001. INFOGRAFÍA CÓMO CUIDAR TU CUERPO EN LA MENOPAUSIA

Justificación

El climaterio es una etapa vital que se vive de manera diversa. Se asocia a cambios físicos, emocionales y sociales que pueden influir de forma significativa en la calidad de vida de las mujeres. A pesar de su importancia, se trata de un colectivo infrarrepresentado en las intervenciones comunitarias. Desde la práctica como enfermera de Atención Primaria en Osakidetza (OSI Araba), se detecta la necesidad de abordar de forma específica la educación para la salud dirigida a mujeres en edad de climaterio.

Objetivo

Elaborar un documento que sintetice la información sobre esta etapa de forma clara y visual, con el objetivo de servir como herramienta educativa para su entrega en la consulta

Población

Mujeres en edad de climaterio que acuden a la consulta de Atención Primaria

Contenido

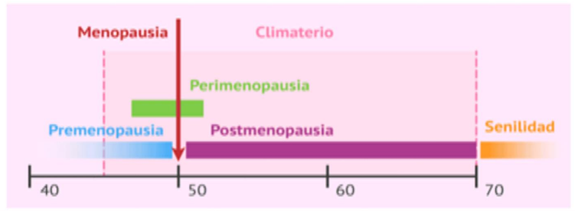
El material recoge los aspectos clave relacionados con el climaterio: la salud sexual, la salud emocional, el descanso, la alimentación, el ejercicio físico y otros hábitos de vida saludables. La información se presenta de forma clara y visual, facilitando la comprensión y la retención de los contenidos. Además, incluye un enlace que permite ampliar la información a través de la web de educación al paciente Osasun Eskola. Como posible línea de mejora futura, se plantea la traducción del material al euskera, aunque en el momento actual no ha sido posible por limitaciones personales.

¿CÓMO CUIDAR TU CUERPO EN LA MENOPAUSIA?

El **climaterio** es la etapa vital que abarca antes, durante y después de la menopausia, con cambios físicos, sociales y emocionales.

La **menopausia** es el cese permanente de la menstruación. Se considera menopausia cuando ha transcurrido 1 año desde la última regla y no ha existido ningún sangrado menstrual.

➔ NO hay EDAD EXACTA. Suele ser entre los 45 y 55 años.



EVITA EL TABACO, ALCOHOL Y CAFEÍNA:

Aumenta el riesgo de aparición de sofocos y afectar a huesos y salud cardiovascular

EXPOSICIÓN SOLAR:

Razonable para la síntesis de **vitamina D.**

15 minutos en rostro y brazos 3 veces/semana

+

Alimentos ricos en VITAMINA D

CUIDA TU SALUD EMOCIONAL Y TU DESCANSO

- Practicar actividades que te gusten y mantener relaciones sociales mejora el ánimo
- El sueño debe cuidarse, ya que los sofocos pueden alterarlo. Sigue las recomendaciones de higiene del sueño (Osasun Eskola - Osakidetza | Osasun Eskola – Osakidetza)



CUIDA TUS RELACIONES SEXUALES:

a la nueva realidad.

Pueden ser útil los hidratantes (2-3 veces semana) o lubricantes vaginales con base de agua durante las relaciones sexuales.

Mantén la higiene íntima con agua y limpiadores suaves, sin perfume, usa ropa interior de algodón

¡Disfruta de todas las posibilidades de sentir placer!



Perimenopausia, todavía es posible quedarse embarazada. La anticoncepción en la transición a la menopausia debe alargarse un año más después de la última menstruación espontánea.

Debe consultar cualquier **sangrado vaginal** un año después de la menopausia.

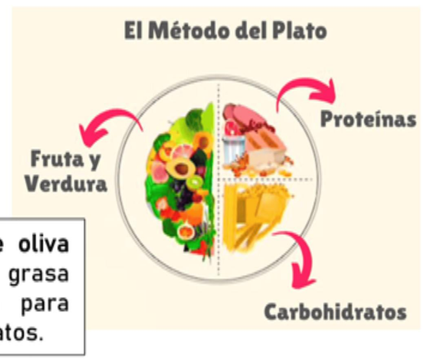
CUIDA TU ALIMETNACIÓN:

SUFICIENTE + COMPLETA + EQUILIBRADA

CALCIO: Con la menopausia comienza una fuga de calcio de los huesos. Aporte mínimo de 1000-1200 mg

Miligramos de Calcio por cada 100 gramos de producto	
-Queso parmesano	1200
-Queso manchego	850
-Sardinas en aceite	350
-Soja	290
-Almendras, avellanas, nueces	250
-Langostinos, gambas	220
-Queso de Burgos	190
-Yogur	130-180
-Higos	160
-Verduras hoja verde	90-150
-Leche de vaca	125
-Almejas, berberechos	120

Ingesta abundante de **verduras y frutas** → alto contenido en vitaminas,



El **aceite de oliva** debe ser la grasa de elección para todos tus platos.

Vitamina E: Parece resultar de utilidad para los sofocos.



- Prepara los alimentos a la plancha, cocidos, al vapor, horno…
- Evita preparaciones culinarias que incorporan mucha grasa (rebozados, fritos, empanado…).
- Utiliza para condimentar la comida especias, limón, pimienta…

HIDRÁTATE:

Bebe **agua** (1,5 - 2 litros) para evitar la sequedad de piel y mucosas.

El consumo de bebidas calientes, puede empeorar los sofocos.



CUIDA TU ACTIVIDAD FÍSICA:

Incluye el ejercicio físico en tu rutina.

- Haz 150 minutos (2 ½ horas) semanales de actividad física moderada ó 75 minutos (1 ¼ hora) de actividad física intensa (o una combinación de ambas) a la semana.
- La actividad se realizará en sesiones de 10 minutos como mínimo.
- Dos veces o más por semana, conviene incluir actividades de fortalecimiento muscular.
- Si es posible, realiza actividad física con otras personas, porque así, además, fortalecerás tus relaciones sociales.

Consulta
https://osasuneskola.osakidetza.eus/es/medialib/html/climaterio-y-menopausia

Aplicabilidad práctica

La información escrita adquiere un papel fundamental en la consulta, ya que permite a las mujeres acceder a los contenidos sin barreras tecnológicas, releerlos y reforzar los mensajes transmitidos durante la atención presencial. La infografía está pensada para ser entregada directamente en la consulta y, además, nos gustaría incorporarla en un futuro programa de educación para la salud dirigido específicamente a este colectivo.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence(NICE).Menopause: diagnosis and management. NICE Guideline NG23; 2019.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia(SEGO).Guía de práctica clínica sobre menopausia y climaterio.
3. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Climaterio y menopausia. Osasun Eskola.
4. Rodríguez J, et al. Evaluation of the effectiveness of health education on menopause symptoms and knowledge and attitude in terms of menopause.Journal of Epidemiology and Global Health. 2018;8(1):8–12
5. McCarthy B, et al. A rapid review of menopausal education programmes:evidence and implications. Archives of Women's Mental Health. 2024

LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR.

UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORAS: VIRGINIA ALONSO CARNICERO - RONDA DELGADO CANTERO - LARA BARTOLOMÉ CASADO - IRENE GÓMEZ SANCHO - MARTA DELGADO CANTERO - LIDIA ARCEREDILLO ANDRÉS

INTRODUCCIÓN

La **enfermera escolar** es una figura emergente dentro de los sistemas educativos, orientado a integrar la atención sanitaria en el ámbito escolar promoviendo la salud y previniendo enfermedades, además de atender urgencias.
Aunque su implementación es todavía parcial, estudios indican que su presencia mejora los indicadores de salud y ciertos aspectos formativos.

OBJETIVO

El **objetivo general** es analizar la importancia de la enfermera escolar para alumnado, familias y profesorado, así como identificar beneficios para la salud.

METODOLOGÍA

Las **bases de datos científicas** utilizadas: PubMed, CINAHL, Scopus, SciELO y Dialnet, así como revistas especializadas en enfermería y salud escolar.

Descriptores **DeCS y MeSH**: “enfermería escolar”, “school nursing”, “salud escolar”, “school health services”.

Se identificaron 42 artículos en las bases de datos, eliminando 9 por estar duplicados.
Tras revisar título y resumen, se descartaron 21, procediendo a leer 12 documentos a texto completo.
4 no cumplían los criterios de inclusión o calidad por lo que se incluyeron en la revisión final un total de **8 artículos**.

Criterios de inclusión: publicaciones entre 2015 y 2025, español o inglés y con acceso a texto completo.
Criterios de exclusión estudios que no abordaran específicamente la figura de la enfermera escolar; cartas al editor, opiniones o resúmenes; y estudios con escasa calidad metodológica.

RESULTADOS

IMPACTO EN INDICADORES ESCOLARES

Se asocian reducciones en el absentismo escolar debido a problemas de salud, aunque la relación con el rendimiento académico es dudosa.

BENEFICIOS EN SALUD Y BIENESTAR

Gestión de enfermedades crónicas, mejor control de síntomas y reducción situaciones de urgencia, con impactos indirectos en el bienestar general de los estudiantes.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Permite desarrollar programas de educación para la salud dirigidos tanto a alumnado como a familias y docentes, reforzando conductas de autocuidado, prevención y promoción de la salud.

PERCEPCIONES DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Docentes y familias valoran positivamente, resaltando la tranquilidad y seguridad que aporta esta figura frente a necesidades de salud habituales o urgentes.
La coordinación entre enfermería, docentes y familias facilita una red de apoyo que favorece la salud comunitaria.

CONCLUSIONES:

La enfermería escolar se considera una valiosa contribución al sistema educativo, abarcando atención sanitaria, manejo de enfermedades y promoción de la salud, mejorando así el bienestar comunitario.
Sin embargo, se requieren investigaciones más robustas para cuantificar sus impactos a largo plazo.

1. Best NC, Oppewal S, Travers D. Exploring school nurse interventions and health and education outcomes: An integrative review. J Sch Nurs. 2018;34(1):14–27.
2. Lineberry MJ, Ickes MJ. The role and impact of nurses in American elementary schools: A systematic review of the research. J Sch Nurs. 2015;31(1):22–33.
3. Maughan ED. School nursing and population health: Past, present, and future. J Sch Nurs. 2016;32(5):353–358.
4. Morberg S, Lagerström M, Dellve L. The perceived role of school nurses in promoting the health of school children. Nurs Res Pract. 2012;2012:1–8.
5. Organización Mundial de la Salud. Global standards for health promoting schools. Ginebra: OMS; 2018.
6. Bravo P, López M, Cerezo N. La enfermería escolar: una revisión integradora de la literatura. Enferm Glob. 2023;22(2):510–523.
7. Council on School Health. Role of the school nurse in providing school health services. Pediatrics. 2016;137(6):e20160852.
8. Yoder CM. School nurses and student academic outcomes: An integrative review. J Sch Nurs. 2020;36(1):49–60.

