



Año XXVI

Nº 76

julio – agosto 2025

Los sueños se persiguen, los objetivos se plantean, los resultados se logran.

Nuestro compromiso es llegar al máximo en el desarrollo profesional de la Enfermería de urgencias y emergencia.

- ▶ **Nombre clave:** Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.
- ▶ **Urgencias pediátricas ante la miopatía nemalínica: desafíos y estrategias del cuidado enfermero.**
- ▶ **Decálogo de intervención “boca a “boca” contra la ideación suicida, 10 consejos sencillos que ayudan a salvar vidas.**
- ▶ **Guía de derivación del paciente con arritmias SUMMA 112. 2ª parte**
- ▶ **Modelos de evaluación de la calidad asistencial en las organizaciones sanitarias**
- ▶ **Terminología de consenso: Ratios de Enfermería en urgencias y emergencias.**
- ▶ **Reseña: Hoy... un libro: Las mujeres de la Guerra.**

**XXXI CONGRESO NACIONAL
V CONGRESO VIRTUAL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA
URGENCIAS Y EMERGENCIAS
22-23-24 de Octubre 2025**



Toledo

¿Te lo vas a perder?

**Esperamos tu trabajo para el
Programa Científico**



Consejo General de
Colegios de Enfermería de
España

**Enfermería de Urgencias y Emergencias
decisiva y responsable**

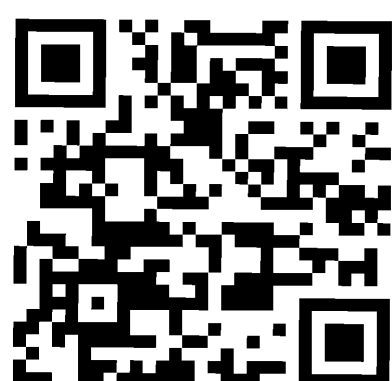
Un paso más a la especialización

Información e Inscripción

<https://enfermeriadeurgencias.com>

Secretaría Técnica

secretariacongreso@enfermeriadeurgencias.com



Presidenta

M. Carmen Duque del Río

Vicepresidente

Diego Villalobos Buitrago

Dirección General

Begoña Fernández Rodríguez

Secretaría editorial

Silvia Martínez Pastor

COMITÉ DE REDACCION:

Responsable

Mónica García Montes

Adjuntas

David Fernández Riaza

M. Jesús Musarra Expósito

Pilar Huertas López

Rocío Villanueva Sayago

Pilar Varela García

Consejo editor ejecutivo

Pedro Arévalo Buitrago

Manuel Carrera Muñoz

Emilio de la Cruz Martín

Rubén Cuñado Cerro

Daniel Díaz Villafuella

Fernando Moreno Muñoz

Diego Melgarejo Ávila

Ignacio Pintado Criado

Jorge Prieto González

Pilar San Jose Lobo

Jaime García Fuentes

COMITÉ CIENTIFICO CIBERREVISTA:

Presidente

Francisco Javier Dominguez Hernández

Vicepresidente

Juan Francisco Velarde García

Secretario comité científico

Jesús Álvarez Porrero

Consejo evaluador permanente del comité científico

Fco. Jose Celada Cajal

Jorge Cereza Plaza

Patricia Cerrato Sáez

Rafael Cruz Garzón

Luis Felipe Escalera Franco

Juan Jose Fernández Carbajo

Elena Gómez Oliva

Estefanía Gonzalez Elices

David Martín Cajigos

M^a Ángeles Rivera Vizcaino

Miguel Ángel Robledo Uceda

Luis Seoane Juíz

CONSEJO ASESOR

Miembros nacionales

D. Alberto López Ballesteros. Enfermero. Gerente de la GUETS – SESCAM. Máster en Urgencias y emergencias.

D^a M^a Luisa Dominguez Pérez. Enfermera. Directora de Enfermería de SUMMA -112 SERMAS Profesora Universidad Juan Carlos I de Madrid.

D. Miguel Angel Robledo Uceda. Capitán Enfermero. Unidad de Enfermería INGESAN Sanidad Militar.

Dr. Jose Luis Pérez Olmos. Enfermero. Máster Enfermería de urgencias y emergencias. Profesor Universidad Europea de Madrid

D. Alfonso Yañez Castizo. Enfermero. Experto en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Profesor de la Fundación IAVANTE.

Dr. Alberto Rico Cuba. Enfermero. Profesor de Urgencias y Primeros Auxilios. Escuela de Enfermería. Universidad Cardenal Herrera CEU. Elche (Alicante).

D. Manuel Delgado Marín. Enfermero. Experto en Urgencias y Emergencias.

D. Josep Ventura Espona Ferrer. Enfermero. Máster en Enfermería de Emergencias.

D^a Nieves Sanroma Gómez. Enfermera. Máster en urgencias y emergencias.

D. Ricardo García Martínez. Grado Dirección de Administraciones Públicas. Experto en Urgencias y Emergencias.

Miembros internacionales

Dr. D. Luciano Clarizia (Italia). Enfermero. Especialista en Emergencias y Cuidados Críticos. Formador de Servicios Socio-Sanitarios. Experto evaluador de formación en enfermería del Ministerio de la Salud. Presidente Nacional de la Asociación de Enfermeros Especialistas en situaciones de emergencia y área crítica (AISACE).

D. Gerardo Jasso Ortega. (México). Enfermero. Presidente-Fundador de la Asociación Mexicana de Enfermería en Urgencias (AMEU, A.C). Copresidente de la Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias (IBAMEUE).

Lcdo. Roxana Obando Zegarra (Perú). Enfermera. Presidenta de la Asociación Peruana de Enfermeros en Emergencia y Desastres (ASPEED).

Dña. Moraima Cano Valdez. Licenciada en Enfermería. Presidenta del Comité Científico de AMEU y directora del Plan de Licenciatura de Enfermería, Directora de Departamento de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Monterrey campus Christus Muguerza Hospital Conchita.

Dña. Nancy Bonalumi. RN, MS, CEN. President of Emergency Nurses Association 2006 (ENA-USA). Ha sido directora de Enfermería de Emergencias y de Trauma del Children's Hospital de Filadelfia. Consultor Senior de la Consultoría de Blue Jay.

Dña. Denise King. Licenciada en Enfermería, Master en Ciencias en Administración de Enfermería, presidente ENA, miembro de la Junta Directiva de la Alianza Mundial de Enfermería de Urgencias (WAEN). Representa a la Enfermería de emergencias en la Joint Commission's Medication. Senior Consultant de Blue Jay Consulting

Sumario

	4	<i>Editorial:</i> Urgencias psiquiátricas: Una llamada a la formación y las habilidades psicosociales en la enfermería de urgencias y emergencias.
	6	<i>Nombre clave:</i> Consejo General de Colegios profesionales de Enfermería de España.
	10	<i>Original Gestión:</i> Urgencias pediátricas ante la miopatía nemalínica: desafíos y estrategias del cuidado enfermero CiberRevista, Año XXVI, número 76, julio-agosto 2025, pg.10-19
	20	<i>Original Clínica:</i> Decálogo de intervención “boca a boca” contra la ideación suicida, 10 consejos sencillos que ayudan a salvar vidas. CiberRevista, Año XXVI, número 76, julio-agosto 2025, pg.20-26
	27	<i>Original gestión:</i> Intervención enfermera en la consulta sanitaria de un CCU: Historia de un proyecto hecho realidad CiberRevista, Año XXVI, número 76, julio-agosto 2025, pg.27-33
	35	<i>Procedimientos:</i> Identificación y manejo de las arritmias en el SUMMA 112 (II) CiberRevista, Año XXVI, número 76, julio-agosto 2025, pg. 35-38
	39	<i>Excelencia en ciencias de la Enfermería:</i> Modelos de evaluación de la calidad asistencial en las organizaciones sanitarias CiberRevista, Año XXVI, número 76, julio-agosto 2025, pg.39-47
	49	<i>Nomenclatura en urgencias y emergencias:</i> Terminología de consenso. Ratios de Enfermería en urgencias CiberRevista, Año XXVI, número 76, julio-agosto 2025, pg.49-54
	55	<i>Reseña:</i> Hoy... un libro Las mujeres de la guerra. “The Woman” CiberRevista, Año XXVI, número 76, julio-agosto 2025, pg.55-57



Urgencias psiquiátricas: Una llamada a la formación y las habilidades psicosociales en la enfermería de urgencias y emergencias.

por Monika García Montes, enfermera y psicóloga.

En los últimos años, los servicios de urgencias hospitalarias han experimentado un aumento notable en la atención de casos relacionados con la salud mental, hecho que está generando incertidumbre sobre las competencias de la enfermería de estos servicios para la atención integral de la demanda.

Las urgencias psiquiátricas incluyen una amplia variedad de situaciones clínicas, como intentos de suicidio, ideación suicida, autolesiones, crisis de ansiedad, episodios de descompensación psicótica y trastornos del comportamiento asociados a consumo de sustancias o a situaciones de violencia.

Este incremento sostenido refleja no solo una mayor incidencia o visibilización del malestar psíquico en la población, sino también una respuesta asistencial que, en muchas ocasiones, no cuenta con los recursos humanos ni estructurales adecuados. En este sentido, el personal de enfermería que trabaja en servicios de urgencias o en unidades médicas generales se enfrenta a situaciones complejas que requieren habilidades específicas en contención verbal, manejo de la agitación, intervención en crisis suicidas y acompañamiento emocional a pacientes y familias.

Sin embargo, no todas las enfermeras cuentan con una formación específica en salud mental, lo cual puede dificultar una atención segura, ética y efectiva.

Diversos estudios señalan la importancia de incorporar formación continuada en intervención en crisis, salud mental y prevención del suicidio en los programas de desarrollo profesional del personal de enfermería, y no siempre está incluido en la oferta postgrado al nivel de práctica que pudiera ser necesario, lo que implica un esfuerzo personal en la autoformación y en una práctica “in situ” basada en la experiencia acumulada que no siempre es la suficiente.

Por otro lado, la atención psicológica especializada aún no está plenamente integrada en los servicios de urgencias hospitalarias ni en los dispositivos extrahospitalarios de emergencias. La intervención de psicólogos clínicos en estos contextos podría mejorar la valoración de la situación emocional del paciente, facilitar intervenciones breves eficaces y reducir tanto la medicalización innecesaria como el riesgo de nuevas crisis. Además, su presencia permitiría trabajar de manera

conjunta con el resto del equipo sanitario, aportando una mirada psicosocial al proceso asistencial.

Ciertamente, existen equipos complementarios que dan cobertura en caso de múltiples víctimas o catástrofes; pero no en situaciones cotidianas, que en muchos casos sería lo conveniente; aunque, sin duda, no debemos descartar la labor de la enfermera especialista en salud mental, que es otro comodín sin duda valioso para esta demanda; pero, la realidad es que las urgencias y emergencias psiquiátricas requieren de una intervención rápida y eficaz, que no puede esperar muchas veces a un recurso más especializado.

Entre los diagnósticos NANDA-I que manejamos en servicios de urgencias y emergencias, se encuentran muchos de los problemas de salud mental que compartimos con estos profesionales especializados, como; *ansiedad, alteración del patrón del pensamiento, trastorno de la identidad personal, depresión, desesperanza, riesgo de autolesión, o de violencia dirigida a otros, riesgo de suicidio, deterioro de la interacción social, deterioro de la comunicación verbal...* entre otros. La terapéutica enfermera de urgencias y emergencias debe integrarse en la atención inicial de estos pacientes hasta que pueda estabilizarse y ya ser derivados a los especialistas en entornos seguros, y por ello, la inclusión de la salud mental en la formación de la enfermería de urgencias y emergencias es fundamental.

En conclusión, la complejidad de las urgencias psiquiátricas exige una respuesta interdisciplinar. La formación del personal de enfermería en este ámbito en salud mental y la incorporación de profesionales especializados se presentan como medidas clave para mejorar la calidad de la atención en situaciones de crisis, favorecer la humanización del trato y reducir el riesgo de cronicidad y reingresos.

Por último, me gustaría invitaros a participar en el próximo congreso de la sociedad española de urgencias y emergencias en Octubre de este año.

**XXXI Congreso Nacional - V Congreso virtual
SEEUE – Toledo 22-23-24 octubre 2025
Taller de habilidades psicosociales.**

Instructores: *Mónica García y Francisco José Celada*
(ambos enfermeros y psicólogos), en el que se desarrollará una sesión eminentemente práctica relacionada con la atención al suicidio en las urgencias y emergencias



XXXI Congreso Nacional
V Congreso Virtual
SEEUE

22-23-24 octubre de 2025



Presentación de trabajos científicos

- **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:** investigación aplicada, documental, de campo, exploratoria, descriptiva, experimental..
- **EXPERIENCIA CLÍNICA:** caso clínico, práctica clínica en una situación especial, historia de vida.
- **APLICACIÓN TECNOLÓGICA:** Innovación, diseño, desarrollo y/o aplicación de nuevas tecnologías sanitarias, TICs (tecnologías de la información y comunicación), desarrollo de sistemas informáticos, redes sociales aplicadas a la asistencia, telemedicina.
- **PROCEDIMIENTOS/PROTOCOLOS:** Implementación de procedimientos y protocolos, guía clínica, programas de intervención, calidad, seguridad del paciente, trabajo en equipo...

Premio a la mejor comunicación oral, al mejor póster científico y a la mejor metodología de investigación, promocionados por el Colegio de Enfermería de Toledo.



"Más de cien años cuidando"

Fecha
límite
22/09/25



<http://www.enfermeriadeurgencias.com>



Nuestros representantes

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

El Consejo General de Enfermería de España es la entidad que representa y coordina a todos los Colegios Oficiales de Enfermería en España, tanto a nivel nacional como internacional. Es una corporación de derecho público con personalidad jurídica propia, encargada de regular el ejercicio de la profesión enfermera y defender los intereses de los pacientes y profesionales. .

La profesión enfermera en España se articula como un ecosistema de representación múltiple en varios niveles con finalidades complementarias:

- ✓ Regulación y ordenación profesional (colegios y su consejo general).
- ✓ Representación laboral (sindicatos).
- ✓ Gobernanza académica (redes universitarias),
- ✓ Proyección internacional y europea (federaciones y foros de política sanitaria).

Entender cómo se coordinan estos actores permite situar la voz de la enfermería en la toma de decisiones sobre práctica clínica, formación, carrera profesional y políticas públicas; pero, sin duda, es fundamental conocer quien representa a la enfermería en España, desde el punto de vista de la regulación y la intermediación, y esta misión recae en la **Organización Colegial de Enfermería** y concretamente en el representante oficial de la misma; el **Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España**.

Organización Colegial de Enfermería de España

Las organizaciones colegiales profesionales, son jurídicamente **instituciones** representante oficiales de un colectivo profesional y a la que hay que tener en cuenta en cualquiera de los aspectos y ámbitos que afecte a la profesión de forma real o potencial, así como en aquellos en los que pueda verse comprometida o afectada de forma directa o

indirecta en su ejercicio o su desarrollo profesionales.

De acuerdo a lo que insta el artículo 36 de la Constitución Española con relación al *ejercicio profesional, los Colegios Profesionales y la Ley de Colegios Profesionales (Ley nº 2/1974, de 13 de febrero, en su actual redacción tras la Ley 7/1997, de 14 de abril)*, estas instituciones oficiales deben, aprobar y establecer los estatutos que rigen la organización colegial, incluyendo los derechos y deberes de los colegiados, y establece las bases para la regulación de la práctica incluyendo aspectos como la colegiación obligatoria y los principios éticos que deben regir las actuaciones de los profesionales en el ejercicio de su profesión (marco deontológico).

Con relación a la profesión enfermera, los Colegios Profesionales de Enfermería son corporaciones de derecho público, amparadas por la Ley y reconocidas por el Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

La Organización Colegial de Enfermería integra tres niveles: **52 colegios provinciales, 17 consejos autonómicos y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (CGE) como órgano superior de representación y coordinación.**

Se denominarán Colegios Oficiales de Enfermería de la delimitación que corresponda a su

ámbito territorial que podrán elaborar sus propios Estatutos particulares para regular su funcionamiento, con arreglo a las disposiciones de la Ley estatal de colegios profesionales: ley 2/1974, de 13 de febrero (Última actualización publicada el 02/08/2024: <https://www.boe.es/eli/es/l/1974/02/13/2/con> y a la legislación autonómica sobre la materia. Los Estatutos de cada Colegio provincial o cada Consejo autonómico, una vez aprobados, se notificarán al Consejo General; estos deben respetar lo dictado en los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España. **Real Decreto 1231/2001**, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2001/11/08/1231/con>



Los Colegios profesionales, ejercen funciones de colegiación, visado, formación continuada y defensa profesional; el CGE coordina posicionamientos, emite informes y canaliza la voz de la enfermería española en foros nacionales y europeos.

Es importante señalar que, en España, la habilitación para ejercer como profesional de enfermería la da la colegiación oficial, tanto en el sector público como privado (Artº 5 y 7 del RD **Real Decreto 1231/2001**, de 8 de noviembre)

Estarán habilitados para ejercer los actos propios de la profesión de enfermería, en cualquiera de las modalidades o formas jurídicas públicas o privadas de relación de servicios profesionales, únicamente quienes se hallen inscritos en el Colegio Oficial de Enfermería del ámbito territorial correspondiente, cumplan la legislación profesional vigente y no se encuentren suspendidos, separados o inhabilitados por resolución corporativa o judicial, situación que se acreditará mediante certificación profesional

expedida por el órgano correspondiente.

Artículo 5 - 7. Habilitación profesional

*De acuerdo con la legalidad vigente, los Colegios profesionales pueden adquirir, vender, enajenar, poseer, reivindicar, permutar, gravar toda clase de bienes y derechos, celebrar contratos, obligarse y ejercitar acciones e interponer recursos en todas las vías y jurisdicciones para el cumplimiento de sus fines (artº 1 RD **Real Decreto 1231/2001**, de 8 de noviembre)*

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.

El Consejo General de Enfermería (CGE) es una organización profesional con más 100 años de historia, referente para la profesión de enfermería y es el **órgano superior de representación y coordinación** de los colegios de enfermería (200.000 colegiados en España), y fija funciones como la regulación de la profesión, defensa de la deontología, la ordenación del ejercicio, la coordinación colegial y la representación ante administraciones y foros nacionales e internacionales.

El marco legal vigente, es el **Real Decreto 1231/2001**, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, en los cuales se recogen no sólo la estructura corporativa, con los nuevos órganos del Consejo General y sus competencias, sino también los denominados principios básicos del ejercicio de la profesión de Enfermería y la ordenación profesional de la misma.

Por lo tanto, el **CGE** es el órgano integrador de los profesionales de enfermería a los que aglutina en un grupo comprometido con la salud y el bienestar de los ciudadanos. Con este fin promueve el avance del ejercicio de la enfermería hacia la calidad y la excelencia profesional, basados en criterios de ética, evidencia científica, autonomía y responsabilidad profesional.

Además de ser el órgano representativo de los Colegios Provinciales, el Consejo General tiene la potestad de representar al conjunto de la profesión tanto en el orden internacional como el nacional con el fin de contribuir al fortalecimiento del estatus y la práctica de la profesión de enfermería y representar y defender los intereses de los enfermeros en

España, y de forma global, en los países con los que mantiene relaciones internacionales.

El Consejo General de Enfermería es una institución fundamental para el avance y fortalecimiento de la profesión, contribuyendo a la mejora de la atención sanitaria y al desarrollo profesional de las enfermeras.

De acuerdo con dicha normativa, corresponde al Consejo General de Enfermería:

- 👉 Ordenar en el ámbito de su competencia y de acuerdo con la Constitución y las Leyes el ejercicio de la profesión de Enfermería.
- 👉 Representar con carácter exclusivo a la profesión de Enfermería en los ámbitos nacional e internacional.
- 👉 Defender y proteger los intereses de los profesionales y de la Enfermería, ejerciendo la potestad disciplinaria y resolviendo los recursos que procedan.

Las funciones que tiene el CGE son:

- **Representación y coordinación:** El CGE representa a la profesión enfermera a nivel nacional e internacional, coordinando la actividad de los colegios de enfermería.
- **Ordenación profesional:** Regula el ejercicio profesional de acuerdo con la legislación vigente, estableciendo normas y criterios para garantizar la calidad de la atención.
- **Defensa de intereses:** Protege los intereses tanto de los pacientes como de los profesionales, velando por sus derechos y seguridad.
- **Desarrollo profesional:** Impulsa el crecimiento de la profesión a través de iniciativas como becas de investigación, formación continuada y digitalización de los colegios.
- **Promoción de la investigación:** Destina recursos a la investigación en enfermería, fomentando la producción de conocimiento científico y la mejora de la práctica clínica.
- **Formación continuada:** Ofrece programas de formación para enfermeras, asegurando la actualización de conocimientos y habilidades.
- **Digitalización de los colegios:** Apoya la modernización de los colegios de enfermería,

promoviendo la digitalización de sus procesos y servicios.

- **Resoluciones sobre competencias:** El CGE desarrolla y publica resoluciones sobre las competencias enfermeras en diferentes ámbitos, estableciendo guías de actuación basadas en la evidencia científica.

Funciones principales del CGE

- 👉 *Ordenación profesional.*
- 👉 *Control deontológico.*
- 👉 *Potestad disciplinaria.*
- 👉 *Representación institucional.*
- 👉 *Coordinación de la red colegial.*
- 👉 *Relaciones internacionales en nombre.*

Los **órganos de representación** del Consejo General de Enfermería de España son: la Asamblea General, el Pleno, la Comisión Ejecutiva, la Comisión Permanente y el Consejo Interautonómico.

- **Asamblea General:** Es el órgano supremo de representación y toma de decisiones del Consejo General.
- **Pleno:** Órgano colegiado que participa en la toma de decisiones y la representación del Consejo.
- **Comisión Ejecutiva:** Encargada de la gestión ordinaria y representación ejecutiva.
- **Comisión Permanente:** Un órgano dentro de la Comisión Ejecutiva que asiste al presidente en la gestión diaria.
- **Consejo Interautonómico:** Un órgano consultivo y de asesoramiento integrado por los presidentes de los Consejos Autonómicos y miembros de la Comisión Ejecutiva.



<https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/organos-de-gobierno/estructura-gobierno>

Comisión ejecutiva del CGE, a fecha 25 de junio de 2025:

- ✎ Presidente:
Dr. Florentino Pérez Raya.
- ✎ Vicepresidenta I:
Dra. Raquel Rodríguez Llanos.
- ✎ Vicepresidente II:
Dr. Jose Ángel Rodríguez Gómez
- ✎ Vicepresidente III:
Dr. Jose Luis Cobos Serrano
- ✎ Secretario General:
Dr. Diego Ayuso Murillo.
- ✎ Vicesecretaria General:
Dña. Hosanna Parra Vinós
- ✎ Tesorera:
Dña. M^a del Mar García Martín.
- ✎ Vicetesorera:
Dña. Montserrat Angulo Perea.

🔗 <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/organos-de-gobierno/estructura-gobierno>

El CGE, representa a la Enfermería Española en las diferentes instituciones internacionales, integrándose como miembro de las mismas, como es el caso del *European Federation of Nurses Associations (EFN)*, organización profesional que reúne a las asociaciones nacionales de enfermeras de los Estados miembros de la UE y países del entorno del Consejo de Europa.

Actúa como interlocutora de la profesión ante instituciones europeas (*Comisión, Parlamento, Consejo*) en materias como directivas profesionales, marcos de cualificaciones, seguridad del paciente o dotación de personal.

Asimismo, el CGE es miembro del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE/ICN) que es la federación mundial de asociaciones nacionales de enfermeras (más de 130), considerada “la voz” global de la profesión. Aborda políticas sanitarias, sociales, educativas y económicas, emite declaraciones de posición, lidera campañas (p. ej., Día Internacional de la Enfermera) y participa en foros OMS/ONU. En el CIE no hay afiliación individual: cada país participa a través de su asociación nacional;

**Al cierre de esta edición, tenemos el placer de informar que D. Jose Luis Cobos Serrano, vicepresidente III del CGE, ha sido nombrado presidente del CIE, al que damos la enhorabuena y deseamos que se cumplan las expectativas planteadas.*

Respaldo del CGE a los profesionales y asociaciones enfermeras.

Son múltiples las actividades en las que el CGE muestra su apoyo y respaldo a las diferentes asociaciones y sociedades científicas la ayuda específica para el desarrollo de Congresos, Jornadas y otras actividades de difusión; pero, sobre todo destacamos, la importante labor de nuestro representantes, en la promoción de premios y reconocimientos en el avance de la profesión a través de diversos premios, como los **Premios de Investigación**, galardones que apoyan el desarrollo de proyectos de investigación innovadores y la realización de tesis doctorales, fomentando así la práctica basada en la evidencia y la mejora continua de los cuidados enfermeros.

También los **Premios Nacionales de Enfermería** que reconocen la labor de enfermeras y enfermeros destacados en diferentes ámbitos, así como a las direcciones de enfermería que demuestran una excelente gestión de equipos y recursos, lo que impulsa la mejora de los servicios sanitarios.

De especial interés los **Premios Periodísticos Isabel Zenda** sobre la difusión en los medios de comunicación, aumentando el conocimiento social sobre la labor de los enfermeros y su impacto en la salud de la población.

Con mucha sensibilidad el **Concurso FotoEnfermería**, en el que da visibilidad a la práctica diaria de las enfermeras y enfermeros, permitiendo una visión real de la profesión y la difusión de su importancia tanto entre los profesionales como para el público en general.

Estas significativas dotaciones, fomentan un desarrollo e innovación palpable, en la que la visibilidad y el compromiso, está permitiendo una mayor presencia y liderazgo en la toma de decisiones al respecto de la salud de las personas, que es sin duda la principal razón de ser de esta profesión.

¡Gracias CGE, por esta labor encomiable!



Título	Urgencias pediátricas ante la miopatía nemalínica: desafíos y estrategias del cuidado enfermero
Autoría	Raúl Merchán-Arjona ¹  https://orcid.org/0000-0003-2754-8685 Juan Francisco Velarde-García ^{1,2,3,4*}  https://orcid.org/0000-0002-5801-4857 Enrique Pacheco del Cerro ⁵  https://orcid.org/0000-0002-0350-2044 Alfonso Meneses – Moroy ⁵  https://orcid.org/0000-0003-0486-3164
Autores:	1. Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja, Universidad Autónoma de Madrid, España. 2. Grupo de Investigación en Necesidades Sociosanitarias de Atención a la Población en Riesgo de Exclusión. Universidad Autónoma de Madrid, España. 3. Grupo de Investigación en Cuidados de Enfermería. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid, España. 4. Grupo de Investigación en Humanidades e Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos (Hum&QRinHS), Alcorcón, Madrid, España. 5. Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. España Declaración de conflictos de intereses: J.F. Velarde-García, pertenece al Comité Científico de la SEEUE, pero no ha participado en el proceso de revisión y el resto del proceso editorial del presente manuscrito.
Contacto	Juan Francisco Velarde-García: jvg@cruzroja.es - Avda. Reina Victoria, 28 – 28003 Madrid, España.
Palabras clave	enfermería, miopatía nemalínica, servicios de emergencia, niños

Resumen

Las enfermedades raras representan un reto creciente para los sistemas de salud por su baja prevalencia y alta complejidad. La miopatía nemalínica es una de estas patologías, caracterizada por mutaciones genéticas que afectan a la contracción muscular y generan debilidad, hipotonía, anomalías faciales y complicaciones respiratorias graves, especialmente en niños. Su atención demanda un enfoque multidisciplinario y cuidados intensivos, mayormente en el hogar, donde los cuidadores no siempre cuentan con formación adecuada.

