumstances. School and community environments may reinforce the changes initiated in healthcare settings.

Discussion/Conclusions: Nursing educational interventions may help improve lifestyle habits related to child health when they are non-stigmatising, family-centred and developmentally appropriate. Interdisciplinary work, continuity of care and individualised goals are relevant to support realistic and clinically safe changes over time.

Keywords: Motor Activity; Child Health; Review; Pediatric Nursing; Healthy Diet; Pediatric Obesity; Evidence-Based Nursing; Nursing Care; Family; Child

Introducción

La obesidad infantil se ha consolidado como una de las cuestiones más complejas de la salud infantojuvenil. Su significado clínico va más allá de la presencia de exceso ponderal, ya que implica la interacción de hábitos diarios, condicionantes sociales, dinámicas familiares y oportunidades reales para desarrollar estilos de vida saludables. La interpretación exclusivamente biométrica resulta insuficiente si no se acompaña de una comprensión del contexto en el que el niño come, juega, descansa, aprende y se relaciona.

Desde la práctica enfermera, la obesidad pediátrica requiere un abordaje longitudinal y relacional. La consulta de Enfermería ofrece un espacio especialmente adecuado para explorar rutinas de alimentación, horarios, preferencias, actividad física habitual, tiempo de pantalla, patrón de sueño, autopercepción corporal y clima familiar en torno a la comida. Esta mirada integral permite identificar no solo conductas concretas, sino también barreras, creencias y factores de vulnerabilidad que condicionan la adherencia a los cambios.

La infancia es un periodo particularmente sensible para la adquisición de hábitos. En estas etapas, la conducta alimentaria y el patrón de actividad se configuran en gran medida dentro de la familia, aunque también influyen la escuela, la oferta del entorno, la disponibilidad de espacios seguros para el juego y los mensajes culturales sobre alimentación e imagen corporal. Por ello, cualquier intervención educativa centrada en el niño de forma aislada tiende a ser limitada. La participación de cuidadores y referentes habituales es parte del proceso de cuidados.

También debe considerarse el impacto emocional y social del problema. Algunos menores con obesidad pueden presentar malestar relacionado con el estigma, baja autoestima, evitación de actividades físicas o experiencias de discriminación entre iguales. Una intervención enfermera prudente debe evitar discursos centrados en la culpa, el castigo o la imagen corporal como único motor del cambio. El foco ha de situarse en la salud, la funcionalidad, el bienestar y la construcción progresiva de rutinas sostenibles.

En el marco de la Enfermería basada en la evidencia, las intervenciones educativas no se reducen a transmitir información sobre alimentos o ejercicio. Su efectividad práctica depende de cómo se realiza la valoración, del vínculo terapéutico, de la capacidad para consensuar objetivos alcanzables y del seguimiento a medio plazo. La educación para la salud en este ámbito implica acompañamiento, negociación y adaptación al momento evolutivo del menor.

La relevancia profesional de esta revisión radica en que muchos contactos asistenciales en pediatría, atención primaria, salud escolar o programas comunitarios sitúan a Enfermería como agente clave para la prevención, la detección precoz y el acompañamiento de familias que necesitan apoyo para modificar hábitos de vida. Analizar las características de estas intervenciones resulta útil para orientar una práctica clínica más coherente y realista.

Objetivos

El objetivo general de esta revisión es analizar el papel de las intervenciones educativas enfermeras en el abordaje de la obesidad infantil y de los hábitos de vida asociados.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Describir los principales factores relacionados con la obesidad infantil que deben considerarse en la valoración enfermera.
- Identificar los componentes habituales de las intervenciones educativas orientadas a alimentación, actividad física, reducción del sedentarismo y hábitos cotidianos de salud.
- Examinar la importancia del abordaje familiar y del contexto escolar y comunitario en la adherencia a los cambios.
- Analizar los elementos de la práctica enfermera que pueden favorecer una intervención clínica individualizada, no estigmatizante y mantenida en el tiempo.
- Reflexionar sobre las implicaciones asistenciales de estas intervenciones en el ámbito de la Enfermería pediátrica.

Metodología

Se presenta una revisión teórica de tipo narrativo sobre la obesidad infantil y las intervenciones educativas desarrolladas desde Enfermería. El trabajo se ha planteado con finalidad de síntesis clínica y académica, integrando conocimientos habitualmente presentes en la literatura profesional sobre promoción de la salud infantil, educación alimentaria, actividad física y abordaje familiar.

El contenido se organiza en torno a ejes de especial relevancia asistencial: comprensión multifactorial del problema, valoración enfermera de hábitos de vida, componentes de la intervención educativa, papel de la familia, entornos de apoyo y seguimiento. No se realiza metaanálisis ni revisión sistemática, y por ello la exposición se centra en tendencias de práctica y consideraciones aplicables a la atención enfermera, evitando atribuir resultados cuantitativos o recomendaciones cerradas a fuentes concretas no aportadas.

La perspectiva adoptada prioriza la prudencia clínica. Se emplea un enfoque orientado a la práctica profesional, compatible con los principios de promoción de la salud, atención centrada en la familia y continuidad asistencial. Las propuestas descritas deben interpretarse como líneas de actuación generales que requieren adaptación a la edad del menor, a su situación clínica, a los recursos del entorno y al juicio profesional del equipo asistencial.

Resultados

Comprensión clínica y enfermera de la obesidad infantil

La obesidad infantil responde a un equilibrio alterado entre ingesta, gasto energético y otros determinantes que modulan la conducta y la respuesta metabólica. Sin embargo, en la práctica clínica no suele existir una causa única ni una solución simple. Los hábitos alimentarios se construyen mediante disponibilidad de alimentos, organización doméstica, horarios, preferencias sensoriales, estilos educativos y uso de la comida como recompensa o regulación emocional. Del mismo modo, la actividad física depende no solo de la motivación individual, sino de las oportunidades reales de juego activo, desplazamiento, deporte y participación familiar.

Esta complejidad exige que la valoración enfermera no se limite a registrar medidas antropométricas. Conviene explorar quién compra y cocina, cómo se estructuran las comidas, si existen ingestas frente a pantallas, qué bebidas son de consumo habitual, cuánto tiempo se dedica al juego libre, qué tipo de desplazamientos realiza el niño, cómo son los horarios de sueño y qué percepción tiene la familia del problema. A menudo aparecen discrepancias entre la preocupación profesional y la percepción familiar, especialmente cuando determinadas rutinas se han normalizado.

La entrevista debe preservar la alianza terapéutica. Un enfoque culpabilizador puede generar resistencia, ocultación de hábitos o abandono del seguimiento. Resulta más útil formular preguntas abiertas, validar las dificultades reales de la familia e identificar oportunidades de cambio concretas. La obesidad infantil se relaciona con la salud del niño, pero también con la organización cotidiana del hogar; por ello, la intervención educativa requiere sensibilidad clínica y habilidades comunicativas.

Elementos de la valoración inicial

La primera aproximación enfermera suele beneficiarse de una valoración estructurada de hábitos de vida. Entre los aspectos especialmente relevantes se incluyen la frecuencia y distribución de las comidas, el entorno en que se realizan, la presencia de desayuno o su omisión, el consumo de productos de alta densidad energética, la ingesta de frutas, verduras y agua, y la identificación de patrones como picoteo continuo o cenas tardías. Más allá del listado de alimentos, interesa comprender las rutinas.

En relación con la actividad física, debe valorarse el tiempo dedicado al movimiento espontáneo, a actividades extraescolares, a juego al aire libre y a desplazamientos activos. No todos los niños tienen acceso a espacios adecuados o a recursos deportivos, por lo que las recomendaciones deben ajustarse a posibilidades reales. Del mismo modo, el tiempo de pantalla y otras conductas sedentarias deben explorarse sin simplificaciones, ya que en muchos hogares se vinculan a necesidades de conciliación, descanso de cuidadores o limitaciones del entorno.

El sueño merece una atención específica. Horarios irregulares, descanso insuficiente o uso de pantallas antes de dormir pueden interferir en la regulación de rutinas y en el bienestar general. También es pertinente valorar aspectos emocionales, dado que la relación con la comida y con el propio cuerpo puede verse afectada por ansiedad, frustración, aislamiento o comentarios estigmatizantes.

La familia constituye una unidad de cuidado. La valoración debe incluir motivación para el cambio, capacidad de organización, reparto de responsabilidades y percepción del esfuerzo que implican las modificaciones propuestas. En algunos casos, los adultos presentan dificultades similares en sus propios hábitos, lo que puede limitar o, si se trabaja adecuadamente, fortalecer el proceso de cambio compartido.

Componentes de las intervenciones educativas enfermeras

Las intervenciones educativas enfermeras en obesidad infantil suelen ser más útiles cuando combinan información comprensible con herramientas prácticas para la vida diaria. La mera recomendación genérica de “comer mejor y moverse más” rara vez produce cambios sostenidos. Las familias necesitan traducir estas orientaciones a decisiones concretas: planificar menús, regular la oferta alimentaria doméstica, organizar horarios, introducir alternativas al ocio sedentario y negociar normas consistentes.

En educación alimentaria, el papel de Enfermería incluye ayudar a diferenciar el consumo habitual de alimentos frescos y mínimamente procesados del consumo ocasional de productos de baja calidad nutricional, promover una estructura de comidas más ordenada y reforzar prácticas como comer en familia cuando sea posible y prestar atención al hambre y la saciedad. No se trata de imponer dietas rígidas, sino de facilitar cambios graduales y asumibles. En edad pediátrica, la restricción estricta o los mensajes excesivamente normativos pueden resultar contraproducentes y deben valorarse con cautela.

La actividad física debe abordarse desde una visión amplia. No todos los cambios requieren actividades regladas; también puede resultar beneficioso aumentar el juego activo, caminar más, reducir desplazamientos pasivos cuando sea factible y favorecer rutinas familiares menos sedentarias. El objetivo no es solo incrementar el gasto energético, sino integrar el movimiento como parte de una vida cotidiana saludable y placentera.

La reducción del sedentarismo exige estrategias concretas. En consulta puede trabajarse la identificación de momentos de mayor uso de pantallas, la creación de alternativas compatibles con la dinámica familiar y la retirada de dispositivos durante las comidas o antes de dormir. Estas medidas suelen requerir coherencia por parte de los adultos, ya que las normas aplicadas solo al menor tienden a ser menos eficaces y generan conflicto.

Otro componente central es el establecimiento de objetivos progresivos. Las metas excesivamente

ambiciosas favorecen la frustración. Resulta más razonable consensuar uno o dos cambios cada vez, revisarlos en visitas sucesivas y reforzar logros intermedios. La Enfermería puede ayudar a transformar expectativas abstractas en conductas observables, como modificar la frecuencia de ciertas bebidas, asegurar un tiempo diario de juego activo o regular horarios de comida y sueño.

Entrevista motivacional, apoyo y adherencia

La adherencia a las recomendaciones depende en gran medida del modo en que se construye la relación terapéutica. La entrevista motivacional y otras estrategias de comunicación centradas en la persona pueden ser especialmente útiles para explorar ambivalencias, reconocer dificultades y favorecer la participación activa de la familia. En lugar de prescribir conductas desde una posición jerárquica, la intervención educativa gana solidez cuando parte de lo que la familia considera posible.

El refuerzo positivo tiene un papel relevante, sobre todo en la infancia. Conviene desplazar el foco del peso como único indicador de éxito y valorar avances en las rutinas: mayor regularidad en las comidas, disminución del picoteo, aumento del juego activo, mejor descanso o menor dependencia de las pantallas. Este enfoque puede disminuir la presión sobre el menor y proteger su bienestar emocional.

Las barreras de adherencia son frecuentes: falta de tiempo, dificultades económicas, modelos familiares consolidados, escasa red de apoyo, cansancio de los cuidadores o resistencia del niño ante cambios percibidos como pérdida. La intervención enfermera debe reconocer estas limitaciones sin trivializarlas. En ocasiones, pequeñas modificaciones sostenidas tienen mayor impacto clínico que planes muy exigentes que no llegan a incorporarse a la vida diaria.

Abordaje familiar y entorno del niño

La familia no debe entenderse solo como destinataria de consejos, sino como protagonista del proceso. Las intervenciones centradas en cuidadores suelen facilitar la modificación del entorno doméstico, que es donde se toman muchas decisiones con repercusión en la salud del menor. Si en casa persisten una oferta alimentaria poco saludable, horarios desorganizados o un modelo de ocio marcadamente sedentario, el margen de cambio individual del niño es reducido.

