REVISTA DE ENFERMERÍA

CADICE

Ciencia Aplicada, Desarrollo e Investigación
en Cuidados de Enfermería

ISSN 3127-5486

VOL. I / N.º 10

EDICIÓN DIARIA

4 de octubre de 2026

96

Domingo · Artículos 476-480

EN ESTA EDICIÓN

01 Soledad no deseada en personas mayores: implicaciones para la atención enfermera

02 Trastornos psicóticos: alianza terapéutica y adherencia desde la perspectiva enfermera

03 Adherencia terapéutica en cronicidad: estrategias educativas desde Enfermería

04 Hipertensión en el embarazo: revisión de signos de alarma y educación enfermera

05 Atención urgente a personas mayores tras una caída: revisión del abordaje enfermero

EDICIÓN DIARIA 96

Sumario

4 de octubre de 2026

01 **Soledad no deseada en personas mayores: implicaciones para la atención enfermera** — 03 PÁGINA

Nuria Pérez Aguilar · Miguel Torres Calvo · Laura Hidalgo Romero · Carmen Ruiz Esteban · Héctor Jiménez Lara · Ana Belén Cano Soler

CADICE. 2026;1(10):476

02 **Trastornos psicóticos: alianza terapéutica y adherencia desde la perspectiva enfermera** — 10 PÁGINA

Lucía Ortega Ramos · Sergio Martín Delgado

CADICE. 2026;1(10):477

03 **Adherencia terapéutica en cronicidad: estrategias educativas desde Enfermería** — 18 PÁGINA

Marta Vidal Herrera · Raúl Gómez Salcedo · Irene Campos Núñez · David León Morales · Paula Ríos Fuentes

CADICE. 2026;1(10):478

04 **Hipertensión en el embarazo: revisión de signos de alarma y educación enfermera** — 26 PÁGINA

Rosa Beltrán Jiménez · Enrique Salas Ortega · Ángela Medina Pardo · Carlos Vega Roldán

CADICE. 2026;1(10):479

05 **Atención urgente a personas mayores tras una caída: revisión del abordaje enfermero** — 34 PÁGINA

Rosa Beltrán Jiménez · Enrique Salas Ortega · Ángela Medina Pardo · Carlos Vega Roldán

CADICE. 2026;1(10):480

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

Soledad no deseada en personas mayores: implicaciones para la atención enfermera

Unwanted loneliness in older adults: implications for nursing care

Nuria Pérez Aguilar · Miguel Torres Calvo · Laura Hidalgo Romero · Carmen Ruiz Esteban · Héctor Jiménez Lara · Ana Belén Cano Soler

Incluido en la revista CADICE. Vol. I . N.º 10 - Octubre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(10):476

Autor principal (primer firmante)
Nuria Pérez Aguilar

Fecha recepción
30/08/26

Fecha aceptación
30/09/26

Fecha de publicación
04/10/26

Pág. Inicial
Vol. I; N.º 10:476

Categoría
Enfermería

Palabras clave
Apoyo social; Actividades de la vida diaria; Fragilidad; Enfermería basada en la evidencia; Aislamiento social; Soledad; Cuidados de Enfermería; Revisión; Enfermería geriátrica; Anciano

Resumen

Introducción: La soledad no deseada en las personas mayores constituye un problema de salud y de cuidados con repercusiones emocionales, funcionales y sociales. Aunque no equivale al aislamiento social, ambos fenómenos pueden coexistir y aumentar la vulnerabilidad clínica, especialmente en situaciones de fragilidad, dependencia incipiente, duelo, multimorbilidad o limitación de la participación comunitaria. Desde Enfermería, su identificación temprana resulta relevante por su impacto sobre el bienestar percibido, la capacidad para las actividades de la vida diaria y la continuidad de cuidados.

Objetivos: Analizar las implicaciones de la soledad no deseada en personas mayores para la práctica enfermera, revisar sus principales factores asociados y describir líneas de valoración e intervención aplicables en distintos ámbitos asistenciales.

Metodología: Se desarrolla una revisión teórica de carácter narrativo centrada en la relación entre soledad, apoyo social, funcionalidad y fragilidad, con especial atención al papel de la Enfermería geriátrica y comunitaria. El enfoque integra aspectos conceptuales, clínicos y organizativos útiles para la práctica profesional.

Resultados: La soledad no deseada se asocia a pérdida de vínculos significativos, barreras de movilidad, deterioro sensorial, carga de enfermedad, menor participación social y dificultades en el desempeño cotidiano. La valoración enfermera debe contemplar de forma conjunta dimensión emocional, red de apoyo, situación funcional, riesgo de fragilidad, salud mental, seguridad en el domicilio y preferencias de la persona. Entre las respuestas enfermeras destacan la detección precoz, la escucha terapéutica, el refuerzo del autocuidado, la activación de recursos formales e informales, la coordinación interprofesional y el seguimiento longitudinal.

Discusión/Conclusiones: La soledad no deseada no puede abordarse únicamente como un problema relacional, ya que frecuentemente se entrelaza con necesidades de cuidados, dependencia y vulnerabilidad social. La Enfermería ocupa una posición estratégica para reconocer situaciones de riesgo, promover intervenciones individualizadas y favorecer una atención centrada en la persona, siempre adaptada al contexto clínico, familiar y comunitario.

ARTÍCULO 01 / CADICE. 2026;1(10):476

Abstract

Introduction: Unwanted loneliness in older adults is a relevant health and care issue with emotional, functional, and social consequences. Although it is not synonymous with social isolation, both conditions may coexist and increase clinical vulnerability, particularly in the presence of frailty, early dependency, bereavement, multimorbidity, or reduced community participation. From a nursing perspective, early recognition is important because of its potential impact on perceived well-being, activities of daily living, and continuity of care.

Objectives: To analyse the implications of unwanted loneliness in older people for nursing practice, review its main associated factors, and describe assessment and intervention lines applicable across care settings.

Methodology: A narrative theoretical review was developed, focusing on the relationship between loneliness, social support, functionality, and frailty, with particular attention to geriatric and community nursing. The approach integrates conceptual, clinical, and organisational aspects relevant to professional practice.

Results: Unwanted loneliness is associated with loss of meaningful relationships, mobility barriers, sensory impairment, disease burden, lower social participation, and difficulties in everyday functioning. Nursing assessment should jointly address emotional status, support network, functional situation, frailty risk, mental health, home safety, and personal preferences. Relevant nursing responses include early detection, therapeutic listening, support for self-care, mobilisation of formal and informal resources, interprofessional coordination, and longitudinal follow-up.

Discussion/Conclusions: Unwanted loneliness should not be addressed only as a relational problem, since it is often intertwined with care needs, dependency, and social vulnerability. Nurses are in a strategic position to identify risk situations, promote individualised interventions, and support person-centred care adapted to the clinical, family, and community context.

Keywords: Social Support; Activities of Daily Living; Frailty; Evidence-Based Nursing; Social Isolation; Loneliness; Nursing Care; Review; Geriatric Nursing; Aged

Introducción

La soledad no deseada en la vejez ha adquirido una notable relevancia en el ámbito sanitario por su relación con el sufrimiento subjetivo, la pérdida de autonomía y la complejidad de los cuidados. No se trata únicamente de la ausencia objetiva de compañía. Muchas personas mayores mantienen contactos familiares o conviven con otras personas y, aun así, refieren sensación de desconexión, falta de reciprocidad afectiva o escasez de relaciones significativas. A la inversa, algunas viven solas sin experimentar malestar. Esta distinción obliga a una aproximación clínica cuidadosa, centrada en la experiencia de la persona y no solo en indicadores estructurales de convivencia.

En términos asistenciales, conviene diferenciar la soledad no deseada del aislamiento social. El aislamiento suele referirse a un menor número de contactos o interacciones, mientras que la soledad remite a la percepción de carencia relacional. Ambos fenómenos pueden solaparse, pero no son equivalentes. Para Enfermería, esta diferencia es importante porque condiciona la valoración y las intervenciones. Una red social numéricamente amplia no garantiza apoyo emocional útil, del mismo modo que una red limitada no implica necesariamente desamparo. El significado que la persona atribuye a sus relaciones, su historia vital, sus pérdidas y sus expectativas deben incorporarse a la evaluación.

En las personas mayores, la soledad no deseada suele entrelazarse con acontecimientos frecuentes en esta etapa, como el duelo por la pérdida de la pareja, la reducción del círculo social, la jubilación, la institucionalización, la aparición de problemas de movilidad, el deterioro auditivo o visual, la polimedicación y la dependencia progresiva para actividades básicas o instrumentales. Estas circunstancias pueden modificar la participación social y aumentar la necesidad de apoyo, con repercusión en la percepción de control y en la calidad de vida. Además, cuando coexisten fragilidad, deterioro cognitivo leve o enfermedades

crónicas, la soledad puede convertirse en un factor añadido de vulnerabilidad.

La atención enfermera tiene un papel destacado porque la soledad no deseada suele hacerse visible en momentos de contacto asistencial ordinario: visitas domiciliarias, seguimiento de cronicidad, valoración al alta, programas de envejecimiento saludable, consulta de Atención Primaria, hospitalización o atención sociosanitaria. En muchos casos no aparece como motivo explícito de consulta. Se manifiesta de forma indirecta, a través de insomnio, apatía, baja adherencia, descuido del autocuidado, uso reiterado de servicios sanitarios, verbalizaciones de vacío, miedo a la noche o dificultad para organizar la vida cotidiana. Reconocer estos signos exige competencia relacional y una mirada integral de los cuidados.

Desde una perspectiva enfermera, el interés por este problema no se limita al malestar emocional. La soledad no deseada puede influir en la nutrición, la movilidad, la seguridad en el domicilio, la motivación para mantener rutinas, la participación en actividades significativas y la capacidad para solicitar ayuda. También puede agravar situaciones de riesgo social no detectadas. Por ello, su abordaje requiere integrar dimensiones clínicas, funcionales, familiares y comunitarias, evitando tanto la banalización del problema como su reducción a una única respuesta social.

Objetivos

Analizar las implicaciones de la soledad no deseada en personas mayores para la atención enfermera, considerando su relación con la funcionalidad, la fragilidad, el apoyo social y la continuidad asistencial.

De manera específica, se pretende:

- Delimitar el concepto de soledad no deseada y diferenciarlo del aislamiento social desde una perspectiva útil para la práctica clínica.
- Describir factores personales, familiares, funcionales y contextuales que pueden favorecer su aparición o mantenimiento.
- Examinar las consecuencias potenciales de la soledad sobre el autocuidado, las actividades de la vida diaria y la vulnerabilidad de la persona mayor.
- Identificar elementos clave de la valoración enfermera en distintos niveles asistenciales.
- Proponer líneas generales de intervención enfermera, coordinación y seguimiento adaptables al contexto de cada paciente.

Metodología

Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo orientada a sintetizar contenidos clínicos y de cuidados relacionados con la soledad no deseada en personas mayores. El desarrollo se apoya en un enfoque integrador, útil para la práctica enfermera, que contempla la dimensión subjetiva de la soledad, su interacción con la funcionalidad y la fragilidad, y la respuesta asistencial en el ámbito comunitario, hospitalario y sociosanitario.

La organización del contenido se articula a partir de preguntas clínicas relevantes para Enfermería: cómo reconocer la soledad no deseada, qué factores pueden estar implicados, de qué modo repercute en la vida diaria y qué intervenciones pueden considerarse razonables desde una atención centrada en la persona. No se formula una revisión sistemática ni se presentan estimaciones cuantitativas específicas, sino una síntesis razonada y prudente destinada a facilitar la toma de decisiones profesionales en contextos reales de cuidado.

El análisis prioriza elementos transferibles a la valoración enfermera: estado funcional, apoyo social disponible, significación del malestar expresado, comorbilidad, barreras ambientales, posibilidades de autocuidado, capacidad de participación y necesidad de coordinación con otros recursos. Asimismo, se incorpora una lectura crítica del riesgo de respuestas simplificadas. La soledad no deseada no admite soluciones uniformes; requiere explorar qué representa para la persona, qué factores la perpetúan y qué apoyos resultan aceptables y factibles.

Resultados

Comprensión clínica de la soledad no deseada

La soledad no deseada puede entenderse como una experiencia subjetiva de insuficiencia o insatisfacción relacional que genera malestar y afecta al equilibrio biopsicosocial. Su intensidad y significado varían considerablemente. En algunas personas predomina la pérdida de un vínculo íntimo; en otras, la falta de pertenencia, de interlocución cotidiana o de reconocimiento. Esta heterogeneidad tiene relevancia asistencial, porque no todas las situaciones responden del mismo modo a las mismas intervenciones.

En la vejez, la soledad suele inscribirse en trayectorias biográficas complejas. Las transiciones vitales, el cambio de rol dentro de la familia, la reducción del espacio comunitario habitual o la limitación para salir del domicilio pueden modificar el modo en que la persona se relaciona con su entorno. A ello se suman factores de salud que restringen la iniciativa o la capacidad de mantener contactos: dolor persistente, fatiga, síntomas depresivos, alteraciones del sueño, dificultades de audición, miedo a caídas o dependencia del transporte de terceros. Por tanto, la soledad no deseada no debe interpretarse solo como una carencia afectiva, sino también como una consecuencia de obstáculos acumulados para sostener una vida cotidiana significativa.

Factores asociados y situaciones de especial vulnerabilidad

Existen circunstancias que pueden aumentar la probabilidad de soledad no deseada. Entre ellas destacan el duelo reciente o no resuelto, la viudedad, vivir solo cuando ello no responde a una elección satisfactoria, la ausencia de red de apoyo cercana, la conflictividad familiar, la sobrecarga del cuidador principal cuando existe dependencia, el deterioro sensorial, la pérdida de movilidad y las barreras arquitectónicas que limitan la salida del domicilio. También pueden influir la pobreza relacional, la brecha digital, la institucionalización vivida con escasa adaptación y determinados trastornos del estado de ánimo o del neurodesarrollo previamente compensados.

La fragilidad merece una consideración específica. La disminución de reservas fisiológicas y la mayor susceptibilidad ante eventos adversos pueden favorecer un círculo de retroalimentación: a menor fuerza, equilibrio o resistencia, menor participación social; y a menor participación, mayor sedentarismo, desmotivación y sensación de desconexión. Del mismo modo, la dependencia parcial para actividades instrumentales, como hacer compras, gestionar citas o desplazarse, puede reducir las oportunidades de interacción espontánea y aumentar la percepción de carga para la familia.

Otro ámbito de vulnerabilidad es el relacionado con las transiciones asistenciales. El alta hospitalaria, el inicio de ayudas domiciliarias, el traslado a un recurso residencial o la pérdida súbita de capacidades pueden generar sentimientos de extrañeza, desarraigo y pérdida de control. En estos momentos, la persona mayor puede percibir que su red habitual no basta o que ya no ocupa un lugar reconocido. La valoración enfermera en estas etapas debe explorar no solo necesidades técnicas de cuidado, sino también el impacto relacional del cambio.

Repercusiones sobre salud, funcionalidad y autocuidado

La soledad no deseada puede asociarse a un peor bienestar psicológico y a alteraciones en la rutina cotidiana. No es infrecuente que se exprese mediante apatía, desinterés por actividades antes valoradas, disminución del apetito, alteración del patrón de sueño, mayor focalización en molestias somáticas o reducción del autocuidado. En algunas personas, la falta de estímulo interpersonal se acompaña de abandono de tratamientos no por rechazo deliberado, sino por desorganización, desánimo o sensación de inutilidad.

En el plano funcional, la soledad puede contribuir a la pérdida de hábitos que sostienen la autonomía. Cocinar para uno mismo, mantener horarios, caminar a diario, acudir a controles de salud o implicarse en actividades comunitarias exige una energía física y motivacional que puede verse mermada cuando predomina el sentimiento de desconexión. Si esta situación se prolonga, aumenta el riesgo de desacondicionamiento,

inmovilidad relativa y mayor dependencia en actividades de la vida diaria.

También es necesario considerar la seguridad. Las personas mayores que viven solas y presentan soledad no deseada pueden tener más dificultad para pedir ayuda precoz ante un empeoramiento clínico, una caída o un problema doméstico. A veces minimizan síntomas por temor a molestar; otras veces, buscan el contacto sanitario como única vía de relación disponible. Ambas respuestas merecen una lectura clínica no estigmatizante. La utilización frecuente de recursos puede ser un indicador indirecto de necesidad relacional y de insuficiencia de apoyos cotidianos.