Objetivos: visibilizar el rol de la enfermera de urgencias en la atención integral de niños con miopatía nemalínica. Los objetivos específicos fueron: 1) analizar las competencias necesarias del personal enfermero, 2) identificar barreras en su práctica, 3) describir su función como educadora sanitaria y 4) proponer estrategias para mejorar la continuidad asistencial.

Metodología: Se adoptó un enfoque cualitativo-descriptivo basado en la consulta de la literatura científica y normativa, con triangulación de fuentes y análisis crítico desde un paradigma interpretativo. Se estructuró en torno a ejes como la práctica clínica, la educación en el hogar, la coordinación interprofesional y la humanización del cuidado.

Resultados: La enfermera de urgencias desempeña un papel clave tanto en la atención clínica, como en el apoyo emocional y educativo a las familias. En contextos de alta incertidumbre, su juicio clínico y habilidades comunicativas son fundamentales. Los desafíos principales incluyen la falta de formación específica, la carencia de guías clínicas y la sobrecarga asistencial. Como educadora, la enfermera refuerza el aprendizaje de cuidados complejos domiciliarios y fomenta la autonomía familiar. La coordinación entre niveles asistenciales es crucial, destacándose el papel de la enfermera gestora de casos y comunitaria.

Conclusiones: El cuidado de niños con esta enfermedad en urgencias exige una enfermería crítica, formada y humanizada. Reforzar su rol mediante protocolos, la formación continua y los modelos de coordinación pueden mejorar la atención y calidad de vida de los pacientes y sus familias.



Title	Pediatric emergencies in the face of nemaline myopathy: challenges and strategies of nursing care
Key Words	nursing, nemaline myopathy, emergency services, children
Summary	
Rare diseases represent a growing challenge for health systems due to their low prevalence and high complexity. Nemaline myopathy is one of these pathologies, characterized by genetic mutations that affect muscle contraction and generate weakness, hypotonia, facial abnormalities and severe respiratory complications, especially in children. Their care demands a multidisciplinary approach and intensive care, mostly at home, where caregivers do not always have adequate training. Objectives: To make visible the role of the emergency nurse in the comprehensive care of children with nemaline myopathy. The specific objectives were: 1) to analyze the necessary competencies of nursing personnel, 2) to identify barriers in their practice, 3) to describe their role as health educators and 4) to propose strategies to improve continuity of care. Methodology: A qualitative-descriptive approach was adopted based on the consultation of scientific and normative literature, with triangulation of sources and critical analysis from an interpretative paradigm. It was structured around axes such as clinical practice, home education, interprofessional coordination and humanization of care. Results: The emergency nurse plays a key role both in clinical care and in emotional and educational support to families. In contexts of high uncertainty, their clinical judgment and communication skills are critical. The main challenges include the lack of specific training, the lack of clinical guidelines and the overload of care. As an educator, the nurse reinforces the learning of complex home care and promotes family autonomy. Coordination between levels of care is crucial, highlighting the role of the nurse case manager and community nurse. Conclusions: The care of children with this disease in the emergency department requires critical, trained and humanized nursing. Reinforcing their role through protocols, continuous training and coordination models can improve the care and quality of life of patients and their families.	

Introducción

En las últimas décadas, las enfermedades raras (ER) han emergido como un desafío crítico para los sistemas de salud, por su baja prevalencia y elevada complejidad clínica y social. En conjunto, estas patologías afectan a entre 27 y 36 millones de personas en la Unión Europea, y su abordaje exige una atención sanitaria altamente especializada, coordinada y centrada en la persona (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve estrategias nacionales para mejorar el diagnóstico y tratamiento de las ER. En España, la Estrategia del Sistema Nacional de Salud busca mejorar la atención y la calidad de vida de las personas afectadas, con el apoyo de centros de investigación y unidades especializadas; como del Instituto de Investigación de ER del Instituto de Salud Carlos III, el Centro de Investigación Biomédica en Red de ER y los Centros, Servicios o Unidades de Referencia (2).

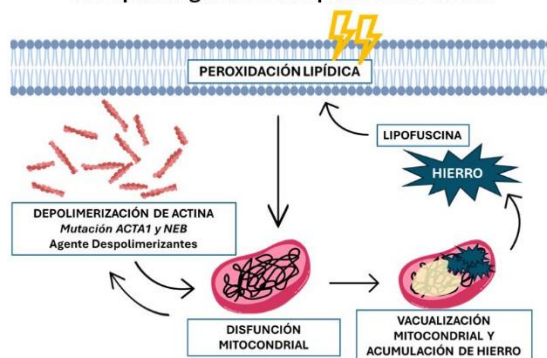
La miopatía nemalínica (MN) es un caso representativo de este grupo de enfermedades. Genéticamente, es una enfermedad heterogénea, con patrones de herencia autosómicos dominantes y recesivos. Se han identificado

mutaciones en al menos 12 genes, entre los que destacan *NEB* y *ACTA1*, que codifican proteínas sarcoméricas como la nebulina y la α -actina (3,4).

Estas mutaciones alteran la arquitectura sarcomérica, lo que afecta la contracción muscular y producen las características clínicas (5,6).

Los síntomas de la mayoría de las presentaciones clínicas de la MN incluyen debilidad muscular, tanto proximal como generalizada, a menudo acompañada de retraso en el desarrollo motor y anomalías faciales, como un rostro alargado con escasa expresividad, con el labio superior en forma de V invertida y paladar ojival. La hipotonía congénita y los problemas respiratorios son comunes en las formas tempranas de la enfermedad, mientras que las formas más tardías suelen manifestarse con trastornos de la marcha como primer signo. Las infecciones respiratorias son relativamente frecuentes y representan el principal problema de salud, especialmente durante los episodios agudos, donde pueden ser potencialmente mortales (7).

Fisiopatología de la Miopatía Nemalínica



<https://youtu.be/oI43PfFtKw?si=nU3efXQYIWWYuBGp>

Estos síntomas convierten a los pacientes pediátricos con MN en usuarios frecuentes de los servicios de urgencias y de cuidados intensivos, especialmente durante episodios de descompensación o infección respiratoria aguda (8). El manejo de la NM requiere un enfoque multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de los niños, dado que no existe un tratamiento curativo; las intervenciones terapéuticas están dirigidas a reducir complicaciones, mejorar la función motora y respiratoria, y proporcionar apoyo nutricional y psicológico a los pacientes y sus familias (9). La mayor parte de su atención se realiza en el hogar, donde los familiares, especialmente los padres, realizan tareas complejas relacionadas con la ventilación mecánica, la alimentación enteral y la fisioterapia respiratoria, a menudo sin capacitación formal (10,11) (Ver tabla 1).

Este cuidado diario implica el desarrollo de estrategias que suelen ser complejas, motivo por el cual es esencial la educación y el apoyo continuo de equipos de salud especializados (9).

Tabla 1. Atención domiciliar a niños con MN (10,11)

Área de Intervención	Intervenciones Recomendadas	Objetivo Clínico
Soporte respiratorio	- Monitorización pulmonar desde el diagnóstico. - Ventilación mecánica si es necesario. - Dispositivos de tos asistida. - Fisioterapia respiratoria.	Prevenir infecciones y mantener la función pulmonar.
Rehabilitación y fisioterapia	- Fisioterapia musculoesquelética. - Uso de órtesis y dispositivos de apoyo. - Programas de ejercicio físico adaptado.	Mejorar la movilidad, prevenir contracturas y evitar atrofia muscular.
Manejo ortopédico	- Vigilancia ortopédica. - Cirugía en casos graves.	Tratar y prevenir deformidades como escoliosis y contracturas articulares.
Apoyo nutricional	- Valoración por nutricionistas y logopedas. - Soporte mediante gastrostomía si hay disfunción bulbar.	Garantizar una nutrición adecuada y prevenir la desnutrición.
Atención psicológica y social	- Apoyo emocional a las familias. - Promoción de la inclusión social y educativa.	Abordar el impacto emocional y social de la enfermedad en pacientes y familiares.

El pronóstico de los niños con MN depende de la gravedad de la enfermedad, el subtipo genético y la presencia de complicaciones respiratorias o musculoesqueléticas variando la esperanza de vida desde días o meses hasta una duración casi normal (12). Las causas de mortalidad más frecuentes son la septicemia, la insuficiencia respiratoria, la parada cardiorrespiratoria, las infecciones o la lesión cerebral hipóxico-isquémica. Además de los factores relacionados con los servicios de salud, la atención proporcionada por las familias juega un papel fundamental en la evolución de la enfermedad, ya que influye en la calidad de los cuidados, la adherencia a las terapias y la prevención de complicaciones (8). Simplificando la clasificación propuesta por Sewry et al. (13), se reconocen diferentes fenotipos cuyos pronósticos se describen en grave, intermedia o leve, que mantienen una relación con las manifestaciones clínicas y las atenciones que precisan los niños (Ver tabla 2)

Tabla 2. Pronóstico de la enfermedad según la gravedad propuesta por Sewry et al. (13)

Forma clínica	Manifestaciones clínicas	Pronóstico	Cuidados
Forma congénita grave	- Hipotonía severa. - Debilidad muscular extrema. - Disnea desde el nacimiento.	- Supervivencia variable. - Alta mortalidad temprana por insuficiencia respiratoria.	- Manejo de ventilación y Fisioterapia respiratoria. - Implicación familiar determinante para prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida.
Forma intermedia	- Debilidad moderada. - Retraso motor. - Deambulación con dificultades. - Fatiga y debilidad muscular. - Complicaciones respiratorias y escoliosis.	- Curso progresivo. - Requiere seguimiento clínico continuo.	- Apoyo familiar esencial en fisioterapia. - Dispositivos de movilidad y nutrición. - Mejora funcionalidad y retrasa progresión.
Forma leve o de inicio tardío	- Síntomas desde la infancia o adolescencia. - Progresión lenta, con debilidad y fatiga muscular.	Mantiene independencia funcional con adaptaciones.	- Monitorización pulmonar y estrategias de rehabilitación. - Prevención de complicaciones y mejora de calidad de vida.

Justificación y Objetivos

La atención en urgencias a pacientes MN, exige una respuesta sanitaria especializada. En este contexto, la enfermera de urgencias desempeña un papel crucial en la estabilización clínica, el manejo técnico avanzado, la humanización del cuidado y la coordinación asistencial; por tanto, el objetivo general del siguiente trabajo fue visibilizar el rol de la enfermera de urgencias en la atención integral a niños con MN; a su vez de forma específica se plantaron 4 objetivos:

- 1) analizar la competencias de la enfermera de urgencias en la atención a pacientes con MN,

- 2) identificar desafíos y barreras que enfrentan las enfermeras ante este tipo de urgencias,
- 3) describir el rol de la enfermera como educadora en el domicilio en el abordaje de las urgencias,
- 4) plantear estrategias en la continuidad asistencial y la coordinación interprofesional entre niveles de atención.

Material y Método

La metodología empleada combinó un enfoque cualitativo-descriptivo con una lógica de análisis crítico, sustentado en el paradigma interpretativo.

El trabajo se desarrolló a partir de la consulta de literatura científica especializada y normativa, organizada mediante un proceso de triangulación de fuentes relevantes, incluyendo documentos técnicos, estudios originales, guías clínicas y evidencia contextual, lo que permitió abordar el fenómeno desde una perspectiva amplia y fundamentada.

Con el objetivo de comprender la complejidad que implica la atención urgente a niños con MN, este trabajo explora distintas dimensiones del quehacer enfermero. A lo largo de los siguientes apartados, se analizan los ámbitos en los que se expresa su protagonismo profesional: desde la asistencia directa en situaciones críticas, hasta los desafíos estructurales del sistema sanitario, el acompañamiento a las familias en el cuidado domiciliario de alta complejidad, y el papel articulador de la enfermera en la continuidad asistencial entre niveles. Cada uno de estos ejes permite visibilizar no solo las competencias técnicas que demanda la atención a la MN, sino también las competencias relacionales, educativas y organizativas que sustentan un cuidado integral, seguro y humanizado

Resultados

*Competencia enfermera ante urgencias en la MN

La enfermera de urgencias suele asumir un rol clave en la atención clínica y el apoyo emocional. Durante los episodios críticos de MN, es frecuente que los pacientes presenten insuficiencia respiratoria aguda, debilidad muscular extrema o infecciones potencialmente mortales. En estos contextos, el personal de enfermería de urgencias asume responsabilidades cruciales: identificación precoz de signos de deterioro respiratorio, manejo de dispositivos de oxigenoterapia, estabilización hemodinámica,

aspiración de secreciones o asistencia en situaciones de paro cardiorrespiratorio (14,15).

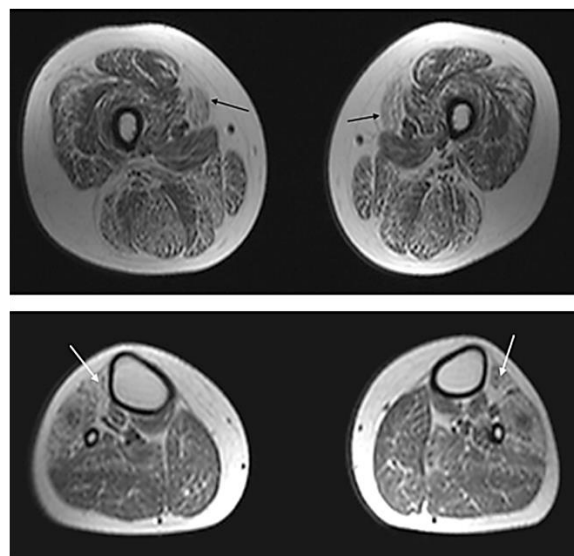


Imagen 1: Miopatía Nemalínica por mutación del gen ACTA1. Imágenes axiales potenciadas en T1 a nivel de los muslos (a) y piernas (b), que muestran múltiples focos de infiltración grasa en músculos de muslos y piernas, destacando un mayor compromiso de sartorios y compartimento anterior de las piernas (flechas).

Referencia bibliográfica:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082015000400005&lng=es.

Más allá de las habilidades clínicas, la alta incertidumbre que rodea la atención de pacientes con ER en los servicios de urgencias exige competencias comunicativas avanzadas por parte de la enfermera. El contacto con familias habitualmente angustiadas, tras experiencias previas de atención, demanda un rol de mediadora, acompañante y escucha activa. Ciurria et al., en su estudio con cuidadores de niños con enfermedades crónicas complejas destacó que buscan en los profesionales comprensión y apoyo emocional, lo que realza la labor humanizadora del personal de urgencias (16). Además, los padres de niños con ER subrayan que la comunicación transparente, empática y continuamente disponible es la base de la confianza, aliviando la tensión familiar en situaciones críticas (17). Así, la enfermera de urgencias no solo presta cuidados, sino que se constituye como la primera figura de referencia ante el sufrimiento de la infancia y la angustia de sus cuidadores (18).

Además, muchas de estas situaciones de emergencia se originan en el domicilio, tras un deterioro progresivo atendido inicialmente por las propias familias. Esto refuerza la necesidad de una enfermería de urgencias preparada para una respuesta inmediata (19).

Su capacidad para establecer un triage sensible, evaluar signos de alarma y coordinar rápidamente con el

transporte prehospitalario y unidades especializadas es esencial para garantizar una atención precoz y efectiva. Un retraso en la identificación y derivación podría tener efectos muy perjudiciales, especialmente en cuadros de insuficiencia respiratoria aguda, donde la intervención temprana incrementa directamente la supervivencia (20,21).

***Desafíos y barreras en la atención en los servicios de urgencias**

La atención a niños con MN en los servicios de urgencias representa un desafío a diferentes niveles, relacionados con los conocimientos, formación, protocolos y guías clínicas necesarias para atender a los niños con MN.



Imagen2: Paciente de miopatía nemalínica. Imagen autorizada para este artículo.

Una de las principales dificultades en la atención urgente de niños con miopatía MN es la falta de conocimientos para identificar signos de alarma no convencionales, que muchas veces no se reflejan en las constantes vitales, sino en indicadores más sutiles como alteraciones en el patrón respiratorio, la expresión facial o el tono muscular. La detección de estos signos requiere no solo una observación clínica aguda, sino también una escucha activa hacia los cuidadores, quienes a menudo identifican estas variaciones antes que los profesionales, debido a su conocimiento íntimo del paciente (18). La escasa formación específica en ER, como ocurre en el caso de la MN, representa otra barrera crítica. Estudios previos coinciden en que estas carencias tienen su origen,

en gran parte, en una formación universitaria y de posgrado que no aborda con suficiente profundidad el manejo de patologías poco frecuentes, especialmente en contextos de urgencia (22). Esta falta de preparación genera inseguridad entre los profesionales sanitarios, particularmente en las enfermeras, quienes deben actuar con rapidez en situaciones clínicas complejas.

Asimismo, la ausencia de protocolos y guías clínicas adaptadas a estas enfermedades puede conllevar errores terapéuticos, retrasos en el diagnóstico y una dependencia excesiva del juicio de los padres, quienes asumen un rol central en la toma de decisiones clínicas ante la falta de criterios estandarizados. Esta situación no solo impacta negativamente en la calidad de la atención, sino que también afecta la salud mental de los cuidadores, al hacer recaer sobre ellos una responsabilidad excesiva (23). En consecuencia, los profesionales de enfermería y medicina se ven, en muchas ocasiones, obligados a tomar decisiones en escenarios de alta incertidumbre, sin respaldo normativo claro, lo que puede comprometer la calidad del cuidado e incluso poner en riesgo la seguridad del paciente (24).

Además, la atención a niños ER en servicios de urgencias, puede verse agravada por factores del entorno como la sobrecarga asistencial, la presión por reducir los tiempos de atención o la alta rotación del personal, que dificultan una valoración integral de las necesidades del niño. La evidencia confirma que la saturación en urgencias está asociada con tasas mayores de errores médicos y demora en la identificación de casos críticos (25). A esto se suma la falta de comunicación fluida con equipos especializados, como neurología, cuidados intensivos o genética, lo que genera discontinuidad asistencial.

***Educación sanitaria en el manejo domiciliario de cuidados complejos**

En el contexto de la atención a niños con ER como MN, la enfermera de urgencias asume un papel clave al encargarse de prestar los cuidados y como educadora sanitaria de los cuidados informales. Esta labor cobra especial relevancia en situaciones donde las familias deben gestionar en el domicilio cuidados altamente complejos, como la ventilación mecánica, la aspiración de secreciones, el manejo de la traqueostomía o la actuación ante crisis respiratorias. De este modo, la formación dirigida por enfermeras mejora la competencia, la seguridad y la autonomía de los cuidadores, reduciendo complicaciones y reingresos evitables (26).

Imagen2: Paciente de miopatía nemalínica. Imagen autorizada para este artículo.

Durante las consultas o reingresos en urgencias, la enfermera tiene la oportunidad, y la responsabilidad, de reforzar conocimientos adquiridos durante la hospitalización; corregir errores en el manejo domiciliario y generar confianza en los cuidadores. Esta labor exige una comunicación clara, empática y adaptada al nivel de cada familia. Ali et al., describen como una parte significativa de los cuidadores no se siente emocionalmente atendida ni adecuadamente implicada durante la atención en urgencias pediátricas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las competencias comunicativas del personal de enfermería (27). En la misma línea, Bissonette et al., confirman que las intervenciones estructuradas de comunicación enfermera-familia no solo mejoran la satisfacción de los cuidadores, sino que también reducen su ansiedad y favorecen una atención más segura y humanizada (28).

Cabe destacar el uso de estrategias activas en la educación sanitaria, como la simulación clínica o el entrenamiento basado en escenarios reales. Estas herramientas mejoran significativamente la competencia de los cuidadores para enfrentar eventos agudos en el hogar. A su vez, reducen el tiempo de respuesta, aumentan la precisión en la aplicación de técnicas críticas y refuerzan la seguridad clínica del entorno domiciliario (29). En particular, la participación activa de la enfermera en la formación de padres y madres mejora la adherencia a las pautas y disminuye el número de reingresos evitables a urgencias (30).

Por otro lado, herramientas como las “tarjetas de emergencia” propuestas por el Centro Neuromuscular Europeo también se integran en este proceso educativo, al facilitar la transmisión rápida de información clínica esencial durante un episodio urgente. Estas tarjetas permiten a las enfermeras de urgencias actuar con mayor seguridad y reducir la incertidumbre clínica frente a cuadros poco frecuentes, contribuyendo así a una atención más ágil, informada y segura (31).

***Continuidad asistencial y coordinación interprofesional en la atención a niños con MN**

La atención de estos niños no puede reducirse a lo clínicamente prescrito ni a lo que ocurre dentro del hospital. La enfermera de urgencias se enfrenta a menudo a escenarios de incertidumbre diagnóstica, tiempo limitado y escasez de recursos. En este contexto, su labor no solo se centra en la intervención inmediata, sino

también en asegurar la continuidad asistencial, acompañar emocionalmente a las familias y establecer puentes con otros niveles del sistema sanitario. Según la OMS, asegurar la coordinación y la continuidad del cuidado en sistemas fragmentados es esencial para evitar errores, mejorar la experiencia del paciente y reforzar la equidad en el acceso (32). Para facilitar este proceso, la adopción de herramientas estructuradas como SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) en los traspasos de información; entre la enfermera de urgencias, la gestora de casos o enfermera comunitaria; mejora la calidad y seguridad del cuidado (33).

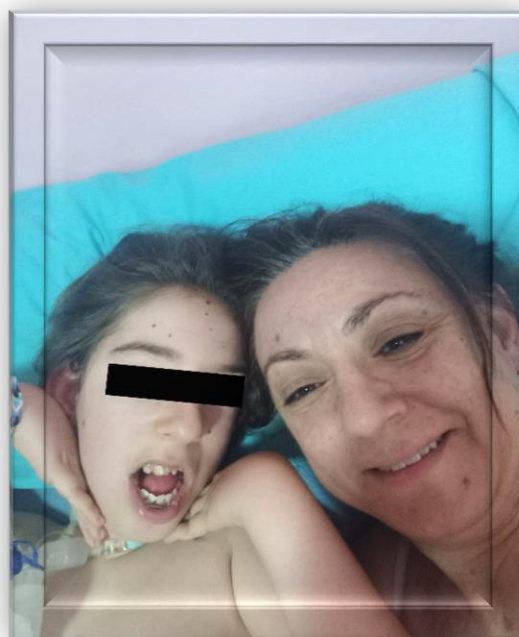


Imagen 3: Paciente de miopatía nemalínica. Autorización de imagen para este artículo.

La literatura científica destaca que las enfermeras comunitarias son figuras esenciales para la continuidad del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas complejas, ya que actúan como agentes de educación, apoyo familiar y rehabilitación, incluso tras episodios urgentes (34). Esta visión se aplica de igual forma a los niños con MN, donde la coordinación entre urgencias y atención comunitaria es clave para la detección precoz de complicaciones y para evitar la fragmentación del cuidado. Por otro lado, el modelo de enfermera gestora de casos se presenta como una respuesta coherente a estas necesidades. Esta figura profesional permite articular dispositivos sanitarios, recursos comunitarios y saberes familiares en torno a un mismo objetivo: ofrecer continuidad y seguridad en los cuidados. La evidencia incluso en patologías complejas (como la insuficiencia cardíaca o la diabetes) demuestra que la intervención de

una enfermera gestora mejora la calidad de vida, reduce la sobrecarga del cuidador y disminuye las hospitalizaciones y urgencias innecesarias (35). En el contexto de enfermedades raras, Walton et al., desarrollaron un modelo de coordinación de cuidados que resalta la importancia de definir roles claros, facilitar acceso a registros compartidos y organizar encuentros flexibles (telefónicos, presenciales o digitales) entre profesionales, el niño y su familia. Esto permite anticipar complicaciones, organizar seguimientos estructurados y activar alarmas tempranas en caso de signos de deterioro, lo que evita colapsos asistenciales y mejora los tiempos de respuesta en emergencias (36).

Por el contrario, la ausencia de mecanismos estructurados de coordinación entre niveles asistenciales contribuiría a la fragmentación del cuidado, con mayor riesgo de complicaciones clínicas y desprotección familiar. Morris et al., evidencian que cuando no se cuenta con una figura de referencia que articule la atención, las familias deben asumir tareas de coordinación complejas, lo que genera sobrecarga emocional, demoras diagnósticas y discontinuidad terapéutica (37).



Imagen 4: Paciente de miopatía nemalínica. Autorización de imagen para este artículo.

Reforzar el papel de la enfermera como gestora en la continuidad de cuidados y establecer canales interprofesionales formales no es solo una cuestión asistencial, sino una responsabilidad estructural de los sistemas sanitarios centrados en el paciente.

→ FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Los hallazgos y reflexiones de este artículo abren múltiples posibilidades para el desarrollo de nuevas investigaciones que fortalezcan el abordaje enfermero en el contexto de las ER y, en particular, en la atención urgente de la MN. A continuación, se proponen algunas líneas prioritarias:

1. Desarrollar estudios cuantitativos y cualitativos que analicen el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes del personal de enfermería ante urgencias relacionadas con ER, con el fin de identificar necesidades formativas específicas.
2. Diseñar y validar protocolos clínicos para urgencias pediátricas en ER. Se requiere investigación aplicada orientada a la elaboración de guías y algoritmos de actuación basados en evidencia, adaptados a los subtipos clínicos más frecuentes de MN y otras patologías poco prevalentes.
3. Explorar, mediante ensayos clínicos o estudios de implementación, el impacto de programas de educación sanitaria en cuidadores informales sobre la reducción de complicaciones, la mejora del manejo domiciliario y la disminución de reingresos.
4. Estudiar el impacto de figuras como la enfermera gestora de casos o la enfermera comunitaria especializada en ER en la calidad de vida de las familias, el empoderamiento de los cuidadores y la eficiencia del sistema sanitario.
5. Profundizar en estudios cualitativos que den voz a los niños y a sus familias para comprender en profundidad cómo viven los episodios de urgencia, qué barreras perciben y qué aspectos valoran del cuidado enfermero.