La actuación enfermera puede orientarse a revisar compras, disponibilidad de alimentos, tamaño de las raciones servidas, uso de premios alimentarios, organización de celebraciones y rutinas de fin de semana. También conviene explorar la coherencia entre los distintos cuidadores. Las discrepancias entre progenitores, abuelos u otros referentes pueden dificultar la implementación de límites y generar mensajes contradictorios.

El centro escolar y los recursos comunitarios tienen capacidad para reforzar o debilitar los cambios trabajados en consulta. La educación para la salud puede beneficiarse de la coordinación con programas escolares de alimentación, actividad física y bienestar. Asimismo, la accesibilidad a parques, instalaciones deportivas, actividades municipales o iniciativas grupales condiciona las oportunidades reales de mantenimiento. La perspectiva comunitaria es especialmente relevante en contextos de vulnerabilidad social.

Papel específico de Enfermería pediátrica

La aportación de Enfermería pediátrica combina funciones preventivas, educativas, asistenciales y de seguimiento. En revisiones de salud y consultas programadas, la enfermera puede identificar precozmente señales de riesgo, iniciar conversación clínica sobre hábitos y acompañar a la familia antes de que se consoliden trayectorias menos saludables. En fases ya establecidas, su papel se orienta a sostener el proceso de cambio y coordinar, cuando procede, con otros profesionales.

La continuidad es una fortaleza propia de la disciplina. El seguimiento periódico permite reevaluar objetivos, detectar recaídas, adaptar estrategias a nuevas etapas evolutivas y mantener la

motivación. En la infancia, las circunstancias cambian con rapidez: entrada en nuevas etapas escolares, modificación de horarios, cambios familiares o variaciones en la autonomía del menor. Un plan educativo rígido pierde utilidad si no se revisa con regularidad.

Además, la enfermera ocupa una posición estratégica para integrar promoción de la salud y prevención del daño emocional. El lenguaje utilizado debe evitar estigmatizar el cuerpo del niño o centrar la conversación en la apariencia. Es preferible hablar de energía, descanso, capacidad funcional, juego, bienestar y salud futura, siempre con respeto al desarrollo psicológico y a la imagen corporal.

Cuando la situación clínica lo requiera, la coordinación con pediatría, nutrición, psicología u otros recursos puede ampliar las posibilidades de abordaje. La intervención enfermera no sustituye una evaluación interdisciplinar cuando existen comorbilidades, sospecha de trastornos de la conducta alimentaria, problemas emocionales relevantes o dificultades familiares complejas; más bien actúa como eje de acompañamiento y enlace asistencial.

Discusión/Conclusiones

La revisión de las intervenciones educativas enfermeras en obesidad infantil muestra que su utilidad no depende únicamente del contenido informativo, sino del enfoque desde el que se aplican. Las propuestas más razonables comparten varios rasgos: visión integral del problema, implicación familiar, adaptación al desarrollo del niño, objetivos graduales y seguimiento mantenido. En la práctica, el cambio de hábitos se construye mejor cuando se trabaja sobre rutinas concretas y no sobre mensajes abstractos o centrados exclusivamente en la pérdida de peso.

Una de las principales aportaciones de Enfermería es su capacidad para traducir recomendaciones generales a escenarios cotidianos. La consulta permite identificar qué cambios son viables en función de la organización doméstica, el contexto socioeconómico, el acceso a recursos y el grado de motivación de la familia. Este carácter aplicado hace que la intervención educativa sea

especialmente valiosa en un problema de salud donde la adherencia depende de decisiones repetidas en la vida diaria.

También conviene subrayar que la obesidad infantil no debería abordarse desde simplificaciones moralizantes. El exceso de presión sobre el niño o sobre sus cuidadores puede deteriorar la relación terapéutica y aumentar el malestar emocional. La educación para la salud requiere un marco respetuoso, no estigmatizante y orientado a la mejora progresiva del bienestar. En este sentido, la competencia comunicativa de la enfermera es tan relevante como su conocimiento técnico.

Entre las limitaciones habituales de este tipo de intervenciones se encuentran la escasez de tiempo en consulta, la discontinuidad del seguimiento, las desigualdades sociales y la dificultad para sostener cambios cuando el entorno no los favorece. Por ello, las estrategias más prometedoras suelen ser aquellas que combinan atención individual o familiar con apoyo escolar, comunitario e interdisciplinar. La coordinación entre niveles asistenciales y agentes del entorno puede aumentar la coherencia de los mensajes y facilitar su mantenimiento.

En términos asistenciales, el abordaje enfermero de la obesidad infantil debe orientarse a promover hábitos de vida saludables en sentido amplio: alimentación estructurada y de mejor calidad, reducción del sedentarismo, incremento del movimiento cotidiano, sueño adecuado y cuidado del bienestar emocional. Más que perseguir resultados inmediatos, interesa consolidar trayectorias de salud compatibles con la etapa evolutiva del menor y con las posibilidades reales de su familia.

La obesidad infantil exige respuestas sostenidas, prudentes y centradas en cuidados. En ese marco, las intervenciones educativas enfermeras pueden aportar un valor diferencial cuando integran escucha clínica, acompañamiento, educación para la salud y continuidad asistencial. Su potencial reside en ayudar a que los cambios formen parte de la vida diaria, con objetivos realistas y una mirada que priorice la salud del niño por encima de enfoques reduccionistas.

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. Fox CK, Kelly AS, Reilly JL, Theis-Mahon N, Raatz SJ. Current and future state of pharmacological management of pediatric obesity.. *Int J Obes (Lond)*. 2025;49(3):388-396. doi: <https://doi.org/10.1038/s41366-024-01465-y>
2. Cheng H, George C, Dunham M, Whitehead L, Denney-Wilson E. Nurse-led interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review.. *Int J Nurs Stud*. 2021;121:104008. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104008>
3. Talens C, da Quinta N, Adebayo FA, Erkkola M, Heikkilä M, Bargiel-Matusiewicz K, et al.. Mobile- and Web-Based Interventions for Promoting Healthy Diets, Preventing Obesity, and Improving Health Behaviors in Children and Adolescents: Systematic Review of Randomized Controlled Trials.. *J Med Internet Res*. 2025;27:e60602. doi: <https://doi.org/10.2196/60602>
4. Moreno L. Complementary Food and Obesity.. *Ann Nutr Metab*. 2025;81(Suppl 2):8-19. doi: <https://doi.org/10.1159/000542373>
5. Lee WW. An overview of pediatric obesity.. *Pediatr Diabetes*. 2007;8 Suppl 9:76-87. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2007.00337.x>
6. Wills-Ibarra N, Chemtob K, Hart H, Frati F, Pratt KJ, Ball GD, et al.. Family systems approaches in pediatric obesity management: a scoping review.. *BMC Pediatr*. 2024;24(1):235. doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04646-w>
7. Frattolillo V, Massa A, Capone D, Monaco N, Forcina G, Di Filippo P, et al.. Integrating digital health into pediatric obesity management: Current practices and future perspectives.. *Obes Pillars*. 2025;16:100189. doi: <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2025.100189>
8. Seburg EM, Olson-Bullis BA, Bredeson DM, Hayes MG, Sherwood NE. A Review of Primary Care-Based Childhood Obesity Prevention and Treatment Interventions.. *Curr Obes Rep*. 2015;4(2):157-73. doi: <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0160-0>
9. Ziauddeen N, Roderick PJ, Macklon NS, Alwan NA. Predicting childhood overweight and obesity using maternal and early life risk factors: a systematic review.. *Obes Rev*. 2018;19(3):302-312. doi: <https://doi.org/10.1111/obr.12640>

10. Collado-Soler R, Alférez-Pastor M, Torres FL, Trigueros R, Aguilar-Parra JM, Navarro N. A Systematic Review of Healthy Nutrition Intervention Programs in Kindergarten and Primary Education.. *Nutrients*. 2023;15(3). doi: <https://doi.org/10.3390/nu15030541>
11. Johnson LG, Cho H, Lawrence SM, Keenan GM. Early childhood (1-5 years) obesity prevention: A systematic review of family-based multicomponent behavioral interventions.. *Prev Med*. 2024;181:107918. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2024.107918>
12. Vallabhan MK, Jimenez EY, Nash JL, Gonzales-Pacheco D, Coakley KE, Noe SR, et al.. Motivational Interviewing to Treat Adolescents With Obesity: A Meta-analysis.. *Pediatrics*. 2018;142(5). doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0733>
13. Gråstén A, Tremblay MS, Ortega FB, Jaakkola T, Yli-Piipari S, Alnuaimi J. Physical activity strategies for preventing school-aged children's overweight and obesity: a systematic review.. *J Public Health Policy*. 2025;46(3):484-502. doi: <https://doi.org/10.1057/s41271-025-00571-z>
14. Perdew M, Liu S, Naylor PJ. Family-based nutrition interventions for obesity prevention among school-aged children: a systematic review.. *Transl Behav Med*. 2021;11(3):709-723. doi: <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa082>

ARTÍCULO 03

Dolor oncológico avanzado: revisión de valoración y cuidados paliativos

Advanced cancer pain: review of assessment and palliative care

Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 9 - Septiembre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(9):408

Autor principal (primer firmante)

Isabel Gómez Cordero

Fecha recepción

15/08/26

Fecha aceptación

14/09/26

Fecha de publicación

20/09/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 9:408

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Cuidadores familiares; Enfermería basada en la evidencia; Opioides; Dolor oncológico; Cuidados paliativos; Atención al final de la vida; Cuidados de Enfermería; Revisión; Escalas de dolor; Control de síntomas

Resumen

Introducción: El dolor oncológico avanzado constituye una experiencia compleja, de alta carga física, emocional, funcional y social, especialmente en fases de enfermedad progresiva y al final de la vida. Su abordaje requiere una valoración clínica continuada y una respuesta interdisciplinar en la que la Enfermería desempeña un papel central en la detección precoz, la monitorización de la respuesta terapéutica, la educación sanitaria y el acompañamiento a la persona y a su entorno cuidador.

Objetivos: Revisar los elementos esenciales de la valoración del dolor oncológico avanzado y analizar las principales líneas de actuación enfermera en cuidados paliativos, con atención a la evaluación sistemática, el manejo de opioides desde la vigilancia clínica, el control de síntomas concurrentes y el apoyo a cuidadores familiares.

Metodología: Se presenta una revisión teórica de orientación narrativa, centrada en contenidos clínicos y enfermeros de aplicación habitual en la atención paliativa. Se integran aspectos conceptuales, de valoración y de cuidados, con formulación prudente y enfoque práctico para el entorno asistencial.

Resultados: La valoración del dolor exige explorar intensidad, características, localización, temporalidad, factores desencadenantes o atenuantes, impacto funcional y repercusión emocional. En la enfermedad avanzada deben considerarse el dolor basal, el dolor irruptivo, la coexistencia de otros síntomas y la posible presencia de sufrimiento global. La Enfermería contribuye a la observación clínica, al uso adecuado de escalas, a la educación sobre analgesia, a la detección de efectos adversos y a la coordinación con el equipo. El acompañamiento a la familia y la comunicación adaptada al momento evolutivo forman parte del cuidado paliativo integral.

Discusión/Conclusiones: El control del dolor oncológico avanzado no depende solo de la prescripción analgésica, sino de una valoración continuada, individualizada y sensible a la situación funcional, cognitiva y emocional. La práctica enfermera puede mejorar la seguridad, la continuidad asistencial y la calidad del cuidado cuando incorpora evaluación estructurada, vigilancia clínica y apoyo a la toma compartida de decisiones.

Abstract

Introduction: Advanced cancer pain is a complex experience with physical, emotional, functional, and social burden, particularly in progressive disease and end-of-life situations. Its management requires ongoing clinical assessment and an interdisciplinary response in which nursing has a central role in early detection, monitoring therapeutic response, health education, and support for patients and family caregivers.

Objectives: To review the key elements of advanced cancer pain assessment and to analyse the main nursing care approaches in palliative care, focusing on systematic evaluation, opioid-related clinical monitoring, concurrent symptom management, and family caregiver support.

Methodology: A narrative theoretical review was developed, focused on clinical and nursing contents commonly applicable in palliative care. Conceptual, assessment, and care-related aspects were integrated using a cautious and practice-oriented approach.

Results: Pain assessment requires exploration of intensity, quality, location, timing, aggravating or relieving factors, functional impact, and emotional consequences. In advanced illness, baseline pain, breakthrough pain, coexisting symptoms, and the possibility of total suffering should be considered. Nursing contributes through clinical observation, appropriate use of pain scales, analgesia education, adverse effect surveillance, and team coordination. Family support and communication adapted to disease trajectory are also integral to palliative care.