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria
valladolid este ATENCION PRIMARIA
ics Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León
Sacyl

Cód: 005 MITOS Y EVIDENCIA CIENTÍFICA EN VACUNAS

Teresa de Jesús Carretero Salvador*, Victoria Barajas Lorenzo**, Verónica Sánchez Bueno*, Cristina Bravo Vicente*, Noelia García González*
Enfermera de Atención Primaria (SALAMANCA),R-2 Enfermería Familiar y Comunitaria (SALAMANCA)*

Justificación:

La disminución de la adherencia a los programas de inmunización, asociada a la proliferación de información errónea y discursos pseudocientíficos, representa un desafío relevante para la salud pública a nivel global . La hesitación vacunal ha sido identificada como un determinante que compromete el control epidemiológico de enfermedades prevenibles y la sostenibilidad de la inmunidad colectiva . En este contexto, la enfermería, como disciplina con participación activa en los programas de inmunización y contacto directo con la población, requiere competencias sólidas en alfabetización científica y comunicación en salud para contrarrestar mitos relacionados con la seguridad, eficacia y mecanismos de acción de las vacunas.

Población a quien va dirigido:

Población general, debido a la disminución de cobertura vacunal sobre todo en población adulta.

Descripción del contenido.

MITOS	EVIDENCIA CIENTÍFICA
"Las vacunas provocan la enfermedad que buscan prevenir"	Las vacunas contienen antígenos derivados de patógenos inactivados, atenuados o subunidades antigénicas específicas. Estos componentes no tienen capacidad de replicación patogénica, pero sí inducen una respuesta inmunitaria adaptativa mediante la activación de linfocitos B y T.
"Las vacunas no son seguras"	Las vacunas atraviesan fases preclínicas y clínicas (fases I, II y III) antes de su autorización. Posteriormente, se someten a farmacovigilancia continua para detectar y evaluar eventos adversos, los cuales son mayoritariamente leves y transitorios.
"Existe una relación entre vacunas y trastornos del espectro autista"	Estudios epidemiológicos a gran escala y metaanálisis no han demostrado asociación causal entre la vacunación y los trastornos del espectro autista. El origen de este mito se atribuye a investigaciones fraudulentas ya retractadas
"La inmunidad natural es superior a la inducida por vacunas"	La infección natural conlleva riesgos elevados de complicaciones clínicas, secuelas crónicas y mortalidad. La inmunización activa mediante vacunas genera memoria inmunológica eficaz sin la carga patológica de la enfermedad.
"La administración simultánea de múltiples vacunas sobrecarga el sistema inmunológico"	El sistema inmunitario humano tiene capacidad para responder a miles de antígenos simultáneamente. La carga antigénica total de los esquemas vacunales actuales es mínima en comparación con la exposición ambiental diaria.





La vacunación es una estrategia segura, eficaz y basada en evidencia científica sólida. La toma de decisiones informadas debe sustentarse en datos provenientes de literatura científica y organismos sanitarios oficiales.

Aplicabilidad práctica:

Los contenidos permiten fortalecer el rol de la enfermería como agente educador y promotor de la salud, facilitando intervenciones educativas basadas en evidencia, mejorando la información de usuarios y comunidades, y contribuyendo al aumento de la confianza y adherencia a los esquemas de inmunización.

Palabras clave (DeSC):

Vacunas; Enfermería; Educación en Salud; Inmunización; Epidemiología.

Bibliografía:

BIBLIOGRAFÍA

Estrategias Digitales para la Promoción de la Salud

Verónica Sánchez Bueno • Teresa de Jesús Carretero Salvador • M.ª Victoria Barajas Lorenzo

JUSTIFICACIÓN

Elaboración como respuesta a la creciente digitalización de los servicios socio-sanitarios.

El objetivo principal es comunicar de manera clara y sencilla las tácticas específicas que permiten integrar la tecnología en la rutina diaria para mejorar el bienestar físico y mental.

Pretende desmitificar el uso de herramientas complejas y demostrar que, mediante estrategias adecuadas, la tecnología actúa como un facilitador del cambio conductual y un refuerzo para la prevención de enfermedades crónicas.

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

Enfoque multigeneracional:

- **CIUDADANÍA DIGITAL ACTIVA:** Jóvenes y adultos que requieren herramientas críticas para transformar el uso de sus dispositivos en una gestión de salud basada en evidencia.
- **GRUPOS CON BRECHA DIGITAL EN TRANSICIÓN:** Personas mayores o inmigrantes digitales que, a través de una alfabetización sencilla, pueden beneficiarse ganando autonomía en su autocuidado.
- **AGENTES DE SALUD:** Profesionales del ámbito sanitario, educativo y comunitario que precisan recursos pedagógicos.

DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO

Estructura de baja carga cognitiva que facilita la comprensión del menaje. La información se organiza en una **"hoja de ruta"** destacando tres niveles:

1. **CAPTACIÓN: El inicio del cambio:** Uso de wearables y sensores para monitorizar constantes vitales.
2. **INTERACCIÓN: Soporte:** Rol de comunidades virtuales en el apoyo emocional y motivación grupal.
3. **GESTIÓN: Seguridad:** Estrategias de búsqueda en portales oficiales e información científica validada (HONcode).

APLICABILIDAD PRÁCTICA

Funciona como una guía operativa que impulsa hábitos digitales saludables con impacto en tres niveles:

EMPODERA AL PACIENTE

mediante la alfabetización informacional para decisiones basadas en evidencia.

OPTIMIZA EL SISTEMA SANITARIO

reduce la carga asistencial presencial mediante telemedicina y monitorización, minimizando también costes.

MEJORA EL IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

facilita la detección precoz, adherencia terapéutica y disminuye la morbilidad.

Permite transitar de un modelo reactivo a uno preventivo y participativo, reforzando la atención primaria.

PALABRAS CLAVES

SALUD – DIGITALIZACIÓN – ESTRATEGIAS

Sacyl

valladolid este ATENCION PRIMARIA

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

BIBLIOGRAFÍA

Gestión de patrones glucémicos con glucómetros tradicionales: Implementación digital en la consulta de enfermería

César de Pedro García [1], Paloma del Olmo de la fuente [2], Paula Villarreal Granda [3], Clara San Felipe González [4], María Victoria Mediavilla Sesmero[5]Jesús María Gómez Herrero[6]

[1] Enfermero en el Centro de Salud Magdalena de Valladolid
[2] Enfermera en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid
[3] Enfermera en Centro Penitenciario de Topas de Salamanca
[4] Enfermera en el Punto de Atención Continuada Pilarica de Valladolid
[5]Enfermera en el Centro de Salud San Isidro-Pajarillos
[6]Enfermero en el Centro de Salud de Arturo Eyries

La American Diabetes Association 2026 recomienda la evaluación conjunta de la HbA1c y la glucosa. Para ello, pone en relevancia un modelo que prioriza la gestión de patrones glucémicos frente a la interpretación de lecturas aisladas. En Atención Primaria disponemos de herramientas digitales que a pesar de tener respaldo institucional, lo que sugiere que son beneficiosas para la mayoría de experiencias personales, son poco utilizadas. El objetivo es informar sobre el uso en condiciones reales del glucómetro Accu-Chek-Instant y la plataforma web Accu-Chek-Care. Dirigido a profesionales responsables del seguimiento y educación de personas con diabetes que deseen implementar un modelo de gestión de patrones glucémicos en la práctica asistencial.



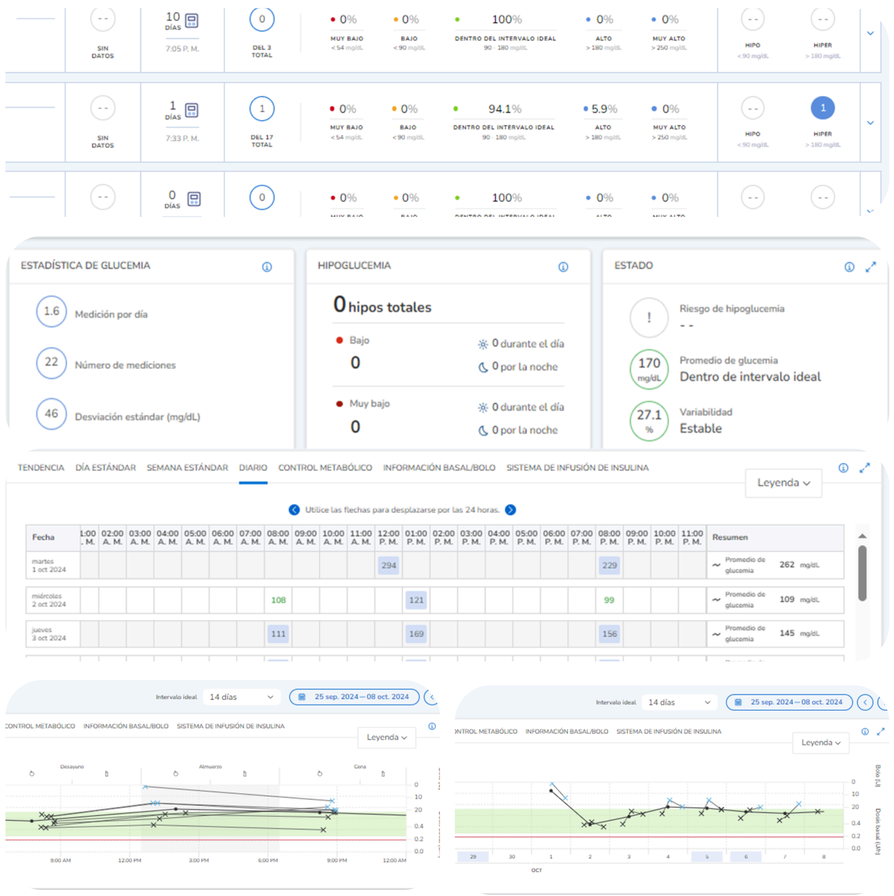


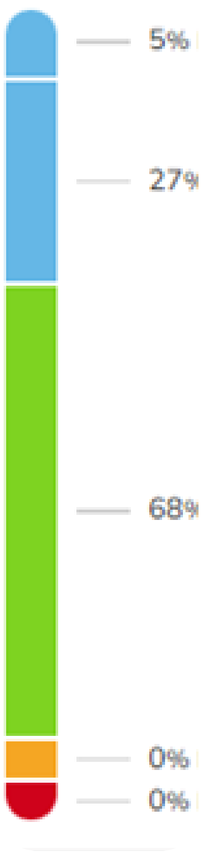


1. COGE EL GLUCÓMETRO ACCU-CHEK INSTANT
2. SINCRONIZALO CON LA APP “MY SUGR” EN EL MÓVIL DEL PACIENTE
3. COMPARTE DATOS DE LA APP “MY SUGR” CON EL PROFESIONAL
4. CREA UN NUEVO PACIENTE EN LA PLATAFORMA ACCU-CHE CARE

PLATAFORMA ACCU-CHE CARE

- Perfil de usuarios
- Distribución de glucemias: porcentaje de glucemias en objetivo, en rango bajo y en rango alto.
- Variabilidad glucémica, media glucémica, número de mediciones, número de hipoglucemias y HbA1c estimada.
- Diario glucémico.
- Gráfico tendencia y día estándar.