Conclusiones

Este artículo especial reflexiona sobre la experiencia de las familias de niños y niñas con MN ante situaciones de urgencia, desde una perspectiva que pone en el centro el protagonismo de los cuidados enfermeros. Se discuten los retos que enfrentan las enfermeras en la atención a este tipo de pacientes en servicios de urgencias, así como las oportunidades para fortalecer su rol mediante formación especializada, implementación de protocolos clínicos y reconocimiento del cuidado como conocimiento experto. Ante este escenario, se reivindica una enfermería crítica y competente, cuyo conocimiento técnico y vivencial debe ser reconocido como pilar clave

para una atención equitativa y de calidad. Por último, los sistemas sanitarios deberían avanzar hacia modelos que integren el saber enfermero en la toma de decisiones clínicas, especialmente en contextos complejos y vulnerables.

Agradecimientos

A la Asociación **Yo Nemalínica** es una asociación sin ánimo de lucro, de ámbito nacional y declarada de utilidad pública. Surgida como agrupación en 2015, es registrada como Asociación en 2016 al amparo de la Ley de Entidades 49/2002 con número de registro 611290, por su autorización para la publicación del video sobre la miopatía nemalínica.

A los padres de la Asociación Yo Nemalínica, por autorizar las imágenes y el gran trabajo que están haciendo al respecto de esta enfermedad rara que les afecta y afrontan.

Bibliografía

1. Comisión Europea. Investigación de la UE sobre enfermedades raras [Internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2025 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/research-area/health/rare-diseases_en?prefLang=es&ettrans=es
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesRaras/docs/Informe_EERR_pendiente_de_NIPO.pdf
3. Malfatti E, Romero NB. Nemaline myopathies: State of the art. Rev Neurol (Paris). 2016;172(10):614–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2016.08.004>
4. Garibaldi M, Fattori F, Pennisi EM, Merlonghi G, Fionda L, Vanoli F, et al. Novel ACTA1 mutation causes late-presenting nemaline myopathy with unusual dark cores. Neuromuscul Disord. 2021;31(2):139–48. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2020.11.012>
5. Feng JJ, Marston S. Genotype-phenotype correlations in ACTA1 mutations that cause congenital myopathies. Neuromuscul Disord. 2009;19(1):6–16. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2008.09.005>
6. Moreau-Le Lan S, Aller E, Calabria I, Gonzalez-Tarancon L, Cardona-Gay C, Martinez-Matilla M, et al. New mutations found by Next-Generation Sequencing screening of Spanish patients with Nemaline Myopathy. PLoS One. 2018;13(12):e0207296. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207296>
7. Wallgren-Pettersson C, Pelin K, Nowak KJ, Muntoni F, Romero NB, Goebel HH, et al. Genotype-phenotype correlations in nemaline myopathy caused by mutations in the genes for nebulin and skeletal muscle alpha-actin. Neuromuscul Disord. 2004;14(8–9):461–70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2004.03.006>
8. Christophers B, Lopez MA, Gupta VA, Vogel H, Baylies M. Pediatric Nemaline Myopathy: A Systematic Review Using Individual Patient Data. J Child Neurol. 2022;37(7):652–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/08830738221096316>
9. Neuhaus SB, Wallgren-Pettersson C, Bönnemann CG, Schara U, Servais L, nemaline working group. 250th ENMC International Workshop: Clinical trial readiness in nemaline myopathy 6–8 September 2019, Hoofddorp, the Netherlands. Neuromuscul Disord. 2020;30(10):866–75. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2020.08.356>
10. Wang CH, Dowling JJ, North KN, Schroth MK, Sejersen T, Shapiro F, et al. Consensus statement on standard of care for congenital myopathies. J Child Neurol. 2012;27(3):363–82. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0883073812436605>
11. Zeballos Sarrato G, Salguero García E, Aguayo Maldonado J, Gómez Robles C, Thió Lluch M, Iriondo Sanz M, et al. Adaptación de las recomendaciones internacionales en estabilización y reanimación neonatal 2015. An Pediatr (Barc). 2017;86(1):51.e1–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.08.007>
12. Wallgren-Pettersson C, Laing NG. Report of the 70th ENMC International Workshop: nemaline myopathy, 11–13 June 1999, Naarden, The Netherlands. Neuromuscul Disord. 2000;10(4–5):299–306. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0960-8966\(99\)00129-7](https://doi.org/10.1016/s0960-8966(99)00129-7)
13. Sewry CA, Laitila JM, Wallgren-Pettersson C. Nemaline myopathies: a current view. J Muscle Res Cell Motil. 2019;40(2):111–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10974-019-09519-9>
14. Sahin S, Oncel MY, Bidev D, Okur N, Talim B, Oguz SS. Miopatía nemalínica tratada con L-tirosina para aliviar los síntomas en un recién nacido. Arch Argent Pediatr. 2019;117(4):e382–6. Disponible en: <https://doi.org/10.5546/aap.2019.e386>

15. Ryan MM, Schnell C, Strickland CD, Shield LK, Morgan G, Iannaccone ST, et al. Nemaline myopathy: a clinical study of 143 cases. *Ann Neurol*. 2001;50(3):312–20. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ana.1080>
16. Ciurria JA, Lin JR, Pruitt CM, Sisk BA. Functions of communication during emergency care of children with medical complexity: Caregiver perspectives. *Patient Educ Couns*. 2025;134:108667. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.108667>
17. Gómez-Zúñiga B, Pulido Moyano R, Pousada Fernández M, García Oliva A, Armayones Ruiz M. The experience of parents of children with rare diseases when communicating with healthcare professionals: towards an integrative theory of trust. *Orphanet J Rare Dis*. 2019;14(1):159. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13023-019-1134-1>
18. Jensen CS, Lisby M, Kirkegaard H, Loft MI. Signs and symptoms, apart from vital signs, that trigger nurses' concerns about deteriorating conditions in hospitalized paediatric patients: A scoping review. *Nurs Open*. 2022;9(1):57–65. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nop2.1105>
19. Connor J, Flenady T, Massey D, Dwyer T. Clinical judgement in nursing – An evolutionary concept analysis. *J Clin Nurs*. 2023;32(13–14):3328–40. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.16469>
20. Myhre M, Eide Næss L, Skogvoll E, Haugland H. Pre-hospital care for children: a descriptive study from Central Norway. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2024;32(1):106. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13049-024-01279-x>
21. Zhu S, Wu Y, Yu B, Shen B, Fang L, Li B, et al. Clinical validity of the Pediatric Assessment Triangle in a pediatric emergency department. *Front Pediatr*. 2025;13:1435604. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1435604>
22. Walkowiak D, Domaradzki J. Needs assessment study of rare diseases education for nurses and nursing students in Poland. *Orphanet J Rare Dis*. 2020;15(1):167. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01432-6>
23. Pelentsov LJ, Fielder AL, Laws TA, Esterman AJ. The supportive care needs of parents with a child with a rare disease: Results of an online survey. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):1. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/S12875-016-0488-X>
24. Kao WT, Tseng YH, Jong YJ, Chen TH. Emergency room visits and admission rates of children with neuromuscular disorders: A 10-year experience in a medical center in Taiwan. *Pediatr Neonatol*. 2019;60(4):405–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2018.09.008>
25. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203316. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
26. Israelsson-Skogsberg Å, Palm A, Lindahl B, Markström A, Ekström M. Young adults' narratives about living with home mechanical ventilation – a phenomenological hermeneutical study. *Disabil Rehabil*. 2024;46(19):4495–502. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2278187>
27. Ali S, Maki C, Rahimi A, Ma K, Yaskina M, Wong H, et al. Family caregivers' emotional and communication needs in Canadian pediatric emergency departments. *PLoS One*. 2023;18(11):e0294597. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294597>
28. Bissonette S, Chartrand J, Bailey L, Lalonde M, Tyerman J. Interventions to improve nurse-family communication in the emergency department: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2024;33(7):2525–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.17068>
29. Boehmer KR, Egginton JS, Branda ME, Kryworuchko J, Bodde A, Montori VM, et al. Missed opportunity? Caregiver participation in the clinical encounter. A videographic analysis. *Patient Educ Couns*. 2014;96(3):302–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.016>
30. Pritt A, Johnson A, Kahle J, Preston DL, Flesher S. Better outcomes for hospitalized children through safe transitions: A quality improvement project. *Pediatr Qual Saf*. 2020;6(1):e378. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000378>
31. Racca F, Sansone VA, Ricci F, Filosto M, Pedroni S, Mazzone E, et al. Emergencies cards for neuromuscular disorders: 1st Consensus Meeting from UILDM – Italian Muscular Dystrophy Association Workshop report. *Acta Myol*. 2022;41(4):135–77. Disponible en: <https://doi.org/10.36185/2532-1900-081>
32. World Health Organization. Continuity and coordination of care: practice brief [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 Jul 21]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>
33. Shahid S, Thomas S. Situation, background, assessment, recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care – a narrative review. *Saf Health*. 2018;4(1):1–9.

34. Ge J, Zhang Y, Fan E, Yang X, Chu L, Zhou X, et al. Community nurses are important providers of continuity of care for patients with chronic diseases: A qualitative study. Inquiry. 2023;60:469580231160888. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00469580231160888>
35. Villarreal-Granda P, Recio-Platero A, Martín-Bayo Y, Durantez-Fernández C, Cárdena-García RM, Pérez-Pérez L, et al. Models used by nurse case managers in different Autonomous Communities in Spain: A scoping review. Healthcare (Basel). 2024;12(7):749. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare12070749>
36. Walton H, Simpson A, Ramsay AIG, Hudson E, Hunter A, Jones J, et al. Developing a taxonomy of care coordination for people living with rare conditions: a qualitative study. Orphanet J Rare Dis. 2022;17(1):171. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02321-w>
37. Díaz J Jorge, Suazo R Lionel, Castiglioni T Claudia, Bevilacqua R Jorge A. Utilidad de la resonancia magnética en el diagnóstico de las enfermedades musculares hereditarias. Rev. chil. radiol. [Internet]. 2015 [citado 2025, Ago 05]; 21(4): 144-150. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082015000400005>.
38. Morris S, Hudson E, Bloom L, Chitty LS, Fulop NJ, Hunter A, et al. Co-ordinated care for people affected by rare diseases: the CONCORD mixed-methods study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.3310/LNZZ5321>



SOCIEDAD ESPAÑOLA ENFERMERIA URGENCIAS Y EMERGENCIAS

NUESTRO COMPROMISO

**UNA ASOCIACIÓN DE
PROFESIONALES DE LA ENFERMERIA
POR Y PARA EL DESARROLLO DE LA
PROFESIÓN ENFERMERA**

UNA ENFERMERÍA MUY VIVA

<https://enfermeriadeurgencias.org/>





Título	<i>Decálogo de intervención “boca a boca” contra la ideación suicida, 10 consejos sencillos que ayudan a salvar vidas.</i>
Autoría	Francisco Jose Celada Cajal^{1*} https://orcid.org/0000-0003-0837-7737; Enrique Galindo Bonilla.² 1. <i>Enfermero de emergencias (GUETS - SESCAM) y psicólogo experto en conducta suicida. Doctor en Cuidados en Salud por la UCM, docente, investigador, divulgador y profesor asociado UCLM. Miembro del grupo regional de expertos en prevención del suicidio de Castilla-La Mancha. Psicólogo de emergencias en GIPEC y CR España.</i> 2. <i>Psicólogo y escritor. Trabaja en SESCAM, previamente, 15 años como técnico superior en el servicio de planificación en la consejería de sanidad de la Junta de Castilla-La Mancha. Miembro de grupo regional de expertos en prevención del suicidio de Castilla-La Mancha y ha colaborado durante más de 10 años con el Teléfono de la Esperanza.</i> Declaración de conflictos de intereses: F.J. Celada Cajal, pertenece al Comité Científico de la SEEUE, pero no ha participado en el proceso de revisión y el resto del proceso editorial del presente manuscrito.
Contacto	Francisco José Celada Cajal: fjosecc45@gmail.com
Palabras clave	Enfermería de urgencias, enfermería de emergencias, conducta suicida, ideación suicida, suicidio, intervención en crisis.

Resumen

La prevención del suicidio no es un terreno exclusivo de los profesionales sanitarios, cualquier persona puede aplicar estrategias básicas para establecer un diálogo significativo con alguien que contempla el suicidio como escapar del sufrimiento. Existen intervenciones efectivas basadas en pautas simples que pueden prevenir conductas autolíticas y salvar la vida de personas con ideación suicida. Estas técnicas, accesibles y sencillas pueden ser muy útiles para las enfermeras de urgencias y emergencias. Funcionan como unos "primeros auxilios psicológicos y emocionales" donde las palabras se convierten en la herramienta principal de intervención enfermera.

Se han desarrollado diez estrategias específicas que pueden implementarse de forma individual o combinada para prevenir decisiones impulsivas en momentos de alto riesgo. El escuchar, hacer dudar, aplazar la decisión, tener una estrategia de protección personal, encontrar sentido a la vida, resolver problemas cotidianos, buscar alternativas, usar soluciones exitosas previas o modelos de éxito cercanos, emplear «mantras» y hacer la pregunta milagro son un camino a seguir al hablar con personas que están ideando su muerte.

Estas recomendaciones también están dirigidas a cualquier persona que esté experimentando pensamientos suicidas y entre el sufrimiento y el deseo de dejar de vivir. "Lo que se anhela es dejar de sufrir, no dejar de vivir".

Title	<i>Decálogo de intervención “boca a boca” contra la ideación suicida, 10 consejos sencillos que ayudan a salvar vidas.</i>
Key Words	Emergency Nursing, Emergency Nursing, Suicidal Behavior, Suicidal Ideation, Suicide, Crisis Intervention.

Summary

Suicide prevention is not the exclusive domain of health professionals, anyone can apply basic strategies to establish a meaningful dialogue with someone who sees suicide as escaping suffering. There are effective interventions based on simple guidelines that can prevent self-harming behaviors and save the lives of people with suicidal ideation. These accessible and simple techniques can be very useful for emergency and emergency nurses. They function as "psychological and emotional first aid" where words become the main tool of nursing intervention.

Ten specific strategies have been developed that can be implemented individually or in combination to prevent impulsive decisions at times of high risk. Listening, making doubts, postponing the decision, having a personal protection strategy, finding meaning in life, solving everyday problems, looking for alternatives, using previous successful solutions or close success models, employing "mantras" and asking the miracle question are a way to go when talking to people who are planning their death.

These recommendations are also aimed at anyone who is experiencing suicidal thoughts and between suffering and the desire to stop living. "What is longed for is to stop suffering, not to stop living."

Introducción

En el tema de la prevención del suicidio, es posible realizar intervenciones que, siguiendo unas pautas simples, pueden evitar conductas autolíticas y muertes de quienes presentan ideación suicida. Estas pautas, concebidas como técnicas sencillas y accesibles, están al alcance de cualquier persona, no exclusivamente de profesionales del ámbito sanitario. Se trata de un abordaje oportuno, similar a los primeros auxilios, pero utilizando el poder de las palabras como herramienta principal, que tiene el potencial de cambiar el desenlace mortal de una historia, tanto si quien interviene es un experto como si no lo es (1,2).

Lo ideal es que la intervención sea realizada por un profesional (psicología, enfermería, medicina) o por otro personal de emergencias como el policial, bomberos o voluntarios con formación en la asistencia a la conducta suicida. Pero, si ese caso no se da, cualquier persona cercana puede aplicar pequeñas estrategias y técnicas diseñadas para entablar un diálogo significativo con quien está contemplando la muerte como solución a su sufrimiento. A las enfermeras de urgencias y emergencias, que pueden encontrarse en asistencias a crisis suicida, les ofrecemos diez indicaciones, diez estrategias concretas que, empleadas de manera individual o combinadas con otras, pueden contribuir a bloquear una decisión impulsiva y de alta peligrosidad de quienes presentan ideación suicida (1,2,3,4).

Antes de aplicarlas, es fundamental recordar dos aspectos esenciales:

1. Buscar un espacio adecuado (si fuera posible) donde se pueda hablar con la persona en riesgo con cierta privacidad y si es posible sin barreras físicas (mostrador, mesa...).
2. Escuchar activamente, acogiendo, sin juzgar ni reprochar (5).

Y si eres tú el que está experimentando pensamientos relacionados con la muerte y sientes esa dualidad entre sufrir o dejar de vivir, te invitamos a leer con atención, reflexionar y poner en práctica estas recomendaciones. Podrían marcar una diferencia significativa. La diferencia entre morir o vivir (1,2,3).

“Tengamos presente una realidad; lo que se anhela es dejar de sufrir, no dejar de vivir”.

Decálogo de intervención “boca a boca”

En circunstancias de la vida, cualquiera puede encontrarse con personas cercanas que presentan ideación suicida o riesgo de suicidio, mayormente en ámbitos sanitarios. Diferentes profesionales de la salud —y en particular quienes trabajan en servicios de urgencias, atención primaria, salud mental o cuidados intensivos— se enfrentan con frecuencia a situaciones en las que una intervención adecuada y a tiempo puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte. Por ello, es esencial contar con herramientas prácticas y sencillas que permitan un primer abordaje en situaciones de riesgo.

Presentamos 10 técnicas fáciles de usar, tanto por profesionales sanitarios como por otras personas con una pequeña formación. Un decálogo que trata de ser una guía breve, clara y operativa para profesionales que atienden a personas en riesgo de suicidio, con el objetivo de abordar una intervención inmediata desde una atención integral, ética y humanizada.

1. Escuchar
2. Hacerle dudar
3. Aplazar la decisión
4. Estrategia de protección personal y tarjeta cortafuegos
5. Encontrar «sentido a su vida»
6. Resolver problemas cotidianos
7. Búsqueda de alternativas
8. Soluciones exitosas previas/ modelos de éxito cercanos
9. Emplear «mantras»
10. La pregunta milagro

1. Escuchar

Escuchar es el primer y más crucial paso al atender a una persona en crisis suicida. Más que oír, escuchar activamente implica comprender tanto las palabras como las emociones de quien está sufriendo, sin juzgar ni interrumpir.

Las personas con pensamientos suicidas suelen llegar a ese punto tras sentirse ignoradas o descalificadas, y necesitan ser comprendidas, por lo que ofrecerles un espacio seguro y UNA BUENA ESCUCHA puede ser UNA EXPERIENCIA beneficiosa y transformadora (6).

La escucha activa requiere:

- **Crear un entorno adecuado:** Busca un lugar privado, libre de barreras físicas o distracciones, donde la persona se sienta cómoda.
- **Demostrar empatía:** Atiende no solo a lo que dice, sino a cómo lo expresa. Usa gestos, asentimientos y expresiones como "entiendo" o "ya veo" para mostrar comprensión.
- **Eludir errores comunes:** No interrumpas, rechaces sus emociones, des consejos no solicitados ni compares con tus propias experiencias. Respeta los silencios, pues pueden ser parte del alivio emocional.
- **Hacer preguntas y parafrasear:** Esto muestra interés genuino y asegura que estás entendiendo correctamente su mensaje. Expresiones como "¿Quieres decir que...?" o "Si no te he entendido mal, lo que me dices es que..." son útiles para validar sus sentimientos y para lograr que siga hablando y desahogándose emocionalmente.



Imagen creada IA para el artículo 2025 – ChapGPT.com

Cuando una persona se siente escuchada y puede hablar con sinceridad, experimenta alivio, una disminución de la ansiedad y un fortalecimiento de su autoestima.

*La conversación y la **escucha activa** no solo salvan vidas, sino que también abren la puerta a un diálogo más profundo y a la esperanza.*

Como profesionales de urgencias, debemos priorizar esta habilidad puede ser clave en momentos críticos.

2. Hacerle dudar.

Cuando una persona manifiesta ideación suicida, con o sin una decisión firme, suele estar inmersa en una ambivalencia profunda entre el deseo de vivir y el de morir. Esta situación está marcada por dudas y, muchas veces, por una búsqueda de una alternativa que le permita superar su sufrimiento. En la mayoría de los

casos, la persona no desea morir, sino liberarse del dolor que está enfrentando. Como dice el refrán: «se agarran a un clavo ardiendo».

En este contexto, la intervención enfermera puede ser clave. A través de preguntas y comentarios respetuosos y libres de juicio, se puede fomentar que la persona reflexione sobre sus intenciones (7): ¿Estás completamente seguro de lo que planeas? ¿Has considerado todos los aspectos? ¿Sabías que ese método podría ser extremadamente doloroso? ¿Y si hubiera solución a tus problemas? ¿Y si no te sale bien y quedas con secuelas de por vida? Este enfoque busca que la persona cuestione su decisión y evalúe la posibilidad de elegir la vida, dándose una nueva oportunidad para salir de la crisis con el apoyo adecuado.

3. Aplazar la decisión.

Aplazar el acto suicida puede ser crucial para salvar vidas, ya que las emociones intensas que llevan al impulso de morir tienden a disminuir en un tiempo moderado, alrededor de unos 90 minutos de media. Aunque algunas crisis sean planeadas, muchas decisiones se toman en un instante de "cortocircuito" y "alta impulsividad" emocional. Ganar tiempo permite que la persona reflexione, se tranquilice y establezca emocionalmente para poder encontrar alternativas al suicidio.

Para lograrlo, es fundamental retirar o limitar el acceso a medios letales, como armas, medicamentos o lugares peligrosos, ya que esto obliga a posponer el acto y brinda una oportunidad para intervenir. Medidas como las vallas en puentes, barreras en el metro o los blísteres, que dificultan la ingesta rápida de medicamentos (se gasta tiempo en sacar muchas pastillas que se puede usar para reflexionar y calmarse), son ejemplos efectivos de prevención estructural.

En la interacción directa, emplear frases orientadas al aplazamiento, puede ser una estrategia muy útil. Los ejemplos incluyen:

- "No tiene que ser ahora; podemos hablar mientras tanto."
- "¿Qué podrías hacer antes de tomar una decisión final?"
- "¿Y si esperamos y buscamos juntos otra opción?"

El objetivo es invitar a la persona a realizar una pausa en su decisión, dándole la posibilidad de replantear su situación.

*Como enfermera o enfermero de urgencias, hay que recordar que **"ganar tiempo es ganar vida"** puede ser clave para intervenir con éxito en estos momentos críticos (8).*

4. Estrategia de protección personal, un breviario de pasos seguros con tarjeta cortafuegos.

El procedimiento de autoseguridad es una estrategia diseñada para afrontar momentos de crisis suicida y prevenir la autoagresión. Este proceso implica que la persona se comprometa a seguir una serie de pautas previamente definidas cuando experimente pensamientos intrusivos y recurrentes sobre la muerte. El objetivo es mantenerse a salvo mediante conductas que permitan centrar la atención, reducir la tensión y buscar apoyo en un entorno protegido.

Entre las acciones clave se incluyen:

- Identificar señales de advertencia: Reconocer pensamientos, emociones o situaciones que indican el inicio de una crisis.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento: Incluir actividades personales que permitan aliviar el malestar, como caminar, escuchar música o practicar técnicas de respiración. Aquí es conveniente indagar de cuáles son las aficiones de la persona en crisis.
- Buscar fuentes de apoyo y distracción: Contactar a familiares, amigos, mediadores o profesionales de confianza que puedan brindar apoyo emocional.
- Contar con recursos profesionales: Mantener a la mano los datos de contacto de psicólogos, médicos o líneas de ayuda; 112-Emergencias, 024-Línea de atención a la conducta suicida, 717003717-Teléfono de la Esperanza.
- Mantenerse a salvo: Evitar lugares o situaciones de riesgo, como puentes, alturas, o el acceso a objetos peligrosos (armas, medicamentos).

La Tarjeta Cortafuegos es un complemento práctico al procedimiento de autoseguridad. Se trata de un recurso físico (tarjeta, hoja escrita o documento digital) que actúa como un recordatorio visual y accesible en momentos críticos. Su propósito es provocar una toma de conciencia de la realidad y disuadir de cualquier

intento de suicidio al brindar pasos concretos y claros a seguir.

Ambos instrumentos, la autoseguridad y la tarjeta cortafuegos, constituyen un sistema sólido de prevención, proporcionando un marco claro y confiable para superar las crisis con mayor seguridad y esperanza (7,8).

(Cuadro 1) Tarjeta cortafuegos

1. *Teléfonos de urgencia; números de personas cercanas (familiares, amigos y allegados), profesionales de salud mental o líneas de ayuda en crisis (024, teléfono de la esperanza).*
2. *Actividades agradables: Opciones que reduzcan la tensión, como:*
 - ✓ Leer un libro.
 - ✓ Ver una película reconfortante.
 - ✓ Practicar un deporte o salir a caminar.
 - ✓ Llamar a alguien para conversar y estar acompañado.
3. *Plan de acción personal: Tarjeta cortafuegos, es decir, una breve lista de estrategias que le han funcionado en el pasado para solucionar problemas o conseguir calmarse. La mayoría de estas actividades pueden repetirse tantas veces como sea necesario. La tarjeta debe ser portátil y estar siempre accesible, funcionando como una guía rápida en situaciones de emergencia (puede ser un simple folio).*

5. Encontrar "sentido a la vida"

Tener un propósito o un "porqué" para vivir puede dar a una persona en crisis la fuerza necesaria para enfrentar cualquier dificultad, como señala Nietzsche. En el contexto de la prevención del suicidio, ayudar a alguien a identificar motivos personales para seguir adelante no implica resolver cuestiones filosóficas profundas, sino conectar con aquello que da valor a su existencia: metas, sueños o relaciones significativas.

Estos "porqués" pueden incluir proyectos pendientes, como escribir un libro, viajar, ver crecer a un hijo, reconciliarse con un ser querido o alcanzar una meta profesional. Muchas veces, estos deseos han sido olvidados o postergados, pero pueden ser reavivados con preguntas simples como las siguientes:

- "¿Qué cosas te hacían feliz antes?"
- "¿Tienes algún sueño que te gustaría cumplir?"
- "¿Hay algo que siempre quisiste hacer y aún no has hecho?"
- "¿Quién va a cuidar de tu gato o de tus plantas?"

El objetivo es estimular la ilusión por esos proyectos y generar un anclaje emocional positivo que aplase la decisión suicida. Como profesional de las urgencias y emergencias, recordar que incluso un pequeño motivo puede ser suficiente para devolverle a la persona la esperanza y fortalecer su voluntad de vivir (2,3).

6. Resolver problemas cotidianos.

Las dificultades y conflictos son parte de la vida cotidiana, pero la capacidad para enfrentarlos varía entre las personas. Algunos encuentran formas constructivas de afrontarlos, mientras que otros pueden verse abrumados hasta considerar el suicidio. Enseñar un proceso claro para resolver problemas puede ser una herramienta poderosa para quienes enfrentan crisis emocionales.