Valoración enfermera integral

La valoración de la soledad no deseada no debería limitarse a preguntar si la persona vive sola. Resulta más útil explorar cómo percibe sus relaciones, con quién cuenta en situaciones habituales y en momentos de necesidad, qué actividades conserva, qué ha dejado de hacer y qué significado atribuye a esos cambios. La entrevista clínica, cuando se desarrolla con tiempo suficiente y escucha activa, permite identificar verbalizaciones orientadoras: “no quiero molestar”, “ya no pinto nada”, “los días se hacen muy largos”, “desde que falleció mi pareja no salgo”, “tengo familia, pero no hablo con nadie de verdad”.

La evaluación ha de integrar varias dimensiones:

- **Situación relacional:** calidad y frecuencia de los contactos, apoyo emocional percibido, existencia de figuras de confianza y satisfacción con la red disponible.
- **Estado funcional:** autonomía para actividades básicas e instrumentales, movilidad, equilibrio, tolerancia al esfuerzo y capacidad para mantener rutinas.
- **Fragilidad y comorbilidad:** presencia de debilidad, pérdida de resistencia, fatiga, enfermedades crónicas, dolor o síntomas que limiten la participación.
- **Esfera emocional y cognitiva:** ánimo, ansiedad, miedo, duelo, sentimientos de inutilidad, cambios conductuales, memoria y comprensión.
- **Entorno y seguridad:** accesibilidad del domicilio, barreras arquitectónicas, recursos de transporte, disponibilidad de ayuda inmediata y riesgos domésticos.
- **Contexto social:** convivencia, apoyos formales, recursos comunitarios, situación económica y preferencias personales respecto a recibir ayuda.

La valoración debe evitar inferencias automáticas. No toda persona con escasa red relacional desea ampliar contactos, y no toda propuesta grupal resulta adecuada. El objetivo enfermero no es imponer sociabilidad, sino identificar necesidades no cubiertas, sufrimiento evitable y factores modificables que comprometen la salud o la autonomía.

Implicaciones para la intervención enfermera

La respuesta enfermera ante la soledad no deseada exige combinar relación terapéutica, enfoque preventivo y coordinación. Una primera línea de actuación consiste en legitimar el malestar sin trivializarlo. Escuchar, clarificar y devolver significado a lo expresado favorece la alianza y puede reducir la vivencia de invisibilidad. Esta intervención relacional, aunque básica, no es menor: muchas personas mayores han normalizado su sufrimiento o no encuentran espacios donde verbalizarlo.

Una segunda línea se orienta a preservar funcionalidad y autocuidado. La revisión de rutinas de sueño, alimentación, hidratación, movilidad y manejo terapéutico permite detectar puntos de deterioro sobre los que intervenir. A veces, promover pequeños objetivos alcanzables, como recuperar paseos breves, reorganizar horarios o facilitar ayudas técnicas, mejora la percepción de eficacia personal y reabre posibilidades de contacto con el entorno.

La activación de apoyos constituye otro componente esencial. Enfermería puede identificar y poner en relación recursos formales e informales: familia disponible, vecindad significativa, trabajo social sanitario, servicios domiciliarios, programas comunitarios, centros de mayores o iniciativas locales de acompañamiento. Sin embargo, dicha activación debe ser consensuada. Las intervenciones impuestas, especialmente cuando se viven como paternalistas, pueden generar rechazo o aumentar la sensación de pérdida de autonomía.

En presencia de duelo, síntomas depresivos, ansiedad, deterioro cognitivo o sospecha de maltrato o negligencia, la coordinación con otros profesionales resulta especialmente relevante. La soledad no deseada puede coexistir con problemas que exceden la respuesta exclusiva de Enfermería, aunque la enfermera suela ser quien primero detecta la situación. En estos casos, el seguimiento compartido y la continuidad asistencial aportan mayor seguridad que las actuaciones aisladas.

En el domicilio, la observación del entorno ofrece información de gran valor: nevera vacía, medicación desordenada, ausencia de rutinas, escasa iluminación o renuncia a espacios de la vivienda por miedo a caídas. Estos hallazgos pueden indicar que la soledad ya está impactando en el funcionamiento diario. En hospitalización, por su parte, conviene planificar el alta considerando si la persona regresa a un medio con apoyos suficientes, capacidad de autocuidado y posibilidades reales de seguimiento.

Ámbitos asistenciales y continuidad de cuidados

En Atención Primaria, la longitudinalidad facilita reconocer cambios sutiles: menor asistencia a controles, verbalizaciones de cansancio vital, pérdida de peso no intencionada, empeoramiento del manejo de la medicación o descenso de la actividad social. La enfermera comunitaria puede desempeñar una función de enlace entre la valoración clínica y los recursos del entorno, especialmente cuando la soledad se acompaña de fragilidad o dependencia incipiente.

En el ámbito hospitalario, la soledad no deseada puede pasar inadvertida si la atención se centra exclusivamente en el motivo de ingreso. Sin embargo, la planificación del alta ofrece una oportunidad para detectar riesgo social, dificultades de recuperación en domicilio y ausencia de apoyo informal. Esto es relevante tras procesos agudos que condicionan pérdida funcional, ya que el retorno a casa puede intensificar la sensación de desamparo.

En recursos sociosanitarios o residenciales, el reto no consiste solo en garantizar compañía física, sino en favorecer adaptación, participación y relaciones con significado. La convivencia institucional no elimina por sí misma la soledad. Las personas pueden sentirse rodeadas y, al mismo tiempo, profundamente desconectadas. La observación enfermera del modo en que la persona se integra, expresa preferencias y mantiene vínculos previos ayuda a orientar cuidados más personalizados.

Discusión/Conclusiones

La soledad no deseada en personas mayores plantea un problema de cuidados que desborda las categorías simplificadoras. No basta con identificar ausencia de convivencia ni con derivar de forma automática a un recurso social. Su abordaje requiere comprender la interacción entre pérdidas relacionales, estado de salud, capacidad funcional, entorno y significado subjetivo del malestar. Desde esta perspectiva, la aportación de Enfermería es especialmente valiosa porque conecta la experiencia vivida por la persona con la observación clínica de sus necesidades de cuidado.

Una de las principales implicaciones para la práctica es la necesidad de incorporar preguntas sobre relación, apoyo y sentido de la vida cotidiana dentro de la valoración habitual, sin restringirlas a situaciones extremas. La detección temprana puede facilitar intervenciones menos reactivas y más preventivas, orientadas a conservar autonomía y participación antes de que aparezca un deterioro mayor. Del mismo modo, conviene evitar enfoques uniformes. La respuesta apropiada dependerá de si predominan el duelo, la limitación funcional, la carencia de apoyos, la apatía, el miedo a salir o la falta de oportunidades de interacción significativa.

También debe subrayarse que la soledad no deseada no siempre puede resolverse por completo. En algunos casos, especialmente cuando existen pérdidas irreversibles o enfermedad avanzada, el objetivo realista no será eliminar el sentimiento de soledad, sino aliviar sufrimiento, sostener el vínculo terapéutico, reforzar seguridad y preservar la dignidad de la persona. Esta mirada evita intervenciones voluntaristas poco ajustadas a la situación clínica.

La práctica enfermera puede contribuir de forma relevante mediante una combinación de valoración integral, escucha terapéutica, apoyo al autocuidado, coordinación interprofesional y seguimiento longitudinal. Estas acciones adquieren

mayor sentido cuando se desarrollan desde una atención centrada en la persona, respetuosa con su historia, sus preferencias y su modo de vincularse. Más que añadir actividades de forma indiscriminada, se trata de identificar qué apoyos son significativos, accesibles y sostenibles.

En suma, la soledad no deseada en la vejez debe considerarse un fenómeno con repercusiones clínicas, funcionales y sociales que interpela directamente a los cuidados enfermeros. Reconocerla a tiempo, contextualizarla y responder con intervenciones individualizadas puede favorecer una atención más humana, más segura y más coherente con las necesidades reales de las personas mayores.

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. Lapane KL, Lim E, McPhillips E, Barooah A, Yuan Y, Dube CE. Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence.. Arch Gerontol Geriatr. 2022;102:104728. doi: https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728

2. Sun HL, Chen P, Bai W, Zhang Q, Sha S, Su Z, et al.. Depressive Symptoms and Cognitive Function in Older Adults: A Cross-Lagged Network Analysis.. Depress Anxiety. 2024;2024:6166775. doi: https://doi.org/10.1155/2024/6166775

3. Huang X, Liang J, Zhang J, Fu J, Xie W, Zheng F. Association of cardiovascular-kidney-metabolic health and social connection with the risk of depression and anxiety.. Psychol Med. 2024;54(15):4203-4211. doi: https://doi.org/10.1017/S0033291724002381

4. Yen HY, Huang CW, Chiu HL, Jin G. The Effect of Social Robots on Depression and Loneliness for Older Residents in Long-Term Care Facilities: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.. J Am Med Dir Assoc. 2024;25(6):104979. doi: https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.02.017

5. Sulandari S, Coats RO, Miller A, Hodkinson A, Johnson J. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Physical Capability, Social Support, Loneliness, Depression, Anxiety, and Life Satisfaction in Older Adults.. Gerontologist. 2024;64(11). doi: https://doi.org/10.1093/geront/gnae128

6. Wang Q, Huang X, Liu M, Wang C, Sun Z, Huang C, et al.. Prevalence and risk factors of depression among elderly people in nursing homes from 2012 to 2022: a systematic review and meta-analysis.. Aging Ment Health. 2024;28(12):1569-1580. doi: https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2367044

7. Zhao X, Zhang D, Wu M, Yang Y, Xie H, Li Y, et al.. Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support.. Psychiatry Res. 2018;268:143-151. doi: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011

8. Felsted KF. Mindfulness, Stress, and Aging.. Clin Geriatr Med. 2020;36(4):685-696. doi: https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.06.010

9. Paun O. Pandemic Lessons: Resilience and Hope.. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2022;60(1):11-12. doi: https://doi.org/10.3928/02793695-20211207-03

10. Wen Z, Wang H, Liang Q, Liu L, Zhang W, Zhang X. Mediating effect of social support and resilience between loneliness and depression in older adults: A systematic review and meta-analytic structural equation modeling.. J Affect Disord. 2024;365:246-257. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.062

11. Li X, Wu C, Feng T, Chen X, Chen H, Lu X, et al.. Loneliness trajectories in older adults: A systematic review.. Arch Gerontol Geriatr. 2025;139:106024. doi: https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.106024

12. Fu C, Li C, Zheng X, Wei Z, Zhang S, Wei Z, et al.. Relationship between personality and adolescent depression: the mediating role of loneliness and problematic internet use.. BMC Psychiatry. 2024;24(1):683. doi: https://doi.org/10.1186/s12888-024-06131-1

13. Cho E, Kim J, Bang S. Loneliness in older adults with diabetes mellitus: a scoping review.. Psychol Health Med. 2024;29(8):1548-1563. doi: https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2299665

14. Melrose S. Late life depression: nursing actions that can help.. Perspect Psychiatr Care. 2019;55(3):453-458. doi: https://doi.org/10.1111/ppc.12341

ARTÍCULO 02

Trastornos psicóticos: alianza terapéutica y adherencia desde la perspectiva enfermera

Psychotic disorders: therapeutic alliance and adherence from a nursing perspective

Lucía Ortega Ramos · Sergio Martín Delgado

Incluido en la revista CADICE. Vol. I . N.º 10 - Octubre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(10):477

Autor principal (primer firmante)
Lucía Ortega Ramos

Fecha recepción
31/08/26

Fecha aceptación
26/09/26

Fecha de publicación
04/10/26

Pág. Inicial
Vol. I; N.º 10:477

Categoría
Enfermería

Palabras clave
Alianza terapéutica; Enfermería basada en la evidencia; Trastornos psicóticos; Comunicación; Cuidados de Enfermería; Intervención en crisis; Apoyo psicosocial; Adherencia terapéutica; Salud mental; Relaciones enfermera-paciente

Resumen

Introducción: Los trastornos psicóticos plantean necesidades asistenciales complejas que afectan a la percepción de la realidad, el funcionamiento cotidiano, la vinculación con el entorno y la continuidad del tratamiento. En este contexto, la relación terapéutica establecida por Enfermería ocupa una posición relevante, ya que el contacto clínico frecuente, la observación continuada y la proximidad en los cuidados favorecen la detección de barreras para la adherencia y la construcción de una relación de confianza.

Objetivos: Analizar la relación entre alianza terapéutica y adherencia en personas con trastornos psicóticos desde la perspectiva enfermera, describiendo los elementos que influyen en ambas y las principales líneas de actuación clínica en los distintos niveles asistenciales.

Metodología: Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo orientada a integrar aspectos clínicos, relacionales y organizativos del cuidado enfermero en salud mental. El desarrollo se centra en la comunicación terapéutica, la intervención en crisis, el apoyo psicosocial, la participación familiar y la continuidad asistencial, evitando la formulación de protocolos cerrados.

Resultados: La alianza terapéutica puede verse condicionada por la sintomatología psicótica, la escasa conciencia de enfermedad, experiencias previas negativas, el estigma, los efectos adversos del tratamiento y la fragmentación de los cuidados. La práctica enfermera puede contribuir a mejorar la adherencia mediante una relación basada en el respeto, la validación emocional, la escucha activa, la información adaptada, la detección precoz de descompensación y la coordinación con otros recursos. La adherencia no debe reducirse al cumplimiento farmacológico, sino entenderse como un proceso dinámico que incluye seguimiento clínico, autocuidado, participación familiar y objetivos funcionales significativos para la persona.

Discusión/Conclusiones: La alianza terapéutica no es un elemento accesorio del cuidado, sino una herramienta clínica con impacto potencial sobre la continuidad terapéutica y la estabilidad del proceso asistencial. Su desarrollo requiere competencias relacionales, juicio clínico, abordaje individualizado y marcos organizativos que favorezcan la continuidad. Desde Enfermería, fortalecer la alianza terapéutica puede contribuir a una atención más segura, humanizada y orientada a la recuperación.

ARTÍCULO 02 / CADICE. 2026;1(10):477

Abstract

Introduction: Psychotic disorders involve complex care needs affecting perception of reality, daily functioning, social relationships and treatment continuity. In this setting, the therapeutic relationship developed by nurses is highly relevant, as frequent clinical contact, ongoing observation and proximity in care may help identify barriers to adherence and support a trusting relationship.

Objectives: To analyse the relationship between therapeutic alliance and adherence in people with psychotic disorders from a nursing perspective, describing the main factors involved and the principal lines of clinical intervention across care settings.

Methodology: A narrative theoretical review was carried out to integrate clinical, relational and organisational aspects of nursing care in mental health. The review focuses on therapeutic communication, crisis intervention, psychosocial support, family involvement and continuity of care, without presenting a fixed protocol.

Results: Therapeutic alliance may be influenced by psychotic symptoms, limited illness awareness, previous negative care experiences, stigma, treatment side effects and fragmentation of services. Nursing practice may improve adherence through a relationship based on respect, emotional validation, active listening, tailored information, early detection of relapse and coordination with other resources. Adherence should not be understood only as medication compliance, but as a dynamic process involving follow-up, self-care, family participation and meaningful functional goals.

Discussion/Conclusions: Therapeutic alliance is not an accessory component of care but a clinical tool with potential impact on treatment continuity and stability of the care process. Its development requires relational skills, clinical judgement, individualised care and organisational structures that support continuity. From a nursing perspective, strengthening therapeutic alliance may contribute to safer, more humanised and recovery-oriented care.

Keywords: Therapeutic Alliance; Evidence-Based Nursing; Psychotic Disorders; Communication; Nursing Care; Crisis Intervention; Psychosocial Support; Treatment Adherence and Compliance; Mental Health; Nurse-Patient Relations

Introducción

Los trastornos psicóticos constituyen un grupo de problemas de salud mental en los que pueden aparecer alteraciones del pensamiento, de la percepción, de la vivencia del yo, de la conducta y de la capacidad para interpretar de forma compartida la realidad. Su expresión clínica es heterogénea y puede variar en intensidad, duración, repercusión funcional y respuesta al tratamiento. Esta complejidad obliga a un abordaje longitudinal, interdisciplinar y centrado en la persona, en el que los cuidados enfermeros desempeñan un papel sostenido tanto en situaciones agudas como en procesos de estabilización y seguimiento.