La integración en la consulta de enfermería te permitirá:

- Analizar patrones glucémicos de tus pacientes, pidiéndoles únicamente que activen el bluetooth de su smartphone.
- Emplear menos tiempo en recopilar datos, para invertirlo en interpretarlos junto a ellos.
- Identificar a tiempo real patrones de comportamiento inestables.
- Obtener un informe automático editable de los últimos 28 días.

Encuentra más información aquí:

Continuidad asistencial en Atención Primaria: mantenimiento y derivación del PICC

Autores: César de Pedro García 1, Diego Lozano Noriega 2, María Teresa Gordaliza Rodríguez 3, Ramon Arranz Diez 4 Susana Santiago Fernández 5, Rebeca Escudero Martín 5

[1]Enfermero/a, Centro de Salud Magdalena Valladolid Este
[2]Responsable de Enfermería, Centro de Salud Canterac Valladolid Este
[3]Enfermera de Atención Primaria Valladolid Este
4 Jefe de Unidad de coordinación de Enfermería de Equpos de Atención Primaria (GAPVAE)
5 Enfermera radiología intervencionista/Consulta enfermera de acceso vascular (HCUV)

Los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) son fundamentales para tratamientos intravenosos prolongados y pueden mantenerse durante meses. Su correcto funcionamiento requiere cuidados específicos que minimicen complicaciones. El objetivo es homogeneizar los cuidados y mejorar la continuidad asistencial entre niveles asistenciales.
Dirigido a los profesionales de enfermería encargados del seguimiento de pacientes portadores de PICC en Atención Primaria

LOS 10 PASOS DEL MANTENIMIENTO

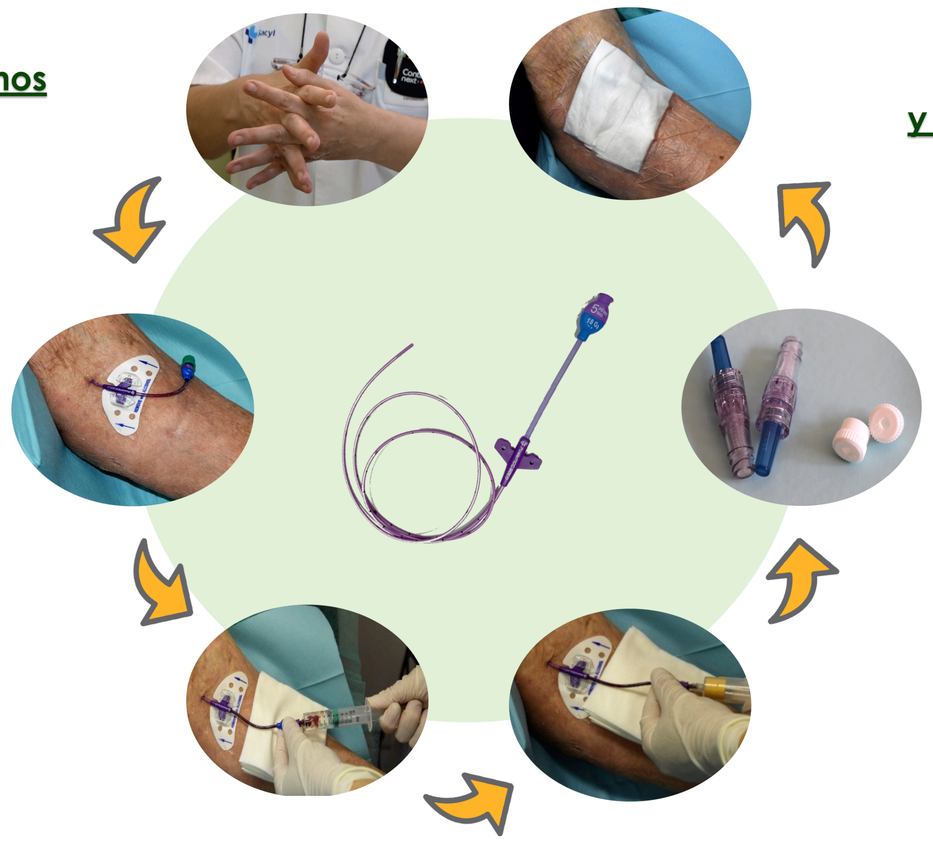
1. Higiene de manos

2. Retirada de apósito
- *Sin movilizar el catéter*
- *Sin usar tijeras*

3. Valoración
- *De los cm implantados*
- *Del punto de inserción*
- *Del estado de la piel*

4. Preparación
- *Del material*
- *Del campo estéril*

5. Antisepsia
- *SSF y clorhexidina 2%,*
- *dejar secar*
- *El punto de inserción*
- *La conexión*



6. Comprobar permeabilidad
- *Lavar con 10 ml SSF para abrir la válvula y aspirar para comprobar el reflujo sanguíneo*
- *Inyectar 10 ml SSF con Técnica push-stop-push*
- *Nunca usar una jeringa <10 ml*



7. Extracción *sanguínea*
- *Lavar con 10 ml SSF, con la misma jeringa aspirar y desechar 5-8mi de sangre*
- *Extracción: sistema vacutainer*
- *Lavar con 20 ml SSF estéril con Técnica push-stop-push*

8. Recambio del bioconector/tapón
- *Cada 7-10 días*
- *Después de cada manipulación*

9. Protección
- *Con apósito estéril*
- *Del extremo proximal y punto de inserción*
- *Sin aplicar presión*

10. Registrar y programar nueva visita



COMPLICACIÓN	ACTUACIÓN	PREVENCIÓN
MARSI (Lesiones piel por adhesivos)	Adecuar la frecuencia de cura. Emplear spray de película barrera.	Dejar secar los productos, no estirar el apósito al colocarlo y no retirarlo de forma perpendicular a la piel.
Infección	Recoger muestra con hispo, cura tópica y/o derivación.	Usar técnica aséptica y adecuado mantenimiento.
Salida accidental	Nunca recanalizar: riesgo de infección. Cubrir, fijar y derivar.	Manipulación cuidadosa.
Sangrado	Apósitos hemostáticos o puntos de aproximación y/o derivar.	No lavar con emboladas demasiado fuertes.
Rotura	Pinzarlo inmediatamente por encima de la rotura y derivar.	No usar tijeras. Evitar jeringas menores de 10 ml.
Obstrucción total (Ni refluye ni infunde)	Émbolo intraluminal que obstruye el catéter. Lavar sin forzar para no desprender el émbolo, movilizar la extremidad o derivar. La obstrucción parcial (solo infunde) no precisa actuación en AP.	Lavar con técnica push-stop-push. No comprimir el vendaje. Lavar antes y después de su uso o en cada mantenimiento.
Trombosis	Trombo extraluminal que puede provocar edema, dolor, eritema, circulación colateral: derivar para fibrinolisis.	No comprimir el vendaje. Relacionadas con la inserción del catéter: menor calibre posible, técnica ecoguiada.

Bibliografia

Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este

SALUD Y ALTAS TEMPERATURAS







¿Qué puedo hacer?

-Bebe agua aunque no tenga sed.
-Evita bebidas azucaradas, con alcohol o cafeína.
-Haz comidas ligeras.
-Usa ropa con colores claros.
-Usa gorra y gafas de sol homologadas.
-Aplicate crema solar 30 min antes de la exposición y cada 2 horas..







Y recuerda...
¡El sol también actúa en días nublados y hasta un metro bajo el agua!

¿De qué nos protege la crema?

De la radiación Ultravioleta B:

Riesgo de quemaduras solares.



De la radiación Ultravioleta A:

Riesgo del envejecimiento cutáneo

El Factor de protección solar multiplica el tiempo que tu fototipo de piel podría estar al sol sin dañarse.

Sacyl | Junta de Castilla y León

Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este

SALUD Y ALTAS TEMPERATURAS

¿Golpe de calor?

- Fiebre elevada
- Alucinaciones
- Respiración y pulso rápidos
- Convulsiones
- Desmayo
- Calambres



Es una urgencia

Llama al 112

Esperar en un lugar fresco

Retira el exceso de ropa

Ayuda a bajar la temperatura lentamente con paños de agua fría

Los más vulnerables: EDAD AVANZADA, NIÑOS Y EMBARAZADAS

¿QUÉ PUEDE AUMENTAR EL RIESGO?

Medicamentos



Diuréticos, antipsicóticos, tranquilizantes, y medicamentos fotosensibles.

Enfermedades



Cardiovasculares, respiratorias, obesidad y diabetes .

Horas de más calor



Evita las tareas de más esfuerzo entre las 17:00 y 19:00 horas

Sacyl | Junta de Castilla y León

Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este

SALUD Y MEDIOS ACUÁTICOS



Cuidado al bañarse en pozas o cascadas ¡Puede haber corrientes o remolinos!



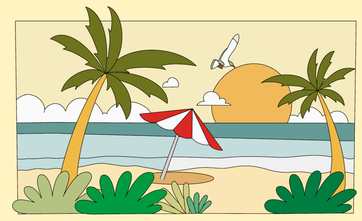
Fíjate en los cambios de bandera en la playa.

Tirarse de cabeza sin conocer la profundidad puede lesionarte.

Comprueba la temperatura del agua.

Si te lleva la corriente en el mar nada paralelo a la orilla hasta que salgas.

Si te cansas nadando en el mar, nada de espaldas moviendo solo las piernas.



Sacyl | Junta de Castilla y León

VEN A CONOCER EL VERANO CON SALUD: PREVENCIÓN DEL CALOR, PICADURAS Y ACCIDENTES ACUÁTICOS

Autores: César de Pedro García [1], Isabel Arribas Alonso [2], Marta Lobato Abril [1], Blanca Verdejo Rodríguez [1], Begoña Diaz Martínez [1], Raquel Castillo Martínez [2]

[1] Enfermero/a del Centro de Salud Magdalena en Valladolid
[2]Responsable de enfermería del Centro de Salud Magdalena en Valladolid
[3] Enfermera residente de Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Magdalena en Valladolid

En verano aumentan los golpes de calor, las picaduras de animales y los accidentes en medios acuáticos. Las infografías “Ven a conocer el verano con salud” tienen como objetivo sensibilizar a la población general sobre los principales riesgos para la salud durante el verano y promover medidas preventivas sencillas y basadas en la evidencia, fomentando hábitos saludables y la toma de decisiones informadas en relación con la propia salud.