Se recomienda seguir los 5 pasos del método de Goldfried y D'Zurilla (7,8) (cuadro 2); esta metodología de resolución de problemas no solo ayuda a manejar los conflictos concretos, sino que también reduce la sensación de desesperanza.

Como enfermera de urgencias, guiar a una persona en crisis a través de estos pasos puede darles una estructura para manejar sus problemas y fortalecer su capacidad de afrontamiento (2).

(cuadro 2) Método de resolución de problemas: Goldfried y D'Zurilla	
1	Reconocer el problema: El primer paso es identificar que hay un problema. Sin esta conciencia, no se pueden buscar soluciones
2	Definir el problema: Se trata de analizarlo de forma concreta y específica. ¿Qué está pasando exactamente? ¿Cuál es el obstáculo principal? Es decir, ponerlo en palabras específicas, claras y sencillas.
3	Generar alternativas: Una vez comprendido el problema, se plantean diferentes opciones o caminos para resolverlo, incluso si algunas parecen difíciles o poco probables al inicio. Se puede realizar lo que se denomina "Tormenta de ideas".
4	Tomar decisiones: Entre las alternativas, se elige la que parece más viable o adecuada según los recursos disponibles y las circunstancias actuales y se pone en práctica
5	Evaluar resultados: Finalmente, se comprueba si la solución elegida ha funcionado o si es necesario revisar los pasos anteriores o probar otra alternativa

7. Búsqueda de alternativas.

Ante una crisis suicida, encontrar alternativas es esencial. Aunque las opciones disponibles no sean ideales o atractivas, siempre serán preferibles a la muerte. El objetivo no es imponer soluciones, sino explorar junto a la persona qué otros caminos podrían tomar para seguir viviendo de una manera diferente.

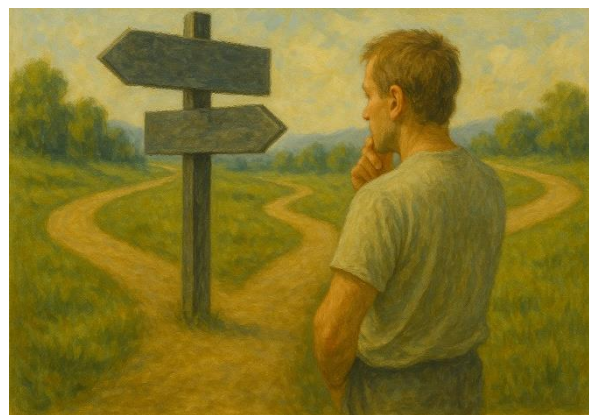


Imagen creada IA para el artículo 2025 – ChapGPT.com

Muchos ven en el cambio un desafío insuperable, ya sea por miedo, vergüenza o incertidumbre. Sin embargo, es importante recordar que ninguna dificultad justifica una decisión tan irreversible como el suicidio. Cambiar, aunque sea difícil, abre la puerta a nuevas oportunidades y a resolver problemas que parecen imposibles.

Para apoyar en esta búsqueda:

- Haga preguntas que fomenten la reflexión sobre posibles alternativas.
- Recuérdele que cualquier decisión es menos drástica que la muerte.
- Sugiera contactar con profesionales capacitados (psicólogos, abogados, médicos, trabajadores sociales) que puedan ayudarlo a evaluar opciones sin imponer ninguna.

Como enfermera de urgencias, su papel es animar a la persona a tomar decisiones que le permitan avanzar, recordando siempre (3): "Un deseo no cambia nada, pero una decisión lo cambia todo."

8. Recordar soluciones exitosas previas y modelos de éxito cercanos.

Recordar soluciones pasadas o focalizarse en un modelo cercano son herramientas eficientes para fomentar la esperanza.

Todas las personas nos enfrentamos a problemas, y aunque no siempre lo veamos en el momento, hemos

superado desafíos anteriormente. Ayudar a una persona en crisis a recordar soluciones que ya haya aplicado con éxito puede ser una estrategia efectiva para devolverle la confianza en su capacidad de afrontar dificultades.

Como enfermera de urgencias, puede guiar a la persona para que identifique momentos del pasado en los que logró resolver conflictos, similares o no al actual. Pregunte qué hizo en esas ocasiones y cómo esas estrategias y acciones podrían adaptarse a su situación actual. Este ejercicio no solo refuerza la esperanza, sino que activa la expectativa de éxito.

Además, invite a la persona a reflexionar sobre cómo figuras significativas en su vida (familiares, amigos, mentores, o incluso personajes admirados) abordarían un problema similar. Imaginarse adoptando las actitudes o comportamientos de estos modelos puede inspirar nuevas perspectivas y estrategias para enfrentar la situación presente.

Reforzar estas soluciones pasadas y explorar alternativas basadas en ejemplos externos fomenta la acción y contrarresta la inercia emocional, un paso crucial en la prevención del suicidio (2, 3, 7, 8).

9. Emplear "mantras".

El poder de los mensajes repetitivos: herramientas para promover esperanza y reflexión.

En la intervención con personas en riesgo suicida, los mensajes repetitivos o *mantras* pueden ser una herramienta eficaz para fomentar la reflexión, aliviar la angustia y abrir espacio para la ambigüedad entre morir y seguir viviendo.

Estos mensajes, cortos y memorables, actúan como anclajes que refuerzan la protección y la esperanza en medio de la crisis.



Los *mantras* no solo calman la ansiedad, sino que también pueden facilitar la comunicación en momentos de intenso sufrimiento emocional.

Al repetir frases clave, podemos reforzar la conexión emocional con la persona y promover una visión más amplia de la situación.

Algunos ejemplos de mensajes útiles incluyen:

- «¿Lo que quieres es morir, o dejar de sufrir?»
- «El suicidio es una solución eterna e irreversible a un problema temporal» (Edwin Shneidman).
- «Hablar salva vidas, el silencio mata.»
- «Toda crisis es una oportunidad.»

Como profesionales enfermeros de urgencias y emergencias, memorizar y emplear estas frases durante tus intervenciones puede ser un recurso valioso. Utilízalos con empatía y adaptándolos al contexto, permitiendo que sirvan como puntos de reflexión para quienes enfrentan momentos difíciles (2).

10. Hacer la "pregunta milagro".

Steve de Shazer (9), pionero de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, introdujo la técnica conocida como "la pregunta milagro", una herramienta simple pero poderosa para ayudar a las personas en crisis a visualizar un futuro esperanzador y lleno de posibilidades.

Esta técnica invita a la persona a imaginar un escenario ideal en el que su problema actual ha desaparecido de forma milagrosa y a identificar los cambios concretos que notarían en su vida como resultado.

El ejercicio de la pregunta milagro comienza con una pregunta clave:

"Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede un milagro y los problemas a los que no ves solución ni salida, se resuelven de repente. ¿Qué cosas vas a notar de manera distinta y que habrás hecho mañana para que se solucionaran?"

A partir de esta premisa, se guía a la persona a imaginar con detalle cómo se vería su vida en ese escenario, cuáles serían las señales de mejora y qué emociones surgirían. Este ejercicio no solo les permite visualizar un futuro alternativo más positivo, sino que también fomenta la reflexión sobre los pasos concretos que podría dar la persona en crisis para acercarse a ese estado deseado, incluso de manera parcial.

Beneficios de la pregunta milagro en la intervención:

- Fomenta la esperanza: Al imaginar un futuro diferente, se abre una ventana de posibilidades que contrarresta la rigidez mental que acompaña la ideación suicida.

- Promueve la reflexión activa: Este ejercicio desplaza la atención del problema hacia posibles soluciones y acciones concretas.
- Refuerza el control personal: Al explorar qué pueden hacer para avanzar hacia ese futuro ideal, las personas recuperan la percepción de control sobre sus vidas.
- Genera expectativas de éxito: Recordar que es posible que haya cambios positivos, aunque pequeños, contribuye a la prevención del suicidio.

¿Cómo utilizar la pregunta milagro en un servicio de urgencias o en uno de emergencias y cuidados prehospitalarios? Como enfermera de urgencias y emergencias, puedes emplear esta técnica en un ambiente de calma, mostrando empatía y paciencia. Tras plantear la *Pregunta Milagro*, guía a la persona para que describa el escenario con el mayor detalle posible:

- ¿Qué cambios específicos notarías en ti o en tu entorno?
- ¿Cómo te sentirías diferente?
- ¿Qué podrías hacer hoy mismo, aunque sea pequeño, para acercarte a ese milagro?

Este enfoque no busca soluciones inmediatas, sino abrir una puerta hacia la reflexión y la posibilidad de un futuro mejor. Incluso si el cambio es pequeño, puede marcar una diferencia significativa en la percepción de la crisis, ayudando a prevenir el suicidio y a dar los primeros pasos hacia la recuperación (2).



Conclusión

Recomendamos interiorizar los 10 pasos del decálogo para intervenir mediante “el habla” y salvar vidas cuando tengamos frente a frente a una persona con ideación suicida.

Estos 10 puntos ofrecen herramientas prácticas al abordar situaciones de riesgo suicida, promoviendo la esperanza, el cambio y la conexión humana. Estos pasos, aplicados con sensibilidad y profesionalidad, no

solo pueden salvar vidas, sino también plantar semillas de esperanza y cambio de perspectiva en quienes se enfrentan con sus momentos más oscuros.

Como agentes de ayuda, el compromiso de cada enfermera en urgencias y emergencias es ser un puente entre el dolor y la posibilidad de un mañana diferente (1,2,3,5,7,8).

Bibliografía

1. Celada Cajal, F.J. (2025). El ABC de los cuidados en la intervención de emergencias por crisis suicida. *Ciberrevista SEEUE*, nº 73.
2. Celada Cajal, F.J. et al. (2018). Tentativa suicida atendida por los servicios de urgencias de Castilla-la Mancha y crisis económica, de 2006 a 2015. *Emergencias*. Vol. 30, nº 4, págs. 247-252.
3. Celada Cajal, F.J. (2018). Capítulo” Intento de suicidio”, en *Guía de intervención rápida de enfermería en situaciones urgentes*. DAE.
4. Celada Cajal, F.J. (2018). Capítulo” Intervención psicológica de emergencias”, en *Guía de intervención rápida de enfermería en situaciones urgentes*. DAE.
5. e Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
6. Galindo Bonilla, E. y Celada Cajal, F.J. (2023). *Dejar de sufrir o dejar de vivir. La dualidad del suicidio*. Oberón.
7. Galindo Bonilla, E. (2022). *La mesa de la vida. Manual contra el sufrimiento y la desesperanza*. Desclée De Brouwer.
8. Camacho, D. (2019). *La pérdida inesperada. El duelo por suicidio de un ser querido*. Fundación Española para la Prevención del Suicidio.
9. Celada Cajal, F.J. (2017). *Evolución de la conducta suicida, estudio autonómico de los intentos de suicidio en CLM 2006-2015*. [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid.
10. Celada Cajal, F.J. (2014). Capítulo nº 81 "Intervención y atención al intento de suicidio" en *Intervención y atención al intento de suicidio. Guía-Asistencial-Urgencias-y-emergencias-Segunda-Edicion-ISBN-978-84-697-1096-8*.
11. Davis, M., McKay, M. & Eshelman, E. R. (2001). *Técnicas de autocontrol emocional*. Martínez Roca.
12. Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder.
13. D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
14. Frankl, Viktor E. (1946). *El hombre en busca de sentido*. 9ª edición, editorial Herder.



Título	<i>Intervención enfermera en la consulta sanitaria de un CCU: Historia de un proyecto hecho realidad.</i>
Autoría	Carrera Muñoz, Francisco Manuel ¹ ; Perez Castro Margarita ¹ ; Samaniego Mirón, Emilio ² ; Villalobos Buitrago, Diego ³ ; López Ballesteros Alberto ⁴ ; Duque del Río; María Carmen ⁵ Ricardo Delgado Sánchez ¹ ; Selva Medrano, María Dolores ² , Bennici M. José ⁶ . 1) 2015 y 2021 enfermería CCU 2) 2015 enfermería CCU - 2021 no autora (no trabaja en la GUETS); 3) 2015: enfermería CCU – 2021. Responsable de equipos enfermería de la GUEST (Gerencia de Urgencias y Emergencias y Transporte Sanitario de SESCAM). 4) 2015 enfermería CCU- 2021 Director de enfermería GUETS; 5) 2015 Enfermería coordinadora - 2021 Responsable de enfermería CCU 6) 2015. Médico coordinador – 2021 Coordinadora médica del CCU. *Todos referentes a la Gerencia de Urgencias y Emergencias y Transporte sanitario de SESCAM - Junta de Castilla La Mancha, a quienes representamos y cuyo equipo de dirección ha contribuido a la investigación.
Contacto	Diego Villalobos Buitrago. duevillalobos@gmail.com
Palabras clave	CCU, urgencias sanitarias, demanda saniaatria, consulta sanitaria, sistemas de emergencia

Resumen

Introducción: La consulta sanitaria en los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCU) constituye un servicio ofertado por los Sistemas de Emergencia Sanitaria (SES) para atender demandas de información, asesoramiento y educación sanitaria. Tradicionalmente gestionada por médicos, desde 2016 se transfirió a enfermería del CCU-GUETS (SESCAM), en base a sus competencias profesionales, buscando optimizar la distribución de cargas de trabajo y mejorar la eficiencia asistencial. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la intervención de enfermería en la “consulta sanitaria” del CCU-GUETS tras seis años de implantación y valorar áreas de mejora. **Método:** Estudio prospectivo, transversal, cuali-cuantitativo, con recogida de datos en dos periodos: 2014-2015 y 2020-2021. Se analizaron 600 llamadas (300 por periodo, con 100 seleccionadas para análisis estadístico en cada fase). Se midieron indicadores de derivación, resolución, tiempo de gestión, satisfacción (escala Likert 1–5) y áreas de mejora. El análisis incluyó estadística descriptiva, ANOVA y pruebas no paramétricas. **Resultados:** En el primer periodo, el 92% de las llamadas fueron derivadas correctamente a enfermería, con resolución efectiva en el 87% de los casos y satisfacción media de 7,38/10. En el segundo periodo, el 73,7% de las consultas fueron correctamente tipificadas, con un 89,5% de resolución autónoma por enfermería, derivaciones <1% a otros agentes, tiempo medio de resolución de 4’32” y satisfacción media de 8,25/10. Las áreas de mejora más señaladas fueron criterios de inclusión, herramientas de resolución y sistema de registro. **Conclusiones:** La consulta sanitaria gestionada por enfermería en el CCU demuestra ser eficaz, segura y eficiente, con elevada satisfacción de usuarios y reducción de derivaciones innecesarias. Este modelo refuerza el rol autónomo de enfermería en la atención urgente y contribuye a la sostenibilidad del sistema, especialmente frente a la sobrecarga asistencial evidenciada durante la pandemia de Covid-19.

Title	<i>Nursing intervention in the health clinic of a CCU: History of a project made a reality.</i>
Key Words	Emergency Nursing, Emergency Nursing, Suicidal Behavior, Suicidal Ideation, Suicide, Crisis Intervention.

Summary

Introduction: The health consultation service in Emergency Coordination Centers (CCU) is part of the Emergency Medical Services (EMS) portfolio, aimed at responding to citizens’ demands for health information, advice, and education. Traditionally managed by physicians, since 2016 it has been transferred to nurses at CCU-GUETS (SESCAM), based on their professional competencies, with the aim of optimizing workload distribution and improving care efficiency. **Objective:** To evaluate the effectiveness of nursing interventions in the “health consultation” service at CCU-GUETS after six years of implementation and to identify areas for improvement. **Method:** Prospective, cross-sectional, mixed-methods study, with data collected in two periods: 2014–2015 and 2020–2021. A total of 600 calls were analyzed (300 per period, with 100 selected for statistical analysis in each phase). Indicators included routing accuracy, resolution rate, management time, user satisfaction (Likert scale 1–5), and areas for improvement. Descriptive statistics, ANOVA, and nonparametric tests were applied. **Results:** In the first period, 92% of calls were correctly routed to nursing staff, with 87% effectively resolved and a mean satisfaction score of 7.38/10. In the second period, 73.7% of consultations were correctly classified, with 89.5% resolved autonomously by nurses, <1% referred to other professionals, an average resolution time of 4’32”, and a mean satisfaction score of 8.25/10. The main areas for improvement identified were inclusion criteria, problem-solving tools, and the call documentation system. **Conclusions:** Nurse-led health consultations at CCU proved effective, safe, and efficient, achieving high user satisfaction and reducing unnecessary referrals. This model strengthens the autonomous role of nursing in urgent care and contributes to the sustainability of the system, particularly in the context of the care overload experienced during the Covid-19 pandemic.

Introducción

La consulta sanitaria en los centros coordinadores de urgencias y emergencias (CCU), es una actividad dentro de la cartera de servicios de los Sistemas de Emergencia Sanitaria (SES), que se oferta al ciudadano que demanda una información, un asesoramiento o una consultoría al **centro coordinador de urgencias y emergencias (CCU)**, relacionada con aspectos del autocuidado, automedicación o información institucional al respecto de la atención sanitaria como alertas, servicios médicos, entre otros.

Tradicionalmente este servicio denominado hasta ahora como consulta médica, lo ha prestado el médico coordinador (de sala); pero se plantea un cambio de modelo y asignar esta intervención a las/los enfermeras/os coordinadores del CCU para nivelar y realizar una distribución de cargas de trabajo de acuerdo con las competencias actuales de los profesionales de la Enfermería.

Esta demanda es clasificada como una urgencia subjetiva, relativa o demorable; pero, los datos históricos nos demuestran que puede ser el origen de un problema mayor enmascarado y que por tanto requiere valoración profesional sanitaria.

En base a ello, la enfermería del CCU- GUETS SESCAM, propone en 2014, el cambio de la denominación de consulta médica a consulta sanitaria y que ésta fuera atendida en primer instancia por enfermería, ya que requieren una identificación precoz de la situación - problema, la clasificación inmediata en un nivel de prioridad asistencial, descartando urgencia vital o emergencia y como consecuencia una intervención de información, asesoramiento y educación sanitaria, que son de la competencia tanto académica, como legal de los profesionales de enfermería, que permitirían mejorar la gestión de este tipo de demanda. *(este estudio fue aceptado como comunicación oral en el Congreso nacional de SEMES en 2016, siendo presentado entonces).*

Hay que significar que prácticamente toda la demanda de urgencias/emergencias era gestionada por médico de sala, incluyendo la consulta médica, siendo la gestión de transporte sanitario, código cronodependientes derivaciones al hospital y teleasistencia, las demandas específicas de enfermería (fig. 1-2); aunque, por rebose de demanda y tiempos de

actuación, muchas llamadas de éstas eran derivadas a enfermería especialmente en el turno de noche.

Tras los resultados positivos del estudio piloto, se **instaura dentro del flujo asistencial**, en 2016, la consulta sanitaria, sería transferida desde puerta de entrada a enfermería de sala, ya que estar dentro de las competencias de enfermería de acuerdo con los criterios que se marcaron.

Es importante, establecer las diferencias en el modelo asistencial del CCU – GUETS – SESCAM, a partir de 2019, porque cambia a un modelo integral en el que el peso de la demanda asistencial recaería en enfermería, atendiendo además de la consulta sanitaria, teleasistencia, cronodependientes, gestión de derivaciones a hospitales y transporte sanitario, a la gestión de la demanda clasificada como urgencias incluyendo las emergencias, siendo el médico de sala un agente de incidentes muy concretos y consultor de Enfermería, además del papel de control para la seguridad de pacientes a través de la segunda verificación de actuaciones.

Es también necesario significar que la pandemia Covid-19, tuvo un impacto muy especial en la demanda asistencial, que paso de unos 750 llamadas/día a 4500 de media entre marzo y julio de 2020, bajando discretamente en 2021 a unas 1230/día, con picos importantes y agresivos en las diferentes olas posteriores de la epidemia, lo cual afianza el modelo de asistencia integral sanitario con mayor presencia de enfermería, que continua hasta la actualidad.

* *Las presencias de enfermería en 2014-2015 es de 3 médicos y 2 enfermeras durante las 24 horas que cubren toda la jornada.*

* *Las presencias de enfermería en 2020-2021, es de 3 médicos de sala y 7 enfermeras durante las 24 horas que cubren toda la jornada.*

Tras 6 años de implantación, y con la experiencia de la pandemia Covid-19, hemos querido hacer la comparativa para verificar, la eficacia de este servicio y ver áreas de mejora.

Finalidad de la investigación

La finalidad de este trabajo es verificar la eficacia de la intervención de enfermería del CCU en la demanda denominada **“consulta sanitaria”**, lo cual que permite mejorar los flujos, discriminando la urgencia/emergencia de los que no es, con un grado alto

de seguridad en la identificación precoz de riesgo y en la resolución efectiva del problema.

Se trata de identificar los criterios de inclusión de la “consulta sanitaria” dentro de la demanda asistencial diaria, por una parte, calcular la eficacia en la resolución en este servicio, y establecer una acción de consultoría de enfermería que incluyese información, asesoramiento y educación sanitaria a la población.

Tras el periodo de implantación 2016-2022, queremos verificar la utilidad y la eficacia de este servicio en la cartera asistencial del CCU – GUETS.

Objetivos

Entre 2014 y 2016, los retos realistas pero exigentes, se establecieron de acuerdo a los objetivos generales:

1. Un 75% de la demanda del 112, que entra como consulta médica o sanitaria, será atendida íntegramente por el personal de enfermería de sala del CCU.
2. La derivación urgencias de atención primaria u hospital de la consulta sanitaria gestionada íntegramente por enfermería de sala CCU, será inferior al 20%.
3. Un 75% de las gestiones de consulta sanitaria, realizada íntegramente por enfermería CCU, obtendrán una puntuación superior a 7,5 puntos (**escala específica likert**) en cuanto a la satisfacción del usuario sobre el resultado de la gestión.

En este mismo estudio de 2014-2016, se planteamos unos objetivos específicos que nos servían de guía y de baremo previo por si se requerían correcciones oportunas, dado que la sensibilidad del servicio y la falta de experiencia previa así como bibliografía al respecto, generó una cierta incertidumbre en el personal de enfermería, que por otro lado son profesionales de larga trayectoria en le CCU y formación específica en urgencias y emergencias, porque el requerimiento para trabajar en CCU – GUEST – SEESCAM es haber cursado experto o máster al respecto.

Los objetivos específicos se definieron:

1. Un 85% de toda la demanda de entrada como consulta médica, sanitaria, información o dudas sobre algún aspecto de la salud y que los operadores de demanda no clasifiquen como urgencia primaria

o emergencia, pasará por flujo a enfermería de sala en primera instancia.

2. Un 75% de la demanda gestionada como consulta sanitaria por enfermería, será clasificada en alguna de las 5 categorías propuestas de intervención enfermera.
3. En el 95% de las demandas gestionadas como consulta sanitaria, se pasará una encuesta de satisfacción sobre el resultado de la gestión de la misma.

A finales del año 2021, se plantea el estudio comparativo, planteado los siguientes objetivos:

1. Ratificar los resultados del estudio anterior, de acuerdo a los siguientes ítems:

- *Idoneidad de la derivación del procedimiento de flujo con relación a la identificación en puerta de entrada,*
 - al menos un 80% de la demanda asistencial denominada “consulta sanitaria” cumple los criterios de inclusión y menos del 20% de las otras demandas, debieron ser determinadas como “consulta sanitaria”.
 - El 100% de la demanda denominada “consulta sanitaria”, y establecida en el flujo de derivación enfermera, ha sido derivada a mesa enfermera, y el 100% de la consulta sanitaria establecida como derivación médica, ha ido a mesa médica.
- *Derivación de la consulta sanitaria a atención primaria o centro hospitalario: derivación a atención primaria < 20%.*

Satisfacción usuario: Un 75% de las gestiones de consulta sanitaria, realizada íntegramente por enfermería CCU, obtendrán una puntuación superior a 7,5 puntos (**escala específica likert**) en cuanto a la satisfacción del usuario sobre el resultado de la gestión.

2. El tiempo medio de resolución de las consultas sanitarias en CCU, es inferior a 4 -5 minutos.
3. Establecer áreas de mejora a partir de la opinión de los profesionales de enfermería que realizan esta intervención.

Material y Método

Estudio de intervención, operacional evaluativo, cuali-cuantitativo. prospectivo y transversal.

➤ Recogida de datos:

Siendo N, el número total de llamadas al CCU GUETS - SESCOAM, realizamos una selección aleatorizada de acuerdo con los criterios de inclusión: en el procedimiento del flujo de respuesta que los

operadores de demanda identifican dentro de algunos de los criterios establecidos como consulta sanitaria:

- ✓ consulta médica
- ✓ consulta sanitaria
- ✓ información o dudas sobre algún aspecto de la salud, y que no se identifique como urgencia primaria o emergencia.

Son dos estudios separados, en un periodo de 6 años (en un principio íbamos hacerlo en 5 años, pero por casusas de la Pandemia Covid-19, aumentamos 1 año más), por lo que referenciamos dos periodos la recogida de datos (300 incidentes seleccionados como mínimo seleccionado al menos 100 para el análisis estadístico):

- 1º) Del 10 de Octubre del 2014 y 10 de Mayo del 2015 (una vez/semana un día diferente de lunes a domingo): 300 llamadas seleccionados como consulta médica, se analiza 100 de las mismas.
- 2º) Del 1 de Octubre del 2020 y 30 de Mayo del 2021 (una vez/semana un día diferente de lunes a domingo): 300 llamadas seleccionadas, se analizan 100.

Técnica de muestreo consecutivo (aleatorio simple), en el que se consensua por el grupo investigador, que el tamaño de la muestra debía ser un mínimo de 300 consultas totales para seleccionar al menos 100 casos gestionados íntegramente por enfermería

↘ Indicadores del estudio:

- a) Nivel de cumplimiento del flujo de llamada.
- b) Desde puerta de entrada derivación de la llamada: 1. enfermería, 2. Medicina. 3 Otros servicios.
- c) Tiempo de asistencia: Desde que descuelga el teléfono el profesional de la derivación hasta que cuelga y da a cierre del incidente.
- d) Derivación de la consulta enfermera a otros agentes: 1. Médico de sala, 2. recurso sanitario avanzado (UVI - SVE), 3. Urgencias de atención primaria, 4. Urgencias hospitalarias. 5: Otros.
- e) Nivel de satisfacción sobre el resultado de la gestión de la consulta: Se utiliza una escala tipo Likert que incluyó las siguientes opciones de respuesta: 1. “muy insatisfecho”, 2. “insatisfecho”, 3. “algo satisfecho”, 4. “satisfecho” y 5. “muy satisfecho”. La encuesta se realizada por llamada telefónica, entre 3 y 5 días de la demanda.
- f) Resolución del problema: Se denominan 5 áreas de competencia enfermera de acuerdo con la nomenclatura NANDA-2012-2014, y

- Consulta farmacológica
- Trastornos de eliminación
- Descompensaciones crónicas
- Intoxicaciones (alimentarias, farmacológicas, medioambientales)
- Traumas, quemaduras, heridas y picaduras.

g) Áreas de mejora: 1. Criterios de inclusión. 2. Derivación al agente de recepción sanitaria. 3. Tiempo de resolución. 4. Sistema de registro de la llamada. 5. Tipo de herramientas para la resolución del problema.