Discussion/Conclusions: The management of advanced cancer pain does not rely solely on analgesic prescribing, but on continuous and individualized assessment that takes functional, cognitive, and emotional status into account. Nursing practice may improve safety, continuity of care, and quality of support when structured assessment, clinical monitoring, and shared decision-making are incorporated.

Keywords: Family Caregivers; Evidence-Based Nursing; Opioids; Cancer Pain; Palliative Care; End-of-Life Care; Nursing Care; Review; Pain Measurement; Symptom Management

Introducción

El dolor asociado al cáncer avanzado representa uno de los motivos de sufrimiento más frecuentes en cuidados paliativos y uno de los problemas de mayor impacto sobre la autonomía, el descanso, la movilidad, la alimentación, la comunicación y la vivencia subjetiva de la enfermedad. No se trata únicamente de una sensación nociceptiva; en muchos pacientes se entrelaza con temor, incertidumbre, cansancio acumulado, pérdidas funcionales y cambios en la dinámica familiar. Por ello, el abordaje clínico no puede limitarse a cuantificar la intensidad, sino que debe integrar dimensiones físicas, emocionales, cognitivas, sociales y espirituales.

En fases avanzadas de enfermedad oncológica, el dolor puede responder a mecanismos diversos. Puede existir dolor nociceptivo somático, visceral, componente neuropático o combinaciones de varios mecanismos, con expresiones clínicas cambiantes a lo largo de la evolución. También puede aparecer dolor incidental vinculado al movimiento, a procedimientos o a cuidados cotidianos, así como episodios transitorios de exacerbación sobre un dolor basal ya tratado. Esta variabilidad obliga a revisar de forma periódica la situación y a evitar planes rígidos de cuidados.

Desde la perspectiva enfermera, la valoración continuada permite reconocer patrones de dolor, signos de descompensación sintomática, barreras para la adherencia y necesidades no siempre expresadas de forma directa. La observación clínica cercana resulta especialmente relevante cuando existen deterioro funcional, fatiga intensa, delirium, trastornos de la comunicación o agotamiento del cuidador principal. La Enfermería, además, ocupa una posición privilegiada para detectar sufrimiento no verbalizado, anticipar riesgos derivados del tratamiento analgésico y facilitar información comprensible a la persona enferma y a su familia.

El enfoque paliativo sitúa el alivio del sufrimiento como una prioridad asistencial. En ese marco, la analgesia farmacológica es un componente importante, pero no el único. Deben contemplarse medidas no farmacológicas, control de síntomas concurrentes, adaptación del entorno, apoyo

emocional, escucha terapéutica y coordinación entre niveles asistenciales. La experiencia de dolor puede intensificarse cuando coexisten disnea, estreñimiento, náuseas, insomnio, ansiedad o sensación de carga para la familia, de modo que la intervención eficaz requiere una visión clínica amplia.

La revisión del dolor oncológico avanzado mantiene plena vigencia porque la complejidad clínica del final de la vida exige integrar seguridad, individualización y continuidad de cuidados. La práctica enfermera basada en observación sistemática, comunicación rigurosa y acompañamiento sostenido puede contribuir a un control sintomático más adecuado y a una atención más respetuosa con los valores y prioridades de cada paciente.

Objetivos

Revisar los aspectos fundamentales de la valoración del dolor oncológico avanzado y exponer las principales intervenciones enfermeras relacionadas con su abordaje en cuidados paliativos.

- Describir los elementos clínicos que deben explorarse en la valoración inicial y evolutiva del dolor.
- Analizar la utilidad de las escalas de dolor y sus limitaciones en situaciones de fragilidad, deterioro cognitivo o dificultad de comunicación.
- Examinar el papel de la Enfermería en el seguimiento de la analgesia opioide, la prevención y detección de efectos adversos y la educación a pacientes y cuidadores.
- Relacionar el dolor con otros síntomas frecuentes en enfermedad avanzada y con el concepto de sufrimiento global.
- Destacar la relevancia del apoyo familiar, la comunicación terapéutica y la continuidad asistencial en la atención al final de la vida.

Metodología

Se ha realizado una revisión teórica de carácter narrativo, orientada a sintetizar contenidos clínicos y enfermeros de aplicación habitual en el abordaje del dolor oncológico avanzado. El desarrollo se organiza a partir de conceptos utilizados de forma extendida en cuidados paliativos: caracterización del dolor, valoración multidimensional, seguimiento de la respuesta analgésica, control de síntomas asociados y acompañamiento a la familia.

La revisión adopta una finalidad aplicada a la práctica asistencial. Por este motivo, los apartados se centran en situaciones frecuentes para Enfermería en unidades de hospitalización, atención domiciliaria, recursos intermedios y dispositivos específicos de cuidados paliativos. No se plantea como revisión sistemática ni como protocolo cerrado, sino como una síntesis razonada para apoyar la toma de decisiones clínicas desde un enfoque prudente e individualizado.

Se priorizan formulaciones compatibles con la atención segura en entornos de complejidad, evitando atribuciones a estudios, guías o cifras no aportadas. El análisis integra la perspectiva del proceso enfermero en términos de valoración, identificación de problemas de cuidados, planificación y evaluación continuada, con especial atención a la observación clínica y a la comunicación interdisciplinar.

Resultados

Complejidad clínica del dolor oncológico avanzado

El dolor en cáncer avanzado no debe interpretarse como un fenómeno homogéneo. Su expresión depende del mecanismo fisiopatológico, de la extensión de la enfermedad, de los tratamientos previos, de la reserva funcional y de la vivencia subjetiva del paciente. En la práctica, es habitual encontrar dolor persistente de base con episodios de exacerbación, dolor relacionado con cambios posturales, hiperalgesia, alodinia o coexistencia de malestar emocional que modula la percepción dolorosa.

En estadios avanzados también puede observarse una discordancia entre la intensidad referida y la apariencia externa del enfermo. Algunos pacientes

minimizan el dolor por temor a nuevas exploraciones, por preocupación ante los opioides o por no inquietar a la familia. Otros lo expresan de forma más intensa cuando se asocia a ansiedad, sensación de pérdida de control o recuerdos de experiencias dolorosas previas. Esta variabilidad hace aconsejable una valoración repetida y contextualizada.

Valoración enfermera multidimensional

La valoración del dolor requiere explorar, como mínimo, localización, intensidad, calidad, irradiación, duración, patrón temporal y factores que lo alivian o lo agravan. También debe registrarse el impacto en actividades básicas, sueño, descanso, movilidad, relación con el entorno, apetito y estado de ánimo. En el paciente paliativo, además, conviene valorar si el dolor interfiere en objetivos significativos para la persona, como poder hablar con sus allegados, tolerar la higiene, descansar o mantener cierta autonomía.

Las escalas unidimensionales pueden ser de utilidad cuando el paciente conserva capacidad para comunicar la intensidad. Sin embargo, su resultado aislado no sustituye a la entrevista clínica. Una puntuación determinada adquiere significado distinto según se asocie a somnolencia, delirium, sufrimiento emocional o pérdida funcional acelerada. La Enfermería debe interpretar estos instrumentos en relación con la situación global y con la evolución previa.

Cuando la comunicación verbal está limitada, la observación de indicadores conductuales cobra especial relevancia: muecas, rigidez, inmovilidad protectora, rechazo al movimiento, vocalizaciones, alteraciones del sueño, inquietud o cambios bruscos en la interacción. En estos casos, la información aportada por la familia puede ayudar a reconocer modificaciones respecto al comportamiento habitual del paciente. No obstante, la percepción del cuidador también debe contextualizarse, ya que el agotamiento y la angustia pueden influir en la interpretación de los síntomas.

Dolor basal, dolor irruptivo y reevaluación

Uno de los aspectos más relevantes en enfermedad avanzada es distinguir el dolor basal insuficientemente controlado de las exacerbaciones transitorias sobre un dolor relativamente estable. Esta diferenciación orienta la vigilancia clínica y facilita la comunicación con el equipo prescriptor. Si los episodios aparecen de forma reiterada, se asocian a movilización o surgen antes de la siguiente toma analgésica, puede ser necesario revisar el plan terapéutico y las medidas de soporte.

La reevaluación debe ser sistemática tras cambios de tratamiento, incremento de dosis, procedimientos potencialmente dolorosos o variaciones en el estado clínico. Resulta útil registrar no solo si disminuye la intensidad, sino también si mejora el descanso, la tolerancia a los cuidados, la expresión facial, la serenidad o la capacidad para participar en decisiones. En paliativos, la respuesta adecuada no siempre equivale a ausencia completa de dolor, sino a un alivio clínicamente significativo y coherente con las prioridades del paciente.

Analgesia opioide: vigilancia clínica y educación sanitaria

Los opioides forman parte del tratamiento habitual del dolor oncológico de intensidad moderada o elevada, especialmente cuando existe dolor persistente relacionado con la progresión tumoral. Su utilización exige seguimiento clínico cercano, ajuste individualizado y educación comprensible para reducir temores, mejorar la adherencia y detectar de forma temprana efectos no deseados.

La función enfermera en este ámbito incluye verificar la pauta prescrita, identificar errores de administración, observar la respuesta analgésica y vigilar signos de toxicidad o intolerancia. Entre los aspectos que suelen requerir monitorización destacan somnolencia excesiva, confusión, estreñimiento, náuseas, vómitos, retención urinaria, prurito y dificultades para mantener la ingesta o la hidratación. En pacientes frágiles o con deterioro orgánico, pequeños cambios clínicos pueden modificar la tolerancia al tratamiento.

La educación a pacientes y familias debe adaptarse al nivel de comprensión, a la situación emocional y

al contexto domiciliario o institucional. Conviene explicar con lenguaje claro la diferencia entre analgesia de base y medicación de rescate cuando esta ha sido prescrita, la importancia de comunicar efectos adversos y la necesidad de evitar decisiones unilaterales sobre suspensión o duplicación de dosis. También es relevante abordar miedos frecuentes, como la asociación automática entre opioides y empeoramiento inminente, dependencia o sedación inevitable, ya que estas creencias pueden dificultar el control del dolor.

En el final de la vida, la vía de administración puede requerir cambios por disfagia, vómitos, disminución del nivel de conciencia o intolerancia digestiva. La Enfermería participa en la valoración de estas dificultades y en la vigilancia de la eficacia y seguridad de las alternativas indicadas por el equipo. La transición entre vías o formulaciones demanda observación estrecha para detectar infradosificación, sobreexposición o problemas de absorción.

Control de síntomas concurrentes

El dolor rara vez aparece aislado. En el paciente oncológico avanzado suele coexistir con fatiga, anorexia, estreñimiento, náuseas, disnea, insomnio, ansiedad o confusión. La persistencia de cualquiera de estos problemas puede amplificar la percepción de dolor y aumentar el sufrimiento. Por ello, la valoración enfermera debe contemplar el conjunto de síntomas, su interacción y su efecto acumulativo sobre la calidad de vida.

El estreñimiento merece una atención particular cuando existe tratamiento opioide, inmovilidad o ingesta reducida. Su prevención y detección precoz forman parte del cuidado diario, ya que puede empeorar el malestar abdominal, el apetito y el descanso, además de generar rechazo a la analgesia. Del mismo modo, la sedación no planificada o el delirium pueden interferir en la comunicación del dolor y dificultar la interpretación de la respuesta terapéutica.

La disnea y la ansiedad requieren una aproximación coordinada porque pueden incrementar la tensión corporal, la sensación de amenaza y la demanda de medicación de rescate. Las intervenciones no farmacológicas, como el reposicionamiento, la adaptación del ambiente, la

reducción de estímulos molestos, la higiene del sueño y las técnicas de acompañamiento, pueden complementar el tratamiento médico y mejorar la percepción de confort.

Sufrimiento global y comunicación terapéutica

En cuidados paliativos, el dolor debe entenderse dentro de una experiencia de sufrimiento más amplia. Algunas personas expresan dolor físico cuando en realidad predomina el miedo al deterioro, la preocupación por la familia, la sensación de pérdida de dignidad o la incertidumbre sobre el proceso de morir. La entrevista enfermera, basada en escucha activa y preguntas abiertas, ayuda a delimitar qué parte del sufrimiento se relaciona con nocicepción y cuál con dimensiones emocionales o existenciales.