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria
Sacyl
ics Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León
valladolid este ATENCION PRIMARIA

Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este

SALUD Y PICADURAS

Alerta si tengo...
Fiebre, dolores de cabeza o en el cuerpo y signos de infección

Medusas:
Al contacto con ellas, vivas o muertas, aparecerá: dolor, picor, inflamación o vesículas en tu piel.

QUE NO HACER:

-No uses agua dulce.

-No te frotes ni rasques.

-No apliques ninguna sustancia para neutralizar el veneno sin saber la especie.
.



QUE SI HACER:

-Irriga, sin frotar, con agua salada templada y abundante.

-Aplica frio 15 minutos.

-Evita el sol en la zona dañada.

Avisa al socorrista
Acude al centro de salud si tienes síntomas de alerta

Sacyl | Junta de Castilla y León

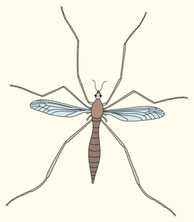
Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este

SALUD Y PICADURAS

Alerta si tengo...
Fiebre, dolores de cabeza o en el cuerpo y signos de infección

Mosquitos:
Te picarán con más frecuencia por la tarde y por la noche

-Aléjate de zonas de agua estancada.



-Apaga la luz si dejas la ventana abierta.
-Usa mosquiteras

Garrapatas:
Las encontrarás con más frecuencia en zonas con vegetación y donde haya animales

-Usa mangas, pantalón y calcetines largos.



-Usa ropa clara.
-Revisa tu mascota antes de entrar en casa..

¡Acude al centro de salud para evitar romperla al quitarla!
Podrías necesitar antibiótico

Sacyl | Junta de Castilla y León

¡BUSCALAS AQUÍ Y USALAS EN TU COMUNIDAD!

CONOCIENDO MI COMUNIDAD, UN ENFOQUE PRÁCTICO

Irene Isabel Diez Casado, Esther Garcia Juan, María Sanz Francés, Julia Herrero Soler, Elías Herrera Ruiz y Rodrigo Gonzalo Fajardo



Justificación

Necesidad de disponer de una visión clara, sintética y accesible de la realidad sociodemográfica, sanitaria y comunitaria del municipio de Lasarte-Oria (Gipuzkoa). Identificando necesidades de salud, activos y recursos comunitarios relevantes para orientar la intervención en el marco de la Enfermería Familiar y Comunitaria a través de un analisis de fuentes cuantitativas oficiales y de una aproximación cualitativa mediante mapeo de activos y entrevistas con trabajadores sociales.

Objetivos

Salud integral, bienestar social y comunidad



Describir la situación sociodemografica y sanilaria de Lasarte-Oria

Comprensión ropida y compartida



Identificar determinantes y activos en salud

Detectar necesidades y prioridades

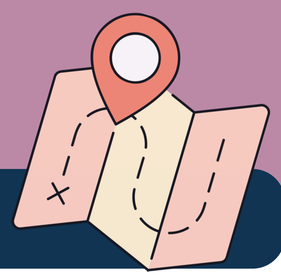


Constituir una herramienta para la acción comunitaria

Coordinar e intervenir en la comunidad

Descripción del contenido

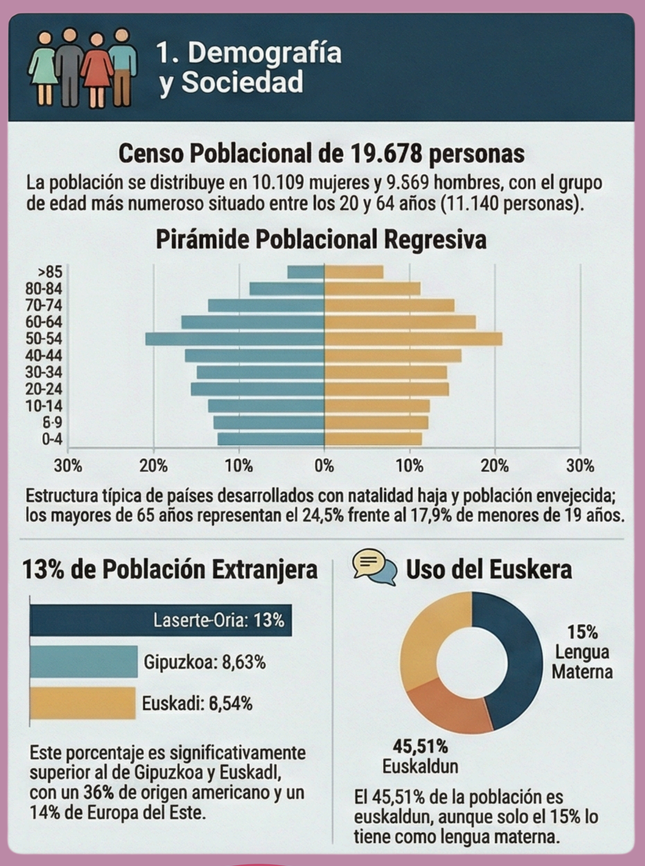
MAPEO DE ACTIVOS



¡ Accede al mapa interactivo !

Utiliza el codigo QR para localizar geográficamente los recursos culturales, naturales, deportivos...

SCAN ME







Aplicabilidad práctica

- ASISTENCIAL: apoyo a los profesionales
- DOCENTE: recurso formativo para EFYC y otros profesionales en formación
- COMUNITARIO: difundiendose en el centro de salud, servicios sociales y espacios municipales, para fomentar la acción comunitaria

Mejorar la coordinación intersectorial, visibilizar activos en salud y promover acciones comunitarias basadas en las necesidades reales del municipio

Población a la que se dirige



Bibliografía

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

valladolid este ATENCIÓN PRIMARIA

Sacyl

PASOS SEGUROS EN PIES DIABÉTICOS:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE CALZADO BAREFOOT EN PIES DIABÉTICOS

INTRODUCCIÓN

El pie diabético es una complicación muy frecuente de la diabetes mellitus (DM), caracterizada por neuropatía, alteraciones vasculares y riesgo elevado de úlceras.

Los cuidados de enfermería basados en la educación sobre cuidados del pie y calzado adecuado son fundamentales para la prevención del pie diabético.

En los últimos años, el calzado barefoot está en auge por ser beneficioso para la biomecánica natural del pie, el fortalecimiento muscular y la mejora de la propriocepción. Sin embargo, su uso en personas con DM genera mucho debate, especialmente en relación con la prevención de lesiones y el cuidado integral del pie.

OBJETIVO

P • Analizar en adultos con diabetes mellitus
I • Uso de calzado barefoot
C • Uso de calzado convencional
O • Seguro y efectivo para prevenir úlceras y complicaciones del pie diabético

METODOLOGÍA

DESCRIPTORES /MESH

"Diabetic foot" OR "pie diabético"
"Foot ulcer prevention" OR "prevención de úlceras"
"Footwear" OR "barefoot" OR "minimalist shoes" OR "calzado respetuoso"
"Nursing care" OR "cuidados de enfermería"

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

· Publicaciones entre 2016 y 2025
· Disponibilidad texto completo
· Inglés o español.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

· Únicamente población pediátrica
· Población deportiva sin implicación clínica directa.

PRISMA		n
Identificación	Registros identificados en bases de datos y otras fuentes	330
Cribado	Registros tras eliminación de duplicados	255
	Registros excluidos tras título y resumen	185
Elegibilidad	Artículos evaluados a texto completo	70
	Artículos excluidos	45
Inclusión	Artículos incluidos en la revisión	**25**

BASES DE DATOS:

·PubMed
Medline
·Scopus
·Web of Science
·CINAHL
·Google Scholar

FINALMENTE SE HIZO UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE 25 ARTÍCULOS

RESULTADOS

- Evidencia **limitada y precaria** sobre barefoot en pacientes diabéticos con **neuropatía**.
- Algunos estudios muestran beneficios en propiocepción, movilidad y fortalecimiento muscular, pero **riesgo** de lesiones por **pérdida de sensibilidad**.
- Las **guías internacionales** (ADA, IWGDF, NICE) **no recomiendan** barefoot, especialmente en pacientes con neuropatía o deformidades.
- **Calzado terapéutico adaptado** sigue siendo la estrategia más segura y eficaz para prevención de úlceras.
- **Cuidados de enfermería** son **esenciales**: educación en inspección diaria del pie, higiene y elección de calzado seguro.

CONCLUSIONES

Aunque el calzado barefoot proporciona un enfoque respetuoso con la biomecánica natural del pie, la seguridad y recomendación en pies diabéticos sigue siendo controvertida,especialmente ante neuropatías o deformidades. La evidencia respalda el uso de calzado terapéutico individualizado e implementación de intervenciones de enfermería relacionadas con el cuidado integral del pie. Es necesario seguir investigando la evidencia reciente sobre su uso para orientar la práctica clínica y los cuidados de enfermería, ya que hay pocos estudios disponibles hasta el momento.

1. International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes. Diabetes Metab Res Rev. 2019;35(Suppl 1):e3269.
2. van Netten JJ, Raspovic A, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, et al. Prevention of foot ulcers in persons with diabetes at risk of ulceration: systematic review and meta-analysis. Diabetes Metab Res Rev. 2020;36(Suppl 1):e3273.
3. Luo B, Cai Y, Chen D, et al. Effects of special therapeutic footwear on the prevention of diabetic foot ulcers: systematic review and meta-analysis. J Diabetes Res. 2022;2022:9742665.
4. Chicharro-Luna E, et al. Fit for purpose? Footwear for patients with and without diabetes. Diabetes Foot Journal. 2021;Issue? (no doi available).
5. Hazbiu A, et al. The appropriateness of footwear in diabetic patients: clinical recommendations. J Clin Med. 2024;13(8):2402.
6. Diabetic Foot Australia guideline on footwear for people with diabetes. J Foot Ankle Res. 2017;10:45.
7. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Chapter 32: Foot Care. Can J Diabetes. 2025;49(3):Sxx–Sxx.
8. Armstrong DG, et al. Diabetic foot ulcers: prevention and treatment. N Engl J Med. 2017;376(24):2367–75. (general diabetic foot management supporting footwear).
9. Reddie M, Shallal C, Frey D. A scoping review of footwear worn by people with diabetes in low- and middle-income countries: implications for ulcer prevention programs. Glob Health Sci Pract. 2023;11(2):e2200392.
10. van Netten JJ, Price PE, Lavery LA, et al. Footwear and insole design features for offloading the diabetic at-risk foot: systematic review and meta-analyses. Endocrinology, Diabetes & Metabolism. 2021;4(1):e00227.
11. Diabetic Foot Ulcer: Design features of appropriate footwear and walking risks (NIHR Evidence). 2022.
12. Salehi S, et al. Journal consensus: recommendations for therapeutic footwear and offloading in diabetic foot. Foot Ankle Spec. 2021;14(4):xxx–xxx.
13. Prevention of foot ulcers in high-risk diabetic foot. Diabetes Metab Res Rev. 2023;39:e3601.
14. NICE guideline NG19: Diabetic foot problems — prevention and management. London: NICE; 2019.
15. Smith J, et al. Impact of footwear intervention on plantar pressure distribution in high-risk diabetics: a randomized study. J Biomech. 2020;102:109653.
16. Brown SHM, et al. Walking barefoot increases ulceration risk in diabetics: Case-control data. Rural Remote Health. 2025;25:692.
17. Patel U, et al. Off-loading strategies for diabetic foot ulcer prevention: biomechanical insights. J Vasc Surg. 2024;60(2):518-526.
18. Therapeutic smart-footwear approach for diabetic foot management. Technol Health Care. 2024;32(1):123–130.
19. Lee C, et al. Off-loading footwear devices and diabetic foot outcomes: cohort evidence. Clin Biomech (Bristol, Avon). 2023;97:105475.
20. García-Molina P, Lázaro-Martínez JL. Diabetic footwear adherence and ulcer recurrence: observational data. Diabetes Res Clin Pract. 2022;180:109055.
21. Chang DW, et al. Education + footwear compliance reduce diabetic foot ulcer incidence: prospective cohort. Diabetes Care. 2021;44(6):1294–1301.
22. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA. 2019;321(5):484–483.
23. Greenhagen R, et al. Clinical implications of footwear choice in neuropathic diabetic feet. J Am Podiatr Med Assoc. 2020;110(2):1–7.
24. Practical recommendations on therapeutic footwear use in diabetics. Foot Ankle Clin. 2023;28(2):251–270.
25. Safety considerations of minimalist footwear in special populations. Sports Med. 2022;52(3):505–515.