En la práctica clínica, una de las dificultades más relevantes no reside únicamente en la presencia de síntomas positivos o negativos, sino en la continuidad del vínculo asistencial. La adherencia al tratamiento suele verse modulada por múltiples factores: percepción subjetiva del malestar, conciencia de enfermedad, expectativas respecto al tratamiento, experiencias previas con el sistema sanitario, tolerancia a los efectos adversos, red de apoyo, consumo de sustancias, situación socioeconómica y accesibilidad a los recursos. En las personas con psicosis, además, la suspicacia, la desorganización del pensamiento, el retraimiento social o la vivencia de coerción pueden interferir de forma significativa en la aceptación del cuidado.

En este escenario, la alianza terapéutica adquiere especial relevancia. No se limita a una relación cordial entre profesional y paciente, sino que comprende un proceso de colaboración clínica sustentado en la confianza, la coherencia del trato, la negociación de objetivos y el reconocimiento de la persona como agente activo del cuidado. Desde Enfermería, esta alianza se construye a través de interacciones repetidas, observación clínica continuada, disponibilidad relacional y capacidad para sostener el cuidado incluso en momentos de escasa reciprocidad aparente.

La naturaleza del encuentro enfermero en salud mental sitúa a la comunicación como herramienta central. La forma de aproximarse a una persona

con ideación delirante, alucinaciones, miedo, agitación o escasa conciencia de enfermedad puede favorecer la contención terapéutica o, por el contrario, incrementar la desconfianza y la ruptura del vínculo. Por ello, la intervención enfermera exige combinar competencia técnica, sensibilidad clínica y prudencia comunicativa.

La atención contemporánea en salud mental ha ido incorporando, además, una visión más orientada a la recuperación, al funcionamiento cotidiano y a la participación en decisiones. Este enfoque resulta especialmente pertinente en trastornos psicóticos, donde la adherencia no debería interpretarse solo como cumplimiento pasivo de indicaciones, sino como un proceso de implicación progresiva en un plan terapéutico comprensible, negociado y realista. Desde esta perspectiva, la relación enfermera-paciente no es un complemento del tratamiento, sino una parte constitutiva del mismo.

Objetivos

Analizar, desde una perspectiva enfermera, la relación entre alianza terapéutica y adherencia en personas con trastornos psicóticos.

De forma específica, se pretende:

- Describir los factores clínicos, relacionales y contextuales que pueden influir en la construcción de la alianza terapéutica.
- Examinar las principales barreras para la adherencia en personas con sintomatología psicótica.
- Identificar intervenciones enfermeras relacionadas con la comunicación terapéutica, el apoyo psicosocial, la intervención en crisis y la continuidad asistencial.
- Reflexionar sobre el papel de la familia, del entorno y de la organización de los servicios en el mantenimiento del vínculo terapéutico.
- Plantear implicaciones para la práctica clínica orientadas a una atención más individualizada, segura y humanizada.

Metodología

Se desarrolla una revisión teórica de carácter narrativo centrada en el abordaje enfermero de la alianza terapéutica y la adherencia en trastornos psicóticos. El propósito no es establecer un protocolo universal, sino integrar conceptos y líneas de actuación de utilidad para la práctica clínica, la docencia y la reflexión profesional en salud mental.

El contenido se organiza a partir de varios ejes: comprensión clínica general de los trastornos psicóticos, factores que condicionan la adherencia, elementos de la relación terapéutica, estrategias de comunicación, intervención ante situaciones de crisis, apoyo psicosocial, participación familiar y continuidad de cuidados. El análisis se formula con enfoque prudente y aplicabilidad transversal a diferentes dispositivos asistenciales, como hospitalización, urgencias, centros de salud mental, hospital de día, atención comunitaria o recursos residenciales.

Dado que no se aportan estudios concretos, bases de datos, periodos de búsqueda ni resultados cuantitativos, la metodología se presenta como una síntesis conceptual y clínica. Se prioriza un lenguaje profesional, ajustado a la práctica enfermera, evitando atribuir recomendaciones cerradas a organismos específicos y evitando la inclusión de cifras no facilitadas.

Resultados

Comprensión clínica de la psicosis y repercusión sobre el cuidado

Los trastornos psicóticos pueden manifestarse con delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, conducta extraña o catatónica y alteraciones afectivas y cognitivas de intensidad variable. A ello se añaden con frecuencia dificultades en la iniciativa, el autocuidado, la interacción social, la regulación emocional y la planificación de actividades cotidianas. Esta combinación de síntomas repercute en la capacidad de la persona para comprender la necesidad del tratamiento, sostener rutinas de autocuidado y establecer relaciones de confianza con los profesionales.

La clínica psicótica no se expresa de forma homogénea. Hay personas que consultan en situaciones agudas con intensa desorganización conductual, mientras que otras mantienen periodos de estabilidad parcial con importantes limitaciones funcionales o una elevada vulnerabilidad a recaídas. En ambos escenarios, Enfermería debe valorar no solo los síntomas presentes, sino también el grado de sufrimiento subjetivo, el nivel de insight, la percepción de amenaza, las capacidades preservadas, las estrategias de afrontamiento y la red de apoyo disponible.

La adherencia puede verse comprometida cuando el tratamiento es vivido como una imposición, cuando los objetivos terapéuticos no se comprenden o cuando la experiencia previa con el sistema sanitario ha resultado invalidante. Del mismo modo, la presencia de apatía, déficit cognitivo, aislamiento o consumo concurrente de sustancias puede dificultar el seguimiento. Por ello, la relación terapéutica no debe plantearse como un requisito previo ideal, sino como una construcción progresiva que se adapta a la fase clínica y a la capacidad vincular de cada persona.

Alianza terapéutica: dimensiones relevantes para Enfermería

La alianza terapéutica incluye componentes afectivos, cognitivos y operativos. Desde la práctica enfermera, suele sustentarse en tres pilares: confianza básica, reconocimiento de necesidades compartidas y continuidad del encuentro asistencial. La confianza no equivale a ausencia de conflicto, sino a la percepción de que el profesional actúa con respeto, previsibilidad y ausencia de juicio moral. Este aspecto es especialmente sensible en personas que pueden interpretar el entorno como hostil o amenazante.

El reconocimiento de necesidades compartidas implica que la intervención no se centre exclusivamente en reducir síntomas, sino también en comprender qué preocupa a la persona: dormir mejor, disminuir el miedo, sentirse segura, recuperar vínculos, evitar ingresos o retomar actividades significativas. Cuando el cuidado se formula únicamente desde prioridades profesionales y no desde metas comprensibles para el paciente, la adherencia tiende a deteriorarse.

La continuidad del encuentro es otra dimensión decisiva. La rotación frecuente de profesionales, las transiciones mal coordinadas entre dispositivos o la falta de seguimiento tras una crisis pueden debilitar el vínculo. Enfermería, por su presencia sostenida en el proceso asistencial, puede amortiguar esta fragmentación si mantiene una comunicación consistente, documenta adecuadamente las necesidades detectadas y favorece la transmisión clínica entre niveles.

La alianza también depende del estilo relacional. Un abordaje excesivamente directivo puede resultar necesario en momentos de riesgo agudo, pero si se mantiene de manera prolongada puede reforzar resistencias, pasividad o rechazo. Por el contrario, una postura excesivamente inespecífica puede generar inseguridad. El equilibrio suele encontrarse en una actitud firme y calmada, capaz de delimitar conductas de riesgo sin invalidar la vivencia subjetiva de la persona.

Comunicación terapéutica en personas con sintomatología psicótica

La comunicación enfermera en salud mental exige ajustar el mensaje al estado mental, al nivel de activación y a la capacidad de procesamiento del paciente. En presencia de ideas delirantes o alucinaciones, la confrontación directa del contenido puede incrementar la tensión y deteriorar la relación. Suele ser más útil explorar el impacto emocional de la experiencia, identificar el grado de angustia que produce y ofrecer contención sin reforzar la interpretación delirante.

La escucha activa, el uso de frases breves, la validación emocional y la claridad en los límites contribuyen a reducir la ambigüedad. También resulta útil evitar dobles mensajes, tecnicismos innecesarios o explicaciones extensas en momentos de desorganización. La comunicación no verbal tiene un peso considerable: tono de voz, distancia interpersonal, expresión facial y ritmo de la interacción pueden ser tan relevantes como el contenido verbal.

En pacientes con suspicacia o temor, la transparencia adquiere una función protectora. Explicar de antemano qué se va a hacer, por qué se propone una determinada intervención y qué puede esperar la persona de la atención recibida

favorece una percepción de mayor control. Del mismo modo, cumplir lo acordado, revisar la información cuando sea necesario y reconocer las discrepancias sin adoptar una actitud defensiva ayuda a consolidar la confianza.

Cuando existe sintomatología negativa o retraimiento, la dificultad no suele ser la agitación, sino la escasa iniciativa relacional. En estos casos, la constancia del contacto, la tolerancia a los silencios y la propuesta de objetivos pequeños y alcanzables pueden ser más útiles que una demanda continua de verbalización. La alianza terapéutica no siempre se expresa en un vínculo intensamente verbal; en ocasiones se construye a través de la presencia predecible y del sostenimiento del cuidado básico.

Barreras para la adherencia y valoración enfermera

La adherencia en trastornos psicóticos es un fenómeno multifactorial. Entre las barreras más habituales se encuentran la falta de conciencia de enfermedad, la escasa percepción de beneficio, el temor a efectos adversos, la complejidad de los regímenes terapéuticos, la pobreza de apoyo social, las dificultades económicas, el estigma internalizado, la comorbilidad por consumo de sustancias y determinadas experiencias asistenciales vividas como coercitivas.

La valoración enfermera debe evitar interpretaciones simplistas del tipo “no quiere tratarse”. Con frecuencia, detrás de la discontinuidad terapéutica hay problemas de comprensión, temor, cansancio, deterioro cognitivo, olvido, conflictos familiares o una débil conexión entre el plan terapéutico y las metas vitales de la persona. Identificar estos elementos permite pasar de una visión centrada en el incumplimiento a otra orientada a necesidades de apoyo.

En la entrevista clínica conviene explorar de forma estructurada aspectos como la comprensión del diagnóstico y del tratamiento, la experiencia subjetiva con la medicación, la presencia de síntomas que interfieran en el seguimiento, la rutina diaria, el apoyo del entorno, la capacidad para acudir a citas, las creencias sobre salud mental y los factores que han favorecido o dificultado la continuidad en el pasado. También debe considerarse la presencia de riesgo autolítico, heteroagresividad, autoabandono o vulnerabilidad social, especialmente tras una descompensación reciente.

La valoración no debe limitarse a la toma farmacológica. La adherencia incluye asistencia a revisiones, aceptación de cuidados, participación en programas psicoeducativos, cumplimiento de medidas de seguridad, seguimiento de pautas de autocuidado y capacidad para pedir ayuda ante signos de empeoramiento. Esta mirada más amplia facilita intervenciones más realistas y menos punitivas.

Intervenciones enfermeras para fortalecer la alianza y la continuidad terapéutica

Una de las primeras tareas de Enfermería consiste en establecer un encuadre relacional seguro. Presentarse con claridad, explicar el rol profesional, ofrecer información comprensible y pactar objetivos inmediatos contribuye a reducir la incertidumbre. En personas con intensa desconfianza, la consistencia de pequeñas acciones repetidas suele tener mayor impacto que mensajes motivacionales extensos.

La educación sanitaria adaptada es otra línea de actuación relevante. Informar sobre el tratamiento, los posibles efectos adversos, las señales de alarma y la importancia del seguimiento debe hacerse de manera gradual, utilizando un lenguaje accesible y verificando la comprensión. No se trata solo de transmitir información, sino de explorar cómo la recibe la persona, qué temores tiene y qué aspectos considera asumibles o problemáticos.

La intervención sobre efectos adversos percibidos es especialmente importante. Cuando el paciente asocia la medicación con sedación excesiva, aumento de peso, rigidez, disfunción sexual o embotamiento subjetivo, la adherencia puede resentirse de forma notable. Enfermería puede detectar precozmente estas dificultades, registrarlas, facilitar su comunicación al equipo y acompañar a la persona en la toma de decisiones clínicas compartidas, siempre dentro del marco competencial y de la coordinación interdisciplinar.

La entrevista motivacional, entendida como un estilo relacional centrado en la exploración de

ambivalencias, puede resultar útil en determinados perfiles. En salud mental, su aplicación requiere flexibilidad y adaptación al estado psicopatológico. Más que persuadir, se trata de identificar discrepancias entre la situación actual y metas significativas para la persona, reforzando su sentido de autonomía sin trivializar el riesgo clínico.

La planificación anticipada de cuidados y de señales tempranas de descompensación también puede mejorar la continuidad terapéutica. Revisar con la persona y, cuando proceda, con la familia, qué cambios suelen preceder a una recaída, a quién avisar, qué recursos utilizar y qué estrategias han sido útiles previamente permite intervenir de forma más precoz. Este trabajo requiere tiempo y un vínculo suficientemente consolidado, pero tiene un notable valor preventivo.

En el ámbito comunitario, el seguimiento telefónico o presencial, la coordinación con trabajo social, la visita domiciliaria cuando está indicada y la articulación con recursos rehabilitadores pueden ayudar a sostener la adherencia en situaciones de vulnerabilidad. La persona con trastorno psicótico no solo necesita indicaciones sobre tratamiento, sino apoyos concretos para hacer viable su continuidad en la vida cotidiana.

Intervención en crisis y preservación del vínculo terapéutico

Las crisis psicóticas suponen un reto clínico y relacional. La presencia de agitación, miedo intenso, ideación persecutoria o conducta desorganizada puede requerir medidas de contención verbal, ambiental e incluso otras intervenciones ajustadas al marco legal y a los protocolos del centro. Sin embargo, la urgencia de la situación no anula la necesidad de preservar la dignidad y el vínculo terapéutico.

Desde Enfermería, la intervención en crisis debe orientarse a disminuir estímulos, favorecer un entorno seguro, hablar con tono calmado, ofrecer instrucciones simples y evitar discusiones sobre contenidos delirantes. La evaluación del riesgo es continua y debe contemplar daño para sí o para terceros, agotamiento físico, deshidratación, abandono de necesidades básicas y capacidad de colaboración. En estos momentos, el profesional actúa como regulador externo de una experiencia interna desbordante.

Tras la fase aguda, resulta recomendable revisar con la persona lo ocurrido, identificar desencadenantes percibidos, recoger su vivencia sobre las medidas adoptadas y restablecer un marco de colaboración. Esta fase postcrisis es determinante: si el paciente solo recuerda coerción o incomprensión, la adherencia posterior puede deteriorarse. En cambio, si percibe que la intervención estuvo orientada a su seguridad y que posteriormente pudo ser escuchado, existe mayor posibilidad de reconstruir la confianza.

Familia, apoyo psicosocial y continuidad de cuidados

La familia y el entorno próximo pueden desempeñar una función protectora, aunque su participación debe individualizarse y respetar la voluntad y la confidencialidad de la persona atendida. En muchos casos, los familiares detectan cambios precoces en el sueño, el comportamiento o la interacción social, y colaboran en la supervisión del tratamiento y en la gestión de citas. No obstante, también pueden existir relaciones marcadas por conflicto, sobrecarga o incomprensión.

Enfermería tiene un papel relevante en la acogida de las familias, la identificación de necesidades de información y el acompañamiento en procesos de cuidado prolongado. La psicoeducación familiar, la orientación sobre señales de alarma, el apoyo emocional y la derivación a recursos comunitarios pueden mejorar la capacidad del entorno para sostener el proceso terapéutico. Al mismo tiempo, conviene evitar delegar en la familia responsabilidades que corresponden al sistema asistencial.

El apoyo psicosocial abarca aspectos frecuentemente invisibilizados en una visión exclusivamente farmacológica: vivienda, ingresos, ocupación, relaciones, estigma, autocuidado y proyecto vital. La adherencia suele ser más frágil cuando la persona vive en contextos de exclusión o sin apoyos estables. Por ello, la práctica enfermera orientada a la recuperación debe incorporar una mirada funcional y comunitaria, en coordinación con otros profesionales y dispositivos.