- * En los dos estudios: a), b), d) e).
- * En el segundo estudio se añaden c), g).

El análisis estadístico de resultados se realizó en ambos periodos empleando Microsoft Excel® (versión 2010, Microsoft Corporation, Redmond, WA, EE. UU.) para la gestión inicial de la base de datos y el cálculo de estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar). A partir de estos datos, la comparación de medias entre los resultados de los dos estudios, se utilizó el análisis ANOVA mediante el complemento “Herramientas para análisis” (Data Analysis ToolPak).

En el 2º periodo, los datos obtenidos de la encuesta de satisfacción y los datos cualitativos de resolución de problemas se analizaron con pruebas no paramétricas para la comparación entre periodos (Mann–Whitney U), igualmente en este segundo periodo las variables categóricas se analizaron mediante la prueba de Chi-cuadrado (χ^2).

Resultados:

Destacamos que la demanda del CCU ha ido incrementándose de forma significativa desde 2017 (registros datados (tabla 1))

DEMANDA	2017	2018	2019	2020
INCIDENTES/AÑO	275758	234309	235639	336439
PROMEDIO DIARIO	747	642	645	919

Primer periodo de estudio:

Las llamadas clasificadas como “consulta sanitaria” fueron 410, el 62,3% entre febrero y mayo de 2015.

El 92% de todas las llamadas seleccionadas han sido derivadas correctamente según el procedimiento de flujo de llamadas.

Al ser una muestra fácilmente trazada en el sistema informático, decidimos realizar el análisis estadístico de todas las llamadas que fueron derivadas al agente:

Enfermería de sala, suponiendo un 98%, y el 97,2% de éstas se clasificaron dentro de los grupos categorizados como de competencia de enfermería.

Con relación a la resolución de la demanda, un 2% de la misma derivación a otros agentes como médico de sala, o atención primaria u hospital, mientras que el - 87% fueron resueltas en sala.

Se pudo hacer la encuesta aun 62% de los usuarios atendidos, obteniendo un 7,38/10 de puntuación, siendo un 59,68% encima o igual a 8/10.

Segundo periodo de estudio:

De las llamadas incluidas en la selección, las clasificadas como "consulta sanitaria" con derivación a enfermera de sala específica, fueron 3318, de las cuales el 73,75% hemos considerado de derivación correcta a enfermería responsable de las mismas por lo que un 26,25% estaban mal tipificadas en el flujo de entrada, siendo en un 72,5% (19.7% del total), clasificadas finalmente como nivel 0-1 de urgencia (prioritarias), tipificados como código infarto, código ictus, alteración respiratoria, etc. con una resolución de intervención de UCI móvil y/o traslado a hospital.

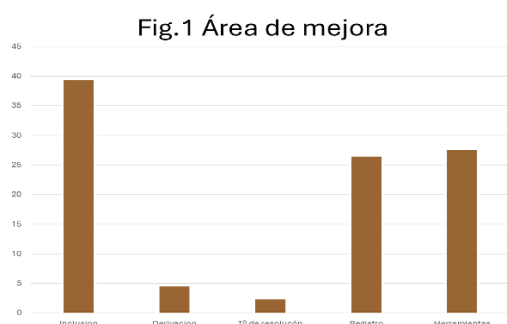
La resolución global de la demanda sin tener en cuenta las mal derivadas, en un 89,5% fueron resueltas por la enfermera coordinadora sin derivación directa, solo el 0,96% fueron derivados a otros agentes como médico de sala, o atención primaria u hospital (excluidos los categorizados como mal tipificados).

El tiempo de respuesta promedio fue de 4 min. 32 segundos.

La encuesta de satisfacción se realizó al 89,3% de los usuarios y/o familia de atendidos, obteniendo un 8,25/10 de puntuación, siendo un 72,3% encima o igual a 8/10 (estándar).

Las áreas de mejora identificadas por enfermería del CCU (respuesta del 96,5%), en orden de prioridad:

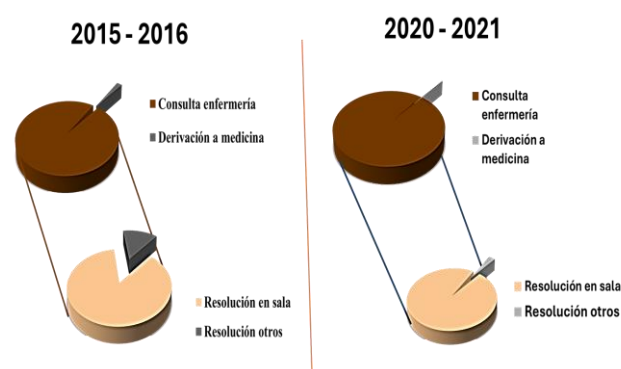
1. Criterios de inclusión (39,3%)
2. Tipo de herramientas para la resolución del problema (27,5%)
3. Sistema de registro de la llamada (26,4%)
4. Derivación al agente de recepción sanitaria (4,5%)
5. Tiempo de resolución (2,3%)



En el segundo periodo y con los resultados obtenidos, planteamos en esta fase, conocer, que incidentes de los clasificados como urgencia/emergencia, deberían haber sido considerados "consulta sanitaria" por la tipificación o la resolución final, obteniendo que el 76,4% hubieran tenido criterios de inclusión, lo que supondría que prácticamente un 48,3% de toda la demanda podría haber sido atendido por enfermería como "urgencia no priorizable", con una capacidad de resolución por consulta telefónica de prácticamente el 85%.

De estos datos, nos planteamos la cuestión del tiempo de resolución y derivación de los incidentes clasificados como "consulta sanitaria" y que debieron ser considerados emergencias/urgencias, y el tiempo medio fue de 1 minutos, 45 segundos.

Fig.2 Nivel de resolución de consulta sanitaria



Conclusión

Procede una revisión de los algoritmos de decisión en recepción de incidentes en puerta de entrada realizada por personal entrenado pero no sanitario, para depurar los errores con relación a la tipificación inicial por OD (Operador de demanda), ya que retrasamos la atención de personas con prioridad asistencial, y por otra parte, se pierde tiempo en la atención de demanda no priorizable (esta especialmente sensible ya que es un tiempo de ocupación del sanitario que puede incidir en retrasos en la atención a prioritarios).

Podemos afirmar que las intervenciones de enfermería en el CCU, ha supuesto un nivel mayor de seguridad con doble verificación en la identificación y la resolución de incidentes no considerados en puerta como emergencias/urgente, cuando si lo eran.

El tiempo de resolución marcado para el segundo periodo, ha cumplido el estándar de resultado, que, unido a un nivel de resolución por encima de lo esperado, en cuanto disminución de la derivación a primaria, a hospital y el uso de recursos de transporte

sanitario, nos permite afirmar alto grado de eficiencia dado un mayor nivel de experiencia y formación del personal de enfermería en cuanto a competencias se refiere.

El nivel de satisfacción de usuarios y/o familiares también ha obtenido una mejor puntuación en comparación con el anterior periodo; consideramos importante que el nivel de confianza de la población con los profesionales de la enfermería es mayor y aceptan estas intervenciones autónomas.

Incidimos que se ha de analizar los resultados de las áreas de mejora, en cuanto al sistema de registro de la llamada, muchos enfermeros significaban que no sabían cómo tipificar el motivo de la consulta y la falta de herramientas durante la intervención, como guías de práctica clínica, protocolos, o herramientas de internet para consultar, sobre todo en los incidentes de mayor frecuentación como fiebre, diarrea, dudas sobre medicación, por ejemplo.

Fig.3 Nivel de resolución de consulta sanitaria



Al respecto diremos que muchas intervenciones que entraron a enfermería como consulta sanitaria eran relacionadas con fármacos, dosis e interacciones, que fueron resueltas sin derivar a médico de sala, aunque si a atención primaria para la prescripción, que es otra área que habría que explorar con las nuevas guías de propuestas.

Discusión

Planteamos la consultoría de enfermería en el CCU como un producto/servicio dentro de la cartera del SNS.

Consideramos que la consulta sanitaria gestionada por enfermería supone una mejor distribución del trabajo en sala con una gestión efectiva que debe ser mejorada sin duda, para dar seguridad y mayor confianza al usuario.

Invitamos a nuevos estudios en otros CCU para ir explorando nuevas formas de trabajo y guías homogenizadas en este sector.

Bibliografía

1. Alfonso Martín P, De Prado Berrocal R, Domínguez Sánchez E, García Márquez RM, Gómez Muñoz MA, González Castañeda C, et al. Coordinación gerencia emergencias sanitarias con otros organismos. En: Manual de actuación clínica en las unidades medicalizadas de emergencias. Vol. 2. Valladolid: JM Edición profesional; 2019. p. 381-383.
2. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Editado por EPES.es. Visitado el 18 Noviembre 2020. Disponible en: http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf
3. Zamora-Soler, Jose Angel | Maturana-Ibáñez, Vanesa | Castejón-de la Encina, María Elena | García Aracil, Noelia | Lillo-Crespo, Manuel. Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias. Editor: Urgencias extrahospitalarias: revisión sistemática. Emergencias. 2019, 31(5): 346-352. Visitado varias veces 2020/2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/336210371_Utilizacion_e_implementacion_de_indicadores_de_calidad_para_evaluar_la_atencion_en_las_emergencias_extrahospitalarias_Revision_sistemática
4. FE Hermoso Gadeo, JR Aguilar Reguero. Centro coordinador de urgencias médicas: Estructuras y funciones. Dossier. Visto el 23 enero 2021. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/documento%20de%20consenso%20en%20Centros%20coordinadores3.pdf>
5. Manual de Competencias profesionales. Enfermero/a de emergencias y urgencias extrahospitalarias, Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía. 2015. Visitado varias veces en 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-52-03-Manual-de-Competencias-Enfermero-Emergencias-Urgencias-Extrahospitalarias.pdf>
6. Manual de Competencias profesionales. Médico/a de emergencias y urgencias extrahospitalarias, Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía. 2015. Visitado varias veces en 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-09-03-Manual-de-Competencias-M%C3%A9dico-Urgencias-Emergencias.pdf>

7. Miralles González L, Rovira Gil E. Enfermería 21. Los sistemas de emergencias extrahospitalaria. Visitado varias fechas 2020. Disponible en: <https://es.calameo.com/read/005689686851fded6086b>
8. Joseba Barroeta Urquiza Nuria Boada Bravo. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en [http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los SEM en Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf)
9. J. J. García del Águila, F. J. Mellado Vergel, G. García Escudero. Sistema integral de urgencias: funcionamiento de los equipos de emergencias en España. (Visitado 6 noviembre 2020) disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/sistema%20integral%20de%20urgencias.pdf>
10. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
11. Laura Ripoll Sanchis, Desirée Camús Jorques, Malena Ballesta Benavent, Atención integral en urgencias y emergencias extrahospitalarias en València. Visitado 17 Febrero 2021. Disponible en <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/4013>
12. Fernández García, Enrique Brea Rivero, Pilar Padilla Marín, Concepción. Documento marco sobre estándares de calidad de la atención urgente a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias edita Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Visitado 13 Febrero de 2020. Disponible en: <http://www.epes.es/wp-content/uploads/EstandaresdeSalud-1.pdf>
13. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1-55. (Libro electrónico)
14. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes (5.ª ed.). Elsevier Mosby.
15. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes (6.ª ed.). Elsevier.

Aula virtual Simulación clínica Formación SEEUE



**Un espacio para adquirir las habilidades
y destrezas que requieres día a día**



<http://www.enfermeriadeurgencias.org>



secretaria@enfermeriadeurgencias.org



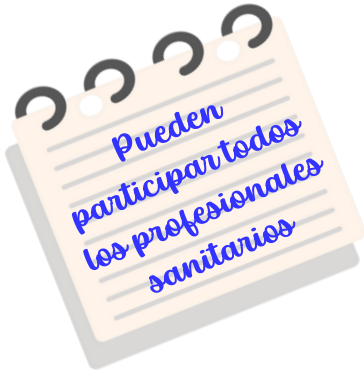


XXXI Congreso Nacional
V Congreso Virtual
SEEUE

22-23-24 octubre de 2025



**Abierto plazo de inscripción y
presentación de trabajos científicos**



Normas para la
presentación de
trabajos

Recomendaciones
para cumplimentar
un abstract

Recomendaciones
para la presentación
de una
comunicación oral
eficaz

Recomendaciones
para la presentación
de un póster
científico

No te olvides del programa social:

- *Escape Room: El Tesoro de Toledo*
- *Coctel y baile de bienvenida.*
- *Toledo enigmático crisol de culturas*
- *Vinito de mediodía*
- *Cena de gala con entrega de premios*





Guía de derivación del paciente con arritmias SUMMA 112

2ª parte

Coordinadores: Sonia Castro Fernandez²⁻⁴, Juan José Fernández Domínguez⁻¹⁻⁴

Autores: Javier Alonso Cabrillo², Celestino Casilla Marcos¹; Ana Isabel Checa Nieto²⁻⁴; Javier de Andrés Sanchez²⁻⁴; Giannina Milagros Escalante Matos¹, Myriam González Barea²⁻⁴, Yolanda Gonzalez Moreno²⁻⁴, Lucia Gonzalez Torralba²⁻⁴, Blanca Guerrero Moñus²⁻⁴; Eva Hidalgo González¹⁻⁴; Anna María Martín Quintana³⁻⁴; Ana Moreno Serrano²⁻⁴; Pilar Medina Díaz²⁻⁴; Carlos Rubio Chacon¹⁻⁴; María Cristina Sánchez Lapeña²⁻⁴; Miguel Santiuste García²⁻⁴; Miriam Uzuriaga Martín²⁻⁴; Jesus Valeriano Martínez²⁻⁴; Pilar Varela García²⁻⁴,

1. Médico/a SUMMA 112 - 2. Enfermera/o SUMMA 112 - 3. TES SUMMA 112 - 4. Miembro de la comisión de arritmias del SUMMA 112.

Introducción

Las arritmias son alteraciones del ritmo cardíaco producidas por causas y mecanismos muy diversos. Del mismo modo su gravedad y las consecuencias clínicas que de ellas puedan derivarse también lo son.

Constituyen un grupo de procesos muy prevalente y con una alta incidencia, por lo que los profesionales sanitarios se deben enfrentar a ellas con una gran frecuencia.

El SUMMA 112 **codifica entre 10000 y 12000 casos de arritmias al año**; sin embargo, como consecuencia de la falta de procedimientos específicos de actuación, no siempre se adopta un criterio común y el profesional no siempre tiene la seguridad de actuar de la forma más adecuada.

Alguna de las cuestiones que, con frecuencia asaltan al profesional sanitario que se enfrenta a una arritmia son: ¿qué arritmias debo derivar al hospital?, ¿cuándo puedo dejar al paciente en el domicilio y remitir a su médico de atención primaria para el seguimiento?, ¿cuál es recurso óptimo para su traslado?,

En los numerosos manuales de urgencias o en las diferentes guías de recomendación de práctica clínica apenas se hace referencia a dichos aspectos. Por eso, para cubrir esa carencia de referencias en la literatura sanitaria y dar respuesta a las cuestiones mencionadas, los miembros integrantes de la Comisión de Arritmias del SUMMA 112 han elaborado una guía, eminentemente práctica, sobre derivación del paciente con arritmias.

El objetivo de esta Guía es orientar al profesional en la toma de decisiones más correctas, dándole mayor seguridad, para que el paciente reciba la atención más adecuada.

La Guía se divide en varios bloques. En cada bloque se intentan enviar mensajes claros y precisos y, sobre todo, **se apoya en algoritmos de toma de decisiones concretas sobre la derivación o no del paciente y la forma óptima de realizarla.**

Por todo lo anterior, la Guía de Derivación del Paciente con Arritmias del SUMMA 112 se convierte en un texto novedoso dentro de la literatura sanitaria en el contexto de Urgencias y Emergencias extrahospitalarias.

Bloque II

Bradicardia sinusal/Disfunción sinusal.

Giannina Milagros Escalante Matos, Blanca Guerrero Moñus, Lucia González Torralba, Miguel Santiuste García.

Conceptual: alteraciones sinusales

- Alteraciones del ritmo cardíaco que cursan con frecuencia ventricular inferior a 60 lpm.
- Responden fundamentalmente a dos **mecanismos**:
 - por afectación primaria en la formación del impulso cardíaco con disminución del automatismo
 - por alteración en la conducción de impulsos
- No todas los casos son patológicos y, en consecuencia, no se deben tratar:
 - En ausencia de síntomas, algunos cuadros se pueden considerar variantes de la normalidad
 - Pueden corresponder a una situación de adaptación (deportistas o durante el sueño)
- Cuando los síntomas son intensos y persistentes, con marcada bradicardia, se habla de **Síndrome del seno enfermo o Enfermedad del nodo sinusal o Disfunción Sinusal**, y es más frecuente en la tercera edad. Es debida a envejecimiento del nodo sinusal y del tejido atrial circundante

→ Clasificación alteraciones sinusales.

Existen tres alteraciones básicas que se subdividen en diferentes entidades (Tabla 1)

Tabla 1: Clasificación de las alteraciones sinusales

BLOQUEO SINOAURICULAR	trastorno en la conducción del impulso desde el nodo sinusal a la aurícula
PARO (PAUSA) SINUSAL	alteración en la formación del impulso en el nodo sinusal
BRADICARDIA SINUSAL INAPROPIADA	aparece de forma fisiológica como respuesta a un tono vagal elevado (sobre todo si $fc < 40$ lpm). ECG: pueden observarse ritmos de escape auriculares (ondas P de características no sinusales).
INCOMPETENCIA CRONOTRÓPICA	el corazón es incapaz de aumentar su frecuencia cardíaca y adaptarse a las necesidades de demanda metabólica. Se necesita una prueba de esfuerzo para su diagnóstico.
SÍNDROME BRADICARDIA-TAQUICARDIA	coexistencia de episodios con ritmo auricular rápido (Taquicardia sinusal, taquicardia auricular o fibrilación auricular), que tras su cese brusco originan una pausa debido a un tiempo de recuperación sinusal prolongado.

→ Reconocimiento electrocardiográfico

1.- Bradicardia sinusal.

- ✓ FC < 60 lpm.
- ✓ Ritmo regular.
- ✓ Ondas P y complejos QRS de características normales (o iguales a las que presenta el paciente de forma basal).
- ✓ Intervalo PR de duración normal y constante (o igual al que presenta el paciente de forma basal).
- ✓ No suele tener, en general, significado patológico.

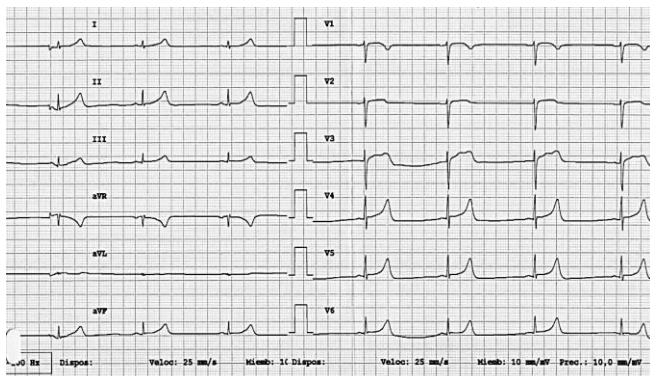


Imagen 1-2. Bradicardia sinusal.

2.- Paro, pausa o parada sinoauricular (PSA).

- ✓ Durante un intervalo de tiempo no se forma impulso en el nodo sinusal y por lo tanto no se estimula la aurícula.
- ✓ Aparece una pausa sin actividad auricular de modo que no aparece una P donde tendría que hacerlo.

- ✓ La duración de la pausa **no es múltiplo** de la distancia P-P de base.

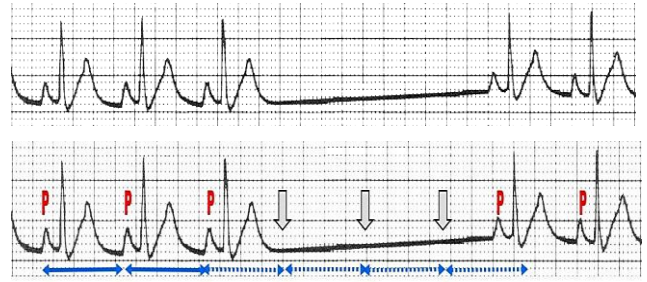


Imagen 3-4. PSA (Parada sinoauricular)

3.- Bloqueos sinoauriculares.

- ✓ Algún impulso no se transmite desde el nodo sinusal a la aurícula.
- ✓ Aparece una pausa sin actividad auricular de modo que no aparece una P donde tendría que hacerlo.
- ✓ La duración de la pausa es siempre **múltiplo** de la distancia P-P de base (2x, 3x...).

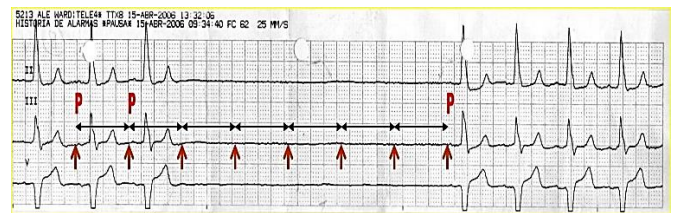
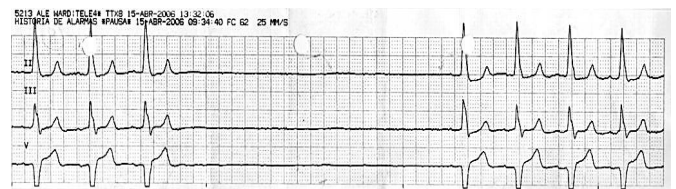


Imagen 5-6. Bloqueos sinoauriculares.

→ Clínica de las alteraciones sinoauriculares

- La bradicardia puede ser fisiológica y asintomática, como en los deportistas de alto rendimiento.
- La presentación clínica es muy variable. Depende de las características propias de la arritmia y del propio paciente, lo cual determinará la tolerancia hemodinámica a la arritmia.
- Son criterios de inestabilidad hemodinámica y, por tanto, de potencial gravedad:
 - Alteración del nivel de conciencia
 - Mareo, presíncope o síncope (por hipoperfusión cerebral)
 - Dolor torácico (por hipoperfusión cardíaca)
 - Piel fría o sudorosa (hipoperfusión periférica)
 - Bradicardia ≤ 40 lpm.
 - TAs menor de 90 mmHg o bajada de más de 30 mmHg de TAM habitual.

→ Manejo en urgencias extrahospitalaria:

1. Anamnesis:

- ✓ Motivo de consulta y cuadro clínico
- ✓ Antecedentes (generales/cardíacos/episodios similares) (¿Deportista de alto rendimiento?)
- ✓ Valorar posibles causas reversibles.
 - ▶ IAM
 - ▶ Taquicardia auricular
 - ▶ Alteraciones electrolíticas
 - ▶ Hipotiroidismo
 - ▶ Infecciones
 - ▶ Anormalidades metabólicas
 - ▶ Tratamiento farmacológico: antiarrítmicos o cronotropos negativos, antihipertensivos, psicofármacos, drogas (Cuadro 1)

Tabla 2: Tratamiento farmacológico

Antihipertensivos	BetaBloqueantes, clonidina, metildopa, bloqueantes de los canales de calcio no dihidropiridínicos.
Antiarrítmicos	Adenosina, amiodarona, dronadrona, flecainida, procainamida, propafenona, quinidina, sotalol.
Psicoactivos	Donepezilo, litio, analgésicos opioides, antieméticos y antipsicóticos fenotiazínicos, fenitoína, inhibidores de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos.
Otros	Propofol, cannabis, digoxina, ivabradina, relajantes musculares (succinilcolina).

2. Exploración Física: Debe incluir

- ✓ Nivel de consciencia
- ✓ Auscultación pulmonar
- ✓ Estado de la perfusión periférica y/o llenado capilar
- ✓ Auscultación cardíaca

3. Exploraciones complementarias:

- ✓ ECG 12 derivaciones (si el estado clínico del paciente lo permite)
- ✓ Monitorización.
- ✓ Si el paciente se encuentra con tratamiento anticoagulante (Sintrom®), realizar INR.

4. Registros:

- ✓ Frecuencia Cardíaca
- ✓ Frecuencia Respiratoria
- ✓ Tensión Arterial
- ✓ Saturación de O₂
- ✓ Glucemia capilar.

5. Diagnóstico. Es fundamental correlacionar la sintomatología y las alteraciones en el ritmo cardíaco que presenta el/la paciente.

6. Tratamiento:

- ✓ Medidas generales y específicas (Algoritmo 1)
- ✓ Si es posible, tratar causas reversibles.
- ✓ Valorar tratamiento con atropina, isoproterenol y marcapasos transcutáneo (sedoanalgesiar). (consultar guía específica de manejo de arritmias en el SUMMA112)

7. Evolución

8. Traslado

✓ Decisión de los dispositivos para el traslado:

Monitorización:

- ✓ Compromiso hemodinámico
- ✓ Tratamiento farmacológico o terapia de marcapasos transcutáneo
- ✓ Riesgo de asistolia o FC ≤ 40 lpm
- ✓ Sospecha de causa intrínseca de origen arritmogénico

Valorar traslado sin monitorización:

- ✓ Los síntomas asociados no son adversos y no existe riesgo de asistolia ni FC extrema
- ✓ Bradicardia relacionada con causa extrínseca reversible y resuelta con tratamiento in situ.

Valorar NO trasladar y derivar a AP:

- ✓ asintomáticos con FC ≥ 40 lpm y sin riesgo de asistolia.