AUTORAS: VIRGINIA ALONSO CARNICERO - RONDA DELGADO CANTERO - LARA BARTOLOMÉ CASADO - IRENE GÓMEZ SANCHO - ROCÍO ALONSO HERRERUELA - ROSA MARÍA BARRIUSO ADRIÁN

CAMINAMOS SEMBRANDO FUTURO

IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO BIOPSICOSOCIAL Y COMUNITARIO EN EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Autores: Encinas Martín T (1), Rodriguez Calleja M (2), Díez Rabadán B (3), Miguélez Rivera A (4), Díez Garcia M (4), Garcia Freile l (2)
.

Afiliación: (1) Enfermera. Unidad de estrategias de afrontamiento activo para el dolor (UEAAD) (2) Enfermera Centro de Salud Circular (3) Fisioterapeuta. UEAAD (4) EIR Centro de Salud Circular

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico afecta entre 20-25% de la población adulta y supone un importante problema de salud con impacto físico, emocional y social. Los enfoques activos basados en educación y ejercicio terapéutico han demostrado más efectividad y sostenibilidad que los tratamientos tradicionales.



Figura 1: Incidencia del dolor crónico: predominancia femenina

OBJETIVOS

- ❑ **Fomentar la autonomía y el autocuidado del paciente mediante estrategias activas y sostenibles.**
- ❑ **Fortalecer las redes de apoyo para reducir el impacto de la cronicidad.**

EXPERIENCIA

La estrategia se estructura en una COMUNIDAD DE AFRONTAMIENTO compuesta por grupos de pares y un grupo motor integrado por fisioterapeutas, enfermeras comunitarias y la asociación de afrontamiento, coordinados con representantes de los pacientes. Se realizan acciones estables de ejercicio físico, junto con actividades puntuales formativas, culturales y de divulgación para potenciar el empoderamiento del paciente. Además, se organizan acciones de aprendizaje-servicio con la Universidad de Valladolid.

REFERENCIAS

RESULTADOS

La red de iguales experimentó un crecimiento positivo durante el bienio 2024-2025, se expandió un 18,2%, pasando de 22 a 26 grupos, de 408 a 494 personas (figura 2). Destaca también el grupo de andarines, que incrementó su convocatoria de 35 a 47 participantes (figura 3). El éxito se fortalece con 3 colaboraciones en la Universidad de Valladolid. La observación participante evidencia un acompañamiento mutuo entre los miembros de la red. Gracias a este vínculo, los grupos se consolidaron como espacios seguros de validación social que impulsan la evolución de la comunidad.

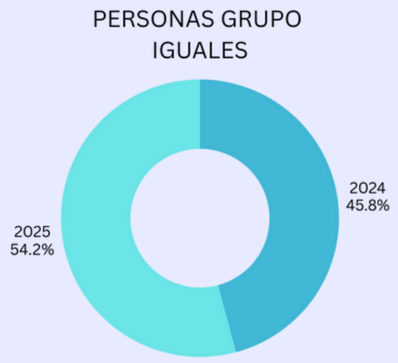


Figura 2. Crecimiento de la comunidad: evolución de la participación.



Figura 3: Evolución de la participación en paseos saludables.

CONCLUSIÓN

La estrategia ha demostrado ser un modelo eficaz que mejora la autogestión de la salud en pacientes con dolor persistente. Los grupos de iguales funcionan como espacios de aprendizaje clínico y cohesión social, logrando alinear la práctica asistencial con las políticas autonómicas.

APLICABILIDAD

Altamente transferible al ámbito de la Atención Primaria, habiendo sido reconocido y premiado como Buena Práctica comunitaria por Salud Castilla y León y Sociedad Española del Dolor. Su éxito radica en la creación de una red colaborativa entre distintos agentes e instituciones.

ACTIVACIÓN DEL PACIENTE EN LA CRONICIDAD: DEL ROL PASIVO AL LIDERAZGO COMPARTIDO EN SALUD

Autores: Miryam Rodríguez Calleja, Alba Miguelez Rivera, Matilde Díez Garcia, Lydia García Freile, Soraya Remiro Mosquera, Celia Merino Fernández

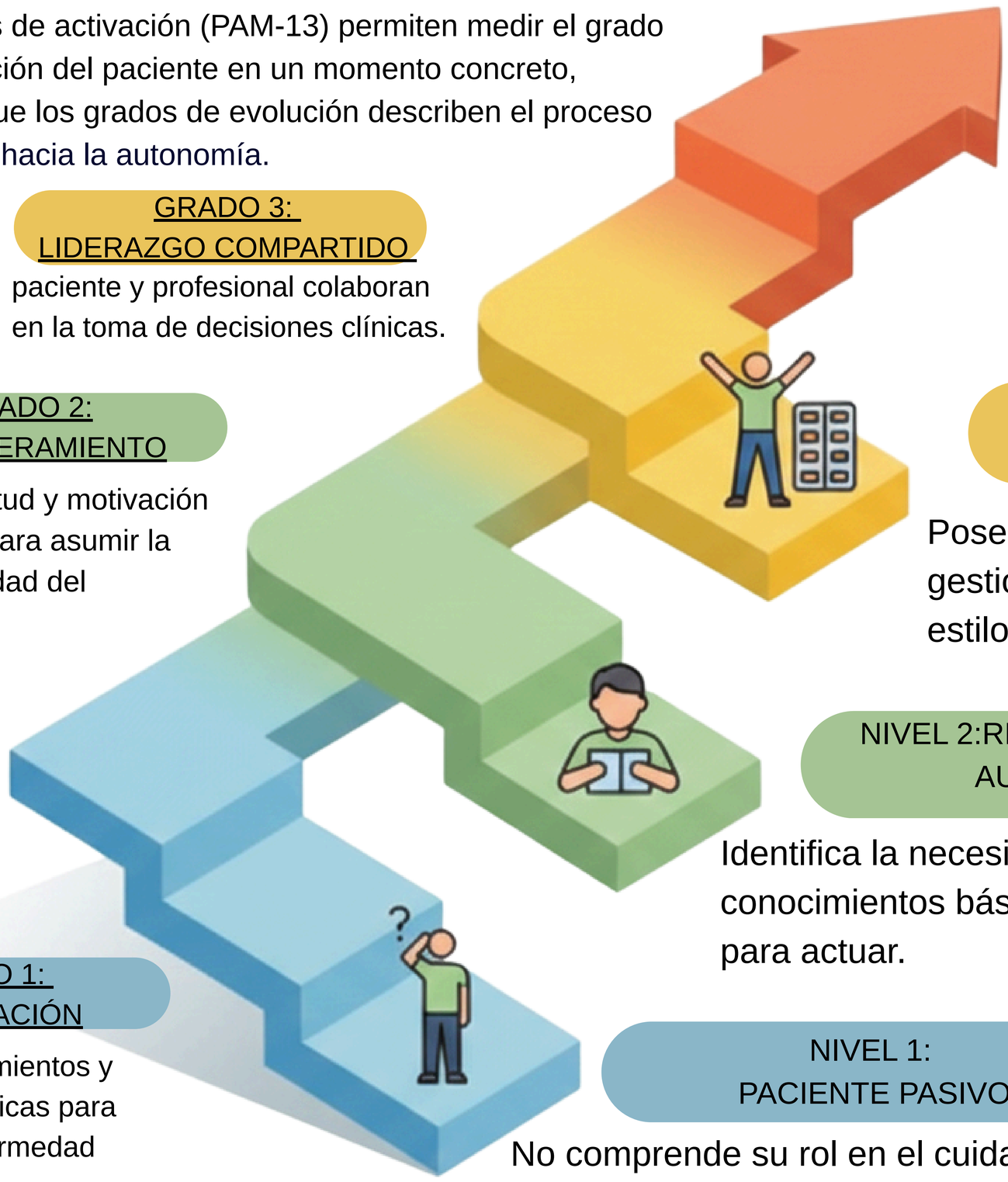
¿QUE ES LA ACTIVACIÓN DEL PACIENTE? QUE PAPEL JUEGA ENFERMERÍA EN EL?



Es un proceso de capacitación continuo en que el paciente desarrolla conocimientos, habilidades y confianza para gestionar activamente su salud. La enfermería actúa como agente facilitador del cambio, adaptando los cuidados al nivel de activación del paciente y promoviendo su autonomía progresiva.

LOS TRES GRADOS DE EVOLUCIÓN

Los niveles de activación (PAM-13) permiten medir el grado de implicación del paciente en un momento concreto, mientras que los grados de evolución describen el proceso progresivo hacia la autonomía.



GRADO 3: LIDERAZGO COMPARTIDO

paciente y profesional colaboran en la toma de decisiones clínicas.

GRADO 2: EMPODERAMIENTO

Suma la actitud y motivación necesarias para asumir la responsabilidad del autocuidado.

GRADO 1: CAPACITACIÓN

Adquirir conocimientos y habilidades básicas para manejar la enfermedad

LOS 4 NIVELES DE ACTIVACION (ESCALA PAM 13)

NIVEL 4: PACIENTE ACTIVO

Ha incorporado hábitos saludables de forma autónoma y es capaz de mangenerlos incluso bajo condiciones de estrés

NIVEL 3:AUMENTO DE LA AUTOEFICACIA

Posee conocimientos y habilidades para gestionar su medicación y realizar cambios en su estilo de vida.