La continuidad de cuidados no depende solo de la motivación individual. También está condicionada por la accesibilidad de los servicios, la claridad de las derivaciones, el tiempo disponible para la relación clínica y la estabilidad de los equipos. Un modelo asistencial fragmentado puede dificultar seriamente la alianza terapéutica, incluso cuando los profesionales muestran elevada competencia individual.

Discusión/Conclusiones

La alianza terapéutica y la adherencia en trastornos psicóticos mantienen una relación bidireccional y dinámica. Una buena alianza puede facilitar la continuidad del tratamiento, pero la experiencia de continuidad, escucha y respeto también fortalece la propia alianza. Desde Enfermería, este proceso se apoya en elementos concretos: presencia sostenida, observación clínica, capacidad de contención, comunicación adaptada y atención a necesidades que trascienden el síntoma.

Reducir la adherencia al cumplimiento farmacológico ofrece una visión incompleta del problema. En la práctica, muchas dificultades se relacionan con cómo la persona entiende su malestar, qué sentido atribuye al tratamiento, qué experiencias ha tenido con los servicios y qué apoyos reales posee para sostener el cuidado. Este enfoque obliga a abandonar lecturas moralizantes y a trabajar desde una valoración integral.

La atención enfermera en salud mental se sitúa en una posición privilegiada para detectar signos precoces de ruptura terapéutica: inasistencia a citas, cambios en el discurso sobre la medicación, retraimiento, irritabilidad, autoabandono o deterioro del contacto. La intervención temprana sobre estas señales puede prevenir crisis, ingresos no deseados y un mayor sufrimiento para la persona y su entorno. No obstante, esta capacidad preventiva depende de condiciones organizativas favorables, entre ellas la continuidad del profesional referente y la coordinación interdispositivos.

La intervención en crisis merece una consideración específica. La seguridad es prioritaria, pero no debería desligarse de la preservación de la dignidad. En trastornos psicóticos, la forma en que se manejan los momentos de máxima vulnerabilidad deja una huella relevante sobre la relación futura con los servicios. Enfermería puede contribuir de manera decisiva a que la contención clínica no se convierta en ruptura vincular.

Por otra parte, la participación familiar y el apoyo psicosocial deben integrarse en el plan de cuidados cuando sean pertinentes. La adherencia es menos estable en contextos de aislamiento, precariedad o escasa comprensión del trastorno. De ahí que el cuidado enfermero deba orientarse no solo al síntoma, sino también a la funcionalidad, la red de apoyo y el proyecto vital de la persona.

En conjunto, la alianza terapéutica puede entenderse como una intervención clínica en sí misma. Su construcción requiere tiempo, coherencia, habilidades comunicativas y una práctica profesional capaz de sostener la complejidad sin reducirla a obediencia terapéutica. En personas con trastornos psicóticos, este enfoque favorece cuidados más humanizados y puede contribuir a una continuidad asistencial más sólida, especialmente cuando se acompaña de coordinación interdisciplinar, apoyo psicosocial y seguimiento individualizado.

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. Rungruangsiripan M, Sitthimongkol Y, Maneesriwongul W, Talley S, Vorapongsathorn T. Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia.. Arch Psychiatr Nurs. 2011;25(4):269-83. doi: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.09.002

2. Hsieh WL, Yeh ST, Liu WI, Li IH, Lee SK, Chien WT. Improving Medication Adherence in Community-Dwelling Patients with Schizophrenia Through Therapeutic Alliance and Medication Attitude: A Serial Multiple Mediation Model.. Patient Prefer Adherence. 2022;16:1017-1026. doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S351848

3. Lim M, Li Z, Xie H, Tan BL, Lee J. The Effect of Therapeutic Alliance on Attitudes Toward Psychiatric Medications in Schizophrenia.. J Clin Psychopharmacol. 2021;41(5):551-560. doi: https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001449

4. Hsieh WL, Lee SK, Chien WT, Liu WI, Lai CY, Liu CY. Mediating Effect Of The Motivation For Medication Use On Disease Management And Medication Adherence Among Community-Dwelling Patients With Schizophrenia.. Patient Prefer Adherence. 2019;13:1877-1887. doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S218553

5. Liu WI, Hsieh WL, Lai CT, Liu CC, Tai YM, Liu CY. Effectiveness of a needs-tailored nurse-led recovery program for community-dwelling people with schizophrenia: a cluster-randomized controlled trial.. BMC Nurs. 2024;23(1):329. doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-01986-x

6. London SM, Cawkwell PB, Shinn AK. Medication Adherence in a Transdiagnostic First-Episode Psychosis Sample.. J Clin Psychiatry. 2023;84(6). doi: https://doi.org/10.4088/JCP.23m14947

7. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al.. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review.. J Clin Psychopharmacol. 2016;36(4):355-71. doi: https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000523

8. Zacharia T. An intercultural perspective toward supporting antipsychotic medication adherence in clinical practice.. BJPsych Bull. 2023;47(1):38-43. doi: https://doi.org/10.1192/bjb.2022.19

9. Abdel-Baki A, Ouellet-Plamondon C, Malla A. Pharmacotherapy challenges in patients with first-episode psychosis.. J Affect Disord. 2012;138 Suppl:S3-14. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.029

10. Browne J, Wright AC, Berry K, Mueser KT, Cather C, Penn DL, et al.. The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis.. Schizophr Res. 2021;231:154-163. doi: https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.04.002

11. Leclerc E, Noto C, Bressan RA, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review.. Braz J Psychiatry. 2015;37(2):168-76. doi: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1539

ARTÍCULO 03

Adherencia terapéutica en cronicidad: estrategias educativas desde Enfermería

Therapeutic adherence in chronic disease: educational strategies from Nursing

Marta Vidal Herrera · Raúl Gómez Salcedo · Irene Campos Núñez · David León Morales · Paula Ríos Fuentes

Incluido en la revista CADICE. Vol. I . N.º 10 - Octubre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(10):478

Autor principal (primer firmante)
Marta Vidal Herrera

Fecha recepción
03/09/26

Fecha aceptación
26/09/26

Fecha de publicación
04/10/26

Pág. Inicial
Vol. I; N.º 10:478

Categoría
Enfermería

Palabras clave
Seguimiento de pacientes; Adherencia terapéutica; Atención primaria de salud; Educación sanitaria; Cuidados de Enfermería; Educación del paciente; Revisión; Enfermería basada en la evidencia; Enfermedad crónica; Autocuidado

Resumen

Introducción: La adherencia terapéutica en las personas con enfermedad crónica constituye un proceso complejo en el que intervienen factores clínicos, cognitivos, emocionales, familiares, sociales y organizativos. Su abordaje no puede reducirse al cumplimiento farmacológico, ya que incluye la comprensión del plan terapéutico, la participación activa en el autocuidado, la adaptación de hábitos y la continuidad del seguimiento. En este marco, Enfermería ocupa una posición relevante por su proximidad asistencial, su presencia en atención primaria y su capacidad para desarrollar intervenciones educativas individualizadas.

Objetivos: Analizar los elementos que condicionan la adherencia terapéutica en cronicidad y revisar las principales estrategias educativas enfermeras orientadas a mejorar la comprensión, la participación del paciente y la continuidad de los cuidados.

Metodología: Se presenta una revisión teórica de carácter narrativo centrada en la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas y en las intervenciones educativas vinculadas a la práctica enfermera. El desarrollo se organiza a partir de conceptos clave: factores asociados a la falta de adherencia, valoración enfermera, educación para la salud, seguimiento y coordinación asistencial.

Resultados: La adherencia se relaciona con la alfabetización en salud, la percepción de enfermedad, la complejidad del tratamiento, la carga de autocuidados, la presencia de síntomas, el apoyo social, la relación terapéutica y las características del sistema sanitario. Las intervenciones educativas enfermeras con mayor aplicabilidad incluyen la valoración individual, la información comprensible, la entrevista motivacional, la planificación compartida, el entrenamiento en habilidades de autocuidado, la revisión periódica del tratamiento, el refuerzo positivo y el seguimiento estructurado.

Discusión/Conclusiones: Mejorar la adherencia en cronicidad requiere intervenciones sostenidas, centradas en la persona y adaptadas a su contexto. La educación sanitaria resulta más útil cuando se integra en un proceso continuado de acompañamiento, evaluación y toma de decisiones compartida. Enfermería puede contribuir de manera significativa mediante una práctica educativa estructurada, realista y coordinada con el resto del equipo.

ARTÍCULO 03 / CADICE. 2026;1(10):478

Abstract

Introduction: Therapeutic adherence in people living with chronic disease is a complex process influenced by clinical, cognitive, emotional, family, social and organizational factors. It should not be reduced to medication intake alone, as it also involves understanding the therapeutic plan, active participation in self-care, lifestyle adaptation and continuity of follow-up. In this context, nursing plays a relevant role due to its close contact with patients, its presence in primary health care and its ability to provide individualized educational interventions.

Objectives: To analyze the main factors affecting therapeutic adherence in chronic conditions and to review nursing educational strategies aimed at improving patient understanding, engagement and continuity of care.

Methodology: A narrative theoretical review was conducted focusing on therapeutic adherence in chronic illness and educational interventions related to nursing practice. The content is organized around key areas: factors associated with non-adherence, nursing assessment, health education, follow-up and care coordination.

Results: Adherence is associated with health literacy, illness perception, treatment complexity, self-care burden, symptom experience, social support, therapeutic relationship and health system characteristics. Nursing educational strategies with practical relevance include individualized assessment, clear information, motivational interviewing, shared planning, self-care skills training, regular treatment review, positive reinforcement and structured follow-up.

Discussion/Conclusions: Improving adherence in chronic disease requires sustained, person-centered interventions adapted to each patient's context. Health education is more effective when integrated into an ongoing process of support, assessment and shared decision-making. Nursing can make a meaningful contribution through structured, realistic and coordinated educational practice.

Keywords: Patient Follow-Up; Treatment Adherence and Compliance; Primary Health Care; Health Education; Nursing Care; Patient Education; Review; Evidence-Based Nursing; Chronic Disease; Self Care

Introducción

La cronicidad ha modificado de forma profunda la organización de los cuidados y el papel de los profesionales sanitarios. Muchas personas conviven durante años con uno o varios procesos de larga duración que exigen tratamiento continuado, vigilancia de síntomas, cambios en el estilo de vida y capacidad para responder a descompensaciones o complicaciones. En ese escenario, la adherencia terapéutica se entiende como un fenómeno dinámico que depende tanto del paciente como del propio diseño del plan terapéutico y del contexto asistencial en el que se desarrolla.

Desde una perspectiva enfermera, la adherencia no debe interpretarse únicamente como obediencia a una prescripción. Una visión más útil para la práctica clínica la sitúa en el terreno de la colaboración, la comprensión y la participación informada. El paciente crónico no solo toma medicación; también incorpora rutinas, afronta limitaciones, negocia prioridades cotidianas y adapta las recomendaciones recibidas a su realidad funcional, familiar y social. Por ello, las dificultades de adherencia rara vez responden a una sola causa y no suelen mejorar con mensajes repetitivos o exclusivamente instructivos.

La falta de adherencia puede expresarse de formas diversas: olvido de dosis, abandono parcial del tratamiento, uso incorrecto de dispositivos, escasa asistencia a controles, dificultades para seguir recomendaciones dietéticas o para mantener medidas de autocuidado. También puede manifestarse como una adhesión aparente, en la que el paciente verbaliza comprensión y aceptación, aunque persisten barreras no exploradas. Identificar estas situaciones exige habilidades de comunicación clínica, capacidad de valoración integral y continuidad en el seguimiento.

Enfermería ocupa un lugar especialmente relevante en este ámbito por varios motivos. La práctica enfermera se sitúa cerca de la vida cotidiana del paciente, aborda la educación sanitaria como una intervención central y facilita la

detección temprana de problemas relacionados con comprensión, motivación, autocuidado o soporte social. Además, en atención primaria y en otros dispositivos de continuidad asistencial, la enfermera suele actuar como profesional de referencia para el seguimiento, la reevaluación y el acompañamiento en procesos prolongados.

La educación para la salud constituye una herramienta nuclear, pero su utilidad depende de cómo se integre en el proceso asistencial. La información aislada, excesivamente técnica o desvinculada de la experiencia concreta del paciente tiende a tener un impacto limitado. En cambio, las intervenciones educativas que exploran conocimientos previos, creencias, expectativas, miedos y capacidades reales pueden favorecer una mayor implicación. En cronicidad, educar no equivale solo a transmitir contenidos; implica facilitar comprensión, reforzar habilidades, apoyar decisiones y revisar de manera periódica la viabilidad del plan terapéutico.

La revisión de este tema resulta pertinente porque la adherencia afecta a múltiples dimensiones de la calidad de los cuidados. Su mejora no depende únicamente de aumentar la cantidad de información ofrecida, sino de orientar la acción enfermera hacia modelos de atención centrados en la persona, sensibles al contexto y sostenidos en el tiempo. Analizar las estrategias educativas aplicables desde Enfermería permite reforzar una práctica clínica más realista, más relacional y mejor adaptada a la complejidad de la cronicidad.

Objetivos

Analizar los factores que condicionan la adherencia terapéutica en personas con enfermedad crónica desde una perspectiva enfermera y revisar las estrategias educativas que pueden contribuir a mejorar la comprensión del tratamiento, el autocuidado y la continuidad del seguimiento.

De forma específica, se pretende:

- Describir el carácter multifactorial de la adherencia terapéutica en cronicidad.
- Identificar barreras frecuentes relacionadas con el paciente, el tratamiento, la enfermedad, el entorno y la organización asistencial.
- Examinar el papel de la valoración enfermera en la detección de dificultades de adherencia.
- Revisar intervenciones educativas aplicables en atención primaria y en otros ámbitos de seguimiento longitudinal.
- Reflexionar sobre la importancia de la relación terapéutica, la alfabetización en salud y la participación del paciente en la toma de decisiones.
- Plantear implicaciones prácticas para unos cuidados enfermeros orientados a la continuidad y a la individualización.

Metodología

Se realiza una revisión teórica de enfoque narrativo sobre adherencia terapéutica en cronicidad, con especial atención a las estrategias educativas desarrolladas desde Enfermería. El propósito no es comparar resultados cuantitativos ni establecer un protocolo cerrado, sino integrar conceptos y líneas de actuación útiles para la práctica asistencial habitual.

El desarrollo se organiza a partir de varios ejes: concepto y alcance de la adherencia, factores asociados a su mantenimiento o deterioro, valoración enfermera de necesidades educativas, intervenciones centradas en la persona, seguimiento clínico y coordinación asistencial. Se adopta una perspectiva aplicable al ámbito de atención primaria, aunque muchos de los elementos revisados resultan transferibles a consultas hospitalarias, programas de seguimiento domiciliario o dispositivos comunitarios.

La exposición se orienta a población adulta con procesos crónicos de alta prevalencia asistencial, sin circunscribirse a una enfermedad concreta. Esta decisión permite abordar la adherencia como una competencia transversal del cuidado enfermero y destacar aspectos comunes a múltiples trayectorias clínicas: polimedicación, autocuidado sostenido, fluctuación de síntomas, cambios en la capacidad funcional, carga emocional y necesidad de apoyo continuado.

Para mantener la prudencia clínica, el texto evita la atribución de cifras, resultados de investigación o recomendaciones a organismos concretos cuando

dichos datos no han sido aportados. Las propuestas incluidas se formulan como orientaciones profesionales generales que requieren adaptación al contexto clínico, a la situación de cada paciente y a la organización de cada centro.

Resultados

La adherencia terapéutica como proceso complejo

En la práctica clínica, la adherencia terapéutica debe entenderse como un proceso relacional y contextual. No depende solo de la voluntad individual ni puede evaluarse de forma binaria. Un mismo paciente puede mantener una adherencia adecuada a la medicación y, al mismo tiempo, presentar dificultades para seguir recomendaciones dietéticas, monitorizar síntomas o acudir a revisiones programadas. Del mismo modo, la adherencia puede variar a lo largo del tiempo según la evolución clínica, los cambios familiares, el estado emocional o la carga de tratamiento acumulada.