La comunicación terapéutica no se reduce a informar. Incluye validar la experiencia del paciente, evitar mensajes simplificadores, explorar expectativas realistas y ofrecer presencia profesional sostenida. Frases precipitadas que minimizan el dolor o respuestas excesivamente técnicas pueden deteriorar la confianza. En cambio, la disponibilidad para revisar síntomas, explicar decisiones y consensuar prioridades suele favorecer una mayor seguridad percibida.

En situaciones de progresión rápida, la comunicación debe adaptarse a la capacidad de procesamiento del enfermo y de la familia. A veces la información necesita repetirse en momentos distintos y con distintos interlocutores. La Enfermería, por su continuidad junto al paciente, puede detectar dudas que no emergen durante la visita médica y favorecer que sean abordadas por el equipo.

Cuidadores familiares y carga de cuidados

La familia participa de forma decisiva en la observación del dolor, la administración de medicación en domicilio y la toma cotidiana de decisiones. Sin embargo, el cuidado prolongado en situaciones de alta complejidad puede generar cansancio, inseguridad y miedo a no actuar correctamente. El apoyo al cuidador no es un elemento accesorio, sino una intervención que repercute de forma directa en el bienestar del paciente y en la continuidad del plan terapéutico.

La Enfermería puede valorar la comprensión de las pautas analgésicas, la capacidad para reconocer signos de alarma, la existencia de apoyo social y el grado de sobrecarga. También resulta útil explorar creencias culturales o familiares sobre el dolor, el uso de opioides y la proximidad del final de la vida. En algunos casos, la resistencia a administrar medicación no obedece a desinterés, sino a temor a acelerar el deterioro o a “dejar dormido” al familiar.

El acompañamiento al cuidador debe combinar información práctica, apoyo emocional y orientación sobre cuándo solicitar ayuda. Facilitar instrucciones comprensibles, verificar que han sido entendidas y promover espacios breves de descanso puede reducir errores, ansiedad y sensación de desbordamiento. La familia también necesita ser escuchada cuando se enfrenta a cambios bruscos en el estado clínico o a la proximidad de la muerte.

Continuidad asistencial y trabajo interdisciplinar

El manejo del dolor oncológico avanzado suele implicar transiciones entre hospital, domicilio, atención primaria, hospitalización a domicilio o recursos específicos de paliativos. Cada transición supone un riesgo de pérdida de información sobre pauta analgésica, respuesta previa, efectos adversos y preferencias del paciente. La continuidad asistencial requiere registros claros, comunicación efectiva entre profesionales y transmisión ordenada de la información a la familia.

La Enfermería actúa como nexo entre valoración clínica, administración terapéutica y necesidades expresadas por el paciente. Esta posición favorece la detección temprana de problemas, pero también exige una coordinación fluida con medicina, farmacia, psicología, trabajo social y otros profesionales implicados. El dolor mal controlado rara vez se resuelve desde una única disciplina.

La planificación compartida cobra especial valor cuando la situación evoluciona hacia mayor fragilidad, limitación funcional o últimos días de vida. Anticipar dificultades previsibles, revisar objetivos de confort y acordar medidas proporcionadas puede evitar intervenciones desajustadas y reducir sufrimiento evitable.

Discusión/Conclusiones

La revisión del dolor oncológico avanzado confirma que su abordaje exige algo más que una respuesta farmacológica escalonada. El dolor en cuidados paliativos se manifiesta dentro de una trama clínica y humana en la que intervienen síntomas concurrentes, deterioro funcional, significados personales de la enfermedad y capacidad de sostén del entorno familiar. Reducirlo a una cifra o a una pauta de medicación puede conducir a intervenciones insuficientes o poco ajustadas.

La aportación enfermera resulta especialmente relevante por su proximidad continuada al paciente, su capacidad de observación y su papel en la monitorización de la respuesta terapéutica. Valorar de forma repetida, identificar cambios sutiles, registrar la relación entre dolor y función, y comunicar con precisión al equipo son acciones que pueden mejorar el control sintomático y la seguridad clínica. Del mismo modo, la educación sanitaria sobre analgesia y la vigilancia de efectos adversos contribuyen a disminuir interrupciones del tratamiento y a prevenir complicaciones evitables.

Otro aspecto central es el reconocimiento del sufrimiento global. En enfermedad avanzada, la expresión del dolor puede estar modulada por miedo, cansancio, incertidumbre o conflictos familiares. Una entrevista enfermera sensible a estas dimensiones facilita un cuidado más ajustado a las prioridades reales del paciente. Este enfoque no sustituye a la evaluación clínica, pero la completa y la hace más útil para la toma de decisiones.

El apoyo a cuidadores familiares debe entenderse como parte del plan de cuidados. La calidad del control sintomático en el domicilio depende en gran medida de la comprensión de las pautas, de la confianza para administrarlas y de la posibilidad de consultar ante dudas o empeoramiento. Acompañar al cuidador, detectar sobrecarga y ofrecer información clara puede favorecer una mayor continuidad del cuidado y una experiencia menos angustiada del final de la vida.

En la práctica clínica, la atención al dolor oncológico avanzado debe individualizarse según situación funcional, pronóstico, estado cognitivo,

objetivos de confort y valores de la persona enferma. La evaluación estructurada, la reevaluación frecuente, la coordinación interdisciplinar y la comunicación terapéutica constituyen pilares asistenciales de especial valor. Desde esta perspectiva, la Enfermería no solo participa en la administración del tratamiento, sino en la construcción de un cuidado paliativo más seguro, más comprensivo y más centrado en la persona.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no existe ningún conflicto de intereses que haya podido influir en el contenido del presente trabajo.

Financiación

La elaboración de este artículo no contó con financiación externa pública ni privada.

Bibliografía

1. Tai SY, Lee CY, Wu CY, Hsieh HY, Huang JJ, Huang CT, et al.. Symptom severity of patients with advanced cancer in palliative care unit: longitudinal assessments of symptoms improvement.. *BMC Palliat Care*. 2016;15:32. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0105-8>
2. Paice JA, Bohlke K, Barton D, Craig DS, El-Jawahri A, Hershman DL, et al.. Use of Opioids for Adults With Pain From Cancer or Cancer Treatment: ASCO Guideline.. *J Clin Oncol*. 2023;41(4):914-930. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.22.02198>
3. Mao JJ, Ismaila N, Bao T, Barton D, Ben-Arye E, Garland EL, et al.. Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline.. *J Clin Oncol*. 2022;40(34):3998-4024. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.22.01357>
4. Epstein AS, Liou KT, Romero SAD, Baser RE, Wong G, Xiao H, et al.. Acupuncture vs Massage for Pain in Patients Living With Advanced Cancer: The IMPACT Randomized Clinical Trial.. *JAMA Netw Open*. 2023;6(11):e2342482. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.42482>
5. Düzgün G, Karadakovan A. Effect of Music on Pain in Cancer Patients in Palliative Care Service: A Randomized Controlled Study.. *Omega (Westport)*. 2024;88(3):1085-1100. doi: <https://doi.org/10.1177/00302228211059891>
6. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Kwete XJ, Bhadelia A, Rosa WE, Touchton M, et al.. The evolution of serious health-related suffering from 1990 to 2021: an update to The Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief.. *Lancet Glob Health*. 2025;13(3):e422-e436. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00476-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00476-5)
7. Cope DG. Cancer Pain Management Considerations in Older Adults.. *Semin Oncol Nurs*. 2019;35(3):274-278. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.008>
8. Webb JA, LeBlanc TW. Evidence-based Management of Cancer Pain.. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34(3):215-226. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.003>
9. Hardy JR, Greer RM, Pelecanos AM, Huggett GE, Kearney AM, Gurgenci TH, et al.. Medicinal cannabis for symptom control in advanced cancer: a double-blind, placebo-controlled, randomised clinical trial of 1:1 tetrahydrocannabinol and cannabidiol.. *Support Care Cancer*. 2025;33(8):715. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09763-5>
10. Foley KM. Controlling cancer pain.. *Hosp Pract (1995)*. 2000;35(4):101-8, 111-2. doi: <https://doi.org/10.3810/hp.2000.04.193>
11. Yang Y, Cui M, Zhao X, Wang S, Wang Y, Wang X. Association of pain management and positive expectations with psychological distress and spiritual well-being among terminally ill cancer patients admitted to a palliative care unit.. *BMC Nurs*. 2023;22(1):96. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01259-z>
12. Vallerand AH, Musto S, Polomano RC. Nursing's role in cancer pain management.. *Curr Pain Headache Rep*. 2011;15(4):250-62. doi: <https://doi.org/10.1007/s11916-011-0203-5>
13. Rodriguez C, Ji M, Wang HL, Padhya T, McMillan SC. Cancer Pain and Quality of Life.. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(2):116-123. doi: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000507>
14. Shen QS, Kan HM, Wang RY, Li NF, Wang S, Rong XQ. Bibliometric and visual analysis of digital healthcare in cancer pain management via mobile apps.. *Medicine (Baltimore)*. 2025;104(31):e43603. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000043603>
15. Lau J, Flamer D, Murphy-Kane P. Interventional anesthesia and palliative care collaboration to manage cancer pain: a narrative review.. *Can J Anaesth*. 2020;67(2):235-246. doi: <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01482-w>
16. Buller H, Virani R, Malloy P, Paice J. End-of-Life Nursing and Education Consortium Communication Curriculum for Nurses.. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(2):E5-E12. doi: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000540>

ARTÍCULO 04

Linfedema tras cirugía mamaria: prevención, piel y autocuidado

Lymphedema after breast surgery: prevention, skin care and self-care

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

Incluido en la revista CADICE. Vol. I · N.º 9 - Septiembre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(9):409

Autor principal (primer firmante)

Jorge Navarro Medina

Fecha recepción

09/08/26

Fecha aceptación

14/09/26

Fecha de publicación

20/09/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 9:409

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Cicatrización de heridas;
Estomas quirúrgicos;
Apósitos; Linfedema; Piel;
Enfermería basada en la
evidencia; Ejercicio; Cáncer
de mama; Cuidados de la
piel; Cuidados de
Enfermería

Resumen

Introducción: El linfedema del miembro superior es una complicación posible tras el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, especialmente cuando se asocia a procedimientos axilares. Su impacto no se limita al aumento de volumen o a la sensación de pesadez, sino que puede comprometer la función, la imagen corporal, el bienestar emocional, la integridad cutánea y la capacidad de autocuidado. La Enfermería ocupa una posición central en la identificación precoz de factores de riesgo, la educación sanitaria, la vigilancia de la piel y la promoción de hábitos protectores.

Objetivos: Revisar el papel enfermero en la prevención y el abordaje del linfedema tras cirugía mamaria, con especial atención a la protección cutánea, el ejercicio, la detección temprana de cambios clínicos y el fortalecimiento del autocuidado.

Metodología: Revisión teórica de carácter narrativo orientada a integrar conocimientos clínicos y de cuidados sobre linfedema secundario relacionado con cirugía mamaria. Se organiza el contenido en torno a la fisiopatología general, la valoración enfermera, las medidas preventivas y las intervenciones educativas aplicables en la práctica asistencial.

Resultados: El riesgo de linfedema exige una valoración continuada y una intervención enfermera individualizada. La educación sobre cuidado de la piel, detección de signos de alarma, mantenimiento de la movilidad, ejercicio adaptado, control de factores mecánicos y apoyo a la autogestión puede contribuir a disminuir complicaciones, favorecer la funcionalidad y mejorar la adherencia a las recomendaciones. La piel requiere una vigilancia específica por su papel como barrera y por la repercusión que pequeñas lesiones, infecciones o irritaciones pueden tener sobre la evolución clínica.

Discusión/Conclusiones: El abordaje del linfedema tras cirugía mamaria debe entenderse como un proceso longitudinal y no como una actuación puntual. La prevención no depende de una única medida, sino de una combinación de seguimiento clínico, educación terapéutica, observación sistemática y adaptación a las circunstancias de cada mujer. La práctica enfermera puede aportar continuidad, detección precoz y acompañamiento experto en una complicación con repercusión funcional y psicosocial relevante.

Abstract

Introduction: Upper-limb lymphedema is a possible complication after breast cancer surgery, particularly when axillary procedures are involved. Its consequences go beyond limb swelling or heaviness and may affect function, body image, emotional well-being, skin integrity, and self-care abilities. Nursing plays a key role in early risk identification, patient education, skin surveillance, and promotion of protective habits.

Objectives: To review the nursing role in prevention and management of lymphedema after breast surgery, with emphasis on skin protection, exercise, early recognition of clinical changes, and support for self-care.