NIVEL 2:RECONOCE SU ROL DE AUTOCUIDADO

Identifica la necesidad de implicarse y adquiere conocimientos básicos, aunque aún carece de confianza para actuar.

NIVEL 1: PACIENTE PASIVO

No comprende su rol en el cuidado de la salud. Requiere apoyo y supervisión frecuentes

Bibliografía

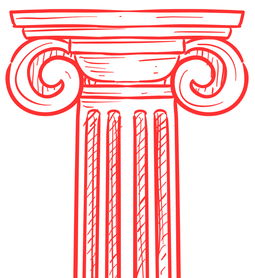


PILARES PARA EL EMPODERAMIENTO



ALFABETIZACION EN SALUD

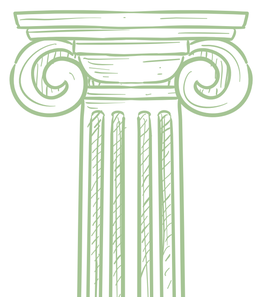
Proporcionar información clara, útil y adaptada a cada paciente, asegurando que pueda acceder, entender y aplicar la información





COMUNICACIÓN TERAPEUTICA

Utilizar la escucha activa y la empatía para crear un entorno seguro donde el paciengte pueda expresar dudas sin sentirse juzgado





EMPODERAMIENTO Y AUTOEFICACIA

Ayudar al paciente a establecer metas pequeñas y alcanzables que refcuercen su confianza en la toma de decisiones sobre su propia salud

MAPEO DE ACTIVOS EN SALUD:

Guía práctica para profesionales de enfermería comunitaria.

Autores: Alba Miguelez Rivera, Miryam Rodríguez Calleja, Soraya Remiro Mosquera, Paula Fernández Lopo,Laura Rodriguez Fernández

1 Qué es un activo en salud

Recurso que fortalece a la salud y al bienestar de la comunidad



Personas: habilidades, talentos, tiempo.



Grupos: asociaciones, voluntariado.



Organizaciones: centro de salud, colegios, centros cívicos.



Espacios físicos: parques, plazas, mercados, piscinas.



Culturales: conciertos, arte, música, bibliotecas.

2 Para qué sirve



- ✓ Conocer recursos existentes
- ✓ Planificar intervenciones comunitarias
- ✓ Favorecer la prescripción social
- ✓ Impulsar la participación activa de la comunidad
- ✓ Integrar salud clínica y comunitaria
- ✓ Docencia: estrategias de salud comunitaria y promoción de la salud



Clave: se centra en **fortalezas** no carencias.

3 Pasos prácticos

1 Preparación



- Define objetivo y zona de intervención
- Forma equipo facilitador
- Recoge información local

2 Movilización comunitaria



- Presenta proyecto a la comunidad
- Promueve participación
- Forma grupos de trabajo

3 Identificación de activos

- Personas y grupos
- Espacios físicos
- Cultura, economía
- Recursos informales





Documenta y registra: para prescripción social y planificación de actividades

4 Evaluación y seguimiento

- Valorar participación y satisfación
- Evaluar impacto en bienestar
- Actualizar activos
- Detectar barreras de acceso





TIPS PRÁCTICOS

- Técnicas participativas
- Entrevistas y grupos focales
- Lenguaje claro y cercano
- Fotografías
- Mapas e iconos.
- Mapping party

Bibliografía

HUMANIZANDO LA ATENCIÓN PRIMARIA

COMUNICACIÓN Y ACCESIBILIDAD COGNITIVA EN EL CENTRO DE SALUD

César de Pedro García[1], Raquel García Calaveras[2]
[1] Enfermero en el Centro de Salud Magdalena de Valladolid
[2] Enfermera en el Hospital Clínico de Valladolid

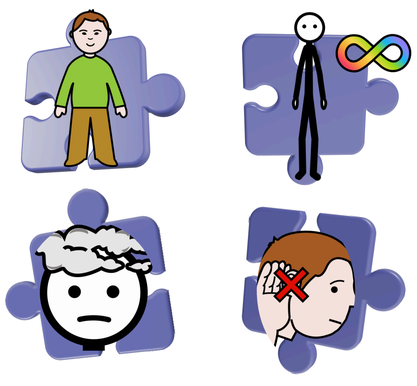
NECESIDAD



La accesibilidad cognitiva constituye una medida de seguridad, calidad y humanización que mejora la experiencia del paciente y la comunicación clínica. En continuidad con el programa de Atención Sanitaria Integral y el Plan Persona de Castilla y León, se ha creado la herramienta **"tira-frase"**. Su uso en consulta o en el servicio de admisión del centro de salud ofrece apoyo a los profesionales que atiendan a colectivos vulnerables, favorece una atención equitativa e inclusiva y contribuye a mejorar su autoestima.

OBJETIVO

El objetivo del "tira-frase" es facilitar la comunicación del profesional sanitario con el colectivo vulnerable y sus familiares o tutores.



APLICALO CUANDO ATIENDAS A PERSONAS CON

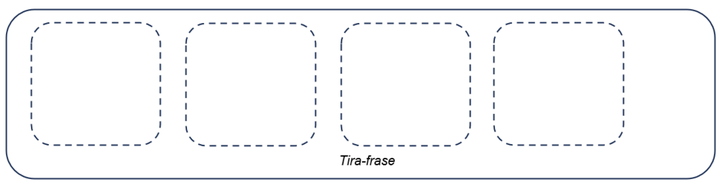
- Discapacidad intelectual
- Autismo
- Deterioro cognitivo
- Barreras de comunicación: (dificultades idiomáticas, sensoriales, alfabetización)

USA EL "TIRA-FRASE„ ...

... y mejora la comunicación con tus pacientes vulnerables

¿QUÉ ES?

Es una herramienta visual compuesta por una cartulina de pictogramas con velcros adhesivos para construir frases sencillas.



Este material ha sido elaborado por Raquel Garcia Calaveras y César de Pedro García y se encuentra bajo Licencia Creative Commons BY-NC-SA.

Los símbolos pictográficos utilizados en el "Cuaderno de comunicación Tira-frase" son propiedad del Gobierno de Aragón y han sido creados por Sergio Palao para ARASAAC (http://www.arasaac.org), que los distribuye bajo Licencia Creative Commons BY-NC-SA.

DESCARGA LA BIBLIOGRAFIA AQUI:

EL CUADERNO DEL "TIRA-FRASE„ INCLUYE:

Pictogramas de comunicación sobre:

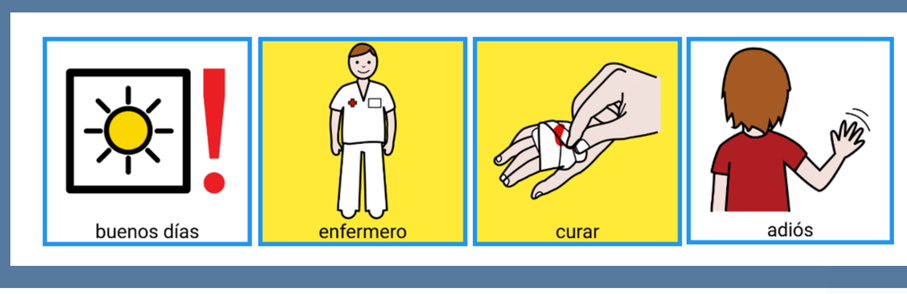
- Partes del cuerpo
- Lugares
- Personas
- Sentimientos
- Atención sanitaria
- Acciones



¿CÓMO SE USA?

1. El profesional presenta el cuaderno
2. La persona señala los pictogramas
3. Se confirma el mensaje construido

EJEMPLO: Buenos días, soy el enfermero que te va a curar, adiós



PRIMEROS PASOS EN LA INSULINIZACIÓN: SEGURIDAD, CONFIANZA Y AUTOCUIDADO

Qué es la diabetes

La diabetes es una **enfermedad crónica** en la que el **nivel de glucosa en sangre es más alto** de lo normal

Esto ocurre porque el cuerpo:
- **No produce suficiente insulina**
- **No la utiliza correctamente**

Glucosa: principal fuente de energía del organismo

Qué es la insulina

La insulina es una hormona que produce el páncreas y que:
- permite que la **glucosa entre en las células**
- ayuda a **mantener la glucemia en valores normales**

Cuando falta insulina o no funciona bien, la glucosa se queda en la sangre y aparecen complicaciones

Cómo conservo la insulina

Antes de empezar a usarla
- Guardarla en la **nevera**
- Temperatura: **2 - 8 ºC**
- **No congelar**
- **Protegida de la luz**

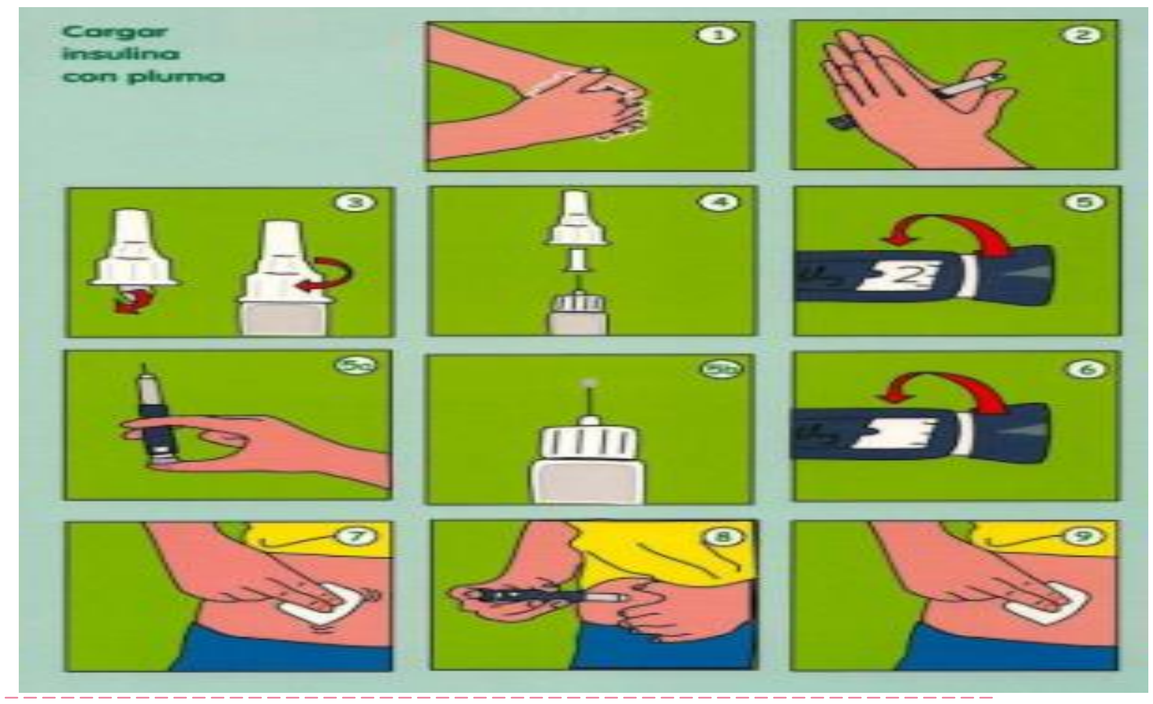
Pinchar insulina fría puede molestar

Insulina en uso
- Temperatura ambiente
- Máximo 25 - 30ºC
- Usarla durante 3-4 semanas (ver prospecto)