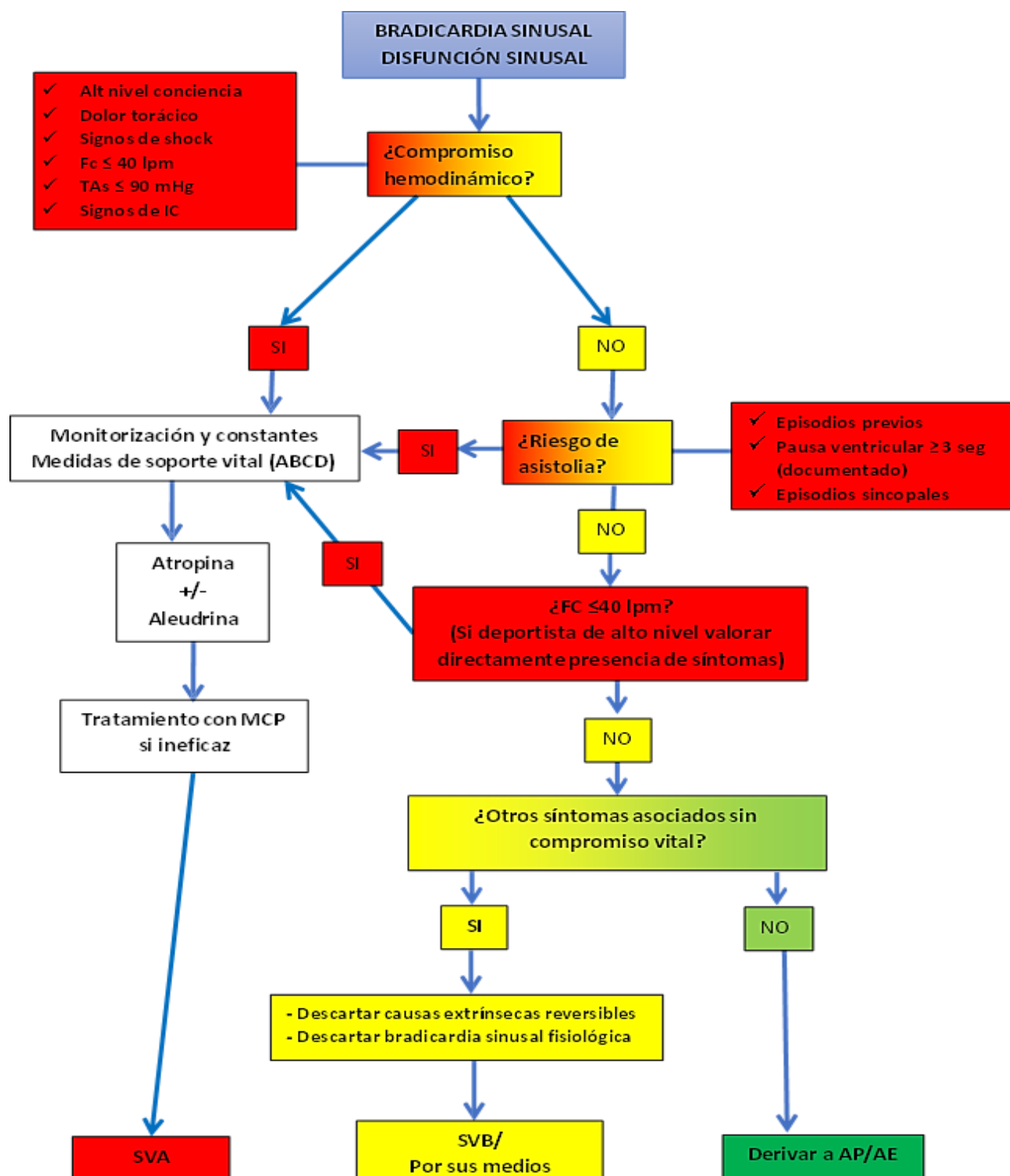
Bibliografía

1. Michael Semelka, Do et al. Sick sinus syndrome: a review. American Family Physician [Internet] 2013. [Consultado marzo 2020]; 87 (10): 691-696. Disponible en: <https://www.aafp.org>
2. Kusumoto FM et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay. Executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines, and the heart rhythm society. Journal of the American College of Cardiology. 2019 Aug 20;74(7):932-987. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.043>
3. Vergara Olivares, José Manuel et al. Protocolos clínico terapéuticos en urgencias extrahospitalarias [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. [Consultado marzo 2020]. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
4. González Cocina, Emilio, et al. Proceso asistencial integrado: arritmias. Subproceso arritmias [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2003. [Consultado marzo 2020]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d28f9b_12_subprocesos_o_bradiarritmias.pdf
5. R. Jiménez-Arjona, A. Ruiz-Salas* y F. Cabrera-Bueno. Área del Corazón. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España. Ciber CV. Bradiarritmias. Medicine. 2019;12(89):5226-36
6. José Ginés Villanueva Sánchez, Manuel Villegas García, Juan Martínez Sánchez. Bradiarritmias y marcapasos. FMC [Internet] 2019 [consultado marzo 2020]; 26 (extraordin 1): 54-82. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-estadisticas-13111283>

7. Julián Martínez Bausela: Gerencia de emergencias sanitarias de Castilla y León. Manual de actuación clínica en las unidades medicalizadas de emergencia. Volumen 1. [Internet]. Valladolid: JM Edición profesional; 2019 [revisado 2019; consultado 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/urgencias-emergencias/manual-actuacion-clinica->

[unidades-medicalizadas-emergencia/ficheros/1482930Manual%20de%20actuaci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20en%20las%20Unidades%20Medicalizadas%20de%20Emergencia%20Volumen%201.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/urgencias-emergencias/manual-actuacion-clinica-unidades-medicalizadas-emergencia/ficheros/1482930Manual%20de%20actuaci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20en%20las%20Unidades%20Medicalizadas%20de%20Emergencia%20Volumen%201.pdf)

→ Algoritmo de derivación



Esquema 2, guía de arritmias SUMMA 112 Madrid (con autorización)

Modelos de evaluación de la calidad asistencial en las organizaciones sanitarias.

Por el grupo de trabajo para la calidad y la seguridad clínica en las urgencias y emergencias, de la SEEUE.

Introducción

Un modelo de evaluación de la calidad asistencial en el marco de la actividad sanitaria es una estructura metodológica que permiten analizar las actuaciones de una organización desde diferentes puntos de vista de la gestión, de la operativa, de los procesos y los resultados.

Se trata de generar un método validado, que permite medir, de forma objetiva a través de indicadores clave, la actividad desarrollada en la atención sanitaria a personas, para analizar y promover la mejora continua de la calidad y la seguridad.

Elementos clave en la evaluación de la calidad de una organización sanitaria:

- **Definición de criterios:** Establecer qué aspectos se van a evaluar y cómo se medirá la calidad.
- **Recopilación de datos:** Utilizar instrumentos y técnicas adecuadas para obtener información relevante.
- **Análisis de datos:** Interpretar la información recopilada para identificar fortalezas y áreas de mejora.
- **Plan de mejora:** Implementar acciones para corregir deficiencias y promover la mejora continua.
- **Seguimiento y evaluación:** Verificar la efectividad de las acciones implementadas y realizar ajustes si es necesario.

Los modelos de calidad asistencial no solo redundan en la seguridad y el servicio dirigido a los pacientes, sino que también protege al profesional operativo y al gestor organizativo y estratégico, ya que permiten:

- ✎ **Mejora continua:** Se identifican áreas de mejora que conlleva una actualización continua para la optimización del servicio sanitario.
- ✎ **Toma de decisiones:** La información que proporcionan los informes de la evaluación, son la base para decisiones no solo organizativas, sino estrategias y clínicas, porque son datos reales de la actividad realizada.
- ✎ **Satisfacción del cliente:** Contribuyen a mejorar la calidad percibida y la satisfacción del cliente, además de la de los profesionales implicados.

✎ **Rendición de cuentas:** Permiten demostrar el cumplimiento de estándares y objetivos, y diferenciar de forma grupal e individual que, de cara a la valoración del desempeño, es un aspecto clave sin duda.

✎ **Ventaja competitiva:** Independientemente que estemos en un sistema sanitario público o privado, la acreditación, o certificación de lo bien hecho, da posicionamiento, garantías de desarrollo profesional, y abre puertas de cara a obtener beneficios para nuevos proyectos.



Esquema 1: Metodología para la evaluación de la calidad. SEEUE. Comisión de calidad y seguridad. 2025



Figura1: Sello de control de calidad

Tipos de modelos de evaluación de la calidad en las organizaciones sanitarias.

Existe una amplia variabilidad metodológica en los modelos de evaluación de la calidad y se caracterizan en gran parte por la orientación, las perspectivas, la dimensionalidad, la aplicación y el alcance, aunque en estudios recientes (2019–2025) se resalta que no existe consenso universal sobre definición o dimensiones de calidad en salud.

La mayoría de los modelos tienen base occidental y pueden no adaptarse a todos los contextos culturales o económicos, por lo que se recomienda a las organizaciones desarrollar o adaptar modelos propios.

Entre los tipos de modelo, podemos encontrar:

- **Modelos basados en objetivos:** Se miden los resultados obtenidos en base a las de metas y objetivos planteados, a corto, medio y largo plazo.
- **Modelos basados en competencias:** Se centran en evaluar el desarrollo de habilidades y conocimientos específicos que desarrollan los profesionales que han intervenido y los resultados obtenidos.
- **Modelos basados en estándares:** Se establecen mínimos o máximos (estándares), basado en criterios de resultados que se establecen previamente teniendo en cuenta a medias estadísticas, expertos, bibliografías, etc.
- **Modelos de evaluación de la calidad en servicios:** Evalúan la satisfacción del cliente y la calidad percibida del servicio, teniendo en cuenta factores multidimensionales que conforman los criterios de un nivel u otro de calidad.
- **Modelos de evaluación de la calidad en productos:** Evalúan la conformidad con especificaciones técnicas y la satisfacción del cliente.
- **Modelos de gestión de calidad:** Son sistemas de evaluación multidimensionales, en el que el porcentaje final de la evaluación está ponderado; son sistemas integrados en la gestión de la organización y forman parte de una acción continuada y no solo puntual.

De la bibliografía revisada, destacamos la **orientación al cliente y su perspectiva o percepción del servicio**, en una ponderación incluso mayor que la de los resultados científico – técnicos que se entienden como un parámetro imprescindible asociado al resultado clínico.

Así pues, la evaluación de la atención sanitaria viene determinada según las perspectivas desde las cuales se formulan los criterios a evaluar, siendo un factor común la expectativa-percepciones del cliente externo (paciente, usuario, familia, comunidad, grupo de riesgo...), y la expectativa-percepciones del cliente interno (políticos, gestores, profesionales, técnicos) en una organización.

Esta visión orientada a la percepción y a las expectativas de los agentes implicados, ha llevado al uso de **modelos multidimensionales**, basados en indicadores externos, en la gestión de la calidad asistencial, teniendo en cuenta aspectos internos como la *calidad de trato, la fiabilidad, la tangibilidad del servicio/producto, la seguridad clínica o la capacidad de respuesta en tiempo y forma*, además de resultados comparados que permiten establecer niveles de calidad por estándares **mínimos (certificación) o máximos (acreditación)**.

Generalmente, y teniendo en cuenta las dimensiones establecidas por los diferentes bibliografías referenciadas ya sean autores específicos o instituciones que respaldan un modelo u otros, destacamos entre los más significativo, los modelos tradicionales, y los modelos actuales:

Origen de la Evaluación de la Calidad

La evaluación de la calidad es un abstracto que va concretándose a partir de la definición y el resultado que consideramos, establece la línea entre lo suficiente y lo que no, asignando a los atributos que caracterizan el servicio o producto en apto o no apto, útil o no útil, bueno o no, estableciendo parámetros e indicadores medibles, y uno o varios estándares que marca la línea que los separa.

Los sistemas de evaluación de la actividad y los resultados en el ámbito sanitario fueron un reto, al que se enfrentaban en un campo complejo, cerrado, muy austero y difícil de medir, como eran los indicadores de la salud, porque los *estadísticos de mortalidad y morbilidad* se quedaban insuficientes y los sistemas paternalistas biomédicos planteaban dificultades al no considerar al paciente ni a otros profesionales sanitarios y no sanitarios aptos para valorar tratamientos o terapéuticas médicas, unos por ignorancia y otros porque al fin y al cabo participaban como auxiliares de la medicina, eje central de los servicios sanitarios; sin embargo, las nuevas estrategias de calidad en el mundo industrial, y

en otros campos de la actividad económica, comienzan a introducirse en el mercado de la salud, con la aparición de la industria farmacéutica, costes hospitalarios, seguros médicos, costes secundarios por errores médicos, indemnizaciones millonarias por denuncias de pacientes ante el fallecimiento de un familiar, o por secuelas tras un ingreso, y especialmente por el aumento de días de estancia debido a complicaciones tras una cirugía, o un diagnóstico fallido, por ejemplo y llevan pronto a cuestionar y a plantear que la salud tiene un coste, y que no solo tiene que ver con resultados absolutos de vivos y muertos, enfermos o no enfermos.

Uno de los modelos tradicionales pioneros, fue el de **Donabedian** (1966), que plantea la salud como un sector más productivo, conceptualizan la calidad en componentes: **estructura, proceso y resultado**; y dimensiones que son las que hay que evaluar: **dimensión técnica, dimensión interpersonal y confort**.

El logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes (Avedis Donabedian 1980).

En 1985, el modelo de evaluación de **Brook-Lohr KN**, clarificaron el concepto de calidad como “*el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual*”, establecen tres enfoques, siguiendo el modelo Donabedian, **calidad técnica, interpersonal y organizativa**.

Ya en 1996, la **Dra. Heather Palmer** introduce un enfoque de calidad basado en Harvard contribuyendo a una nueva conceptualización, basada en un sistema de garantía de calidad en atención médica, alineado con el enfoque del *Institute of Medicine de Washington*.

Palmer define nuevas dimensiones de la calidad que son una especificación ampliada de las de Donabedian y que son todavía referencia en los modelos más actuales: **calidad científico-técnica** (competencia profesional y relación interpersonal), **accesibilidad, satisfacción o aceptabilidad** (grado en que se cumplen las expectativas del usuario); **efectividad** (mejora real en la calidad de vida), **eficiencia** (maximizar resultados con recursos disponibles).

Una de las novedades más importantes de la Dra. Palmer, y que es una aproximación a los nuevos modelos o métodos evaluativos de calidad es el denominado **ciclo evaluativo**, por el que propone adaptar estas dimensiones para evaluar servicios individuales o específicas áreas de mejora en intervenciones asistenciales, con ello, introduce en el sector sanitario de EEUU, el concepto de **aseguramiento de la calidad** que fue rediseñando y desarrollando en el **Institute of medicine IOM**.

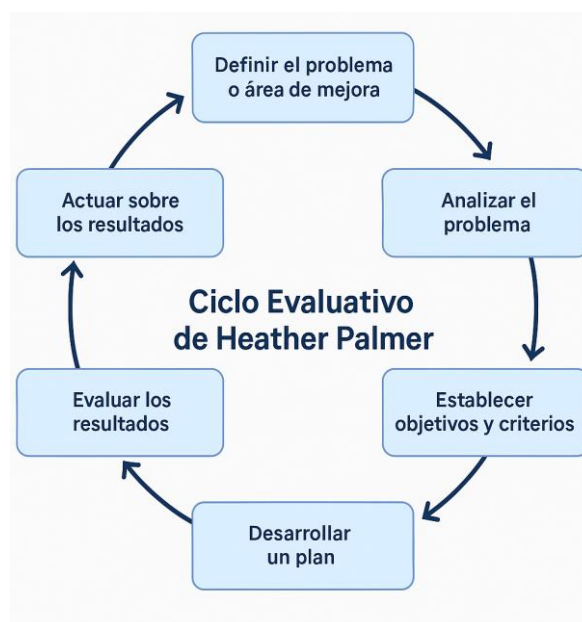


Figura 2: Ciclo evaluativo de Palmer. Fases.

El **IOM** en 2001 publica un documento clave: *Crossing the Quality Chasm*, en el que define 6 dimensiones fundamentales de la calidad sanitaria y ha desarrollado los instrumentos de evaluación basado en ella y que la Organización Mundial de la Salud (OMS) asumió como fundamentales, de hecho en 2018, publicó la OMS **conjuntamente con el Banco Mundial y la OCDE**, su marco más reconocido y actual sobre las dimensiones de la calidad asistencial en el informe titulado “**Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage**” (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561>)

En este informe, la OMS define 6 dimensiones fundamentales de la atención de calidad: **seguridad** (Safety), **efectividad** (Effectiveness), **centrado en el paciente** (Patient-centeredness), **oportunidad / acceso sin demoras** (Timeliness), **eficiencia** (Efficiency) y **equidad** (Equity).

Es importante también referenciar el modelo de la **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)** (EE. UU 2003), por su enfoque centrado en la evaluación y mejora de resultados en hospitales y atención primaria, y que simplifica los componentes básicos de la calidad sanitaria en la **seguridad del paciente, mejora continua, rendición de cuentas y atención centrada en el usuario**.

Tabla 1. Modelos tradicionales de evaluación de la calidad	
Autor / Institución	Dimensiones más destacadas
Donabedian	Eficacia, eficiencia, accesibilidad, equidad, aceptabilidad, continuidad, seguridad
Institute of Medicine	Seguridad, efectividad, centrado en el paciente, oportunidad, eficiencia, equidad
OMS	Seguridad, efectividad, centrado en la persona, oportunidad, eficiencia, equidad
Brook & Lohr	Calidad técnica, interpersonal y organizativa
AHRQ (EE. UU.)	Seguridad, mejora continua, centrado en el usuario, rendición de cuentas

Modelos actuales de la Evaluación de la Calidad

El **concepto de calidad** sanitaria en la actualidad es **multidimensional**, aunque tras las diferentes propuestas, y las especificaciones dimensionales, no distan mucho de los tradicionales, manteniéndose vivo el concepto Donabedian de estructura, proceso y resultado y sus enfoques de calidad técnica, interrelación y confort.

El novedoso concepto de control de la calidad y aseguramiento de la misma, incitan a modelos y sistemas de gestión de la calidad más operativos, que pasaban de teoría a la práctica asignando gradaciones y/o niveles de calidad, estableciendo rankings y bases para asignar recursos, establecer sanciones por incumplimientos o relacionar con productividad asociadas a los resultados de calidad.

El concepto de aseguramiento de la calidad asistencial, genera a nivel internacional una responsabilidad de los gobiernos con relación al servicio sanitario que se oferta, independientemente del Sistema de Salud de cada país, pero que relaciona el bienestar, la inversión pública en infraestructuras sanitarias, inversión

farmacéutica, material sanitario y costes de los seguros médicos asociada a incidentes críticos que afectan a la salud, como accidentes de tráfico, deportivos, laborales, y la autorresponsabilidad del ciudadano con su estado de salud y las consecuencias de su forma de vida.

El aseguramiento de la calidad tiene como fines:

- ▶ Que el servicio sanitario suministrado corresponda con las especificaciones previamente definidos estableciendo mínimos necesarios de calidad que permita la confianza de los usuarios.
- ▶ Minimizar los costes de control, almacenamiento y costes de no calidad, relacionado con material sanitario, farmacia, instalaciones, aparatajes, y pruebas diagnóstico – terapéuticas innecesarias.

Surge pues, los sistemas de gestión total de la calidad, con la normalización, certificación y acreditación como modelos de gestión integral de la calidad basados en la evaluación de los procedimientos estandarizados que son previamente planificados y avalados por la evidencia científica y los resultados tanto clínicos como de satisfacción del cliente interno/externo y que implica el uso de recursos tanto estructurales, como humanos como administrativos.

Una organización sanitaria es considerada de calidad total cuando documenta y demuestra que sus clientes (paciente/usuarios), y sus trabajadores (sanitarios y no sanitarios), están satisfechos, genera valor y contribuye al bienestar general, progreso y desarrollo de la sociedad.

Podemos distinguir **tres grandes tipos de modelos** que, aunque han sido propuestos desde los años 1950, se han desarrollado paralelamente a los sistemas sanitarios actuales y que se posicionan actualmente como fundamentales en la evaluación e identificación de criterios de calidad, aplicando de forma directa mecanismos de detección de problemas, uso de indicadores de evaluación y definición e implantación de acciones de mejora, los tres más significativos en el SNS español son:

- Modelo ISO.
- Modelo JCAHO.
- Modelo EFQM.

***Modelo ISO de evaluación de la calidad.**

ISO son las siglas de *International Organization for Standardization*, un organismo internacional creado en 1947 por 25 países para facilitar la organización y coordinación internacional de las normas, con el objetivo inicial de facilitar el intercambio comercial.

La ISO o normas 9000, define los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y especifica formas de medición de esta, a partir de **estándares mínimos de cumplimiento**.

La norma ISO 9001 se ha consolidado como una herramienta eficaz para la gestión de la calidad en el ámbito sanitario.

Existe un *enfoque hacia la mejora continua, la eficiencia y la satisfacción del paciente* que ha contribuido a una transformación positiva en el sistema sanitario español en los últimos 25 años.

La aplicación de la **norma en el ámbito sanitario** comenzó en los años 1990, pero se consolidó especialmente con la **versión ISO 9001:2000**, que introdujo un *enfoque por procesos más adecuado para servicios de salud*. Desde entonces, se ha extendido a hospitales, centros de salud, unidades de urgencias, laboratorios, centros sociosanitarios, unidades administrativas, entre otros.

En la actualidad se aplica la **ISO 9001:2015**, en el sector sanitario en España.

Los principios clave de la ISO 9001 son:

1. **Enfoque al cliente,**
2. **Liderazgo,**
3. **Compromiso con las personas,**
4. **Enfoque a procesos,**
5. **Mejora,**
6. **Toma de decisiones basada en evidencia,**
7. **Gestión de relaciones**

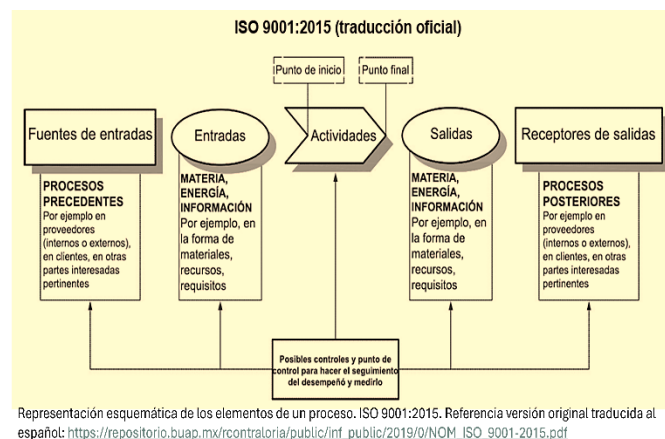
La utilidad de la norma ISO 9001, ya ha sido ampliamente demostrada, especialmente en generar una cultura de calidad y cumplimiento de normas, bajo un mismo paraguas que aporta:

- 👉 **Una mayor seguridad del paciente.**
- 👉 **Homogeneización de procesos clínico-asistenciales.**
- 👉 **Incremento en la satisfacción del usuario.**
- 👉 **Mejora del clima organizacional.**
- 👉 **Apoyo a la gestión documental y de riesgos.**

España se sitúa entre los países europeos con mayor adopción de la ISO 9001 en el sector sanitario. Hospitales públicos y privados, servicios de atención primaria, y unidades específicas (como urgencias, UCI, quirófanos) cuentan con certificaciones activas.

Muchas comunidades autónomas han promovido la implantación del sistema, y actualmente más de 1.000 organizaciones sanitarias en España tienen certificados ISO 9001.

En muchos casos, se complementa con otras normas como la UNE 179003 (gestión de riesgos), la UNE 179006 (infecciones nosocomiales), o acreditaciones como la *Joint Commission*, con estándares de máximo cumplimiento, una diferencia significativa entre estos dos modelos.



Esquema 2: Elementos de un proceso ISO 9001:2015

***Modelo The Joint Commission International: JCI**

The JCI, es una división de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) una organización estadounidense encargada de acreditar el cumplimiento de altos estándares de calidad y seguridad en organizaciones sanitarias. Su prestigioso emblema, el **Gold Seal of Approval**, simboliza el compromiso con cuidados seguros y de alta calidad. En la actualidad, es la mayor organización de acreditación de los Estados Unidos en el ámbito de la sanidad y que ha extendido el modelo por todo el mundo.

La JCI, fue creado en 1951, con un acuerdo de distintas organizaciones sanitarias norteamericanas con la finalidad de estandarizar y establecer una buena práctica sanitaria, de alta exigencia científica, y organizacional, en un sistema sanitario privado de alta competencia social y muy intermediado por las aseguradoras que no estaban dispuestas a pagar más del coste necesario de los procesos sanitarios, sancionando o limitando las aportaciones a errores producidos en la atención sanitaria.

La Joint Commission comenzó como una entidad acreditadora en EE.UU. en 1951, desarrollando estándares clínicos en hospitales. La versión internacional (JCI) surgió posteriormente, ampliando su cobertura a organizaciones sanitarias globales mediante un modelo estandarizado y centrado en la seguridad del paciente.

Este modelo de evaluación de alta exigencia paramétrica, que acredita que un centro ha alcanzado el nivel óptimo para realizar la función que tiene encomendada, basándose en funciones relevantes de la organización y estableciendo **estándares de buena práctica**.

La acreditación aporta el compromiso claro de la organización de mejorar la calidad de asistencia del paciente, garantizar un entorno seguro y trabajar sistemáticamente en la reducción de riesgos para los pacientes y el personal.

Los fundamentos y esquema de funcionamiento es similar a las normas ISO, con la particularidad de que **está enfocado específicamente al ámbito sanitario**.

El proceso de acreditación de este modelo pretende servir de **ayuda para la mejora continua y el enriquecimiento profesional**, y no únicamente como un mecanismo de reconocimiento externo.

El proceso de acreditación de la JCI, se basa en evaluaciones por *expertos formados*, que llevan a cabo *inspecciones presenciales*, las denominadas “on-site surveys”, para verificar el cumplimiento de los estándares de calidad.

El **proceso de acreditación** incluye:

1. **Preparación previa al estudio.**
2. **Evaluación in situ por los evaluadores.**
3. **Revisión posterior al estudio para resolver observaciones.**
4. **Renovación periódica (generalmente cada tres años).**

La JCI también está reconocida por la **International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA)**, lo que refuerza su legitimidad como entidad acreditadora.

A nivel global, la acreditación JCI se aplica a hospitales, centros ambulatorios, laboratorios, servicios de atención primaria y atención domiciliaria.

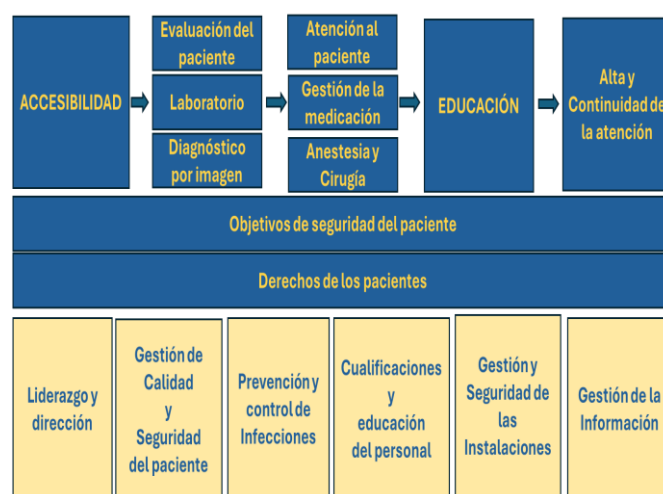
Aunque más común en el contexto internacional y anglosajón, algunas **organizaciones sanitarias españolas** han optado por esta acreditación como sello de prestigio y garantía de excelencia.