Methodology: Narrative theoretical review aimed at integrating clinical and nursing knowledge on secondary lymphedema related to breast surgery. The content is organized around general pathophysiology, nursing assessment, preventive measures, and educational interventions applicable to clinical practice.

Results: The risk of lymphedema requires ongoing assessment and individualized nursing intervention. Education on skin care, recognition of warning signs, maintenance of mobility, adapted exercise, management of mechanical factors, and support for self-management may help reduce complications, preserve function, and improve adherence to care recommendations. Skin deserves specific attention because of its barrier role and because minor injuries, infections, or irritation may influence clinical progression.

Discussion/Conclusions: Management of lymphedema after breast surgery should be understood as a longitudinal process rather than a single intervention. Prevention does not rely on one isolated measure but on a combination of clinical follow-up, therapeutic education, systematic observation, and adaptation to each woman's circumstances. Nursing practice can provide continuity, early detection, and skilled support in a complication with relevant functional and psychosocial impact.

Keywords: Wound Healing; Surgical Stomas; Bandages; Lymphedema; Skin; Evidence-Based Nursing; Exercise; Breast Neoplasms; Skin Care; Nursing Care

Introducción

La cirugía mamaria forma parte del tratamiento habitual de un número importante de mujeres con cáncer de mama. En este contexto, la afectación del drenaje linfático secundaria a procedimientos sobre la mama y, sobre todo, la axila puede favorecer la aparición de linfedema del miembro superior. No todas las pacientes lo desarrollarán, y su presentación clínica puede ser variable en intensidad, momento de inicio y repercusión funcional. Sin embargo, su posibilidad condiciona la planificación de cuidados desde fases tempranas del proceso asistencial.

El linfedema secundario se relaciona con una alteración del transporte linfático que conduce a acumulación de líquido rico en proteínas en el espacio intersticial, con cambios progresivos en los tejidos si la situación se mantiene. En la práctica clínica, esto puede traducirse en edema, tirantez, pesadez, disminución de la movilidad, molestias, limitación para determinadas actividades y cambios cutáneos. A ello se suman implicaciones emocionales que no deben infravalorarse: temor a la progresión, preocupación por la imagen corporal, interferencia en la vida laboral y social y sensación de vulnerabilidad ante cualquier lesión o infección.

La relevancia enfermera del problema es amplia. La valoración no se reduce a medir el volumen del miembro, sino que incorpora la observación de la piel, la funcionalidad, el conocimiento de la paciente sobre factores de riesgo, su capacidad de autocuidado, la presencia de barreras para seguir recomendaciones y el impacto del problema en la vida diaria. Del mismo modo, la intervención enfermera no se limita a la fase hospitalaria. Requiere continuidad durante el postoperatorio, las consultas de seguimiento y la coordinación con otros profesionales cuando aparecen signos de progresión o complicaciones.

La prevención se sitúa en un terreno de prudencia clínica. Resulta razonable promover medidas protectoras y educar en la identificación temprana de cambios, pero evitando mensajes rígidos, culpabilizadores o basados en prohibiciones indiscriminadas. Las recomendaciones deben adaptarse al tratamiento recibido, la recuperación

funcional, la presencia de comorbilidades, el nivel de actividad física y el contexto sociolaboral. Una información excesivamente restrictiva puede generar ansiedad, hipervigilancia o evitación de movimientos útiles para la recuperación.

Entre los aspectos de mayor interés para Enfermería destacan el cuidado cutáneo, la prevención de lesiones, el uso adecuado de prendas o vendajes cuando proceda por indicación profesional, la movilización progresiva del miembro superior, el ejercicio adaptado, el control de síntomas y el entrenamiento en autocuidado. La piel merece una atención específica, ya que actúa como primera barrera frente a agresiones externas y su alteración puede facilitar complicaciones locales que agraven el cuadro. La educación terapéutica, en este sentido, constituye una intervención de alto valor práctico.

También conviene recordar que la cirugía mamaria se acompaña con frecuencia de otros elementos asistenciales, como drenajes, heridas quirúrgicas, apósitos, limitación inicial de movilidad y tratamientos complementarios. Todo ello influye en la percepción corporal, el nivel de dependencia y la organización de cuidados. La vigilancia de la cicatrización, la protección del área intervenida y la instrucción sobre manejo seguro del miembro superior deben integrarse con la prevención del linfedema, no abordarse como procesos separados.

Objetivos

Analizar el linfedema tras cirugía mamaria desde una perspectiva enfermera, centrada en la prevención, el cuidado de la piel y el desarrollo de estrategias de autocuidado sostenibles.

Como objetivos específicos se plantean:

- Describir de forma general los mecanismos implicados en el desarrollo del linfedema secundario tras cirugía mamaria.
- Identificar los elementos de valoración enfermera relevantes en el seguimiento de mujeres con riesgo de linfedema.
- Revisar medidas preventivas orientadas a la protección cutánea, la funcionalidad del miembro superior y la detección precoz de complicaciones.

- Explorar el papel del ejercicio y de la movilización progresiva dentro del plan de cuidados.
- Delimitar contenidos clave de educación sanitaria para favorecer el autocuidado y la continuidad asistencial.

Metodología

Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo, orientada a sintetizar contenidos clínicos y de cuidados sobre el linfedema secundario asociado a cirugía mamaria. El enfoque se dirige a la práctica enfermera y prioriza aspectos aplicables al seguimiento, la educación sanitaria y la prevención de complicaciones, sin pretender establecer un protocolo universal cerrado.

La organización del contenido parte de varios ejes: comprensión general del problema, valoración enfermera integral, relevancia de la integridad cutánea, medidas de protección y autocuidado, intervención sobre movilidad y ejercicio, y consideraciones para la continuidad del seguimiento. Se ha optado por una redacción prudente, centrada en recomendaciones generales compatibles con distintos ámbitos asistenciales, dado que la indicación de determinadas medidas puede variar según el procedimiento quirúrgico, la evolución clínica, la presencia de tratamiento adyuvante y los protocolos de cada centro.

Desde el punto de vista metodológico, la revisión se orienta a responder a una necesidad asistencial frecuente: disponer de un marco ordenado para la actuación enfermera ante mujeres con riesgo de linfedema o con síntomas iniciales tras cirugía mamaria. Se integran conocimientos de fisiopatología básica y de cuidados, con especial atención a la observación clínica, la educación terapéutica y la individualización del plan asistencial. No se incorporan datos cuantitativos concretos ni recomendaciones atribuidas a organismos específicos, ya que el propósito es ofrecer una síntesis prudente y aplicable al trabajo clínico cotidiano.

Resultados

Comprensión clínica del linfedema secundario

El sistema linfático contribuye al mantenimiento del equilibrio de líquidos y al transporte de macromoléculas, células inmunitarias y productos del metabolismo tisular. Cuando una intervención quirúrgica altera de forma significativa las vías linfáticas, la capacidad de drenaje puede verse comprometida. En el contexto de la cirugía mamaria, esta alteración suele vincularse a procedimientos sobre la axila, aunque la cirugía local, la fibrosis posterior o determinados tratamientos complementarios pueden intervenir también en el problema.

La expresión clínica no siempre es inmediata. Algunas mujeres presentan signos tempranos en el periodo de recuperación, mientras que otras desarrollan síntomas después de semanas o meses. Entre las manifestaciones iniciales que requieren atención se encuentran la sensación de pesadez, tirantez, disminución de la flexibilidad, impresión subjetiva de hinchazón, cambios en el ajuste de mangas, relojes o anillos y molestias al realizar determinados movimientos. En fases más evolucionadas puede observarse aumento de volumen más evidente, alteraciones tróficas y mayor susceptibilidad a complicaciones cutáneas.

El reconocimiento temprano tiene especial valor porque permite revisar hábitos, intensificar vigilancia y derivar para valoración especializada si el cuadro lo requiere. Desde Enfermería, la escucha de síntomas subjetivos es tan importante como la observación objetiva. Algunas pacientes consultan cuando el edema es ya manifiesto, pero otras refieren cambios discretos que no conviene atribuir de forma automática al postoperatorio normal.

Valoración enfermera en el seguimiento

La valoración debe ser integral y progresiva. Incluye antecedentes terapéuticos, tipo de cirugía, afectación axilar, presencia de heridas o drenajes recientes, evolución de la cicatrización, síntomas referidos por la paciente, limitación funcional, hábitos de actividad física, ocupación laboral y capacidad para realizar cuidados domiciliarios. También es relevante explorar el nivel de comprensión de la información recibida y la carga emocional asociada al temor de desarrollar linfedema.

En la exploración física interesa observar ambos miembros superiores de forma comparativa, sin reducir la valoración a una única medida. Deben considerarse el contorno general, la presencia de fóvea si existe edema, la textura cutánea, la temperatura, la coloración, la existencia de pliegues o tirantez, la movilidad del hombro y de las articulaciones distales, así como signos de dolor o protección antálgica. La piel y el lecho ungüeal merecen especial atención, ya que pequeñas fisuras, excoriaciones, dermatitis o lesiones periungueales pueden actuar como puerta de entrada para procesos infecciosos.

La dimensión funcional requiere preguntar por actividades concretas: aseo, vestido, descanso nocturno, tareas domésticas, conducción, trabajo manual, ejercicio habitual y tolerancia al esfuerzo. En muchas ocasiones, la dificultad no se expresa como incapacidad franca, sino como evitación por miedo, lentitud o aumento de molestias. Esta información es decisiva para ajustar el plan de educación y seguimiento.

La valoración emocional y educativa es inseparable del resto. Conviene detectar interpretaciones erróneas, conductas de evitación excesiva o creencias de que cualquier uso del brazo afectado resultará dañino. La educación enfermera ha de corregir estos mensajes sin banalizar el problema. El objetivo no es generar alarma, sino ofrecer herramientas concretas para convivir con el riesgo de forma segura.

Piel, heridas y riesgo de complicaciones

La integridad cutánea constituye un eje de primer orden en el cuidado de mujeres con riesgo de linfedema. Tras la cirugía mamaria, la piel puede presentar fragilidad transitoria por la intervención, los cambios de sensibilidad, el uso de adhesivos, la presencia previa de drenajes, la sequedad o la irritación derivada de productos tópicos y fricción. Si además aparece edema, la tensión tisular y las modificaciones locales de la microcirculación pueden dificultar la función de barrera.

Desde una perspectiva práctica, la educación en cuidado de la piel incluye higiene suave, secado cuidadoso sin fricción intensa, hidratación habitual con productos bien tolerados y observación diaria de cambios. Debe prestarse atención a erosiones, enrojecimiento persistente, calor local, aumento repentino de volumen, dolor no habitual o lesiones por rascado. En caso de heridas, rozaduras o picaduras, la conducta debe orientarse a una limpieza adecuada, vigilancia estrecha y consulta profesional si aparecen signos compatibles con infección o empeoramiento local.

La protección frente a traumatismos cotidianos forma parte del autocuidado. Esto abarca el uso prudente de objetos cortantes, medidas de protección en tareas domésticas o de jardinería, y precauciones frente a quemaduras, presión mantenida o fricción repetida. No se trata de imponer restricciones absolutas, sino de favorecer una relación más consciente con el miembro en riesgo. La paciente necesita entender por qué una lesión aparentemente menor puede adquirir relevancia clínica cuando existe alteración del drenaje linfático.

El cuidado de la cicatriz y del área quirúrgica se integra en este mismo marco. La observación de la herida, la tolerancia a los apósitos y la prevención de irritación local requieren individualización. Cuando existen dispositivos o vendajes indicados, la enfermera debe comprobar su correcta colocación, la tolerancia cutánea y la ausencia de pliegues o compresiones no deseadas. Cualquier material en contacto prolongado con la piel debe revisarse desde una doble perspectiva: su utilidad terapéutica y su potencial para generar irritación, humedad o roce.

Movilidad, ejercicio y funcionalidad

Durante años, el miedo a precipitar linfedema favoreció mensajes de inmovilización o limitación amplia del uso del brazo intervenido. Sin embargo, una visión asistencial más equilibrada reconoce que la movilidad progresiva y el ejercicio adaptado forman parte de la recuperación funcional y pueden contribuir al bienestar físico y emocional cuando se pautan de forma individualizada. La clave no reside en evitar el movimiento, sino en introducirlo de manera gradual, observada y acorde con la situación clínica.

En el postoperatorio, la enfermera puede enseñar ejercicios suaves orientados a mantener el rango articular, disminuir la sensación de rigidez y favorecer una recuperación segura. Posteriormente, el programa puede ampliarse hacia actividades de fortalecimiento y acondicionamiento general, siempre atendiendo a la tolerancia, la técnica y la progresión. La aparición de pesadez persistente, aumento de volumen, dolor no esperado o empeoramiento funcional obliga a reevaluar la carga de ejercicio y considerar nueva valoración clínica.