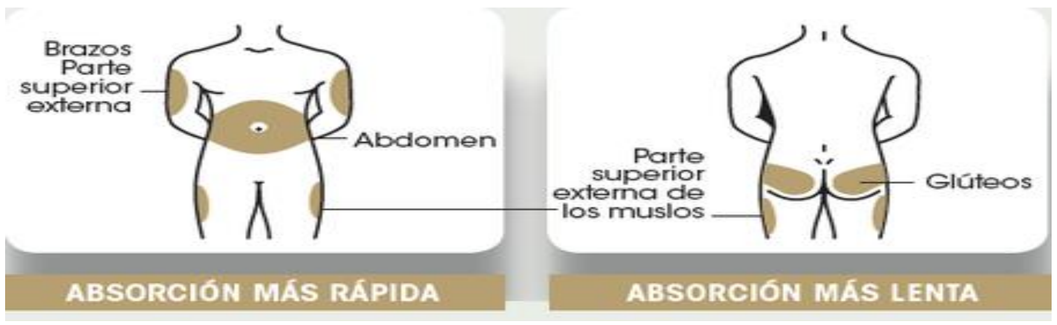
Transporte
- Viajes cortos: **estuche térmico**
- Viajes largos o calor: **no dejarla en coche**
- Avión**: en equipaje de mano**

No usar insulina si:
- Ha estado **congelada**
- Cambia color o tiene grumos
- Ha pasado fecha de caducidad

Cómo me pongo la insulina



Y, dónde la pongo



Se recomienda rotar entre los diferentes lugares:
- La nueva inyección debe estar al menos a 1cm del anterior lugar de inyección
- Hay que evitar la inyección en áreas con heridas o lesiones cutáneas

Cómo mido la glucemia



INDICACIONES

1º Profesional sanitario le indicará cuándo realizar las glucemias:
- **insulina lenta:** control diario antes del desayuno
- **insulina rápida:** podría necesitar 6 controles diarios:
  - **justo antes** de De - Co - Ce
  - **2h después** de De - Co - Ce

2º Respete al menos 2 h entre ingestas
3º Si valor "anormal" o no habitual: repetir
4º Cambie aguja con cada pinchazo
5º Controle la caducidad del material
6º Cambie la zona de punción

Signos y síntomas de mal control glucémico

Hipoglucemia (azúcar baja) **70 mg/dl**

¿Qué noto?
- **sudor frío**
- **temblor**
- **palpitaciones**
- **hambre**
- **visión borrosa**
- **mareo o dolor de cabeza**
- **nerviosismo o ansiedad**
- **confusión**

¿Qué hago?



Hiperglucemia (azúcar alta)
- **mucha sed**
- **orinar con frecuencia**
- **debilidad o cansancio**
- **pérdida de peso**
- **dolor de cabeza**

Contacta con su enfermera

Acude a urgencias

Seguimiento y acompañamiento



No estás solo/a

Te ayudará:
- Seguimiento de su enfermedad
- Resolver dudas
- Revisar procedimiento
- Sentirte más seguro en los primeros días

Referencias de interés

"Con fibromialgia, cada paso cuenta."

¿Qué es la fibromialgia?

Es un **síndrome crónico benigno** que provoca dolor generalizado en músculos, ligamentos y tendones, acompañado de fatiga, problemas de sueño y dificultades cognitivas. **No es progresiva** (no daña articulaciones ni músculos) **y no es imaginaria**: tiene base neurobiológica real. Afecta al 2–4% de la población, principalmente mujeres de 30 a 60 años. El diagnóstico es clínico.

En la fibromialgia, nuestro cuerpo está más sensible de lo normal.
El **sistema nervioso amplifica las señales de dolor.**

→

Esto hace que el cerebro perciba señales de dolor ante estímulos que no deberían doler.
A esto se llama sensibilización central.

El dolor puede...

No tener lesión visible en análisis ni radiografías

Cambiar de un día a otro, incluso de hora en hora



No mejorar solo con descanso

Empeorar con el frío, el estrés o la inactividad

Sentirse como **quemazón, punzadas o peso en todo el cuerpo**

Puede acompañarse de **hormigueos o entumecimiento sin causa**

Afecta **al 2–4% de la población**; **9 de cada 10 son mujeres**

"Moverse ayuda, incluso cuando hay dolor"

Síntomas frecuentes

🥱 **Fatiga extrema** Cansancio que no mejora con el descanso	🌫️ **Fibroniebla** Dificultad para concentrarse y recordar
🌙 **Sueño no reparador** Te despiertas cansado/a	🤲 **Rigidez matutina** Especialmente al levantarse
🤯 **Cefaleas / migrañas** Frecuentes y recurrentes	😰 **Ansiedad / tristeza** Relacionadas con el dolor crónico
🫃 **Colon irritable** Molestias digestivas frecuentes	🦵 **Piernas inquietas** Sensación de malestar en piernas

¿Por qué el ejercicio ayuda?

El cerebro **aprende** a doler menos → libera **Sustancias beneficiosas** como → Activa un estado de **calma**

- 🏃 **Endorfinas**: Analgésicos naturales
- 💪 **Miocinas**: Modulan el dolor
- 😊 **Serotonina**: Mejora ánimo y sueño



- ✅ Reduce la **sensibilización central del sistema nervioso**
- ✅ **Mejora el umbral del dolor** a largo plazo
- ✅ **Disminuye la fatiga y mejora el estado de ánimo**

Rompe el círculo del miedo a la actividad

El ejercicio...

Es **parte del tratamiento**, no un extra opcional

Empieza despacio y **progresa gradualmente**

Frecuente y ligero: **2–3 veces/semana, 30 min**

En días malos: **reduce, no abandones**

Lleva un **diario de actividad**: anota cómo te sientes

El ejercicio en grupo mejora la adherencia y el ánimo

Lo ideal es combinar:

Aeróbico
Caminar · Nadar · Bicicleta · Bailar

Fuerza
Bandas · Peso corporal · Pilates

Equilibrio
Tai-chi · Yoga · Estiramientos



Estrategia PACING: gestiona tu energía

1. Planifica **descansos activos** antes de llegar al agotamiento.
2. **Escucha tu cuerpo**: aprende a reconocer tus señales de fatiga.
3. **Reparte las actividades a lo largo del día**. No hagas todo de golpe en los días buenos.
4. **Evita el "todo o nada"** en días malos, haz menos pero no pares del todo.
5. **Prioriza lo importante** y delega o elimina lo que puedas.



Mejora tu sueño

🕗 **Horarios regulares** Acuéstate y levántate siempre a la misma hora	📱 **Sin pantallas** Evita móvil/TV 1h antes de dormir
🌡️ **Temperatura** Habitación fresca (18–20°C) y oscura	☕ **Sin estimulantes** Evita cafeína y alcohol por la tarde
🧘 **Relajación** Respiración o meditación antes de dormir	🚶 **Ejercicio diurno** Mejora la calidad del sueño nocturno
🛁 **Baño templado** Relaja los músculos y facilita el sueño	📓 **Diario de sueño** Registra patrones para identificar qué te ayuda

Cuando consultar a tu médico

Si el dolor cambia de características o aparece en nuevas localizaciones de forma brusca.

Si **aparece inflamación** articular visible, **fiebre o pérdida de peso sin causa**.

Si **la tristeza o ansiedad se vuelven muy intensas** o tienes pensamientos negativos persistentes.

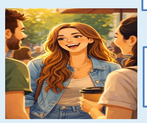
Si el tratamiento no produce ninguna mejoría tras varias semanas de seguimiento.

Cambia tu estilo de vida...



🍎 **Alimentación equilibrada**. Evita el sobrepeso.

🚭 **Evita el tabaco y el alcohol**: empeoran el dolor y el sueño.



🤝 **No lo afrentes solo/a.** Busca apoyo en grupos de ayuda mutua.

La fibromialgia no es progresiva. Con el tratamiento adecuado, la mayoría de personas mejoran su calidad de vida

Tu equipo de salud

- 🧑‍⚕️ **Médico de Familia**
  Diagnóstico y seguimiento
- 🤸 **Fisioterapeuta**
  Programa de ejercicio personalizado
- 👩‍⚕️ **Enfermería**
  Educación y plan de cuidados



Pequeños cambios mantenidos marcan la diferencia...
Si tienes dudas, pide cita con enfermería y/o fisioterapia.
No estás solo/a — Tu equipo de salud está aquí para acompañarte.

1. Prieto de Lamo G, Obreo Pintos J, Sánchez Alonso RI, Frutos Llanes R, Río Manzano C del, Díaz Mistrot L, et al. *Proceso asistencial integrado: Fibromialgia*. Valladolid: Gerencia Regional de Salud, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León (Sacyl); 2012 [consultado Feb 2026].
2. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS). *Fibromialgia* [Internet]. Bethesda (MD): NIH; 2024 [actualizado jul 2024; consultado Feb 2026].
3. Rivera Redondo J, Díaz del Campo Fontecha P, Alegre de Miquel C, Almirall Bernabé M, Casanueva Fernández B, Castillo Ojeda C, et al. Recomendaciones SER sobre el manejo de los pacientes con fibromialgia. Parte I: diagnóstico y tratamiento. *Reumatol Clin.* 2022;18(3):131-40. doi: 10.1016/j.reuma.2021.02.004

ENTRENAMIENTO DE FUERZA Y SALUD EN LA VEJEZ: UNA MIRADA DESDE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA.

ELENA VIDAL CABO, SILVIA MARTINEZ LANZAS, LIDIA ÁLVAREZ HERNÁNDEZ.

INTRODUCCIÓN

En España nos encontramos con una pirámide de población regresiva , esperando a nivel mundial el doble de individuos mayores de 65 años para 2050.
Enfermedades cardio metabólicas, psicológicas, la fragilidad, la sarcopenia y el gasto sanitario se dispararán salvo que se apliquen medidas preventivas.
Impulsar y mantener en el tiempo la actividad física regular y los ejercicios de fuerza, mejoraran el estado físico y psicológico de nuestros mayores, logrando una mayor independencia.
Sin embargo, encontramos barreras que hacen que la adherencia no sea la deseada.



OBJETIVOS

- ✓ Identificar los beneficios que logramos con la actividad física regular y, en especial, con los ejercicios de fuerza en la salud durante la vejez.
- ✓ Enumerar las herramientas que nos ayuden a incrementar la adherencia a estas actividades.