La JCI, evalúa unos 1.300 que se agrupan dos tipos:

➔ **Funciones centradas en la atención al paciente:** establecen los requisitos de calidad para las funciones asistenciales, cubriendo las principales etapas de atención a los pacientes durante su interacción con el centro sanitario, desde el momento del acceso, la evaluación de necesidades, el tratamiento, la educación al paciente y el alta.

Destacan las funciones de Seguridad del Paciente y Derechos, que se consideran funciones transversales que afectan a lo largo de todo el proceso.

➔ **Funciones centradas en la gestión de la organización:** regulan aspectos de gestión que son imprescindibles para que la atención al paciente se pueda llevar a cabo de forma adecuada: liderazgo y dirección de la organización, gestión del programa de calidad y seguridad del paciente, sistema de prevención y control de la infección, todos los aspectos relacionados con la gestión y el desarrollo de los profesionales que prestan servicios en la organización, gestión y seguridad del entorno en el que se lleva a cabo la atención (instalaciones y equipamiento) y gestión de la información, que incluye los requisitos de documentación clínica y de seguridad y confidencialidad de la información.



Esquema 3: Items para la acreditación de la Joint Commission International: Esquema publicado por Vithas, que desde 2019, viene acreditando los hospitales Universitario Vithas Madrid Arturo Soria, Vithas Xanit Internacional (Benalmádena), y Vithas Granada.
<https://www.ideal.es/granada/joint-commission-international-20191017112728-nt.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.ideal.es%2Fgranada%2Fjoint-commission-international-20191017112728-nt.html>

Tanto en España como en diversos países latinoamericanos, la acreditación JCAHO la gestiona la *Fundación Avedis Donabedian (FAD)*, aunque son organismos diferentes y las finalidades son distintas.

Muchos centros sanitarios hospitalarios, tanto públicos como privados, trabajan para tener la JCI, ya que es un distintivo de alta calidad asistencial, que mide parámetros como el desempeño profesional y la organización de los centros, con un enfoque en el paciente principalmente además de cumplimiento de estándares de práctica clínica en los que incluye investigación, desarrollo de proyectos y resultados clínicos; no obstante, en España su adopción es más puntual y selectiva, comparada con otras acreditaciones nacionales o europeas como la UNE o el modelo EFQM, aunque algunas CCAA han planteado la posibilidad de establecer este sistema como acreditador, como el País vasco o Cataluña.



Figura 3: Gold Seal of Approval, de la Joint Commission.
<https://www.jointcommission.org/en>

***Modelo European Foundation for Quality Management.**

El Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, surgió en 1989 de la asociación en una Fundación de 14 empresas que querían trabajar en calidad y su primera versión fue publicada en 1992 como parte del Premio Europeo a la Calidad es un marco de gestión de la calidad basado en la autoevaluación, la mejora continua y la excelencia organizacional.

Su evolución en el sector sanitario comienza en los años 1980, con la aplicación del modelo en diversas empresas de la Fundación.

Su enfoque no prescriptivo permite adaptarse a distintos contextos, impulsando la innovación, el liderazgo y la orientación a resultados.

Los principales conceptos o características que conforman el **modelo EFQM** serían los siguientes:

- **Orientación hacia los resultados**
- **Orientación al cliente**
- **Liderazgo y coherencia**
- **Gestión por procesos y hechos**
- **Desarrollo e implicación de las personas**
- **Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora**
- **Desarrollo de alianzas**
- **Responsabilidad social de la organización**

Se estructura en nueve criterios que abarcan que abarca dos secciones a evaluar:

- 👉 **Agentes facilitadores** (liderazgo, estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos)
- 👉 **Resultados** (clientes, personas, sociedad y resultados clave).

1. Criterios de Agentes:

- **Liderazgo:** Evalúa cómo los líderes inspiran, gestionan y desarrollan a la organización.
- **Política y Estrategia:** Examina cómo la organización define y despliega su estrategia y políticas.
- **Personas:** Se centra en cómo la organización gestiona, desarrolla y motiva a su personal.
- **Alianzas y Recursos:** Evalúa la gestión de recursos, socios y proveedores.
- **Procesos:** Analiza cómo se diseñan, gestionan y mejoran los procesos de la organización.

2. Criterios de Resultados:

- **Resultados en los Clientes:** Evalúa la satisfacción y lealtad de los clientes.
- **Resultados en las Personas:** Mide el compromiso y satisfacción de los empleados.
- **Resultados en la Sociedad:** Analiza el impacto de la organización en la sociedad.
- **Resultados Clave:** Evalúa el desempeño financiero y operativo de la organización.

3. Esquema REDER/RADAR:

- **Resultados:** ¿Qué quiere lograr la organización?
- **Enfoque:** ¿Qué enfoques utiliza la organización para lograr sus resultados?
- **Despliegue:** ¿Cómo se implementan los enfoques?
- **Evaluación y Revisión:** ¿Cómo se evalúan y mejoran los enfoques?

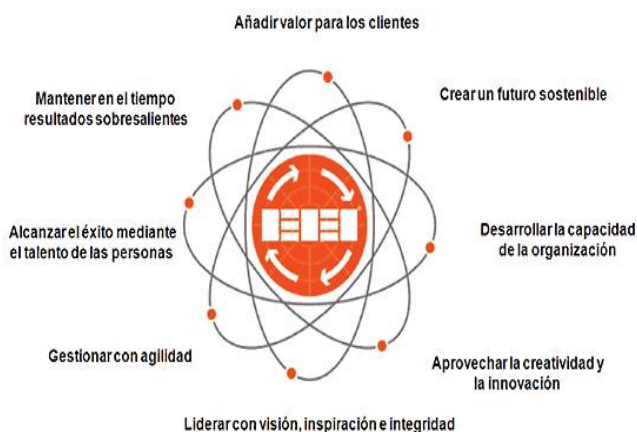


Figura 3: Aspectos de los fines de la EFQM. <https://www.efqm.es/>

A través de la **autoevaluación** el modelo EFQM pretende una gestión más eficaz y eficiente. La identificación de los **puntos fuertes y débiles** aplicados a diferentes ámbitos de la organización son el punto de partida para el proceso de mejora continua, porque establece:

- ✋ **La identificación de fortalezas y áreas de mejora.**
- ✋ **Establecer prioridades para la mejora.**
- ✋ **Desarrollar planes de acción y estrategias de mejora.**
- ✋ **Medir el progreso y la eficacia de las acciones de mejora.**
- ✋ **Integrar la gestión de la calidad total en las operaciones de la organización.**

Al contrario de los modelos anteriores, el objetivo principal del EFQM no es **conseguir** la certificación externa, sino **la excelencia empresarial**.

Este sistema no sólo posibilita lograr los máximos objetivos de calidad en el trabajo ejecutado, sino que permite **optimizar los recursos empresariales** para lograr la excelencia en la gestión.

La filosofía de este modelo es **lograr la excelencia en la gestión** a través de la **autoevaluación continua de una serie de indicadores**, por lo que **no se utilizan normas ni estándares**.

Se trata de un modelo ampliamente utilizado en los sistemas sanitarios de la mayoría de los países europeos, incluido España, teniendo también un gran seguimiento y aceptación en muchos países latinoamericanos como México y Chile.

En España, su desarrollo se aceleró a partir de mediados de los años 90. El Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) fue pionero en su implementación,

obteniendo mejoras significativas en calidad percibida, procesos, liderazgo y satisfacción del paciente.

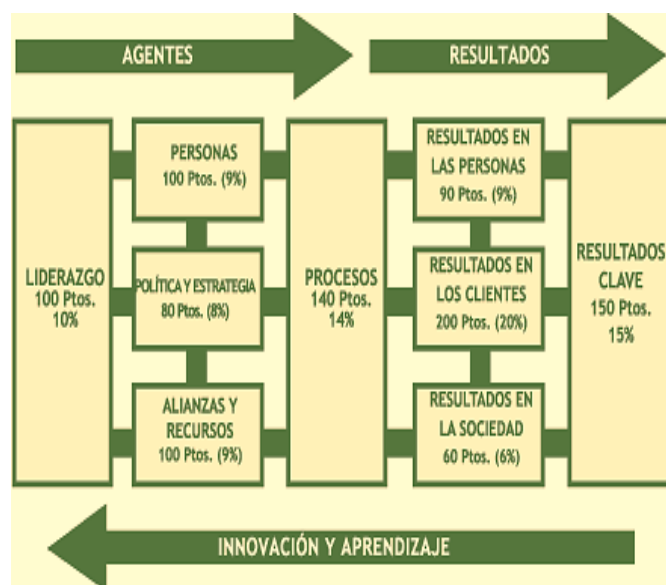
Actualmente, el modelo EFQM está ampliamente consolidado en los sistemas sanitarios españoles, tanto en hospitales públicos como privados. Se utiliza para mejorar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la eficiencia de la gestión.

En los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, por ejemplo, se ha aplicado de forma sistemática, alcanzando puntuaciones medias de más de 400 puntos, e identificando importantes fortalezas y áreas de mejora.

Organizaciones como la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria y la Fundación San Cebrián han obtenido el Sello EFQM 500+, el máximo reconocimiento europeo.

Estos casos demuestran la utilidad del modelo como herramienta para la transformación y la mejora continua en el ámbito sanitario.

Por ello, el modelo EFQM se ha convertido en un referente para la excelencia y calidad en la gestión de los centros sanitarios en España.



Esquema 4: Esquema de proceso de ponderación de los items que evalúa la EFQM. <https://www.efqm.es/>

Cabe añadir que, aunque el único modelo específico para servicios de salud es el JCAHO, los tres modelos de evaluación actuales tienen un nivel de adaptación y flexibilidad que los convierte en válidos para ser utilizados como herramienta de control, dinamización y ejecución de planes efectivos de mejora continua de la gestión sanitaria.

Incluso son compatibles y hay centros que acreditan servicios por la JCI, normalizan con ISO 991 y llevan a cabo sistema de gestión de la calidad con EFQM de forma integral.

Tabla 2. Modelos actuales de evaluación de la calidad		
Autor / Institución	Resultados de la evaluación	Dimensiones más destacadas
Modelo ISO 9001	Certificación de calidad por estándares mínimos de cumplimiento.	Enfoque al cliente, Liderazgo, compromiso con las personas, enfoque de procesos, mejora, toma de decisiones basada en la evidencia, gestión de relaciones.
Modelo JCI (JCHO)	Acreditación de calidad, excelencia por estándares máximos de cumplimiento	Accesibilidad, Seguridad del paciente, Organización, Liderazgo y dirección, desempeño y desarrollo profesional, adecuación de las instalaciones, Gestión de la documentación e información.
Modelo EFQM	Reconocimiento de niveles de calidad, los diferentes niveles de calidad, otorgando premios de excelencia	Orientación hacia los resultados y al cliente, liderazgo y coherencia, Gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora, responsabilidad social de la organización.

➤ Diseño de la evaluación (CB77 sept – oct 2025)

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad (España). Capítulo 3: La Calidad asistencial en la Unión Europea. En: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2005 [consultado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/informAAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>
- Consejo económico y social de España, departamento de publicaciones. Informe: El Sistema Sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Colección Informes 1/2024, primera edición marzo de 2024. NICES 856-2024. Visto en Junio 2025. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf
- Joaquín Uris Selles; Emilio Flores Pardo. Modelos de gestión de calidad y procesos. UOC. Visto en búsqueda Scola Google: <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/222ed73e-4e81-4005-98a1-f89da973796e/content>
- Lee, DH (2017). HEALTHQUAL: una escala multi-ítem para evaluar la calidad de los servicios de salud. *Service Business*, 11 (3), 491-516. <https://doi.org/10.1007/s11628-016-0317-2> Visto y abierto en Mayo 2025. [10.1007/s11628-016-0317-2](https://doi.org/10.1007/s11628-016-0317-2)
- Barrios-Ipenza F, Calvo-Mora A, Velicia-Martín F, Criado-García F, Leal-Millán A. Patient Satisfaction in the Peruvian Health Services: Validation and Application of the HEALTHQUAL Scale. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 15;17(14):5111. doi: 10.3390/ijerph17145111. PMID: 32679844; PMCID: PMC7400537. Visto junio 2025 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32679844/>
- Agarwal, A. (2023). Evaluación de la calidad del servicio hospitalario según el modelo HEALTHQUAL durante la segunda ola de COVID-19: Un estudio empírico en el PMCH, Udaipur. En: Yang, XS., Sherratt, S., Dey, N., Joshi, A. (eds.) Actas del Séptimo Congreso Internacional sobre Tecnologías de la Información y la Comunicación. Apuntes de las conferencias sobre redes y sistemas, vol. 465. Springer, Singapur. Visto Mayo 2025. https://doi.org/10.1007/978-981-19-2397-5_26
- Lee D (2016) HEALTHQUAL: una escala multi-ítem para evaluar la calidad de los servicios de salud. *Serv Bus*. <https://doi.org/10.1007/s11628-016-0317-2>
- International Organization for Standardization. ISO 9001:2015 – Quality Management Systems – Requirements. Geneva: ISO, 2015. <https://www.iso.org/standard/62085.html>
- Molina Cantos, Rosa María et al. Implantación de un sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015 en servicios sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 2020, 94: e1-e11.
- Tena, M. et al. La norma ISO 9001 como herramienta de mejora en atención primaria. *Atención Primaria*, 2008, 40(3): 141–146.
- Peiró, M. Modelos de calidad en sanidad: ISO 9001 vs. acreditaciones específicas. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2019, 21(1): 12–18.
- García-García, C. Sistema de gestión de calidad en servicios de urgencias hospitalarias basado en ISO 9001. *Emergencias*, 2017, 29(6): 420–425.
- European Foundation for Quality Management (EFQM). The EFQM Model 2020. Brussels: EFQM, 2020. <https://efqm.org/>
- Aragón M. J. et al. Aplicación del modelo EFQM en hospitales del Servicio Madrileño de Salud: resultados de autoevaluación. *Journal of Healthcare Quality Research*, 2019, 34(1): 34–41.
- OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud. Estudio descriptivo sobre la implantación del modelo EFQM en organizaciones sanitarias del País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 2006, 20(Suppl 1): 93–100. https://www.aes.es/Jornadas2007/GS_CONGRESO_ECONOMIA_SALUD.pdf
- Martín, J. et al. El modelo EFQM en atención primaria: aplicación y utilidad práctica. *Revista de Calidad Asistencial*, 2002, 17(6): 294–300.
- Rodríguez, S. et al. El modelo europeo de excelencia EFQM como elemento transformador de la calidad asistencial. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2023, 6(4): 117–123.

Sociedad Española de Enfermería Urgencias y Emergencias

Tu referencia profesional

**SE ESTÁ TRAMITANDO LA SOLICITUD PARA LA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE
CRÍTICOS, URGENCIAS Y EMERGENCIAS,**

**YA NO ES UNA INTENCION, ES UNA POSIBILIDAD,
Por nuestros pacientes, por la calidad asistencial,
por la seguridad clínica**

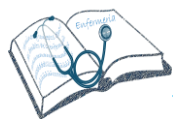
**HAZTE SOCIO
necesitamos tu apoyo**

SEEUE

**la única sociedad de enfermería solo para enfermería,
nuestros intereses por encima de otros**

- ✓ **Trabajamos para consolidar las áreas de competencias como enfermería profesional de grado universitario (Reivindicamos el grupo profesional A1)**
- ✓ **Exigimos seguridad jurídica en el ejercicio profesional, nuestra formación académica debe ir acompañada de un cambio legislativo.**
 - **Diagnóstico enfermero**
 - **Intervenciones autónomas**
 - **Prescripción enfermera efectiva**

<https://enfermeriadeurgencias.org/>



Ratios de Enfermería en urgencias

1. **Real Academia Española (RAE) – ratio.** función matemática: **razón** (II cociente de dos números).

Sinónimos: *razón*.

2. **RAE – razón.** función matemática: *Cociente entre dos números o en general de dos cantidades comparables entre sí.*

**El género de la palabra: la forma recomendada en español es femenina ("la ratio"), aunque hoy en día es muy común ver también el uso en masculino ("el ratio") también aceptado por la RAE.*

Concepto de Ratio en la gestión sanitaria.

La palabra **"ratio"** en el contexto profesional sanitario (como en "ratio enfermera-paciente" o "profesional-paciente") se refiere a la **proporción o cociente que expresa la cantidad de pacientes asignados a un único profesional de la salud**.

Por ejemplo, una **ratio de 1:4 significa que hay un profesional para cuatro pacientes**.

Este concepto es fundamental en los entornos sanitarios, ya que una ratio adecuada influye directamente en la **calidad y seguridad de la atención**, reducción de errores, disminución de morbi-mortalidad, y mejora general en los resultados clínicos y adquiere una sensibilidad especial si lo aplicamos a la gestión de recursos humanos (RRHH) para la determinación de plantilla y presencias de profesionales en una unidad o durante una jornada de trabajo.

Aplicado a las unidades de enfermería, hablaríamos de **"ratio enfermera-paciente"** y alude claramente a esa proporción y a una **función matemática**, que obliga al cálculo de las necesidades de personal de enfermería con relación al número de pacientes que podría atender para cubrir la demanda necesaria con la calidad y la seguridad de pacientes y de los propios profesionales.

Así pues, cuando hablamos de ratio en enfermería, debemos entender la gran variabilidad que supone los cálculos enfermería/paciente en España, en una región, en una ciudad, en un centro de salud, en una unidad de hospitalización, en una UCI, en una clínica, en un sistema de emergencias, en una PAC, en un servicio de urgencias; y claramente las proporciones resultantes serían muy diferentes, teniendo en cuenta el denominador y las características o tipos de atención enfermera, y tipo de paciente.

Factores que influyen en el cálculo de ratios de enfermería.

- ✗ Complejidad/cuidados del paciente y dependencia.
- ✗ Carga de trabajo real medida con NAS, NEMS, TISS-28 o VACTE (sistemas de medición muy usados para ajustar plantillas).
- ✗ Jornada laboral anual/mensual/diaria/Turno y actividad (picos, noches, ingresos/altas, procedimientos, traslados).
- ✗ Proporción de cuidados entre profesionales (presencia de TCAE/auxiliares, residentes, tecnología, protocolos).
- ✗ Ocupación y flujo (estancias, rotación de camas, cirugías ambulatorias, presión estacional).
- ✗ Marco organizativo y cultura de calidad y seguridad del paciente, y recursos disponibles).
- ✗ Eventos de impacto social
- ✗ Epidemiología estacional.
- ✗ Situaciones especiales
- ✗ Otros

En el ámbito de la **enfermería de las urgencias y emergencias**, la complejidad es mayor con relación a unidades con un número de camas establecido, como pudiera ser las unidades de hospitalización o unidades como UCI, o el cálculo en quirófanos o en unidades de pruebas funcionales como serían hemodinámica, radiología, endoscopias, etc. porque la atención en general va en función del número de intervenciones, generalmente programadas en un turno determinado.

Los cálculos realizados para el ratio de enfermería en urgencias y emergencias están muy condicionado por la demografía, el área de cobertura, los recursos asistenciales que existen en el entorno, y como no puede ser de otra manera la estadística sanitaria del tipo de demanda asistencial de los pacientes que asiste.

Desde el punto de vista de la gestión de recursos humanos, es fundamental contar con las herramientas adecuadas para calcular la plantilla mínima de enfermeras y TCAE necesaria en un servicio de urgencias hospitalario, o en los sistemas de emergencias tanto en las urgencias primarias como en las unidades móviles, ya que existe evidencias científicas al respecto de unos mejores resultados en calidad cuando existen unos ratios mayores de personal de enfermería; pero, desde el punto de vista de la rentabilidad o eficiencia del recurso humano, no debemos hacer un uso irracional de los mismos, ya que unos cálculos sobredimensionados sin justificación aumenta los costes y condiciona igualmente la capacidad económica para afrontar las necesidades de estos servicios, provocando alta carga de trabajo en casos de incapacidad laboral, permisos, vacaciones, etc.

Por otra parte, es conocido y referido como un problema, la falta de enfermería en España con relación al entorno europeo, teniendo en cuenta los ratios recomendados por las Instituciones internacionales como la OMS o el Consejo Internacional de Enfermería, y por ello, en la actualidad existe la intención de establecer ratios que respondan a la realidad en los centros sanitarios; pero, ¿se están calculando desde el punto de vista general o con metodología específicas que identificaría mejor los requerimiento “ad hoc”?; esta cuestión se plantean en diferentes trabajos científicos, porque, especialmente en unidades de urgencias y emergencias, existen muchos factores transversales que deben tenerse en cuenta, en el cálculo específico de un ratio sometido a gran variabilidad.

Metodología en el cálculo de ratios en enfermería de urgencias y emergencias.

Para el cálculo de ratio, se precisa previamente el cálculo de las cargas de trabajo de enfermería/paciente, y para ello se utilizan dos conceptos:

- El **nivel de dependencia** del paciente
- El **nivel de intervenciones terapéuticas** que requiere el paciente.

El **nivel de dependencia** se mide a través de escalas específicas de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD - Escala de Barthel, Índice de Katz), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD - escala de Lawton y Brody) y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD – test Mongil), que valoran el grado de capacidad de una persona para su autocuidado.

Los servicios de urgencias y emergencias, adolecen en general de registros de valoración de la situación clínica de los pacientes desde una perspectiva enfermera, aunque en los últimos diez años se está avanzando en este sentido gracias a los registros electrónicos integrados en la historia clínica de los pacientes, porque hasta el momento las hijas de valoración enfermera en urgencias se consideraban auxiliares y secundarias del informe clínico médico, que incluso quedaban archivados y eliminados en torno al año de la asistencia, hecho que actualmente no puede darse ya que la legislación obliga a una custodia de la documentación sanitaria de al menos 5 años.

Tabla 1: Factores que influyen en el cálculo de ratios	
Factor	Descripción
Complejidad/nivel autocuidado paciente	Nivel de dependencia, patología (UCI, quirúrgico, médico, etc.)
Cargas de trabajo real	Medición con escalas NAS, NEMS, TISS-28 para dimensionar plantillas
Turno y actividad	Variaciones según picos, noches, ingresos/altas, procedimientos
Mezcla de habilidades y soporte	Disponibilidad de TCAE, residentes, tecnología y protocolos
Ocupación y flujo	Rotación de camas, estancias, cirugías ambulatorias, presión estacional
Marco organizativo y seguridad	Cultura de seguridad, recursos disponibles, gestión y normativa

La mayoría de los registros utilizados para evaluar el grado de alteración física, neurológica o de interacción social que una persona tiene ya sea por patologías crónicas reagudizadas o por afectación aguda del motivo de la urgencia se extraen de la valoración médica, por lo que es difícil recoger las intervenciones terapéuticas en su integridad por lo que no existen sistemas específicos de valoración de las cargas de enfermería en los servicios de urgencias y se ha echado mano de sistemas utilizados en unidades de intensivos, y realmente han sido un buen inicio para ello, y que está dando pie a la utilización de sistemas que valoran la actividad de pacientes críticos, en todos los casos.

El cálculo de ratios de enfermería en las unidades de urgencias y emergencias, de hecho, está siendo una imperiosa necesidad, dado que en torno a 31-35% de la demanda urgente son personas mayores de 70 años, derivado que entre las personas mayores (65 años y más), el 70 % vive con una enfermedad crónica, muchas veces en situación de pluripatología (media de 4

enfermedades crónicas por persona), con mayores tasas de fragilidad y dependencia; lo que incrementa el uso de recursos sanitarios.

En España, las enfermedades crónicas son el motivo principal de demanda asistencial, representando alrededor del 80% de las consultas en atención primaria, **entre un 21,4 – 38,8% supone la demanda de atención urgente intrahospitalaria, subiendo hasta el 45,3-58,8% en zonas rurales**, dándose en este grupo etario el **60% de los ingresos hospitalarios**.

Estos datos, junto a datos demográficos que evidencian un inminente envejecimiento poblacional, ha llevado a diferentes organismos e instituciones a destacar el papel importante de la Enfermería como agente de cuidados profesionales, y por inferencia que en los servicios de urgencias los requerimientos están siendo cada vez mayores; pero ¿en qué medida debemos aumentar estos recursos?, porque estamos de acuerdo en que los pacientes más dependientes requieren más tiempo de enfermería pero no siempre de intervenciones terapéuticas más complejas, y en este punto donde se encuentra la piedra angular del ratio, conocer la distribución de la carga de trabajo entre profesionales de la enfermería (enfermera/TCAE).

Sin duda el tiempo de estancia en las unidades de urgencias, son muy variables, y los sistemas de triage como el Manchester, clasifica por prioridad en la atención; pero una vez que el paciente queda ingresado en la unidad existen grandes diferencias en los requerimientos de cuidados entre las salas de agudos, sala de observación, sala de consultas, por ejemplo, y manejamos un intervalo de estancia entre 72 minutos y 62 horas de media, que establece en una gran variabilidad las necesidades de cuidados del paciente urgente, que va desde la ayuda a las necesidades básicas, como la movilidad, la nutrición, la higiene, la eliminación, etc. hasta las intervenciones más técnicas o complejas como la atención a una ventilación mecánica no invasiva, control hemodinámico, manejo de medicación inotrópica, neurológica, vasodinámica, etc. que viene asociado a las alteraciones fisiopatológicas y otros problemas de salud derivados de las mismas; es decir, de los diagnósticos de enfermería que el paciente presenta.

Y no es menos significativo, que el ratio depende de otros factores como la cobertura del área de salud en la que se encuentra ubicado el servicio sanitario, la

dispersión o la concentración poblacional, la orografía que afecta a las cronas de atención de los dispositivos sanitarios, o a situaciones especiales ya referidas.

1. Escalas de carga de trabajo más comunes en el entorno de enfermería.

La mayoría de las escalas de valoración de las intervenciones de enfermería fueron diseñadas para el cálculo de enfermeras en UCI o/y urgencias, dado que muchas de las intervenciones que se miden son intervenciones técnicas y de cuidados de enfermería que incluyen la atención a las necesidades básicas y complejas de un paciente.