El trabajo sobre postura y patrón de movimiento también es relevante. Tras la cirugía mamaria son frecuentes las actitudes de protección del hombro, la reducción del braceo o la asimetría en actividades cotidianas. Estas adaptaciones, si se mantienen, pueden acentuar rigidez, dolor y sensación de incapacidad. La Enfermería, en colaboración con otros profesionales cuando sea preciso, puede reforzar pautas para recuperar gestos funcionales, distribuir esfuerzos y evitar sobrecargas bruscas.

El ejercicio no debe presentarse como una receta uniforme. La edad, la situación previa, la presencia de dolor, la condición física, el tratamiento oncológico concomitante y las preferencias personales condicionan la adherencia. Caminar, movilizar el miembro superior, practicar ejercicios de respiración y realizar trabajo muscular progresivo pueden incorporarse de forma razonable, pero la indicación concreta debe ajustarse a la evolución de cada mujer.

Autocuidado y educación terapéutica

El autocuidado eficaz requiere información comprensible, repetida en distintos momentos y vinculada a situaciones reales de la vida diaria. Tras la cirugía, la paciente recibe numerosos mensajes sobre la herida, la medicación, las revisiones y la organización doméstica; por ello, la educación sobre linfedema debe planificarse y no limitarse a una enumeración de consejos al alta. La comprensión mejora cuando la enfermera prioriza, contextualiza y verifica lo entendido.

Entre los contenidos educativos de mayor utilidad se encuentran el reconocimiento de signos precoces, la observación de la piel, el cuidado de uñas y cutículas sin maniobras traumáticas, la importancia de mantener la movilidad del hombro, la conveniencia de evitar compresiones externas innecesarias y la necesidad de consultar ante cambios llamativos. También resulta pertinente revisar el impacto del calor intenso, de la carga física no habitual y de determinadas actividades repetitivas, siempre desde una orientación práctica y no prohibitiva.

La adherencia aumenta cuando la paciente percibe que puede integrar las recomendaciones en su vida cotidiana. Esto exige adaptar el lenguaje, considerar su contexto familiar y laboral y explorar barreras concretas: miedo al movimiento, falta de apoyo, dificultades para el cuidado de la cicatriz, problemas para acceder a seguimiento o percepción de instrucciones contradictorias. El papel enfermero incluye aclarar dudas, unificar mensajes y reforzar la autoobservación sin convertirla en hipervigilancia patológica.

En mujeres con limitaciones añadidas, como deterioro funcional previo, obesidad, fragilidad cutánea, dependencia para actividades básicas o sobrecarga emocional significativa, el plan educativo puede necesitar más seguimiento y participación familiar. Del mismo modo, el aprendizaje sobre autocuidado no finaliza cuando la herida cicatriza. Debe mantenerse durante la evolución, porque el riesgo y las necesidades cambian con el tiempo.

Continuidad asistencial y coordinación de cuidados

La prevención del linfedema no se resuelve en un único encuentro asistencial. Requiere continuidad, reevaluación y coherencia entre los distintos niveles de atención. La enfermera de hospitalización, la consulta quirúrgica, la unidad de mama, la atención primaria y, cuando proceda, los recursos de rehabilitación o cuidados especializados deben compartir una línea de información comprensible para la paciente. Los mensajes contradictorios generan inseguridad y disminuyen la confianza en el autocuidado.

La continuidad asistencial adquiere especial relevancia cuando aparecen signos iniciales o factores que pueden aumentar la vulnerabilidad cutánea y funcional. El seguimiento permite identificar cambios sutiles, revisar la técnica de ejercicios, valorar la tolerancia a prendas o medidas compresivas si han sido indicadas y adaptar los cuidados a nuevas circunstancias clínicas. También ofrece un espacio para abordar el impacto emocional, con frecuencia menos visible que el edema, pero muy presente en la experiencia de la mujer.

Desde la práctica enfermera, registrar de forma clara los hallazgos, los síntomas referidos y la educación proporcionada facilita la trazabilidad del cuidado. Esta documentación favorece la coordinación y permite que otros profesionales continúen el abordaje sin reiniciar el proceso educativo en cada contacto. La coherencia del plan asistencial es un elemento de calidad especialmente valioso en problemas crónicos o de evolución prolongada.

Discusión/Conclusiones

El linfedema tras cirugía mamaria representa una complicación compleja, en la que confluyen alteraciones fisiológicas, repercusión funcional, vulnerabilidad cutánea y adaptación emocional. Su abordaje enfermero no debe limitarse al momento en que el edema ya es evidente. Resulta más útil concebirlo como una línea de cuidados que comienza antes o inmediatamente después de la intervención y se mantiene durante el seguimiento, con intensidad variable según el riesgo y la evolución.

Uno de los hallazgos más relevantes para la práctica es la necesidad de integrar tres planos asistenciales que con frecuencia se abordan por separado: la cicatrización y el cuidado postquirúrgico, la protección de la piel y la recuperación funcional del miembro superior. En la experiencia clínica, estos ámbitos están profundamente relacionados. Una cicatriz dolorosa o tirante puede limitar el movimiento; una inmovilidad mantenida puede incrementar la sensación de pesadez y dependencia; una piel mal cuidada aumenta la susceptibilidad a lesiones que complican la evolución. La mirada enfermera aporta precisamente esa capacidad de integración.

La educación terapéutica ocupa una posición central, pero su calidad depende de cómo se transmite. Los mensajes excesivamente rígidos o basados en listas de prohibiciones pueden generar temor, evitación de la actividad y una relación de fragilidad permanente con el brazo intervenido. Por el contrario, una información prudente, individualizada y explicada en términos funcionales favorece la participación de la paciente en su propio cuidado. Educar no equivale a entregar instrucciones; implica verificar comprensión, adaptar recomendaciones y sostener el aprendizaje en el tiempo.

El cuidado de la piel merece destacarse como una intervención transversal. En muchas ocasiones, la atención se concentra en el edema visible y se infraestima la importancia de la barrera cutánea. Sin embargo, la observación diaria de la piel, la prevención de heridas menores, la hidratación adecuada y la detección precoz de signos inflamatorios forman parte del núcleo del

autocuidado. Esta dimensión es especialmente relevante en mujeres con sensibilidad alterada, cicatrices recientes, tratamientos concomitantes o dificultades manuales para el aseo y el arreglo personal.

En relación con el ejercicio, la evidencia clínica disponible en la práctica habitual apoya una visión alejada tanto del inmovilismo como de la sobreexigencia. La movilización progresiva y el ejercicio adaptado pueden contribuir a preservar rango articular, fuerza, funcionalidad y percepción de competencia corporal. No obstante, la intensidad y el tipo de actividad deben individualizarse, y cualquier programa requiere reevaluación si aparecen síntomas de alarma. La intervención enfermera, aquí, consiste tanto en enseñar como en modular expectativas y detectar respuestas no favorables.

Existen límites inherentes a un abordaje general como el presentado. La heterogeneidad de técnicas quirúrgicas, la influencia de tratamientos complementarios y la diversidad de contextos asistenciales obligan a adaptar las recomendaciones. Algunas pacientes necesitarán seguimiento más estrecho, derivación temprana o medidas específicas indicadas por equipos especializados. Por ello, ninguna recomendación aislada debe interpretarse como suficiente por sí misma ni como sustituto de la valoración clínica individual.

Desde una perspectiva de calidad de cuidados, la continuidad asistencial y la consistencia de la información son aspectos a reforzar. El seguimiento del linfedema o de su riesgo no depende únicamente de detectar edema; también requiere acompañar la recuperación funcional, anticipar barreras de autocuidado y sostener la confianza de la mujer en el uso seguro de su cuerpo tras la cirugía. En este proceso, la Enfermería aporta observación clínica, educación terapéutica, coordinación y una atención especialmente sensible a los cambios cotidianos que condicionan la experiencia de salud.

En síntesis, la prevención y el manejo del linfedema tras cirugía mamaria se benefician de una actuación enfermera continuada, centrada en la piel, la funcionalidad y el autocuidado realista. La vigilancia de signos precoces, la protección

cutánea, el ejercicio adaptado y la educación individualizada configuran un marco de cuidados útil para disminuir complicaciones y favorecer una recuperación más segura y autónoma.

Conflicto de intereses

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

Financiación

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

Bibliografía

1. Chaloupková Z, Coufal O, Gabrielová L. Current trends in breast cancer surgery.. *Rozhl Chir.* 2024;103(7):247-254. doi: <https://doi.org/10.48095/ccrvch2024247>
2. Li C, Li X, Xu Q, Zhao J, He L, Lu J, et al.. A Study on the Association Between Preventive Behaviors and Quality of Life in High-risk Populations for Postoperative Lymphedema Following Breast Cancer Surgery.. *Clin Breast Cancer.* 2026;26(7):30-38. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2026.05.006>
3. Liao Y, Chen M, Ji Q, Jin C, Zhu X, Xie L, et al.. Efficacy of gradient compression sleeves in preventing postoperative upper extremity lymphoedema after breast cancer surgery.. *Expert Rev Med Devices.* 2026;23(6):733-743. doi: <https://doi.org/10.1080/17434440.2026.2664423>
4. Lee TS, Kilbreath SL, Refshauge KM, Pendlebury SC, Beith JM, Lee MJ. Pectoral stretching program for women undergoing radiotherapy for breast cancer.. *Breast Cancer Res Treat.* 2007;102(3):313-21. doi: <https://doi.org/10.1007/s10549-006-9339-0>
5. Castro-Sánchez AM, Moreno-Lorenzo C, Matarán-Peñarrocha GA, Aguilar-Ferrándiz ME, Almagro-Céspedes I, Anaya-Ojeda J. [Preventing lymphoedema after breast cancer surgery by elastic restraint orthotic and manual lymphatic drainage: a randomized clinical trial].. *Med Clin (Barc).* 2011;137(5):204-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.09.020>
6. Hummelink S, Schultze Kool LJ, Ulrich DJ. Displaying inguinal lymph nodes before transplantation in a deep inferior epigastric perforator flap breast reconstruction using an innovative projection method.. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2016;69(3):376-80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2015.10.041>
7. Deveci Z, Karayurt Ö, Bilik O, Eyigör S. Development of the Breast Cancer Related Lymphedema Self-Care Scale.. *Clin Nurs Res.* 2023;32(1):221-232. doi: <https://doi.org/10.1177/1054773820947980>
8. Deveci Z, Karayurt Ö, Eyigör S. Self-care practices, patient education in women with breast cancer-related lymphedema.. *Turk J Phys Med Rehabil.* 2021;67(2):187-195. doi: <https://doi.org/10.5606/tftrd.2021.5022>
9. Wang L, Yan S, Xiao R, Zhang Q, Yang Y, Pan X, et al.. Family engagement in the management of breast cancer-related lymphedema: A qualitative study.. *Int J Nurs Stud.* 2026;182:105610. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2026.105610>

ARTÍCULO 05

Posición prona en pacientes críticos: cuidados, riesgos y seguridad enfermera

Prone positioning in critically ill patients: care, risks and nursing safety

Isabel Gómez Cordero · Adrián López Herrera · Teresa Molina García

Incluido en la revista CADICE. Vol. I, N.º 9 - Septiembre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(9):410

Autor principal (primer firmante)

Isabel Gómez Cordero

Fecha recepción

12/08/26

Fecha aceptación

15/09/26

Fecha de publicación

20/09/26

Pág. Inicial

Vol. I; N.º 9:410

Categoría

Enfermería

Palabras clave

Síndrome de dificultad respiratoria; Unidades de cuidados intensivos; Monitorización fisiológica; Cuidados críticos; Enfermería basada en la evidencia; Paciente crítico; Cuidados de Enfermería; Posición prona; Lesión por presión; Oxigenación

Resumen

Introducción: La posición prona constituye una medida de soporte utilizada en pacientes críticos con alteración relevante del intercambio gaseoso, especialmente en contextos de insuficiencia respiratoria grave. Su aplicación puede contribuir a mejorar la distribución de la ventilación y la relación ventilación-perfusión, pero implica un procedimiento complejo que requiere coordinación del equipo, valoración continua y cuidados enfermeros específicos para reducir eventos adversos.

Objetivos: Revisar los fundamentos clínicos de la posición prona en el paciente crítico y describir los principales cuidados de Enfermería relacionados con la preparación, la ejecución, la monitorización, la prevención de complicaciones y la seguridad asistencial.