Este carácter dinámico obliga a evitar interpretaciones moralizantes. Considerar la falta de adherencia como simple desinterés puede deteriorar la relación terapéutica y reducir la posibilidad de intervención efectiva. Desde Enfermería resulta más útil explorar qué obstáculos encuentra la persona para integrar el tratamiento en su vida diaria, qué significado atribuye a su enfermedad y qué recursos dispone para sostener el autocuidado.

Factores relacionados con el paciente y su entorno

La comprensión del plan terapéutico es un elemento central. Cuando la información se transmite con exceso de tecnicismo, rapidez o escasa adaptación al nivel cultural del paciente, aumentan las probabilidades de interpretación incompleta. La alfabetización en salud condiciona la capacidad para leer instrucciones, identificar signos de alarma, utilizar dispositivos o reconocer la finalidad de cada medida terapéutica. No obstante, comprender no siempre garantiza mantener la conducta recomendada; también influyen la motivación, la percepción de beneficio, las creencias previas y la experiencia acumulada con la enfermedad.

Las emociones desempeñan un papel importante. Miedo, frustración, negación, cansancio o sensación de pérdida de control pueden interferir en la adherencia, especialmente en periodos de reciente diagnóstico, empeoramiento clínico o acumulación de tratamientos. A ello se suma la carga del autocuidado continuado, que puede generar fatiga y una disminución progresiva de la implicación. En personas mayores, la fragilidad, los problemas sensoriales, el deterioro cognitivo o la dependencia funcional añaden complejidad al manejo cotidiano del tratamiento.

El entorno familiar y social puede actuar como apoyo o como barrera. La presencia de una red cuidadora favorece con frecuencia la organización de medicación, el acompañamiento a consultas y la supervisión de medidas de autocuidado, aunque también puede producir sobreprotección o delegación excesiva. Las dificultades económicas, la soledad no deseada, la sobrecarga del cuidador o las condiciones inestables de vivienda pueden comprometer la continuidad del plan terapéutico. La valoración enfermera debe contemplar estas dimensiones para no situar el problema exclusivamente en la conducta del paciente.

Factores vinculados a la enfermedad y al tratamiento

La adherencia suele verse comprometida cuando el tratamiento es complejo, cambia con frecuencia o exige múltiples tareas diarias. Los regímenes con varias tomas, horarios poco compatibles con la rutina habitual, técnicas específicas de administración o dispositivos que requieren destreza pueden dificultar su mantenimiento. También influyen la aparición de efectos no deseados, la percepción de escaso beneficio inmediato y la coexistencia de varias enfermedades que obligan a priorizar o reorganizar cuidados.

Algunas enfermedades crónicas cursan con periodos de estabilidad aparente. En esas fases, el paciente puede interpretar que el tratamiento ha dejado de ser necesario o que las recomendaciones son opcionales, especialmente cuando los síntomas disminuyen. En cambio, cuando predomina el malestar persistente, puede aparecer desánimo o pérdida de confianza en la utilidad del plan terapéutico. La relación entre síntomas, expectativas y tratamiento requiere una

exploración continua, ya que condiciona la manera en que la persona se vincula a los cuidados.

Factores organizativos y relación terapéutica

La organización del sistema sanitario también influye en la adherencia. Las consultas breves, la discontinuidad entre niveles asistenciales, la información fragmentada o las indicaciones poco coherentes entre profesionales pueden generar confusión. Del mismo modo, las dificultades de acceso, los tiempos de espera o la complejidad administrativa pueden interferir en el seguimiento, especialmente en pacientes con pluripatología o limitaciones de movilidad.

La relación terapéutica es un factor modulador de gran relevancia. Cuando el paciente percibe escucha, respeto y posibilidad real de expresar dudas, resulta más probable que comunique errores, olvidos o desacuerdos con el tratamiento. En cambio, si anticipa juicio o censura, tenderá a ocultar dificultades y se perderán oportunidades de intervención. La comunicación enfermera debe favorecer un clima de colaboración, validando la experiencia del paciente y promoviendo objetivos alcanzables.

Valoración enfermera de la adherencia

La detección de problemas de adherencia requiere una valoración integral y periódica. No basta con preguntar si el paciente sigue el tratamiento; conviene explorar qué entiende por su enfermedad, cómo organiza la medicación, qué medidas de autocuidado realiza, qué problemas ha encontrado y qué apoyos tiene disponibles. La entrevista clínica permite identificar barreras concretas: olvidos, dificultades de comprensión, temor a efectos adversos, conflicto con hábitos previos, cansancio, rechazo a la dependencia o limitaciones funcionales.

Resulta útil valorar la capacidad de manejo de dispositivos, la conservación adecuada de medicamentos, la conciliación terapéutica tras cambios asistenciales y la presencia de señales indirectas, como consultas repetidas por descompensación, dudas frecuentes sobre pautas o inconsistencias entre discurso y manejo observado. En la población de mayor edad o con dependencia, debe incluirse a la familia o cuidador principal, atendiendo al reparto real de tareas y a las necesidades educativas de quienes sostienen el cuidado cotidiano.

La valoración enfermera también debe explorar metas y preferencias. Un plan terapéutico difícilmente se mantendrá si el paciente no lo percibe compatible con su vida diaria o si no participa en su definición. Alinear objetivos clínicos y objetivos vitales mejora la viabilidad de las recomendaciones y reduce la distancia entre prescripción y práctica real.

Estrategias educativas desde Enfermería

La educación sanitaria efectiva comienza por individualizar. Antes de enseñar, la enfermera necesita conocer qué sabe el paciente, qué cree, qué teme y qué está dispuesto a modificar en ese momento. Esta fase diagnóstica evita intervenciones estandarizadas poco útiles y permite adaptar el lenguaje, la profundidad de los contenidos y el ritmo del aprendizaje.

La comunicación clara es una medida básica. Las explicaciones deben utilizar lenguaje comprensible, mensajes priorizados y comprobación posterior de lo entendido. Reformular la información con las palabras del paciente, pedir demostraciones prácticas o revisar de forma conjunta un esquema terapéutico son recursos sencillos que pueden mejorar la comprensión real. En pacientes con tratamientos complejos, la fragmentación de contenidos en varios contactos suele resultar más útil que una sesión extensa con gran carga informativa.

La entrevista motivacional puede ser de ayuda cuando existen ambivalencias o baja implicación. Más que insistir en la obligación de cumplir, esta aproximación explora razones personales para el cambio, reconoce dificultades y favorece que el paciente identifique metas significativas. La motivación sostenida rara vez surge de la persuasión unilateral; se fortalece cuando la persona encuentra sentido a las conductas de cuidado y percibe que puede llevarlas a cabo.

Otro componente relevante es el entrenamiento en habilidades. La adherencia mejora cuando el paciente sabe cómo realizar las tareas que se le solicitan. Esto incluye organizar la medicación, utilizar inhaladores o dispositivos de control, interpretar pautas escritas, identificar signos de

alerta, registrar síntomas o adaptar rutinas de alimentación y actividad física a su situación funcional. Enseñar procedimientos sin comprobar la destreza adquirida limita la efectividad educativa.

La planificación compartida es especialmente útil en cronicidad. Acordar objetivos concretos, realistas y revisables facilita el compromiso. Pequeños cambios sostenibles suelen ser más viables que propuestas extensas y difíciles de mantener. La enfermera puede ayudar a priorizar, establecer secuencias y negociar ajustes en función de barreras cotidianas como horarios laborales, dependencia de terceros, cansancio o recursos disponibles.

El refuerzo positivo y la revisión periódica forman parte del proceso. Reconocer avances, aunque sean parciales, favorece la autoeficacia. Del mismo modo, revisar sin juicio los incumplimientos permite entender su causa y rediseñar el plan. La adherencia no debe abordarse como éxito o fracaso, sino como un resultado que precisa seguimiento, adaptación y apoyo continuado.

Seguimiento y continuidad asistencial

Las estrategias educativas tienen más posibilidades de éxito cuando se insertan en un seguimiento estructurado. El contacto puntual aporta información, pero la continuidad permite detectar recaídas, cambios en la motivación, nuevas barreras o dificultades derivadas de modificaciones terapéuticas. La consulta de Enfermería, el seguimiento telefónico cuando esté indicado, la coordinación con trabajo social o con medicina de familia y la revisión tras altas hospitalarias son momentos clave para reevaluar adherencia y autocuidado.

La transición entre niveles asistenciales merece una atención específica. Los cambios en medicación o recomendaciones tras un ingreso, una interconsulta o una visita a urgencias pueden generar errores si no se revisan con el paciente y su entorno. La conciliación terapéutica y la clarificación de instrucciones son intervenciones de gran valor práctico para prevenir confusión y abandono involuntario.

En personas con multimorbilidad, la continuidad exige priorización. No siempre es posible intervenir de forma intensiva sobre todos los aspectos del tratamiento al mismo tiempo. La enfermera debe identificar qué problemas tienen mayor impacto en seguridad, control sintomático o capacidad de autocuidado, y ordenar la educación en función de esa valoración. Este enfoque contribuye a reducir la sobrecarga informativa y favorece una atención más asumible.

Papel de la familia y del cuidador

En numerosos procesos crónicos, la adherencia está mediada por la participación familiar. La intervención educativa no puede limitarse al paciente cuando otras personas organizan medicación, preparan alimentos, supervisan el cumplimiento o detectan signos de descompensación. Incluir al cuidador en la enseñanza mejora la coherencia del mensaje y facilita la continuidad, aunque debe evitarse sustituir de manera innecesaria la autonomía del paciente.

La enfermera debe valorar también la carga del cuidado. Un entorno aparentemente colaborador puede estar sosteniendo el tratamiento con alto desgaste emocional o físico. La educación sanitaria, en estos casos, necesita contemplar estrategias de simplificación, distribución de tareas y apoyo al cuidador, porque la adherencia del paciente y la capacidad del sistema familiar suelen estar estrechamente relacionadas.

Discusión/Conclusiones

La adherencia terapéutica en cronicidad no puede abordarse con una lógica exclusivamente prescriptiva. Las dificultades para mantener el tratamiento y el autocuidado responden a una interacción compleja entre necesidades de información, carga emocional, capacidades funcionales, apoyo social, características del régimen terapéutico y organización de los servicios. Esta complejidad explica por qué las intervenciones centradas solo en recordar instrucciones suelen ofrecer un alcance limitado.

Desde Enfermería, la educación sanitaria adquiere mayor valor cuando se comprende como una intervención longitudinal y no como un acto puntual de transmisión de contenidos. Educar implica valorar, escuchar, adaptar, comprobar,

acompañar y volver a negociar objetivos cuando cambian las circunstancias clínicas o vitales. En este sentido, la relación terapéutica constituye una herramienta asistencial en sí misma. Un vínculo basado en confianza y respeto facilita la expresión de barreras reales, incluidas aquellas que el paciente tiende a ocultar por temor a ser juzgado.

La revisión realizada sugiere que las estrategias más útiles comparten varios rasgos: individualización, lenguaje comprensible, participación activa del paciente, entrenamiento práctico, objetivos asumibles y seguimiento periódico. También pone de relieve que la adherencia se beneficia de la coordinación entre profesionales y de la continuidad entre niveles asistenciales, especialmente en situaciones de polimedicación o multimorbilidad. Cuando el paciente recibe mensajes contradictorios o cambios poco explicados, aumenta el riesgo de confusión y de abandono parcial del plan terapéutico.

En atención primaria, la consulta enfermera ofrece un marco especialmente favorable para este trabajo por su cercanía, accesibilidad y orientación al autocuidado. No obstante, el potencial de la intervención educativa depende de que exista tiempo para la valoración, continuidad en el seguimiento y reconocimiento del componente relacional del cuidado. La educación sanitaria pierde efectividad cuando se reduce a un listado de recomendaciones descontextualizadas.

La práctica clínica también debe asumir que no toda falta de adherencia puede resolverse con la misma intensidad ni mediante idénticas estrategias. Algunas situaciones requerirán simplificar tratamientos en coordinación con el equipo, otras demandarán apoyo familiar, y otras precisarán abordar primero factores emocionales o sociales que dificultan cualquier cambio conductual. Esta necesidad de individualización obliga a mantener una mirada flexible y realista.

En conjunto, la adherencia terapéutica en la enfermedad crónica debe considerarse un objetivo de cuidados compartido, construido con el paciente y revisado de manera continuada. Enfermería puede contribuir de forma sustancial mediante una valoración integral, una educación sanitaria adaptada al nivel de comprensión y a la experiencia de enfermedad, y un seguimiento que combine apoyo, reevaluación y coordinación asistencial. Más que perseguir un cumplimiento idealizado, la práctica enfermera orientada a la adherencia debería favorecer planes terapéuticos comprensibles, viables y sostenibles en la vida cotidiana de cada persona.

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. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2021;23(1):157-174. doi: https://doi.org/10.1002/ejhf.2008

2. Farley H. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. Nurs Open. 2020;7(1):30-41. doi: https://doi.org/10.1002/nop2.382

3. Trieu NTT, Hoai NTY, Tung NN, Thong TH, Hien NTT. Effect of health education intervention on treatment adherence and health status in patients with Chronic obstruction pulmonary disease: A random control trial. PLoS One. 2025;20(6):e0325192. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325192

4. Ko SH, Chi CC, Yeh ML, Wang SH, Tsai YS, Hsu MY. Lifestyle changes for treating psoriasis. Cochrane Database Syst Rev. 2019;7(7):CD011972. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD011972.pub2

5. Scullion J. The Nurse Practitioners' Perspective on Inhaler Education in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Can Respir J. 2018;2018:2525319. doi: https://doi.org/10.1155/2018/2525319

6. Lunardi LE, K Le Leu R, Matricciani LA, Xu Q, Britton A, Jesudason S, et al. Patient activation in advanced chronic kidney disease: a cross-sectional study. J Nephrol. 2024;37(2):343-352. doi: https://doi.org/10.1007/s40620-023-01847-x

7. McCullough AR, Ryan C, Macindoe C, Yii N, Bradley JM, O'Neill B, et al. Behavior change theory, content and delivery of interventions to enhance adherence in chronic respiratory disease: A systematic review. Respir Med. 2016;116:78-84. doi: https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.05.021

8. Narimisa F, Karbakhsh S, Pouradeli S. Telenursing and Self-Efficacy in Heart Failure. Crit Care Nurs Q. 2026;49(2):163-173. doi: https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000605

9. Melis MR, El Aoufy K, Bambi S, Bruni C, Guiducci S, Bellando-Randone S, et al. Nursing interventions for patients with rheumatic and musculoskeletal diseases on biological therapies: a systematic literature review. Clin Rheumatol. 2023;42(6):1521-1535. doi: https://doi.org/10.1007/s10067-023-06520-z

10. Lee H, Park W, Yang JH, You KS. Management of hepatitis B virus infection. Gastroenterol Nurs. 2010;33(2):120-6; quiz 127-8. doi: https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e3181d72c59

ARTÍCULO 04

Hipertensión en el embarazo: revisión de signos de alarma y educación enfermera

Hypertension in pregnancy: review of warning signs and nursing education

Rosa Beltrán Jiménez · Enrique Salas Ortega · Ángela Medina Pardo · Carlos Vega Roldán

Incluido en la revista CADICE. Vol. I . N.º 10 - Octubre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(10):479

Autor principal (primer firmante)
Rosa Beltrán Jiménez

Fecha recepción
27/08/26

Fecha aceptación
28/09/26

Fecha de publicación
04/10/26

Pág. Inicial
Vol. I; N.º 10:479

Categoría
Enfermería

Palabras clave
Hipertensión en el embarazo; Enfermería basada en la evidencia; Enfermería obstétrica; Puerperio; Autocuidado; Signos de alarma; Salud materno-infantil; Lactancia materna; Cuidados de Enfermería; Preeclampsia

Resumen

Introducción: Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo constituyen un problema clínico de especial relevancia por su posible repercusión materna y perinatal. Su evolución puede ser variable y, en algunos casos, aparecer o persistir durante el puerperio, lo que exige vigilancia clínica, detección precoz de signos de alarma y una educación sanitaria comprensible y continuada.