• **TISS-28: Therapeutic Intervention Scoring System – 28 items** (Sistema de valoración de Intervenciones terapéuticas (28 items). (1: X enfermera/paciente)

- Grado I (menos de 10) $\approx$ ratio 1:4
- Grado II (10–19) $\approx$ ratio 1:3–4
- Grado III (20–39) $\approx$ ratio 1:2
- Grado IV (>40) $\approx$ ratio 1:1–2

• **NEMS: Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score** (Nueve Equivalentes de Uso de Personal de Enfermería)

- <21 puntos $\approx$ ratio 1:3
- 21–30 puntos $\approx$ ratio 1:2
- 30 puntos $\approx$ ratio 1:1

• **NAS: Nursing Activities Score** (Puntuación de Actividades de Enfermería)

- **50 % NAS** = el paciente requiere la mitad del tiempo de una enfermera en 24 horas $\approx$ ratio 1:2
- **100 % NAS** = una enfermera dedicada a un paciente todo el turno $\approx$ ratio 1:1
- > 100 puntos $\rightarrow$ más de una enfermera por paciente

• **VACTE adaptada para urgencias. (Valoración de Cargas de Trabajo y Tiempos de Enfermería).**

Se definen dos indicadores clave:

- **LOCp (levels-of-care planned):** ratio planificada enfermera-paciente calculada como *pacientes atendidos en 24h ÷ enfermeras disponibles*
- **LOCop (levels-of-care operative):** ratio real operativa calculada como *capacidad máxima diaria (735,1 puntos VACTE) ÷ tiempo medio por paciente*

2. Otros métodos por cálculo de plantillas:

Son sistemas que calculan un número de horas media de enfermería según el servicio, lo que lleva a un cálculo de la plantilla, y de presencias por turnos, teniendo en cuenta la carga asistencial, es decir el índice de ocupación en una unidad enfermera o las asistencias diarias en una unidad de urgencias o la demanda urgente que lleva a un operativo en los sistemas de emergencia.

*Horas estándares enfermería/día (24h.)

- Medicina Interna 2,66 h.
- Cirugía 2,50 h.
- Traumatología 4,16 h.
- Tocoginecología 2,00 h.
- Cuidados intensivos 9,00 h.
- Vigilancia Intensiva 8,00 h.
- Reanimación 7,00 h.
- Urgencias (Boxes) 6,00 h.

 Fuente documento de 1996 del INSALUD, biblioteca Ministerio de Sanidad y Consumo.

*Horas de enfermería estimada (2015 – 2022), diferentes fuentes:

- ✓ Horas estimadas de enfermería en unidades de hospitalización médico – quirúrgica: 2,8 – 3,5h. paciente/día.
- ✓ Horas estimadas de enfermería en unidades de hospitalización Medicina Interna adulto: 3,5 - 4,5 h. paciente/día.
- ✓ Horas estimadas de enfermería en unidades de hospitalización pediátrica: 4,5 – 5,5 h. paciente/día.
- ✓ Horas estimadas de enfermería en unidades de hospitalización tocoginecología: 1,7 – 2,3 h. paciente/día.
- ✓ Horas estimadas de enfermería en unidades de cuidados intensivos, coronarias: 7-10 h. paciente/día.
- ✓ Horas estimadas de enfermería en unidades de cuidados intermedios (reanimación postquirúrgica, unidades de hemodinámica – unidad de nefrología/diálisis – Unidades de cuidados respiratorios avanzados – unidades de ICTU - otras): 4 – 6 h. paciente/día
- ✓ Horas estimadas en unidades de urgencias intrahospitalarias (incluyendo el triage): 5-7h. paciente/día.
- ✓ En el ámbito de las urgencias extrahospitalarias, no hay estimaciones objetivas evidenciadas, significamos la recomendación de la *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)*: mínimo de 1 enfermera por cada 4.000 asistencias anuales, o bien mediante la fórmula: $[0,37 \times \text{número de asistencias al año} / \text{horas anuales por enfermera}]$

 Fuente: estimación autores por referencias bibliográficas 1, 2, 3, 4, 5.

El cálculo de los ratios por plantilla es una fórmula matemática:

$$\text{Horas Enfermería (Enfermera/TCAE) / día} = \text{Nº camas} \times \text{índice de ocupación} \times \text{estándar (ratio)}$$

➤ **Enfermera** = $H. \text{ Totales} \times \% \text{ tiempo proporcional de enfermería (tabla 2)}$

➤ **TCAE** = $\text{Horas totales} \times \text{tiempo proporcional de TCAE (tabla 2)}$

Para el cálculo de la **ratio de presencia de enfermería** por turnos, la fórmula es:

➤ **Enfermera** = $(H. \text{ Enf}^a / 24 \times \% \text{ carga del turno}) / \text{h. del turno}$

➤ **TCAE** = $(H. \text{ Aux. Enf}^a / 24 \times \% \text{ carga del turno}) / \text{h. del turno}$

Tabla 2: Tiempos medios de carga de trabajo de enfermería en hospitalaria

Servicio	Tiempo enfermería (h/paciente/día)	Distribución enfermera / auxiliar	
		enfermera	TCAE
Medicina Interna	~ 4 horas	55–65 %	35-45%
Cirugías	~ 3,15 horas	60-70 %	30-40%
Cuidados intermedios	~ 5,5 horas	50 %	50 %
Cuidados intensivos	~ 8,5 horas	75 %	25%
Hospitalización médico-quirúrgica Pediatria	~ 5 horas	50 %	50 %
Tocoginecología	~ 2 horas	50 %	50 %
Urgencias intrahospitalarias adultos	~ 6 horas	70 %	30 %
Urgencias intrahospitalarias pediátricos	~ 6 horas	65 %	35 %
Urgencias Ginecológicas	~ 3 horas	70 %	30 %

Cálculo de la plantilla orgánica de enfermería de la unidad:

➤ **Enfermera** = $(\text{Nº camas} \times \text{índice de ocupación} \times \text{estándar de enfermería}) \times \% \text{ carga del turno} / \text{jornada laboral} - (\text{media de absentismo anual/persona}^{**})$

➤ **TCAE** = $(\text{Nº camas} \times \text{índice de ocupación} \times \text{estándar de enfermería}) \times \% \text{ carga del turno} / \text{jornada laboral} - (\text{media de absentismo anual/persona}^{**})$

**** El absentismo incluye días de baja laboral, permisos personales, permisos por formación, investigación, docencia y otros permisos renumerados.**

Conclusión

El concepto de ratio de enfermería hace referencia a los requerimientos de profesionales calculados en función de los pacientes que pudiera asistir 1 enfermero y TCAE en una unidad asistencial sanitaria en función de las cargas de trabajo que depende del tipo de paciente y el trabajo que se debe realizar.

En general, los métodos de valoración de las cargas asistenciales de enfermería permiten clasificar a los pacientes en niveles de atención o de gravedad, y por tanto en grados de intervención, que son transformados en tiempos de enfermería, que nos permite calcular el número de enfermeras necesarios según la demanda; por ello un **estudio de ratios** no solo es el cálculo de cociente entre niveles de cuidados, sino que debe calcularse con otros ítems transversales, porque debe hacerse en función de la **estadística sanitaria del centro**: pacientes anuales/índice de ocupación/índice de rotación/horas x turno/jornada laboral.

Además la experiencia documentada, y manifestada en diferentes foros, aconseja que pueda haber cierta variabilidad relacionada con eventos especiales, o demanda estacional (invierno – verano), debido a que existen situaciones que pueden requerir un incremento o descenso de las plantillas; por ejemplo epidemias de gripe en invierno en zonas urbanas centrales; o aumento de la población estival por motivos vacacionales en zonas costeras, los dispositivos preventivos por eventos sociales y/o deportivos y/o eventos políticos de envergadura o aquellas situaciones en los que se produce incidentes de alto número de víctimas o catástrofes; estos fenómenos inciden muy directamente en los servicios de urgencias, y aunque repercute en el resto de unidades, los límites de ocupación, generan largas estancias y alta concentración, que rara vez se palia con un aumento de los ratios asignados.

Discusión

En estos momentos en los que se está tramitando en el Parlamento español la **Proposición de Ley sobre ratios de enfermeras** a partir de la **Iniciativa Legislativa Popular (ILP) sobre Ratios** impulsada por SATSE y publicada en el Boletín Oficial del Congreso el 8 de septiembre de 2023 es conveniente que entendamos la importancia de los ratios y de la flexibilidad que en servicios como urgencias y emergencias deberían tener.

Garantizar unos ratios mínimos tiene que ver con la seguridad del paciente y la calidad de los servicios; pero existe tanta variabilidad en el cálculo objetivo de ratios, que quizá una legislación cerrada, no provea de la flexibilidad necesaria para que los gestores puedan planificar concierta solvencia, más teniendo en cuenta la rápida evolución de los servicios con relación a cambios sociales, tecnología, y competencias profesional.

Tabla 3. Ratios de enfermería por nivel asistencial y sector propuesta de la Ley de ratios 2025			
Nivel asistencial / Contexto	Sector	Ratio / Dotación	Observaciones
Población total (todas las enfermeras)	Público + Privado	6,3 enf/ 1.000 hab.	Por debajo de la media UE (~8,5)
Atención hospitalaria SNS (total)	Público	3,6 enf/ 1.000 hab.	Parte de la dotación total nacional (3,97/1.000 sumando público y privado)
Hospitales - dotación por 100 camas (SNS)	Público	150/100 camas	Dotación media hospitales SNS
Hospitales - dotación por 100 camas (Privado)	Privado	69/100 camas	Dotación media hospitales privados
Hospitales de agudos - por 100 camas (SNS)	Público	172/100 camas	Mayor dotación en hospitales públicos de agudos
Hospitales de agudos - por 100 camas (Privado)	Privado	91/100 camas	Menor dotación en hospitales privados de agudos
UCI adultos (estándar recomendado)	Público + Privado	1: 2	Puede aumentar a 1:3 en turnos nocturnos o sobrecarga
Hospitalización general (propuesta legal)	Público + Privado	1:6-8	Propuesta en trámite de ley estatal
Atención Primaria (propuesta legal)	Público + Privado	≤ 1.500 TSI por enf.	Propuesta en trámite de ley estatal

Bibliografía

1. Versión electrónica 23.7 del «Diccionario de la lengua española» de la Real Academia Española. <https://dle.rae.es/diccionario>.
2. Cruz Lendínez Alfonso J., Grande Gascón M^a Luisa, García Fernández Francisco P., Hueso Montoro Cesar, García Ramiro Pedro A., Ruiz López Montserrat. Distribución de enfermeras por Unidades de pacientes agudos y Unidades de Cuidados Intensivos en España. Index Enferm 2019 Sep 28(3): 147-151. Visto junio 2025:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000200012&lng=es.
3. C. Bravo Criado. Cómo calcular el ratio enfermera-paciente. Mesa Redonda: Roles avanzados de enfermería. Rev esp pediatr 2016; 72(Supl. 1): 83-87. Visto junio 2025 en: <https://www.secip.com/images/uploads/2018/05/Ratio-Enfermera-paciente-C-Bravo.pdf>
4. Pérez-Arados AM, Soto R. Utilización de la escala VACTE adaptada para la medición de las cargas de cuidados enfermeros en Urgencias. ReMUE.c@t 2021;8(1):31-37. Visto junio 2025: https://www.riojasalud.es/files/content/newsletter/20220125/3.pdf?utm_source=chatgpt.com
Fenandez Diez A. Estimación de necesidad de personal de enfermería de una unidad; cálculos prácticos. Escuela Nacional de Sanidad; Madrid 2013 [consultado mayo 2025]. Tema 10.6. Disponible en: <https://oai.e-spacio.uned.es/server/api/core/bitstreams/d1f68163-1c45-4199-b155-4215ed5f0cad/content>.
5. Rollán Rodríguez GM, Carmona Monge FJ, Quirós Herranz C, Cerrillo González I, Jara Pé-rez A, García Gómez S, et al. Escalas de medida de carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados críticos. Correlación entre NAS y NEMS. NURE Inv Nov 8/55 Visto en junio 2025 en: <http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/PROYECTOL/NURE55 proyecto escalas.pdf>
6. Henao-Castaño ÁM, Melo-Roa JD, Quintero-Osorio JF, Cruz-López LN. Carga laboral de profesionales de enfermería en Unidad de Cuidado Intensivo según Nursing Activities Score. Rev Cuid. 2023 May 28;14(1):e15. Spanish. doi: 10.15649/cuidarte.2680. Visto junio 2025 en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11559331/?utm_source=chatgpt.com
7. M. Raurell-Torredà; G. Martínez-Estalella; M.J. Frade-Mera; L.F. Carrasco Rodríguez-Rey; E. Romero de San Pío. Reflexiones derivadas de la pandemia COVID-19 (2020) Enferm Intensiva. 2020;31(2):90-93. Visto en mayo 2025 en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239920300389>
8. World Health Organisation. Notificación urgente para que se invierta en el personal de enfermería 2020 [visto mayo de 2025 en: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-whoand-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>.
9. Iordache S, Elseviers M, De Cock R, Van Rompaey B. Development and validation of an assessment tool for nursing workload in emergency departments. J Clin (2020) Rev Nurs;29(5-6):794-809. Visto junio 2025 en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31737962/>
10. Ministerio de Sanidad. Evaluación de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Visto Junio 2025 en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesNeurodegenerativas/docs/Informe_resultados_ACCESIBLE.pdf
11. Observatorio de la Atención al Paciente. Informe OAP 2022. Madrid: Plataforma de Organizaciones de Pacientes; 2022. Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_2022_oap.pdf.
12. Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso. Avances en enfermedades neurodegenerativas. Congreso de los Diputados; 2023. Disponible en: <https://oficinac.es/es/informes-c/enfermedades-neurodegenerativas>
13. SATSE. Proposición de Ley sobre ratios máximos de pacientes por enfermera. Iniciativa Legislativa Popular. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados; 2023. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/B/BOCG-15-B-10-1.PDF.
14. Santianes Menéndez R, Bermúdez Sánchez JM. La población anciana en los servicios de urgencias hospitalarios: una realidad creciente. Perspectivas. Envejecimiento y Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Visto en junio 2025 en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/perspectivas20_santianes_menendez_bermudez.pdf
15. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Gestión de recursos humanos en enfermería. (2013) Madrid: UNED; Visto mayo 2025 en: <https://e-spacio.uned.es/bitstreams/d1f68163-1c45-4199-b155-4215ed5f0cad/download>
16. Fernández-Mayoralas G, et al. Valoración funcional en los servicios de urgencias hospitalarios. (2009) Rev Esp Geriatr Gerontol.;44(3):135-142. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-funcional-los-servicios-urgencias-S0211139X09003266>.
17. Miralles R, et al. Tiempo medio disponible de atención de enfermería por paciente. (2007) Enferm Clin. 2007;17(4):193-199. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2007000400002&script=sci_arttext..



Hoy toca: Reseña de un Libro

Ficha técnica		
	Autor	Kristin Hannah (Traducción al español por Noemí Jiménez Furquet)
	Título	Las mujeres de la guerra, (original "The Woman")
	Género	Novela histórica
	Editorial	Suma de Letras (Barcelona)
	Sinopsis	The Women (2024) o Las mujeres de la Guerra (versión española) de Kristin Hannah, es una novela profundamente conmovedora que narra la historia de Frances "Frankie" McGrath , una joven de familia tradicional y conservadora del sur de California, que decide alistarse como enfermera en el Ejército de los Estados Unidos durante la Guerra de Vietnam. Contra todo pronóstico, abandona su vida protegida para enfrentar la crudeza del conflicto, desempeñando su labor en hospitales de campaña, bajo fuego y en condiciones extremas. A través de su mirada, el lector se sumerge en la experiencia cotidiana de las mujeres del <i>Army Nurse Corps</i> , invisibilizadas durante décadas por la narrativa masculina de la guerra. La obra retrata la valentía silenciosa de las enfermeras militares , su competencia profesional, su dolor psicológico y el estigma que cargaron al regresar a casa. La novela trasciende lo bélico para convertirse en una poderosa historia sobre el deber, el trauma, la hermandad entre mujeres y la construcción de identidad profesional en contextos adversos.
	Año de edición/ISBN	2024 ISBN 979-8890981790
	Descripción	1 solo volumen de tapa blanda, número de páginas 560, tiempo de lectura aproximadamente 12 horas 30 minutos aproximadamente según autor de la reseña.
	Resaltar	Premio "Goodreads" a la mejor novela histórica del año (2024)
Biografía del autor		
Kristin Hannah (nacida el 25 de septiembre de 1960 en Garden Grove, California, EE. UU.) es una reconocida novelista estadounidense, especialmente conocida por sus obras de ficción histórica y drama contemporáneo centradas en mujeres. Su estilo narrativo combina emociones profundas, desarrollo psicológico y tramas históricas con personajes femeninos complejos y resilientes. Antes de convertirse en escritora a tiempo completo, Hannah estudió en la Universidad de Washington y se graduó en Derecho. Trabajó durante años como abogada, hasta que decidió dejar su carrera legal tras la muerte de su madre, quien la animó a escribir. Esta transición fue decisiva y marcó el inicio de una carrera literaria muy prolífica. Desde la publicación de su primera novela en 1991, Hannah ha escrito más de 20 libros, muchos de ellos convertidos en bestsellers internacionales y traducidos a más de 40 idiomas. Sus obras más importantes, además de <i>The Woman</i> (2024), también centrada en resaltar el papel de la mujer y entre otras referencias, a las enfermeras: <i>El baile de las luciérnagas</i> (2008); <i>Jardín de invierno</i> (2010); <i>Volverás a Alaska</i> (2012); <i>The Nightingale / El ruiseñor</i> (2015); <i>The Great Alone</i> (2018).		

Reseña por María Jesús Musarra Expósito.

De una familia irlandesa, emigrante y conservadora del Sur de California (EEUU), Frances McGrath, era una joven de vida tranquila y protegida por unos padres austeros, con una importante fortuna y una jerarquía social potente, que respondía al perfil de hija ejemplar que siempre hacía lo que se espera de ella.

Finley, el hermano, oficial de la de la Academia Naval, además de rebelde e incontrolable e idolatrado por Franki, se alistó para la Guerra de Vietnam en 1966, gesto que enorgullecía a su padre, dada la historia familiar de méritos militares; y dado que su padre fue considerado no apto para el servicio militar, para el Sr. McGrath, suponía un nuevo comienzo de reconocimiento y servicio al país que celebraban la noche de su cambio de rumbo y en el que ella, se sentía aislada.

Isla de Coronado, California

Mayo de 1966

Tras los muros y la verja de la propiedad, la mansión de los McGrath era un mundo aparte, privado y protegido. Aquel atardecer, las ventanas con parteluces del caserón de estilo Tudor brillaban como joyas en mitad de los exuberantes y cuidados jardines. Las palmeras mecían sus hojas extendidas hacia el cielo, las velas flotaban en la superficie de la piscina y las lámparas doradas tintineaban colgadas de las ramas de la enorme encina de California. Entre los distinguidos asistentes se movían camareros de negro cargados con bandejas de plata llenas de champán, mientras en un rincón tocaba música suave un trío de jazz.

Frances Grace McGrath, de veinte años, sabía lo que se esperaba de ella aquella noche. Debía ser la encarnación de la joven de buena familia, serena y sonriente; cualquier emoción sospechosa debía reprimirse, ocultarse y soportarse en silencio. Las lecciones que Frankie había recibido en casa, en la iglesia y en el colegio femenino de Santa Bernadette le habían inculcado un riguroso sentido del decoro. La inquietud que reinaba aquellos días por todo el país, la ira que estallaba en las calles de las ciudades y los campus universitarios

Fragmento del inicio del libro

En el despacho del padre y frente a una pared llena de trofeos masculinos de la familia, Rye amigo de Finley, que quiso también salir del foco medioambiental de fiesta, miro a Franki y sorprendido por la falta de fotos de mujeres que no fueran las de boda, dijo convencido; «*las mujeres pueden ser heroínas*» y ante la mirada intensa del joven, Franki McGrath, estudiante de enfermería de veinte años, siente que algo dentro se le removía y comenzó a cuestionarse su visión del mundo y de sí misma.

Ella misma pensaba que el destino de las mujeres de bien era como mucho ser maestra, enfermera o secretaria y no se le pasó por la cabeza, que una mujer pudiera formar parte de la pared triunfalista de honor, del despacho de su padre.

Que destino le esperaba, pues ser enfermera, profesión digna y de ayuda, hasta que fuera esposa y madre; pero, con su hermano le unía algo especial, eran los mejores amigos, siempre juntos; y ella sintió aquella noche, algo quedaba interrumpido, algo le quedaba vacío.

Tras varios meses de contacto por carta, y muy aplicada en sus estudios de enfermería, se graduó antes de tiempo, y con honores; comenzó a trabajar en turno de noche en un hospital cerca de San Diego; pero las acciones de las enfermeras eran limitadas, y ella no entendía porque no podía intervenir más; y fue una noche en la que un soldado lisiado de la guerra de Vietnam, que tuvo un intento de suicidio, le hizo ver lo banal de aquella vida, lo simple que todo le parecía, y recordó la frase de Ryle: *Las mujeres también pueden ser heroínas.. ¿Y ... por qué no?*, su hermano no le hablaba de las dificultades de los soldados, de las pérdidas, de las heridas... de aquella guerra maldita, y algo revolió su espíritu y sentía que no podía abandonar a su hermano, que quería estar a su lado, seguir juntos y también hacer una labor de servicio al país y de una forma impulsiva, decide unirse al Cuerpo de Enfermeras del Ejército para seguirle, y prestar servicio en este conflicto bélico en el que se sumergió su país.

Los entornos y escenarios en los que Frankie se encuentra inmersa en la guerra van a hacer que se sienta igual de inmadura e inexperta que los jóvenes enviados para luchar.

Sorprendida y angustiada por el caos y la destrucción de una guerra inútil y que no comprende, no resta la enorme contribución y los horribles sacrificios que junto a sus compañeras enfermeras militares tuvieron que afrontar.

La experiencia cruda y realista de los horrores de l dolor y la muerte producida entre personas, va provocando un cambio profundo en su visión del mundo, de la existencia y la confianza en el ser humano.

La sensibilidad y la empatía que muestra en la atención y cuidados de los soldados va mostrando la madurez y la sensatez del grupo de enfermeras que se tiene a si mismas, y de su aportación significativa para tantos hombres con un toque de positivismo y ánimo que impregna la obra.

Durante toda la narrativa, vas descubriendo la valentía, le heroísmo y el sacrificio de las enfermeras que anteponen sus funciones a su propia vida, y dan una verdadera lección de compañerismo, de amistad y de humanismo, que me hace reflexionar sobre las bases teóricas de nuestra profesión y como va impregnándose en las acciones en las que interviene la enfermería.

Aunque la obra es ficticia, está muy bien documentada, y desde el inicio del relato, te imana para no parar y seguir conociendo la historia, conmovedora, desgarradora, pero con una visión de entrega y optimismo, con un mensaje esperanzador.

No debo revelar el final, porque os invito a leer esta novela conmovedora; pero adelantaré que el final inesperado, se produce a la vuelta a su casa, en la que sufre una dolorosa experiencia, y encuentra además un país cambiado y frustrado que no quiere recordar ni quiere reconocer a sus héroes, porque quieren pasar pronto la página de esta horrorosa afrenta bélica; pero Frankie descubre el verdadero valor de la amistad y el dolor que puede causar un corazón roto.

Desde una perspectiva de la profesión enfermera, Kristin Hannah, conocida por su habilidad narrativa para tejer emociones complejas, construye una obra que, sin ser un tratado clínico, ofrece una valiosa aproximación al papel de la enfermera en situaciones de conflicto armado, desde una perspectiva humanista y emocionalmente auténtica.

A través del personaje de Frankie McGrath, la autora logra reivindicar la memoria de miles de mujeres profesionales que, desde los márgenes del relato oficial, sostuvieron con coraje la atención sanitaria en el frente de batalla.

Desde una mirada enfermera, la novela permite reflexionar sobre varios ejes de interés académico y asistencial: la gestión de crisis, el cuidado en situaciones

extremas, la resiliencia profesional, los efectos del trauma secundario y la invisibilización histórica del trabajo de cuidados en contextos masculinizados.

Asimismo, ofrece una excelente puerta de entrada para analizar el **rol de la enfermería militar**, sus implicaciones éticas y su impacto psicológico.

Me ha encantado la expresión lingüística cuando hace referencia a la humanización de la atención, la ética del cuidado, y la historia de la enfermería y la construcción narrativa del sufrimiento.

Como obra de ficción, tiene la virtud de sensibilizar sin didactismo, ofreciendo una experiencia lectora profundamente transformadora, que interpela tanto desde lo profesional como desde lo humano.

María Jesús Musarra Expósito

Esta novela está dedicada a las valientes que sirvieron en Vietnam. Estas mujeres, la mayoría enfermeras y muchas de las cuales se criaron escuchando heroicas y orgullosas historias familiares de la Segunda Guerra Mundial, respondieron a la llamada a las armas y fueron a la guerra. En demasiados casos, regresaron a un país al que no le importaba su sacrificio y a un mundo que no quería saber de sus experiencias; con demasiada frecuencia, sus dificultades tras el conflicto y sus historias se vieron olvidadas o marginadas. Me enorgullece tener esta oportunidad para poner de relieve su fortaleza, resiliencia y determinación.

A todos los veteranos, prisioneros y desaparecidos, y a sus familias, que tanto han sacrificado.

Y, por último, al personal sanitario que luchó durante la pandemia y dio tanto de sí para ayudar a los demás.

Gracias a todos y todas.

Nota de la autora al inicio del libro

Autor de la reseña: **María Jesús Musarra Expósito**



Enfermera por la Cruz Roja italiana (1986), homologando título en España en 1990. Trabajo en el Hospital de Móstoles en el servicio de urgencias desde 1990, hasta 2006 que se traslada a SESCAM, y se incorporó como enfermera de Atención Primaria rural (Belmonte), puesto en el que desarrolla su actividad laboral hasta la actualidad. Miembro del equipo de trabajo de “Guía anticoagulación del Consejo General de Enfermería”, y de desarrollo de las guías de prescripción enfermera de Castilla La Mancha (diabetes, hipertensión y anticoagulación). Educadora de Salud, especialmente en Salud Escolar en RCP y primeros auxilios para niños. Vocal de urgencias primarias y responsable relaciones institucionales con Atención Primaria de la SEEUE desde 2022.

**XXXI CONGRESO NACIONAL
V CONGRESO VIRTUAL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA
URGENCIAS Y EMERGENCIAS
22-23-24 de Octubre 2025**



Toledo

¿Te lo vas a perder?

**Esperamos tu trabajo para el
Programa Científico**



Consejo General de
Colegios de Enfermería de
España

**Enfermería de Urgencias y Emergencias
decisiva y responsable**

Un paso más a la especialización

Información e Inscripción

<https://enfermeriadeurgencias.com>

Secretaría Técnica

secretariacongreso@enfermeriadeurgencias.com