Metodología: Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo orientada a la práctica enfermera en unidades de cuidados intensivos. El desarrollo se centra en aspectos fisiopatológicos generales, riesgos asociados al procedimiento, necesidades de vigilancia y medidas de cuidado aplicables en el entorno asistencial.

Resultados: La pronación se asocia a potenciales beneficios sobre la oxigenación y puede formar parte del abordaje de determinados pacientes con distrés respiratorio y ventilación mecánica. Desde la perspectiva enfermera, la seguridad depende de una preparación ordenada, la verificación de dispositivos invasivos, la protección cutánea y ocular, la monitorización hemodinámica y respiratoria, el control de la tolerancia, la prevención de lesiones por presión y el registro clínico. También exigen atención la sedación, el manejo de secreciones, la nutrición, la movilización segura y la detección precoz de incidencias.

Discusión/Conclusiones: La posición prona no debe entenderse como un simple cambio postural, sino como una intervención compleja que modifica necesidades de cuidado, vigilancia y coordinación interdisciplinar. El papel de Enfermería resulta determinante para anticipar riesgos, sostener la continuidad del cuidado y favorecer una aplicación segura e individualizada según la situación clínica y los protocolos del centro.

Abstract

Introduction: Prone positioning is a supportive measure used in critically ill patients with severe impairment of gas exchange, particularly in the setting of acute respiratory failure. It may contribute to improved ventilation distribution and ventilation-perfusion matching, although it is a complex procedure that requires team coordination, continuous assessment and specific nursing care to minimize adverse events.

Objectives: To review the clinical basis of prone positioning in critically ill patients and to describe the main nursing care measures related to preparation, implementation, monitoring, complication prevention and patient safety.

Methodology: A narrative theoretical review focused on nursing practice in intensive care units is presented. The paper addresses general pathophysiological aspects, procedure-related risks, surveillance needs and care measures applicable in the critical care setting.

Results: Prone positioning is associated with potential improvements in oxygenation and may be part of the management of selected patients with severe respiratory distress receiving mechanical ventilation. From a nursing perspective, safety depends on structured preparation, verification of invasive devices, skin and eye protection, hemodynamic and respiratory monitoring, tolerance assessment, pressure injury prevention and accurate clinical documentation. Sedation, secretion management, nutrition, safe mobilization and early detection of complications also require close attention.

Discussion/Conclusions: Prone positioning should not be considered a simple postural change but rather a complex intervention that modifies care needs, monitoring demands and interdisciplinary coordination. Nursing plays a central role in anticipating risks, maintaining continuity of care and supporting safe, individualized implementation according to the clinical situation and local protocols.

Keywords: Respiratory Distress Syndrome; Intensive Care Units; Monitoring, Physiologic; Critical Care; Evidence-Based Nursing; Critical Illness; Nursing Care; Prone Position; Pressure Ulcer; Oxygenation

Introducción

La atención al paciente crítico obliga a integrar decisiones de soporte vital con cuidados continuos de alta complejidad. Entre las intervenciones no farmacológicas empleadas en unidades de cuidados intensivos, la posición prona ocupa un lugar relevante cuando el deterioro respiratorio compromete de forma importante la oxigenación y exige estrategias de ventilación protectora. Su indicación suele vincularse a cuadros de insuficiencia respiratoria grave, con frecuencia en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, aunque el contexto clínico concreto y la oportunidad de su aplicación deben individualizarse por el equipo responsable.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la pronación puede favorecer un reclutamiento alveolar más homogéneo, reducir zonas de sobredistensión y mejorar la distribución regional de la ventilación. También puede modificar la relación entre ventilación y perfusión, con repercusión favorable sobre el intercambio gaseoso en determinados pacientes. Sin embargo, estos posibles beneficios no eliminan la complejidad técnica del procedimiento. El giro a prono afecta al posicionamiento del tubo endotraqueal, a las líneas vasculares, a los sistemas de monitorización, a la presión ejercida sobre prominencias óseas y tejidos blandos, a la seguridad ocular y facial, y a la accesibilidad al paciente para la valoración clínica habitual.

Por ello, la pronación debe contemplarse como una intervención estructurada y no como un mero cambio postural. Requiere preparación previa, distribución de funciones, comunicación efectiva, recursos materiales adecuados y vigilancia estrecha antes, durante y después del giro. En este escenario, la Enfermería participa de forma decisiva tanto en la ejecución segura como en la continuidad de cuidados posteriores. Su actuación incluye la valoración integral, la identificación de riesgos, la prevención de lesiones asociadas al soporte, la monitorización de la respuesta clínica y la detección precoz de complicaciones.

La relevancia enfermera es especialmente visible en la prevención del daño evitable. El paciente pronado suele presentar inmovilidad, sedación

profunda, dependencia tecnológica y una vulnerabilidad elevada frente a complicaciones como la lesión por presión, el edema facial, la obstrucción o desplazamiento de dispositivos, el deterioro de la integridad ocular, la intolerancia hemodinámica o la aparición de neuropatías por compresión. Además, el prono modifica tareas asistenciales habituales, como la higiene, la aspiración de secreciones, el control de la nutrición enteral, la valoración cutánea o el acceso al tórax y al abdomen.

La práctica clínica exige, por tanto, un enfoque prudente y sistemático. No todos los pacientes críticos se benefician por igual, ni todos toleran la intervención del mismo modo. La valoración clínica, el estado hemodinámico, las contraindicaciones relativas o absolutas, la presencia de dispositivos complejos y la experiencia del equipo condicionan la toma de decisiones. En consecuencia, una revisión centrada en cuidados, riesgos y seguridad enfermera resulta pertinente para ordenar la práctica asistencial y reforzar una cultura de trabajo coordinado y seguro en la UCI.

Objetivos

Revisar la posición prona en pacientes críticos desde una perspectiva enfermera, atendiendo a su fundamento clínico, a sus implicaciones sobre la vigilancia y a los principales riesgos asociados al procedimiento.

De forma específica, se pretende:

- Describir los elementos fisiopatológicos que ayudan a comprender el uso de la pronación en la insuficiencia respiratoria grave.
- Identificar los cuidados de Enfermería necesarios en la preparación previa al giro y en el mantenimiento del paciente en prono.
- Analizar las complicaciones potenciales más relevantes relacionadas con la integridad cutánea, la vía aérea, los dispositivos invasivos, la tolerancia hemodinámica y la monitorización.
- Señalar medidas organizativas y asistenciales que pueden reforzar la seguridad del paciente y del equipo durante esta intervención.

Metodología

Se realiza una revisión teórica de tipo narrativo orientada a la práctica clínica enfermera en el ámbito de los cuidados intensivos. El enfoque no persigue presentar una síntesis cuantitativa de estudios ni establecer un protocolo universal, sino ofrecer una exposición ordenada de contenidos clínicos y asistenciales útiles para la atención del paciente crítico sometido a posición prona.

La selección temática se ha estructurado en torno a cuatro ejes: fundamento fisiopatológico general, preparación del procedimiento, cuidados durante el mantenimiento en prono y prevención de riesgos. El desarrollo se apoya en conocimientos consolidados de cuidados críticos y en principios de seguridad del paciente aplicables a la movilización compleja de personas con alta dependencia tecnológica.

Se ha priorizado una redacción prudente, orientada a la toma de decisiones profesionales y compatible con la adaptación a protocolos locales. Dado que no se aportan fuentes específicas para esta revisión, no se incluyen referencias bibliográficas ni se atribuyen recomendaciones a organismos concretos. Las consideraciones expuestas deben interpretarse como orientaciones generales para la práctica enfermera, sujetas a la valoración clínica individual y a la organización asistencial de cada unidad.

Resultados

Fundamento clínico y repercusión asistencial

En el paciente con distrés respiratorio y ventilación mecánica, la distribución del aire inspirado puede ser heterogénea por la combinación de edema pulmonar, colapso alveolar, disminución de la distensibilidad y efecto gravitacional. La posición supina favorece, en algunos casos, una mayor compresión de regiones pulmonares posteriores y una ventilación menos uniforme. Al colocar al paciente en prono, esa distribución puede modificarse y facilitar un patrón más homogéneo de aireación, con mejoría del intercambio gaseoso en determinados perfiles clínicos.

La respuesta a la pronación no es idéntica en todos los pacientes y debe valorarse junto con otros

elementos del tratamiento intensivo. Además, aunque la mejoría respiratoria es el motivo principal para considerarla, la maniobra genera cambios relevantes en la práctica diaria de los cuidados: acceso limitado a determinadas zonas anatómicas, nuevas superficies de apoyo, modificación de presiones sobre cara, tórax, pelvis y extremidades, y necesidad de reorganizar procedimientos básicos como el aseo, la fijación de catéteres o la aspiración de secreciones.

Valoración enfermera previa

La seguridad del procedimiento comienza antes del giro. La Enfermería participa en la verificación de la indicación establecida por el equipo y en la identificación de factores que puedan aumentar el riesgo. Resulta pertinente revisar la situación respiratoria y hemodinámica, el nivel de sedación, la necesidad de bloqueo neuromuscular si se ha pautado, la presencia y fijación del tubo endotraqueal, la ubicación de accesos vasculares, drenajes y sondas, así como el riesgo de lesiones previas en piel, mucosas y ojos.

La valoración inicial incluye también aspectos relacionados con la movilización segura: número de profesionales disponibles, liderazgo de la maniobra, secuencia acordada de pasos, disponibilidad de almohadillado o superficies de alivio de presión, protección de prominencias óseas y preparación de material para posibles incidencias. La improvisación incrementa la posibilidad de desconexiones, extubación accidental, tracción de catéteres o pérdida de monitorización, de modo que la planificación previa tiene un claro valor preventivo.

En pacientes con obesidad, inestabilidad hemodinámica, edema importante, dispositivos múltiples o limitaciones anatómicas, la maniobra requiere una previsión aún más detallada. Del mismo modo, la existencia de lesiones faciales, cirugía reciente, heridas abdominales, estomas o aumento de presión intraabdominal obliga a extremar la individualización del cuidado y la vigilancia posterior.

Preparación del paciente y del entorno

Antes del cambio postural conviene asegurar que todo el material imprescindible está disponible y funcional. Deben comprobarse las conexiones del respirador, la fijación y profundidad del tubo endotraqueal según el registro clínico, la permeabilidad de las líneas, la correcta sujeción de bombas de infusión y el funcionamiento de la monitorización continua. Es recomendable organizar cables y tubuladuras de forma que acompañen el giro sin tensiones ni acodamientos.

La preparación enfermera incluye medidas de protección cutánea y mucosa. La inspección de la piel permite detectar zonas vulnerables y planificar apoyos. El empleo de dispositivos de descarga, apósitos protectores si están indicados en el centro y cambios pautados de microposición puede contribuir a reducir la presión mantenida sobre mejillas, frente, mentón, clavículas, mamas, crestas ilíacas, genitales, rodillas y dorso de los pies. También deben protegerse los ojos y evitar apoyos directos prolongados que favorezcan edema o lesión corneal.

La aspiración de secreciones, cuando procede, y la revisión del contenido gástrico o de la tolerancia a la nutrición enteral forman parte de la preparación inmediata en muchos pacientes. La necesidad de interrumpir temporalmente determinadas perfusiones, adaptar la administración enteral o reajustar la analgesia y la sedación depende del estado clínico y de las prácticas del servicio, por lo que estas decisiones han de integrarse con el plan terapéutico de la unidad.

Ejecución de la maniobra y trabajo en equipo

La pronación es una maniobra coordinada. Aunque la composición del equipo puede variar según la unidad y la complejidad del caso, suele requerir una distribución explícita de responsabilidades: control de la vía aérea, manejo del tronco y pelvis, protección de extremidades y supervisión de líneas y dispositivos. La comunicación verbal durante el procedimiento disminuye errores y permite sincronizar cada movimiento.

En términos de seguridad, el control de la vía aérea ocupa un lugar central. Durante el giro, la atención del profesional responsable debe mantenerse en el tubo endotraqueal y en el circuito ventilatorio,

evitando tracciones, desconexiones o desplazamientos. Una vez completada la posición, es preciso reevaluar la fijación del tubo, la movilidad cervical, la simetría torácica, la expansión respiratoria, la calidad de la ventilación y los parámetros monitorizados.

La colocación final no debería reproducir puntos de presión excesiva. La cabeza suele requerir cambios de lateralización según tolerancia y protocolo local, con vigilancia frecuente de orejas, pómulos, párpados y labios. Los miembros superiores e inferiores deben quedar alineados, con protección de articulaciones y prevención de estiramientos mantenidos que puedan favorecer lesión nerviosa o compromiso vascular.