Objetivos: Revisar los principales aspectos clínicos y de cuidados relacionados con la hipertensión en el embarazo, describir los signos de alarma que requieren valoración sanitaria y analizar el papel de la Enfermería en la educación para el autocuidado durante la gestación y el posparto.

Metodología: Revisión teórica de enfoque narrativo orientada a la práctica enfermera. Se desarrollan contenidos clínicos generales sobre hipertensión gestacional, preeclampsia y seguimiento en puerperio, integrando la valoración enfermera, la educación sanitaria y la continuidad asistencial desde una perspectiva prudente y aplicable a distintos niveles de atención.

Resultados: La valoración enfermera debe contemplar antecedentes, síntomas, adherencia terapéutica, capacidad de autocuidado y contexto familiar. Entre los signos de alarma destacan cefalea intensa o persistente, alteraciones visuales, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, disnea, disminución marcada de la diuresis, edema de rápida progresión, elevación de la presión arterial y malestar general no habitual. En el puerperio persiste la necesidad de vigilancia, incluso en mujeres previamente asintomáticas. La educación enfermera puede favorecer el reconocimiento precoz de síntomas, la consulta oportuna, la adherencia al tratamiento, el seguimiento de la presión arterial, el descanso, la organización de apoyos y la conciliación de los cuidados maternos con el inicio de la lactancia.

Discusión/Conclusiones: El abordaje enfermero de la hipertensión en el embarazo no debe limitarse al control puntual de cifras tensionales. Resulta necesario un enfoque integral, centrado en la seguridad materna, la individualización de la información, la continuidad entre niveles asistenciales y la vigilancia durante el posparto. La educación sanitaria estructurada puede contribuir a reducir demoras en la identificación de complicaciones y mejorar la participación activa de la mujer en su proceso de cuidados.

ARTÍCULO 04 / CADICE. 2026;1(10):479

Abstract

Introduction: Hypertensive disorders related to pregnancy are clinically relevant because of their potential maternal and perinatal impact. Their course may vary and, in some cases, they may appear or persist during the postpartum period, requiring close monitoring, early recognition of warning signs and clear health education.

Objectives: To review the main clinical and nursing care aspects related to hypertension in pregnancy, to describe warning signs requiring professional assessment, and to analyse the role of nursing in self-care education during pregnancy and postpartum.

Methodology: Narrative theoretical review focused on nursing practice. General clinical content on gestational hypertension, pre-eclampsia and postpartum follow-up is addressed, integrating nursing assessment, health education and continuity of care from a prudent and practice-oriented perspective.

Results: Nursing assessment should include previous history, symptoms, treatment adherence, self-care capacity and family context. Relevant warning signs include severe or persistent headache, visual disturbances, epigastric or right upper quadrant pain, dyspnoea, markedly reduced urine output, rapidly progressive oedema, elevated blood pressure and unusual general malaise. Postpartum follow-up remains necessary, even in women previously considered stable. Nursing education may support early symptom recognition, timely consultation, treatment adherence, blood pressure monitoring, rest, support organisation and the combination of maternal care needs with the onset of breastfeeding.

Discussion/Conclusions: Nursing management of hypertension in pregnancy should not be restricted to isolated blood pressure checks. A comprehensive approach focused on maternal safety, individualised information, continuity across care settings and postpartum surveillance is needed. Structured health education may help reduce delays in recognising complications and strengthen women's active participation in their care process.

Keywords: Hypertension, Pregnancy-Induced; Evidence-Based Nursing; Obstetric Nursing; Postpartum Period; Self Care; Warning Signs; Maternal-Child Health Services; Breast Feeding; Nursing Care; Pre-Eclampsia

Introducción

La hipertensión en el embarazo engloba un conjunto de situaciones clínicas con distinta presentación, gravedad y evolución, pero con un denominador común: su capacidad para comprometer la salud materna y fetal si no se identifican y abordan de forma oportuna. En la práctica asistencial, la detección de cifras elevadas de presión arterial no constituye un hallazgo aislado, sino un dato que debe interpretarse dentro de un cuadro más amplio que incluye síntomas, antecedentes, evolución gestacional, repercusión funcional y respuesta al seguimiento.

Desde la perspectiva enfermera, estos procesos requieren una mirada continuada y no fragmentada. La mujer puede iniciar el embarazo sin antecedentes hipertensivos y desarrollar manifestaciones clínicas en etapas avanzadas de la gestación o incluso tras el parto. También puede presentar hipertensión crónica previa que obligue a reajustar cuidados, educación y vigilancia. Este carácter dinámico justifica una atención que combine observación clínica, educación para la salud y coordinación entre dispositivos asistenciales.

La relevancia de los signos de alarma es especialmente notable en este ámbito. Muchos de ellos pueden percibirse inicialmente como molestias inespecíficas del embarazo o del puerperio, lo que favorece demoras en la consulta. Cefalea, visión borrosa, epigastralgia, sensación de falta de aire, edema de progresión rápida o malestar intenso pueden ser minimizados por la propia mujer, su entorno o, en ocasiones, por la normalización social de ciertos síntomas durante esta etapa. La educación enfermera adquiere aquí un valor preventivo, porque permite transformar síntomas aparentemente difusos en señales comprensibles de necesidad de valoración.

La etapa posparto merece una consideración específica. Tras el nacimiento, la atención suele orientarse de forma prioritaria al recién nacido, a la recuperación inmediata del parto y al establecimiento de la lactancia. Sin embargo, la vigilancia materna sigue siendo necesaria, ya que

determinadas complicaciones hipertensivas pueden persistir, agravarse o aparecer por primera vez en el puerperio. Este aspecto obliga a reforzar los mensajes de seguridad clínica antes del alta y durante el seguimiento posterior.

La Enfermería obstétrica, hospitalaria, de atención primaria y comunitaria desempeña un papel central en este proceso. Su intervención no se limita a la toma de la presión arterial o al registro de síntomas, sino que incluye valoración integral, comunicación terapéutica, identificación de barreras de comprensión, apoyo al autocuidado, detección de necesidades familiares y promoción de una respuesta precoz ante la aparición de signos de alarma. En un problema clínico potencialmente cambiante, la continuidad del mensaje y la claridad de las recomendaciones resultan tan relevantes como la vigilancia técnica.

La presente revisión se centra en la hipertensión relacionada con el embarazo desde una óptica aplicada a los cuidados, con especial atención a la identificación de signos de alarma y a la educación enfermera durante la gestación y el puerperio. Se aborda el tema de forma general, prudente y orientada a la práctica clínica, sin pretender sustituir la valoración individualizada ni los protocolos vigentes de cada centro.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es revisar los elementos clínicos y asistenciales más relevantes de la hipertensión en el embarazo desde la perspectiva de la Enfermería, con énfasis en la detección precoz de signos de alarma y en la educación para el autocuidado materno.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Describir de forma sintética el marco clínico de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo y su posible continuidad en el puerperio.
- Identificar síntomas y manifestaciones que requieren valoración sanitaria preferente o urgente según el contexto clínico.
- Analizar los componentes de la valoración enfermera en mujeres con hipertensión durante la gestación y tras el parto.
- Desarrollar las principales líneas de educación sanitaria orientadas a la seguridad materna, la adherencia terapéutica y el reconocimiento precoz de complicaciones.
- Examinar la relación entre cuidados maternos, puerperio y lactancia desde una perspectiva de acompañamiento enfermero individualizado.

Metodología

Se realizó una revisión teórica de enfoque narrativo centrada en contenidos de utilidad para la práctica enfermera. El desarrollo temático se organizó en torno a cinco ejes: caracterización clínica general de la hipertensión en el embarazo, relevancia del puerperio como periodo de riesgo, valoración enfermera, signos de alarma y educación sanitaria para el autocuidado.

La metodología adoptada persigue integrar conocimiento clínico general con implicaciones asistenciales concretas, evitando formulaciones cerradas o dependientes de un único entorno organizativo. No se presenta como revisión sistemática ni como síntesis cuantitativa, sino como una actualización razonada dirigida a profesionales de Enfermería y a contextos docentes o asistenciales donde resulta útil ordenar los mensajes clave para la vigilancia materna.

El análisis se orienta a situaciones frecuentes en la práctica: controles prenatales, observación hospitalaria, educación al alta, seguimiento en atención primaria y consultas relacionadas con síntomas de alarma en el posparto. Se priorizaron los aspectos que tienen repercusión directa sobre la seguridad del paciente, la comprensión de la información y la continuidad de los cuidados. La exposición mantiene un enfoque prudente y adaptable, dado que la actuación clínica concreta debe individualizarse según la situación de la mujer, la edad gestacional o puerperal, la presencia de comorbilidad y los procedimientos establecidos en cada centro.

ARTÍCULO 04 / CADICE. 2026;1(10):479

Resultados

Marco clínico general y relevancia asistencial

Los trastornos hipertensivos del embarazo no constituyen una realidad uniforme. En la práctica pueden encontrarse cuadros de hipertensión que aparecen durante la gestación, situaciones ya existentes antes del embarazo y formas clínicas con afectación multiorgánica, como la preeclampsia. Aunque la clasificación detallada corresponde al marco clínico y obstétrico de cada contexto, desde el punto de vista enfermero interesa reconocer que la elevación tensional no siempre guarda relación lineal con la intensidad de los síntomas y que una mujer con aparente buen estado general puede evolucionar hacia manifestaciones de mayor gravedad.

La preeclampsia ocupa un lugar prioritario dentro de esta revisión por su relevancia clínica y por la necesidad de una vigilancia especialmente atenta. Puede asociarse a cefalea persistente, alteraciones visuales, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, náuseas no habituales, disnea, cambios bruscos en el estado general, edema de rápida progresión y alteraciones en la diuresis. Ninguno de estos signos debe interpretarse de forma aislada o banalizada si aparece en el contexto de hipertensión o sospecha clínica compatible.

La dimensión asistencial del problema va más allá del diagnóstico médico. La mujer puede experimentar ansiedad, incertidumbre, temor por el bienestar fetal, limitación funcional, dificultad para el descanso y sensación de pérdida de control. Estas respuestas condicionan la adherencia, la comprensión de las recomendaciones y la vivencia del embarazo y del puerperio. Por ello, el abordaje enfermero debe integrar lo fisiológico, lo emocional y lo educativo.

Valoración enfermera durante la gestación

La valoración debe iniciarse con una recogida sistemática de antecedentes personales y obstétricos, incluyendo historia hipertensiva previa, procesos asociados, experiencias en embarazos anteriores, medicación habitual y circunstancias familiares o sociales que puedan influir en el seguimiento. No menos importante es conocer el nivel de alfabetización en salud y la forma en que la mujer interpreta sus síntomas, ya que muchas decisiones de consulta se toman en el domicilio.

En la exploración y entrevista clínica conviene prestar atención a la presión arterial, la presencia de edema, la percepción subjetiva de empeoramiento, la tolerancia a la actividad, la calidad del sueño, la presencia de dolor o cefalea y cualquier alteración visual referida por la gestante. También debe valorarse si comprende el significado de su proceso, si identifica cuándo debe consultar y si dispone de apoyo suficiente para acudir a revisión, mantener reposo relativo cuando se indique o cumplir el tratamiento prescrito.

La observación enfermera resulta especialmente útil para detectar discordancias entre el discurso y la situación clínica. Algunas mujeres minimizan los síntomas por miedo al ingreso, por priorizar responsabilidades familiares o por considerar que ciertas molestias son normales. Otras presentan elevada preocupación con escasa información estructurada. En ambos casos, la intervención educativa debe adaptarse a la capacidad real de comprensión, evitando mensajes ambiguos y promoviendo una comunicación verificable.

ARTÍCULO 04 / CADICE. 2026;1(10):479

Signos de alarma y criterios de consulta

La educación sobre signos de alarma constituye uno de los núcleos del cuidado. Entre los síntomas que requieren valoración sanitaria destacan la cefalea intensa, persistente o diferente a la habitual; la visión borrosa, los fosfenos u otras alteraciones visuales; el dolor epigástrico o en hipocondrio derecho; la dificultad respiratoria; la sensación de opresión torácica; la disminución llamativa de la diuresis; la aparición o empeoramiento rápido de edema, especialmente si se acompaña de malestar; y la elevación de la presión arterial cuando la mujer dispone de autocontrol domiciliario indicado por profesionales.

También deben considerarse señales de alerta el malestar general desproporcionado, la agitación o somnolencia inhabituales, la intolerancia marcada al decúbito, la sensación subjetiva de empeoramiento y cualquier síntoma neurológico nuevo. En la gestación avanzada, la asociación de hipertensión con disminución de movimientos fetales referidos por la mujer añade complejidad a la valoración y debe motivar consulta según la orientación profesional recibida.

La forma de transmitir estos signos es determinante. La información debe evitar tanto el alarmismo como la banalización. No basta con entregar instrucciones escritas; es preferible verificar qué síntomas recuerda la mujer, cómo actuaría ante ellos y a qué recurso acudiría. La utilidad real de la educación sanitaria depende de que el mensaje sea recordable, contextualizado y compatible con la carga emocional del proceso.

Puerperio: continuidad del riesgo y seguimiento

El posparto representa una etapa en la que pueden persistir necesidades de vigilancia incluso cuando el parto ha transcurrido sin incidencias relevantes. La atención sanitaria y familiar suele centrarse en el recién nacido, el sangrado, el dolor perineal o abdominal y el inicio de la lactancia, pero la monitorización de síntomas maternos continúa siendo necesaria. La hipertensión puede mantenerse durante este periodo y algunas manifestaciones de gravedad pueden debutar tras el alta.

Durante el puerperio, la Enfermería debe reforzar la información sobre la toma de medicación prescrita, el control de la presión arterial cuando esté indicado, el reconocimiento de síntomas de consulta y la importancia de no atribuir automáticamente al cansancio o a la falta de sueño manifestaciones potencialmente relevantes. Cefalea persistente, visión borrosa, disnea, dolor torácico, epigastralgia, empeoramiento súbito del edema o sensación de enfermedad no habitual no deben posponerse bajo la idea de una recuperación normal posparto.

La planificación del alta debe contemplar la capacidad real de la mujer para seguir indicaciones en domicilio. Es recomendable explorar si dispondrá de ayuda para el cuidado del recién nacido, si puede acudir a controles, si entiende el tratamiento farmacológico y si conoce el circuito de consulta en caso de síntomas. Cuando la información se ofrece en un momento de fatiga física y sobrecarga emocional, el refuerzo verbal y escrito puede mejorar la retención del mensaje.

Educación enfermera y promoción del autocuidado

La educación para la salud en este ámbito no se limita a la transmisión de datos, sino que forma parte de una estrategia de seguridad clínica. Debe centrarse en contenidos esenciales: comprensión básica del proceso, importancia del seguimiento, identificación de signos de alarma, cumplimiento terapéutico, autocontrol si ha sido indicado, descanso, organización de apoyos y consulta precoz ante cambios clínicos. La información conviene adaptarla al momento del proceso asistencial, evitando concentrar todos los mensajes en una única intervención.

Un componente relevante es la adherencia terapéutica. La mujer puede interrumpir la medicación por temor a efectos sobre el recién nacido, por mejoría aparente o por dificultades en la organización diaria. La Enfermería debe explorar creencias, dudas y obstáculos prácticos, ofreciendo información comprensible y fomentando la toma responsable de decisiones en coordinación con el equipo asistencial.

El autocuidado también incluye aspectos emocionales y de rol. Las mujeres con hipertensión

en el embarazo pueden sentir culpa, frustración por cambios en su plan de parto, preocupación por el bebé o dificultad para descansar. La escucha activa, la validación emocional y la orientación hacia recursos de apoyo facilitan un abordaje más completo y pueden mejorar la capacidad de seguir las recomendaciones clínicas.

Lactancia materna y cuidados asociados

El inicio de la lactancia en el contexto de hipertensión o posparto complejo puede añadir incertidumbre. Algunas mujeres expresan dudas sobre la compatibilidad entre tratamiento y lactancia, sobre la seguridad de amamantar en situaciones de cansancio intenso o sobre cómo organizar el descanso cuando existen controles clínicos y medicación. La intervención enfermera debe favorecer una información individualizada, evitando mensajes contradictorios y coordinando la orientación con el resto del equipo.

La lactancia, cuando es el método de alimentación elegido y clínicamente viable, puede integrarse dentro del plan de cuidados maternos, pero no debe plantearse como un objetivo aislado del estado general de la mujer. El bienestar materno, el control de síntomas, el descanso y la seguridad clínica deben mantenerse como prioridades. En determinados contextos puede ser necesario ajustar expectativas, reforzar apoyos y planificar medidas que faciliten tanto la alimentación del recién nacido como la recuperación de la madre.

La educación enfermera en este punto debe incluir observación de signos de fatiga excesiva, dificultades para la alimentación, necesidad de ayuda familiar y posibles interferencias entre el cuidado del recién nacido y el cumplimiento terapéutico. Un enfoque realista y no normativo favorece decisiones más seguras y sostenibles.

Continuidad asistencial y papel de Enfermería

La continuidad entre hospital, atención primaria y seguimiento comunitario resulta especialmente valiosa en mujeres con hipertensión durante el embarazo o el puerperio. La información fragmentada puede generar errores en la comprensión del tratamiento, retrasos en la consulta o duplicidad de mensajes. La Enfermería actúa como elemento de enlace al reforzar las indicaciones, clarificar dudas, valorar la evolución y facilitar que la mujer sepa a qué recurso dirigirse en función de los síntomas.

En este proceso, el registro clínico de la información proporcionada y de la respuesta de la paciente contribuye a la coherencia del cuidado. No solo importa qué se explica, sino si la mujer lo comprende, lo recuerda y lo considera aplicable a su entorno. La evaluación del aprendizaje puede realizarse mediante preguntas abiertas, reformulación de indicaciones y revisión de dificultades previstas para el domicilio.

En suma, los resultados de esta revisión sitúan a la Enfermería en una posición estratégica para detectar cambios clínicos, reducir demoras diagnósticas evitables, apoyar el autocuidado y promover una transición segura entre embarazo, parto y puerperio.

Discusión/Conclusiones

La hipertensión en el embarazo exige una aproximación clínica que combine vigilancia, capacidad de anticipación y educación sanitaria efectiva. Reducir el problema a una cifra tensional o a un acto puntual de control limita la comprensión de un proceso cuya expresión puede ser cambiante y cuya repercusión se extiende al puerperio. Desde la práctica enfermera, el verdadero desafío consiste en integrar observación clínica, comunicación y continuidad asistencial dentro de un mismo plan de cuidados.

Uno de los aspectos más relevantes es la identificación de signos de alarma. Aunque muchos síntomas son conocidos en el ámbito profesional, su reconocimiento por parte de la mujer no siempre está garantizado. La sobrecarga informativa del embarazo y del posparto, la normalización de ciertas molestias y la existencia

de mensajes contradictorios pueden dificultar una respuesta temprana. Por ello, la educación enfermera debe ser concreta, repetida en distintos momentos y adaptada a las circunstancias personales y familiares.

La revisión también pone de relieve la necesidad de reforzar el seguimiento en puerperio. La atención centrada casi exclusivamente en el recién nacido puede invisibilizar síntomas maternos de relevancia clínica. Mantener la vigilancia tras el alta, asegurar que la mujer comprende su tratamiento y facilitar circuitos claros de consulta son medidas que pueden mejorar la seguridad materna y disminuir demoras en la valoración.

Otro elemento de interés es la relación entre hipertensión, recuperación posparto y lactancia. Las recomendaciones deben individualizarse, evitando imponer objetivos que no consideren el estado general de la mujer, su fatiga, su situación emocional y su capacidad de apoyo en domicilio. La Enfermería se encuentra en una posición especialmente adecuada para armonizar estos aspectos, proporcionando acompañamiento técnico y humano.

En términos prácticos, la actuación enfermera puede orientarse hacia varias líneas prioritarias: valoración integral de síntomas y contexto, refuerzo de la adherencia terapéutica, comprobación de la comprensión de signos de alarma, planificación del alta con enfoque realista y coordinación entre niveles asistenciales. Estas intervenciones no sustituyen el abordaje médico, pero sí pueden modificar de forma significativa la detección precoz, la vivencia del proceso y la capacidad de respuesta de la mujer ante cambios clínicos.

La utilidad de esta revisión radica en ordenar mensajes clínicos y educativos aplicables a la atención obstétrica y posparto. Su principal límite es el propio carácter teórico y general del enfoque, por lo que cualquier decisión asistencial debe adaptarse a la situación clínica concreta y a los procedimientos de cada centro. Aun así, la evidencia práctica acumulada en la atención cotidiana permite sostener que una educación enfermera clara, mantenida y centrada en la seguridad constituye una herramienta de alto valor en el cuidado de las mujeres con hipertensión durante el embarazo y el puerperio.

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. Brown J, Alwan NA, West J, Brown S, McKinlay CJ, Farrar D, et al.. Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes.. Cochrane Database Syst Rev. 2017;5(5):CD011970. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD011970.pub2

2. McDowell M, Cain MA, Brumley J. Excessive Gestational Weight Gain.. J Midwifery Womens Health. 2019;64(1):46-54. doi: https://doi.org/10.1111/jmwh.12927

3. Leslie MS, Briggs LA. Preeclampsia and the Risk of Future Vascular Disease and Mortality: A Review.. J Midwifery Womens Health. 2016;61(3):315-24. doi: https://doi.org/10.1111/jmwh.12469

4. Jowell AR, Sarma AA, Gulati M, Michos ED, Vaught AJ, Natarajan P, et al.. Interventions to Mitigate Risk of Cardiovascular Disease After Adverse Pregnancy Outcomes: A Review.. JAMA Cardiol. 2022;7(3):346-355. doi: https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.4391

5. Ghisi GLM, Banks L, Cotie LM, Pakosh M, Pollock C, Nerenberg K, et al.. Women's Knowledge of Future Cardiovascular Risk Associated With Complications of Pregnancy: A Systematic Review.. CJC Open. 2024;6(2Part B):182-194. doi: https://doi.org/10.1016/j.cjco.2023.07.010

6. Yadav DV, Mitra T, Punniyamoorthy D, Murugesan A, Kumari Raveendran S, Janardhanan R. Vitamins and Iron-Deficiency Gestational Anemia - A Review.. J Diet Suppl. 2025;22(6):887-906. doi: https://doi.org/10.1080/19390211.2025.2555013

7. Alur A, Phipps JE, Simmons LA. Socioecological factors influencing the risk of developing hypertensive disorders of pregnancy in India: a rapid review.. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):669. doi: https://doi.org/10.1186/s12884-024-06879-0

8. Tieu J, Middleton P, Crowther CA, Shepherd E. Preconception care for diabetic women for improving maternal and infant health.. Cochrane Database Syst Rev. 2017;8(8):CD007776. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD007776.pub3

9. Bernstein PS, Martin JN, Barton JR, Shields LE, Druzin ML, Scavone BM, et al.. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period.. Obstet Gynecol. 2017;130(2):347-357. doi: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002115

10. Moustafa ASZ, Yimer W, Perry A, Solis L, Belk S, Morris R, et al.. Report from a text-based blood pressure monitoring prospective cohort trial among postpartum women with hypertensive disorders of pregnancy.. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):340. doi: https://doi.org/10.1186/s12884-024-06511-1

11. Stanhope KK, Stallworth T, Forrest AD, Vuncannon D, Juarez G, Boulet SL, et al.. Planning for the forgotten fourth trimester of pregnancy: A parallel group randomized control trial to test a postpartum planning intervention vs. standard prenatal care.. Contemp Clin Trials. 2024;143:107586. doi: https://doi.org/10.1016/j.cct.2024.107586

12. Ashworth DC, Maule SP, Stewart F, Nathan HL, Shennan AH, Chappell LC. Setting and techniques for monitoring blood pressure during pregnancy.. Cochrane Database Syst Rev. 2020;8(8):CD012739. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD012739.pub2

13. Umamah F, Santoso B, Yunitasari E, Nisa F, Wulandari Y. The effectiveness of psycho-educational counseling in pregnant women with preeclampsia: A systematic review.. J Public Health Res. 2022;11(3):22799036221104161. doi: https://doi.org/10.1177/22799036221104161

14. Zuspan FP, Rayburn WF. Blood pressure self-monitoring during pregnancy: practical considerations.. Am J Obstet Gynecol. 1991;164(1 Pt 1):2-6. doi: https://doi.org/10.1016/0002-9378(91)90613-v

15. Barton JR, Istwan NB, Rhea D, Collins A, Stanziano GJ. Cost-savings analysis of an outpatient management program for women with pregnancy-related hypertensive conditions.. Dis Manag. 2006;9(4):236-41. doi: https://doi.org/10.1089/dis.2006.9.236

ARTÍCULO 05

Atención urgente a personas mayores tras una caída: revisión del abordaje enfermero

Urgent care for older people after a fall: review of the nursing approach

Rosa Beltrán Jiménez · Enrique Salas Ortega · Ángela Medina Pardo · Carlos Vega Roldán

Incluido en la revista CADICE. Vol. I . N.º 10 - Octubre 2026

Ref.: CADICE. 2026;1(10):480

Autor principal (primer firmante)
Rosa Beltrán Jiménez

Fecha recepción
30/08/26

Fecha aceptación
27/09/26

Fecha de publicación
04/10/26

Pág. Inicial
Vol. I; N.º 10:480

Categoría
Enfermería

Palabras clave
Fractura de cadera; Triaje; Anciano; Caídas accidentales; Enfermería de urgencias; Evaluación del riesgo; Enfermería basada en la evidencia; Cuidados de Enfermería; Atención inicial; Servicio de urgencias

Resumen

Introducción: La caída en la persona mayor constituye un motivo frecuente de atención urgente y puede asociarse a lesión traumática, dolor, inmovilidad súbita, miedo a nuevas caídas y deterioro funcional. En este escenario, la actuación enfermera requiere una valoración inicial ordenada, sensible a la fragilidad y orientada tanto a la detección de complicaciones inmediatas como a la identificación de necesidades de cuidados y de continuidad asistencial.

Objetivos: Revisar el abordaje enfermero de la persona mayor atendida en urgencias tras una caída, con especial atención al triaje, la valoración clínica inicial, la sospecha de fractura de cadera u otras lesiones relevantes, la prevención de complicaciones y la planificación de cuidados posteriores.

Metodología: Se presenta una revisión teórica de enfoque narrativo centrada en la práctica enfermera en servicios de urgencias. Se integran contenidos clínicos y asistenciales habitualmente implicados en la atención inicial, la vigilancia evolutiva y la transición a otros dispositivos asistenciales.

Resultados: El abordaje enfermero debe contemplar la priorización en triaje, la evaluación del mecanismo de la caída, el estado basal, el nivel funcional previo, el dolor, la presencia de deformidad o limitación para la movilización, el riesgo de sangrado, la situación cognitiva y la posible existencia de factores precipitantes médicos. La atención incluye inmovilización y movilización seguras, control sintomático, prevención de delirium, vigilancia de la piel, reducción del riesgo de nuevas caídas y educación inicial a paciente y familia. La coordinación con el equipo multidisciplinar y la continuidad de cuidados adquieren especial relevancia.

Discusión/Conclusiones: La caída en la persona mayor no debe interpretarse solo como un episodio traumático aislado. Con frecuencia actúa como marcador de vulnerabilidad clínica y social. Una atención enfermera integral, prudente e individualizada puede contribuir a una identificación más temprana de riesgos, a una atención más segura en urgencias y a una mejor transición asistencial, especialmente en pacientes con dolor intenso, sospecha de fractura, deterioro funcional previo o fragilidad.

ARTÍCULO 05 / CADICE. 2026;1(10):480

Abstract

Introduction: Falls in older adults are a common reason for emergency care and may be associated with traumatic injury, pain, sudden immobility, fear of falling again and functional decline. In this setting, nursing care requires a structured initial assessment, attention to frailty and a focus on both immediate complications and ongoing care needs.

Objectives: To review the nursing approach to older adults attending emergency services after a fall, with emphasis on triage, initial clinical assessment, suspicion of hip fracture or other relevant injuries, prevention of complications and planning of further care.

Methodology: A narrative theoretical review focused on emergency nursing practice was developed. Clinical and care-related aspects commonly involved in initial assessment, ongoing monitoring and transition to other care settings were integrated.

Results: The nursing approach should include triage prioritization, assessment of the fall mechanism, baseline status, previous functional level, pain, deformity or impaired mobility, bleeding risk, cognitive status and possible medical precipitants. Care measures include safe immobilization and mobilization, symptom control, delirium prevention, skin surveillance, reduction of further fall risk and early education for patients and caregivers. Coordination with the multidisciplinary team and continuity of care are especially relevant.

Discussion/Conclusions: A fall in an older person should not be considered only as an isolated traumatic event. It often represents a marker of clinical and social vulnerability. Comprehensive, prudent and individualized nursing care may contribute to earlier risk recognition, safer emergency management and better care transitions, particularly in patients with severe pain, suspected fracture, previous functional impairment or frailty.

Keywords: Hip Fractures; Triage; Aged; Accidental Falls; Emergency Nursing; Risk Assessment; Evidence-Based Nursing; Nursing Care; Initial Care; Emergency Service, Hospital

Introducción

La atención urgente a la persona mayor tras una caída exige una mirada clínica amplia. Aunque el motivo de consulta suele centrarse en el golpe, el dolor o la incapacidad para incorporarse, con frecuencia el episodio expresa una interacción compleja entre envejecimiento, comorbilidad, polimedicación, alteraciones sensoriales, deterioro funcional y factores ambientales. En urgencias, la caída puede ser la puerta de entrada a problemas de gran impacto asistencial: fracturas, traumatismo craneal, sangrado oculto, descompensaciones médicas, delirium, inmovilidad prolongada o pérdida brusca de autonomía.

Desde la perspectiva enfermera, la situación no se limita a una evaluación traumática básica. Requiere integrar la priorización clínica, la seguridad del paciente, la observación continuada y la identificación de necesidades que pueden pasar inadvertidas si la atención se reduce al hallazgo lesional principal. Esta consideración es especialmente importante en pacientes de edad avanzada con fragilidad, dependencia previa, demencia o dificultad para comunicar síntomas, en quienes la presentación clínica puede ser menos expresiva y la evolución más vulnerable a complicaciones.

La sospecha de fractura de cadera ocupa un lugar destacado por su repercusión funcional y por la necesidad de movilización cuidadosa, control del dolor y coordinación diagnóstica. Sin embargo, no debe eclipsar otros problemas relevantes: lesiones de extremidades superiores, traumatismos vertebrales, heridas, síndrome postcaída, hipotermia si ha existido permanencia prolongada en el suelo, o cuadros médicos que hayan precipitado el evento, como síncope, infección, deshidratación, trastornos metabólicos o efectos adversos farmacológicos.

El entorno de urgencias añade elementos de complejidad. El tiempo limitado, la sobrecarga asistencial, el ruido ambiental y los cambios frecuentes de ubicación pueden aumentar la desorientación y dificultar la valoración funcional y cognitiva. En la persona mayor, pequeñas omisiones en cuidados básicos -hidratación, control del dolor, alineación postural, acompañamiento,

ayuda para la eliminación o prevención de lesiones cutáneas- pueden traducirse en un deterioro significativo a corto plazo. Por ello, el papel de Enfermería resulta especialmente relevante como eje de valoración continuada, seguridad clínica y continuidad asistencial.

Una revisión del abordaje enfermero en este contexto permite ordenar prioridades, reforzar una práctica prudente y favorecer que la caída se interprete no solo como un accidente, sino como un evento centinela que puede requerir una evaluación más amplia de la situación de salud, del riesgo de nuevas caídas y de las necesidades al alta o ingreso.

Objetivos

El objetivo general de esta revisión es analizar el abordaje enfermero de la persona mayor atendida en un servicio de urgencias tras una caída.

De forma específica, se pretende:

- Describir los elementos de valoración inicial que orientan la priorización en triaje y la detección de situaciones de mayor gravedad.
- Revisar los aspectos clínicos y funcionales que deben considerarse en la valoración enfermera de la persona mayor tras una caída.
- Analizar las intervenciones enfermeras relacionadas con el control del dolor, la movilización segura, la vigilancia de complicaciones y la prevención del deterioro asociado a la estancia en urgencias.
- Examinar la importancia de identificar factores precipitantes, especialmente cuando la caída no parece explicarse únicamente por un mecanismo accidental.
- Destacar la necesidad de continuidad de cuidados, información al paciente y familia y coordinación con otros profesionales y niveles asistenciales.