Monitorización durante el mantenimiento en prono

Tras la maniobra, la prioridad es verificar la estabilidad clínica y detectar complicaciones tempranas. La monitorización respiratoria debe incluir observación de la saturación, comportamiento ventilatorio, presión en la vía aérea cuando se dispone de este dato, presencia de asincronías, secreciones y cambios en la auscultación o en la expansión torácica si la exploración es factible. No basta con registrar una mejoría puntual de la oxigenación; también es necesario valorar la tolerancia global del paciente.

La vigilancia hemodinámica merece atención constante. Algunos pacientes pueden presentar cambios en la precarga, en la presión arterial o en la perfusión tisular tras el giro. La Enfermería contribuye mediante el seguimiento de constantes, la observación del relleno capilar, el aspecto de la piel, la temperatura distal, la diuresis y otros indicadores disponibles en la unidad. Cualquier signo de inestabilidad debe comunicarse de forma inmediata.

La monitorización neurológica es más limitada en pacientes profundamente sedados, pero sigue siendo relevante la observación del nivel de sedación, la respuesta al estímulo si procede, la adecuación de la analgesia, la prevención del despertar no deseado y la detección de movimientos que comprometan dispositivos. En pacientes con bloqueo neuromuscular pautado, la vigilancia se orienta además a garantizar

ventilación adecuada, protección ocular y continuidad de las medidas preventivas frente a inmovilidad prolongada.

Cuidados de integridad cutánea y prevención de lesiones

La lesión por presión representa una de las complicaciones más conocidas en el paciente pronado. El riesgo no depende solo del tiempo de permanencia, sino también del estado nutricional, la perfusión, la humedad, el edema, la presencia de fiebre, la calidad de las superficies de apoyo y la posibilidad real de realizar microcambios posturales. La valoración periódica de la piel debe centrarse en zonas faciales y anteriores del cuerpo, con especial atención a enrojecimiento persistente, áreas de presión, maceración o marcas de dispositivos.

La prevención exige medidas combinadas: acolchado adecuado, redistribución de apoyos, cambios de la posición cefálica según tolerancia, protección de rodillas y pies, cuidado de genitales y mamas, y vigilancia de puntos de contacto de sondas, fijadores y tubos. La humedad por sudoración, secreciones o pérdidas también incrementa el riesgo, de modo que la higiene y el secado cuidadoso conservan su importancia incluso cuando el acceso es más dificultoso.

Las lesiones oculares constituyen otro ámbito de especial cuidado. El cierre palpebral incompleto, la presión directa sobre el globo ocular, la sequedad y el edema periocular pueden causar daño si no se previenen. La correcta lubricación si está prescrita, la protección del área ocular y la comprobación de que no existan apoyos inadecuados deben integrarse en la rutina de vigilancia enfermera.

Dispositivos, secreciones y soporte nutricional

La coexistencia de múltiples dispositivos convierte al paciente pronado en un escenario de alta vulnerabilidad técnica. Catéteres venosos, sondas, drenajes, accesos arteriales, sistemas de monitorización y soporte extracorpóreo, cuando existen, exigen comprobaciones frecuentes de permeabilidad, fijación y ausencia de acodamientos. El riesgo no termina con el giro inicial; los desplazamientos pueden producirse durante los cuidados, la higiene o los cambios de microposición.

El manejo de secreciones respiratorias puede verse condicionado por la posición, la sedación y la mecánica ventilatoria. La Enfermería debe vigilar signos de retención, aumento de resistencia al flujo, necesidad de aspiración y características de las secreciones, siempre según técnica y recursos disponibles en la unidad. La humidificación del sistema y la permeabilidad del tubo también forman parte del control continuado.

Respecto al soporte nutricional, la administración enteral en prono puede mantenerse en determinados pacientes si existe buena tolerancia y valoración clínica favorable, aunque el riesgo de intolerancia, regurgitación o aspiración obliga a extremar la vigilancia. La posición del paciente, la observación abdominal, la presencia de distensión, vómitos o residuo según práctica local y la coordinación con el equipo médico forman parte del seguimiento. Las decisiones no deben automatizarse, ya que dependen del estado hemodinámico, de la función gastrointestinal y del plan terapéutico global.

Complicaciones y respuesta enfermera

Entre las incidencias más relevantes se encuentran la extubación accidental, la obstrucción o desplazamiento del tubo endotraqueal, la desconexión del respirador, la pérdida de accesos vasculares, la intolerancia hemodinámica, el edema facial, las lesiones por presión y las neuropatías por compresión. También pueden presentarse dificultades para reanimación inmediata o acceso urgente a la vía aérea, circunstancia que obliga a prever planes de actuación y recursos antes de iniciar el procedimiento.

La respuesta enfermera ante estas complicaciones se basa en la detección precoz, la reevaluación clínica y la activación rápida del equipo. La observación continua permite identificar cambios sutiles antes de que aparezca un deterioro mayor. Una desaturación mantenida, una alteración brusca de presiones ventilatorias, el sangrado en un punto de inserción, la disminución de la diuresis o la aparición de edema marcado deben interpretarse en conjunto y no como hallazgos aislados.

El registro clínico tiene valor asistencial y de seguridad. Debe reflejar la hora del giro, la

tolerancia, el estado de la piel, la localización de apoyos, los cambios de posición cefálica o de extremidades, las incidencias observadas y las medidas adoptadas. Una documentación precisa facilita la continuidad de cuidados entre turnos y permite ajustar la vigilancia según la evolución.

Papel de Enfermería en la cultura de seguridad

La seguridad del paciente pronado depende tanto de las habilidades técnicas como de la organización del trabajo. La existencia de listas de verificación, la estandarización local de la maniobra, la formación periódica y la simulación de situaciones complejas pueden favorecer una práctica más segura. Enfermería aporta una visión integradora porque enlaza la preparación del procedimiento con la vigilancia posterior, la prevención del daño y la coordinación con otros profesionales.

La experiencia del equipo influye en la calidad del proceso, pero no sustituye la necesidad de reevaluación individual. Cada giro debe plantearse atendiendo al estado actual del paciente, a la carga de dispositivos y al entorno asistencial real. En este marco, la comunicación estructurada entre profesionales y el relevo de información entre turnos reducen omisiones y permiten sostener una vigilancia coherente durante todo el tiempo de permanencia en prono.

Discusión/Conclusiones

La posición prona se ha consolidado como una intervención de soporte relevante en determinados pacientes críticos con insuficiencia respiratoria grave, pero su valor clínico no puede desligarse de los cuidados que la hacen viable y segura. Desde Enfermería, la pronación exige comprender tanto su finalidad fisiológica como sus consecuencias sobre la integridad física, la monitorización y la organización asistencial. Su complejidad radica en que cada posible beneficio respiratorio convive con riesgos derivados de la inmovilidad, la presión mantenida y la dependencia tecnológica.

Una de las principales aportaciones enfermeras consiste en transformar una maniobra técnica en un proceso de cuidado seguro. Esto implica valorar antes de actuar, anticipar complicaciones, proteger la piel y las mucosas, vigilar dispositivos, detectar signos de intolerancia y registrar de forma útil para

la continuidad asistencial. El cuidado del paciente pronado no se limita al momento del giro; se extiende a todo el periodo de mantenimiento y al retorno a supino, etapa en la que también pueden aparecer incidencias.

La revisión pone de manifiesto que las complicaciones más frecuentes no son accesorias, sino inherentes a la propia intervención y, por ello, potencialmente prevenibles en parte mediante preparación, entrenamiento y vigilancia. La prevención de lesiones por presión, la protección ocular, el control de la vía aérea y la supervisión hemodinámica no deben entenderse como tareas paralelas, sino como componentes centrales del plan de cuidados. Del mismo modo, el manejo de secreciones, la higiene, la nutrición y la movilización menor requieren adaptación específica cuando el paciente permanece en prono.

En términos organizativos, la seguridad mejora cuando existe una secuencia de actuación clara, una distribución de roles bien conocida y una comunicación efectiva entre profesionales. No obstante, cualquier estandarización debe convivir con la individualización clínica. La variabilidad del paciente crítico obliga a ajustar la intervención según la respuesta respiratoria, la estabilidad circulatoria, la carga de dispositivos y la aparición de complicaciones. Por ello, la aplicación de la pronación debe insertarse en protocolos locales, recursos disponibles y juicio clínico compartido.

Como síntesis práctica, la posición prona puede contribuir al soporte respiratorio de determinados pacientes críticos, pero su implementación segura depende en gran medida del trabajo enfermero. La vigilancia estrecha, la prevención del daño evitable y la coordinación interdisciplinar sitúan a Enfermería en un lugar central para sostener la calidad asistencial en este procedimiento de alta complejidad.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no existe ningún conflicto de intereses que haya podido influir en el contenido del presente trabajo.

Financiación

La elaboración de este artículo no contó con financiación externa pública ni privada.

Bibliografía

1. Grasselli G, Calfee CS, Camporota L, Poole D, Amato MBP, Antonelli M, et al.. ESICM guidelines on acute respiratory distress syndrome: definition, phenotyping and respiratory support strategies.. *Intensive Care Med.* 2023;49(7):727-759. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07050-7>
2. Jianzhen P, Mei G, Jianghong Z, Fei C, Lili C. Safety and efficacy of enteral nutrition during prone ventilation: A meta-analysis.. *J Int Med Res.* 2025;53(4):3000605251322358. doi: <https://doi.org/10.1177/03000605251322358>
3. Lan X, Guo L, Zhou H, Wang H, Wang Q, Jia D, et al.. [Prone position-cardiopulmonary resuscitation in adults: a scoping review].. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue.* 2024;36(10):1049-1055. doi: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121430-20240620-00621>
4. Desselle MR, Coyer F, Byram I, Fakhr R, Forrestal DP, Green N, et al.. Safety and usability of proning pillows in intensive care: A scoping review.. *Aust Crit Care.* 2023;36(5):847-854. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.08.080>
5. Hsu CH, Considine J, Pawar RD, Cellini J, Schexnayder SM, Soar J, et al.. Cardiopulmonary resuscitation and defibrillation for cardiac arrest when patients are in the prone position: A systematic review.. *Resusc Plus.* 2021;8:100186. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2021.100186>
6. Linn DD, Beckett RD, Foellinger K. Administration of enteral nutrition to adult patients in the prone position.. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31(1):38-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.002>
7. Goettler CE, Pryor JP, Hoey BA, Phillips JK, Balas MC, Shapiro MB. Prone positioning does not affect cannula function during extracorporeal membrane oxygenation or continuous renal replacement therapy.. *Crit Care.* 2002;6(5):452-5. doi: <https://doi.org/10.1186/cc1814>
8. Vollman KM. Prone positioning in the patient who has acute respiratory distress syndrome: the art and science.. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2004;16(3):319-36. viii. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2004.04.007>
9. Griffiths H, Gallimore D. Positioning critically ill patients in hospital.. *Nurs Stand.* 2005;19(42):56-64; quiz 66. doi: <https://doi.org/10.7748/ns2005.06.19.42.56.c3902>
10. Mi Y, Cai Z, Liu J, Tian F, Yang L, Bao L, et al.. [Expert consensus on implementation strategy of awake prone positioning for non-intubated patients in China (2023)].. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue.* 2023;35(4):337-351. doi: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121430-20230427-00324>

11. Imbriaco G, Monesi A, Mazzoli CA, Gamberini L, Ferrari P. Optimizing nursing workload in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic: Planning prone positioning.. Trends Anaesth Crit Care. 2022;45:37-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2022.05.002>
12. An X, Pei K, Cai L. Evidence Based Strategies for Blind Placement of Nasojejunal Feeding Tubes in ICU Patients.. J Multidiscip Healthc. 2025;18:6287-6297. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S553373>
13. Rowe C. Development of clinical guidelines for prone positioning in critically ill adults.. Nurs Crit Care. 2004;9(2):50-7. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2003.0054.x>
14. Dirkes S, Dickinson S, Havey R, O'brien D. Prone positioning: is it safe and effective?. Crit Care Nurs Q. 2012;35(1):64-75. doi: <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e31823b20c6>

CADICE

Revista de Enfermería

Ciencia Aplicada,
Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

20 DE SEPTIEMBRE DE 2026

Vol. I · N.º 9 · Septiembre 2026

Artículos 406-410

revistadeenfermeria.com

Hemeroteca diaria