Metodología

Se realizó una revisión teórica de carácter narrativo orientada a la práctica clínica enfermera en el ámbito de urgencias hospitalarias. El desarrollo se centra en contenidos habitualmente implicados en la atención inicial a personas mayores que consultan tras una caída, incluyendo valoración, priorización, vigilancia, cuidados y transición asistencial.

El enfoque adoptado integra la lógica del proceso enfermero con una perspectiva de seguridad del paciente. No se plantea como protocolo cerrado ni como sustituto de los procedimientos locales, sino como una síntesis razonada de aspectos que suelen resultar relevantes en la atención a este perfil clínico. Se han priorizado formulaciones prudentes, aplicables a distintos contextos asistenciales y coherentes con la complejidad clínica de la persona mayor.

Para estructurar la revisión se han considerado cinco ejes: triaje y detección precoz de gravedad, valoración integral inicial, cuidados inmediatos y vigilancia, prevención de complicaciones durante la permanencia en urgencias y planificación de la continuidad asistencial. Este planteamiento permite recoger tanto la dimensión traumática como la funcional, cognitiva y social del episodio.

Resultados

Triaje y priorización clínica

En la recepción del paciente, la caída debe contextualizarse dentro del estado general y no solo por el relato del traumatismo. La priorización inicial requiere identificar signos de compromiso vital, inestabilidad hemodinámica, alteración del nivel de consciencia, dificultad respiratoria, dolor intenso, hemorragia activa o sospecha de traumatismo craneal relevante. También conviene explorar si la persona ha permanecido tiempo prolongado en el suelo, si recibe tratamiento anticoagulante o antiagregante, o si presenta una limitación súbita para la carga o la movilización.

En la persona mayor, algunos cuadros graves pueden manifestarse de forma menos evidente. El silencio clínico no excluye lesión significativa. Un paciente con fractura de cadera, por ejemplo,

puede no verbalizar dolor intenso en reposo pero sí mostrar rechazo a la movilización, acortamiento del miembro, rotación externa o incapacidad para mantenerse en pie. De igual modo, un traumatismo craneal aparentemente banal requiere especial atención si existen alteraciones previas de la marcha, amnesia del episodio, confusión o tratamientos que aumenten el riesgo de sangrado.

El triaje enfermero debe incorporar la valoración de la vulnerabilidad. La presencia de fragilidad, dependencia para actividades básicas, deterioro cognitivo, aislamiento social o barreras para la comunicación puede modificar la seguridad del proceso asistencial y anticipar necesidades posteriores de observación, apoyo familiar o derivación.

Valoración enfermera inicial

Una vez descartadas las situaciones de mayor urgencia, la valoración debe recoger el mecanismo de la caída, la localización del impacto, la capacidad de incorporarse tras el episodio y la presencia de síntomas previos. No es lo mismo una caída mecánica en un domicilio con obstáculo ambiental claramente identificado que un episodio precedido de mareo, pérdida transitoria de consciencia, palpitaciones, dolor torácico o debilidad repentina. Estos datos orientan la sospecha de un factor precipitante médico y condicionan la vigilancia posterior.

El dolor debe evaluarse de manera sistemática, teniendo en cuenta que en pacientes con deterioro cognitivo puede expresarse mediante gestos, agitación, retraimiento o resistencia a la movilización. La observación clínica completa incluye inspección de deformidades, heridas, hematomas, zonas de presión, alineación de miembros, tolerancia al movimiento y respuesta a cambios posturales.

Resulta igualmente necesario conocer la situación basal: nivel de marcha previo, uso de ayudas técnicas, continencia, autonomía en actividades básicas, estado cognitivo habitual, soporte familiar y residencia. Esta información no es accesoria. Permite interpretar el impacto real de la caída, anticipar necesidades de ayuda al alta y detectar cambios agudos que podrían pasar desapercibidos si no se compara con la situación previa.

La medicación habitual merece una revisión dirigida, especialmente ante consumo de psicofármacos, antihipertensivos, hipoglucemiantes, anticoagulantes o fármacos con efecto sedante. Sin atribuir causalidad automática, este dato puede ser relevante para comprender el episodio y para valorar riesgos añadidos.

Sospecha de fractura de cadera y otras lesiones frecuentes

La fractura de cadera representa una de las lesiones más relevantes tras la caída en personas mayores por su potencial para generar dolor, inmovilidad y pérdida funcional. La sospecha clínica obliga a extremar la movilización cuidadosa, evitar incorporaciones innecesarias y mantener una vigilancia estrecha del confort, la perfusión distal y el estado general. La enfermera desempeña un papel esencial en la detección temprana de signos sugestivos y en la comunicación rápida al equipo responsable del estudio diagnóstico.

No obstante, la valoración no debe centrarse exclusivamente en la cadera. Las fracturas de muñeca, húmero proximal, pelvis o costillas, así como las lesiones craneofaciales, las heridas y los traumatismos vertebrales, también son relevantes en esta población. La coexistencia de osteoporosis, fragilidad y respuesta dolorosa atenuada puede enmascarar lesiones importantes. La exploración y la vigilancia deben mantenerse aunque el paciente minimice el dolor o lo relacione con problemas previos.

En quienes han permanecido inmóviles tras la caída, pueden aparecer complicaciones asociadas al decúbito prolongado, como dolor muscular generalizado, deshidratación, hipotermia o lesiones cutáneas. Estas circunstancias modifican las prioridades de cuidados y aconsejan una observación más estrecha.

ARTÍCULO 05 / CADICE. 2026;1(10):480

Cuidados inmediatos en urgencias

Entre las intervenciones enfermeras iniciales destaca la protección frente a movimientos que incrementen el dolor o puedan agravar una lesión. La movilización debe realizarse con ayuda suficiente, dispositivos adecuados y explicaciones breves adaptadas al estado cognitivo del paciente. Forzar la bipedestación precoz sin valoración suficiente puede aumentar el sufrimiento y el riesgo de nuevas lesiones.

El control del dolor forma parte del abordaje temprano y debe reevaluarse tras cada intervención o cambio postural. Un alivio insuficiente dificulta la exploración, favorece la inmovilidad y puede aumentar la aparición de confusión o conductas de rechazo. Además del tratamiento analgésico prescrito, son útiles medidas no farmacológicas como la alineación corporal, la reducción de estímulos molestos y la contención ambiental del malestar.

La vigilancia clínica incluye monitorización según situación, observación del estado neurológico cuando procede, control de sangrado externo, revisión de integridad cutánea y valoración de necesidades básicas. La persona mayor atendida en urgencias puede pasar varias horas en una camilla o sillón; por ello, deben considerarse cambios posturales cuando sean viables, protección de prominencias óseas, ayuda para hidratación si está permitida, manejo de la eliminación y preservación de la intimidad.

La comunicación terapéutica también forma parte del cuidado. La caída suele vivirse con miedo, vergüenza o sensación de pérdida de control, especialmente si ha ocurrido en presencia de terceros o si el paciente no ha podido levantarse por sí mismo. Una información clara, pausada y repetida si es necesario puede reducir ansiedad y facilitar la colaboración.

Riesgo de delirium y deterioro funcional

La estancia en urgencias puede precipitar o agravar un estado confusional agudo, sobre todo en personas con deterioro cognitivo previo, dolor mal controlado, déficit sensorial, infección, deshidratación o privación de sueño. La prevención del delirium no depende únicamente del tratamiento médico; también se relaciona con cuidados básicos bien ejecutados. Orientar al paciente en tiempo y lugar, favorecer el uso de gafas o audífonos, evitar sujeciones innecesarias, reducir el ruido y facilitar la presencia de familiares cuando sea posible son medidas asistenciales de gran valor.

De forma paralela, la inmovilidad incluso breve puede tener consecuencias funcionales relevantes. La pérdida de confianza para caminar, el temor a otra caída y la descompensación de ayudas técnicas o rutinas domiciliarias pueden traducirse en dependencia posterior. Por ello, la valoración enfermera debe incluir el riesgo de deterioro funcional y no limitarse a la lesión aguda. En algunos pacientes, la pregunta clave no es solo qué se ha roto o lesionado, sino qué capacidad se perderá si no se planifica bien el siguiente paso asistencial.

Identificación de factores precipitantes y problemas asociados

No todas las caídas son puramente accidentales. Cuando el relato es confuso, existe amnesia del episodio, hay síntomas previos o el hallazgo traumático es desproporcionado al mecanismo descrito, conviene considerar causas médicas subyacentes. La enfermera puede detectar datos de interés a través de la entrevista, la observación y la información aportada por acompañantes: fiebre, disminución reciente de la ingesta, cambios en la medicación, episodios de inestabilidad previos, síncopes, hipoglucemias, alteración urinaria o empeoramiento cognitivo reciente.

Esta valoración complementaria no pretende sustituir la investigación diagnóstica médica, pero sí enriquecerla y orientar la vigilancia. En la persona mayor, una infección, una hipotensión ortostática, una arritmia o una descompensación metabólica pueden debutar como caída. Ignorar

esa posibilidad puede conducir a un abordaje incompleto.

Información, familia y continuidad asistencial

La participación de la familia o cuidadores es especialmente valiosa para reconstruir el episodio, conocer la situación basal y valorar la viabilidad del retorno al domicilio. También permite detectar sobrecarga del cuidador, entornos inseguros o dificultades para garantizar movilización, analgesia, supervisión o seguimiento posterior.

Antes del alta, la enfermera puede contribuir a clarificar indicaciones generales de observación, manejo de ayudas técnicas, necesidad de apoyo para la deambulación, prevención de nuevas caídas y señales de reevaluación clínica si la evolución se modifica. Cuando el paciente ingresa, la información de cuidados debe transmitirse de forma estructurada, incluyendo estado funcional previo, necesidades de movilización, dolor, riesgo de delirium, integridad cutánea, continencia y situación de apoyo social.

La continuidad asistencial resulta particularmente relevante en personas con alto riesgo de deterioro funcional, sospecha de fragilidad, caídas repetidas o necesidades complejas de soporte en domicilio o residencia. En estos casos, una transición mal planificada puede favorecer reconsultas, nuevas caídas o pérdida acelerada de autonomía.

Discusión/Conclusiones

La atención urgente a la persona mayor tras una caída requiere superar una visión reducida del evento traumático. El impacto clínico de la caída no depende solo de la lesión visible, sino también de la fragilidad previa, del tiempo transcurrido hasta la atención, del contexto social y de la capacidad del sistema para detectar necesidades no evidentes. En este marco, Enfermería ocupa una posición estratégica porque combina observación continua, capacidad de priorización y un enfoque centrado en la funcionalidad y la seguridad.

Un primer elemento de discusión es la necesidad de integrar el triaje con una valoración geriátrica práctica. No se trata de trasladar íntegramente modelos extensos de valoración al área de urgencias, sino de incorporar preguntas y observaciones que modifiquen decisiones asistenciales: cómo caminaba el paciente antes, si vive solo, si entiende lo que ocurre, si tolera la movilización, si ha cambiado respecto a su situación habitual. Estos datos suelen influir tanto como la propia lesión en el pronóstico inmediato y en la idoneidad del alta.

También merece atención la tendencia a infravalorar el dolor o la lesión en personas con demencia, déficit sensorial o dificultades de comunicación. La práctica enfermera debe apoyarse en la observación conductual y en la reevaluación, evitando interpretar la ausencia de verbalización como ausencia de sufrimiento. Del mismo modo, la inmovilidad no siempre obedece exclusivamente al dolor; a veces expresa miedo, desorientación o pérdida súbita de confianza funcional.

Otro aspecto relevante es la prevención de complicaciones durante la permanencia en urgencias. La sobrecarga asistencial puede desplazar cuidados considerados básicos, aunque precisamente en pacientes mayores son los que más condicionan resultados clínicos y funcionales: confort, hidratación, ayuda para eliminación, protección cutánea, orientación y presencia de acompañantes. Estas medidas no sustituyen las decisiones diagnósticas o terapéuticas, pero pueden modificar de manera significativa la experiencia del paciente y su evolución inicial.

La revisión pone de manifiesto, además, que la caída puede actuar como marcador de un problema de salud no resuelto. Por ello, cuando el mecanismo no es claro o existen signos de alerta, resulta prudente considerar causas precipitantes médicas y no limitar el abordaje a la lesión traumática. La entrevista enfermera y la recopilación de información basal aportan un valor sustancial en esa detección.

Desde una perspectiva práctica, el abordaje enfermero más útil parece ser aquel que combina priorización clínica, movilización segura, control sintomático, prevención de delirium, valoración funcional y planificación del siguiente nivel de cuidados. No existe una respuesta única para todos los pacientes. La atención debe individualizarse según la lesión, la reserva funcional, el contexto social y los recursos disponibles en cada centro.

En síntesis, la caída en la persona mayor atendida en urgencias constituye un proceso asistencial complejo en el que la Enfermería puede contribuir de forma decisiva a mejorar la seguridad, detectar vulnerabilidades y sostener la continuidad de cuidados. La calidad del abordaje no se mide solo por la rapidez diagnóstica, sino también por la capacidad de preservar confort, funcionalidad y dignidad en una población especialmente susceptible al deterioro asociado a la hospitalización y a la propia urgencia.

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. Briggs R, McDonough A, Ellis G, Bennett K, O'Neill D, Robinson D. Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people.. Cochrane Database Syst Rev. 2022;5(5):CD012705. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD012705.pub2

2. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, et al.. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes.. Age Ageing. 2022;51(5). doi: https://doi.org/10.1093/ageing/afac104

3. Maxwell CA. Trauma in the geriatric population.. Crit Care Nurs Clin North Am. 2015;27(2):183-97. doi: https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.02.006

4. Zou M, Lu R, Jiang Y, Liu P, Tian B, Liang Y, et al.. Association between toileting and falls in older adults admitted to the emergency department and hospitalised: a cross-sectional study.. BMJ Open. 2023;13(6):e065544. doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065544

5. Strauss DH, Davoodi NM, Resnik LJ, Keene S, Serina PT, Goldberg EM. Emergency Department-Based Physical Function Measures for Falls in Older Adults and Outcomes: A Secondary Analysis of GAPcare.. J Geriatr Phys Ther. 2024. doi: https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000403

6. Fulbrook P, Miles SJ, Jordan F, Hazelwood S, Lee HYD. Screening and assessment of falls risk in the emergency department.. Australas Emerg Care. 2025;28(3):179-185. doi: https://doi.org/10.1016/j.auec.2025.03.003

7. Niznik JD, Small C, Kelley CJ, McMullen J, Anton G, Roberts E, et al.. A Multimodal Fall Prevention Intervention in the Setting of the Emergency Department.. J Am Geriatr Soc. 2025;73(9):2780-2788. doi: https://doi.org/10.1111/jgs.19613

8. Zhao YL, Alderden J, Lind B, Stibrany J. Risk factors for falls in homebound community-dwelling older adults.. Public Health Nurs. 2019;36(6):772-778. doi: https://doi.org/10.1111/phn.12651

9. Cassarino M, Robinson K, Trépel D, O'Shaughnessy Í, Smalle E, White S, et al.. Impact of assessment and intervention by a health and social care professional team in the emergency department on the quality, safety, and clinical effectiveness of care for older adults: A randomised controlled trial.. PLoS Med. 2021;18(7):e1003711. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003711

10. Hamilton MP, Bellolio F, Jeffery MM, Bower SM, Palmer AK, Tung EE, et al.. Risk of falls is associated with 30-day mortality among older adults in the emergency department.. Am J Emerg Med. 2024;79:122-126. doi: https://doi.org/10.1016/j.ajem.2024.02.020

11. Jeffery AD, Dietrich MS, Maxwell CA. Predicting 1-year disability and mortality of injured older adults.. Arch Gerontol Geriatr. 2018;75:191-196. doi: https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.01.003

EDICIÓN DIARIA 96

CADICE

Revista de Enfermería

Ciencia Aplicada, Desarrollo e Investigación en Cuidados de Enfermería

4 DE OCTUBRE DE 2026

Vol. I · N.º 10 · Octubre 2026

Artículos 476-480

revistadeenfermeria.com

Hemeroteca diaria

ISSN 3127-5486

Volver al sumario