METODOLOGÍA

- ✓ Búsqueda bibliográfica empleando PubMed.
- ✓ Indicadores DECS/ MESH:
  - ✓ Strength exercises
  - ✓ Aged
  - ✓ Community health nursing.
- ✓ Artículos publicados en el último año, tanto en español como en inglés.
- ✓ Se encontraron 46 artículos, se revisaron 22. Finalmente, se seleccionaron 15.
- ✓ Pregunta PIO.
  - ✓ P: Población anciana.
  - ✓ I: Abordaje de los ejercicios de fuerza desde la enfermería comunitaria.
  - ✓ O: Prevención y promoción de la salud.

RESULTADOS

- ✓ La disminución de la duración del movimiento corporal conlleva un riesgo potencial de fragilidad y, por tanto, de caídas, para estos pacientes. A nivel general, se conocen las innumerables ventajas que supone realizar ejercicios físico regular. Si a este, incorporamos ejercicios multicomponentes de fuerza y equilibrio, ayudamos a reducir eficazmente el riesgo de caídas, especialmente en poblaciones vulnerables cuando se realiza con frecuencia y aumento progresivo de peso.
- ✓ Para problemas en articulaciones como la rodilla, el entrenamiento más efectivo será aquel que combine alta velocidad con programas individualizados de resistencia.
- ✓ El rendimiento físico y la fuerza muscular de pacientes con sarcopenia mejoro a corto plazo tras implementar ejercicios de fuerza. Además, emplear sillas de masaje BFR-7211, mejora la fuerza y salud percibida en estos pacientes.
- ✓ En la fibromialgia, debemos insistir en caminar. De lo contrario, el dolor se verá incrementado. Además, así logramos disminuir la angustia emocional. Realizar ejercicios de fuerza mejora el bienestar cognitivo y emocional en adultos mayores.
- ✓ Incorporar ejercicio multicomponente en los programas de promoción de la salud para adultos mayores puede ser crucial para prevenir la disminución de las funciones cognitivas y físicas.
- ✓ En una época tan digitalizada, se ha estudiado la eficacia de diversos programas de ejercicio físico online, siendo bien tolerados por la población mayor que a menudo encuentran en los juegos creados para ellos una forma agradable de realizar ejercicio y disminuir su soledad percibida, sirviendo como una estrategia adecuada de promoción de la salud comunitaria.

CONCLUSIÓN

Aunque se requieren aún más estudios con muestras más amplias de pacientes y prolongados en el tiempo, podemos afirmar que la salud de nuestros pacientes se incrementa tras realizar ejercicios físico de fuerza.
Deberemos por tanto trabajar con ellos para lograr aumentar su adherencia al ejercicio , utilizando las ventajas que nos aportan las nuevas tecnologías para lograrlo.

BIBLIOGRAFÍA

1.Adliah F, Hall AJ, Goodwin V, Lamb S. Effects of exercise programmes delivered using video technology on physical performance and falls in people aged 60 years and over living in the community: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2025;15(4):e092775. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092775
2.Yang Y, Wang J, Wang T, Yuan Y, Qiu B, Hu W, et al. Optimal resistance training strategies for knee osteoarthritis symptom relief: a systematic review and network meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2025;27(1):48. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12891-025-09341-0
3.Pana A, Sourtzi P, Kalokairinou A, Galanis P, Velonaki VS. Risk of sarcopenia among older adults and associated factors in daily life. Br J Community Nurs [Internet]. 2025;30(3):136–44. Disponible en: http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2024.0105
4.Kim Y, Kang S, Kim M, Kim J, Youn B-Y. Effect of the BFR-7211 on lower limb muscle strength in older adults: A randomized controlled trial. J Nutr Health Aging [Internet]. 2025;29(12):100692. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jnha.2025.100692
5.Jehu DA, Patel C, Soares A, Waller JL, Carrick RM, Hergott C, et al. The feasibility, acceptability, and effects of the adapted 6-month Otago exercise program on cognitive, physical, and psychological function in people living with dementia in residential care facilities: The ENABLED randomized controlled trial. J Alzheimers Dis [Internet]. 2025;108(2):629–42. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/13872877251378670
6.Ivorra López S, Nardi-Rodríguez A, López-Roig S, Peñacoba C, Pamies-Aubalat L, Pastor-Mira M-Á. How can we increase walking exercise adherence in women with fibromyalgia? Aten Primaria [Internet]. 2025;57(11):103333. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103333
7.Li P-S, Hsieh C-J, Miao N-F, Tsai C-H, Liu C-Y, Lin H-R, et al. Application of the Fitness and Nutrition Program for Seniors (FANS) to improve physical activity and kinanthropometric measures among community-dwelling older adults living with frailty: A quasi-experimental study. BMC Geriatr [Internet]. 2025;25(1):543. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12877-025-06171-6
8.Xu C, Wang Y, Tang C, Chen H, Cui L, Yu X, et al. Enhancing cognitive and emotional well-being in older adults through aerobic, strength, or balance training: insights from a randomized controlled trial. Acta Psychol (Amst) [Internet]. 2025;257(105068):105068. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105068
9.Tang JYM, Luo H, Tse M, Kwan J, Leung AYM, Tsien Wong TB-K, et al. Frailty, fitness, and quality of life outcomes of a healthy and productive aging program (GrandMove) for older adults with frailty or prefrailty: Cluster randomized controlled trial. JMIR Aging [Internet]. 2025;8:e65636. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2196/65636
10. Huang S-F, Fan C-W, Nisrina DK, Lin T-W, Huang WC. A novel gamified exercise program incorporating stampede training for enhancing functional fitness, physical activity levels, and quality of life in community-dwelling older adults: Randomized parallel exploratory trial. JMIR Serious Games [Internet]. 2025;13:e73474. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2196/73474

Sacyl

valladolid este ATENCION PRIMARIA

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

021. Cuando el código postal importa: políticas urbanas y equidad en salud en Vitoria-Gasteiz

Introducción

La afirmación ‘Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético’ resume a la perfección la importancia de los determinantes sociales en nuestra salud. Nos hace reflexionar acerca de la importancia del lugar donde vivimos y sus políticas. En 2015 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad redactó Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España. En esta propuesta se habla de entornos favorecedores de la salud y se describen como espacios físicos y sociales que hacen que la opción saludable sea la opción fácil, especialmente para los grupos sociales más vulnerables.

En este contexto se me ocurre investigar si las políticas urbanas de Vitoria-Gasteiz, reconocidas con el título de European Green Capital, representan una aplicación práctica de las recomendaciones del informe ‘Avanzando hacia la equidad’, al crear entornos que facilitan hábitos saludables y reducen desigualdades sociales en salud.”

Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica para analiza la relación entre políticas urbanas, entornos favorecedores de la salud y reducción de desigualdades sociales en salud.

Metodología

BASES DE DATOS	PERIODO	IDIOMAS	MESH	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
❑ PubMed / MEDLINE ❑ CINAHL Complete ❑ Fisterra ❑ Scopus / Web of Science ❑ Páginas oficiales de organismos: • World Health Organization • WHO Regional Office for Europe • Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz • Ministerio de Sanidad	2010/2025	Español Inglés	• Social Determinants of Health • Health Status Disparities • Health Equity • Urban Planning • Urban Health • Cities • Public Policy • Health Policy • Green Space • Built Environment • Health in All Policies	• Estudios exclusivamente clínicos sin enfoque poblacional • Investigaciones sin dimensión urbana • Artículos sin análisis de equidad o determinantes sociales • Publicaciones sin acceso a texto completo

Resultados

Se identificaron un total aproximado de 300 referencias. Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión y realizar una lectura crítica de títulos, resúmenes y textos completos, se incluyeron 25 documentos entre artículos científicos, informes institucionales y planes estratégicos, por su relevancia para el análisis de la relación entre políticas urbanas, entornos favorecedores de la salud y desigualdades sociales en salud.

Conclusión

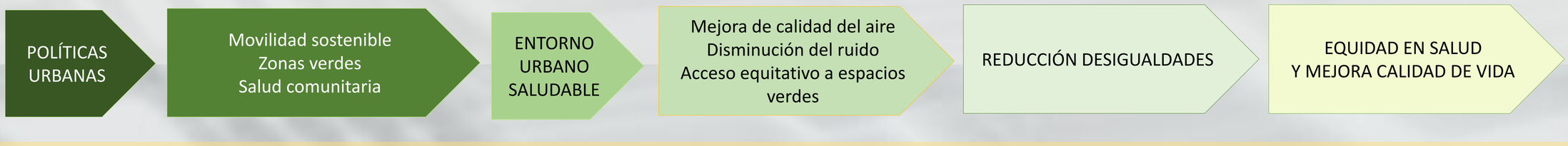
La evidencia analizada confirma que las políticas urbanas desempeñan un papel determinante en la configuración de los entornos favorecedores de la salud y en la reducción de las desigualdades sociales en salud. La literatura científica coincide en que el lugar de residencia condiciona de manera significativa la exposición a factores ambientales, las oportunidades para adoptar hábitos saludables y, en última instancia, el estado de salud de la población.

El caso de Vitoria-Gasteiz muestra una aplicación práctica del enfoque de los determinantes sociales de la salud, alineada con las recomendaciones del documento Avanzando hacia la equidad. La integración de la salud en las políticas municipales, especialmente a través de los planes de movilidad sostenible, infraestructura verde, acción climática y salud comunitaria, ha contribuido a generar entornos urbanos que facilitan la actividad física, reducen la exposición a contaminantes ambientales y promueven el bienestar físico y mental.

Las intervenciones orientadas a la mejora de la calidad del aire, la reducción del ruido y el acceso equitativo a espacios verdes destacan como elementos clave para disminuir desigualdades, al beneficiar de forma prioritaria a los barrios y grupos sociales más vulnerables. Este enfoque intersectorial refuerza la idea de que la equidad en salud no depende exclusivamente del sistema sanitario, sino de decisiones políticas que afectan al urbanismo, el transporte y el medio ambiente.

Asimismo, la evolución de los Planes de Salud Municipales evidencia un cambio conceptual desde una visión centrada en la prevención de enfermedades hacia un abordaje integral de la salud, que reconoce la influencia de los factores sociales, económicos y ambientales. Este cambio resulta fundamental para avanzar hacia modelos urbanos más justos y sostenibles.

En conclusión, Vitoria-Gasteiz puede considerarse un referente en la implementación de políticas urbanas orientadas a la equidad en salud. Su experiencia pone de manifiesto que la planificación urbana, cuando incorpora de forma explícita el enfoque de salud en todas las políticas, constituye una herramienta eficaz para reducir desigualdades sociales en salud y mejorar la calidad de vida de la población. Este modelo ofrece aprendizajes transferibles a otras ciudades que aspiren a crear entornos más saludables, equitativos y resilientes.



Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Gobierno de España; 2015.
2. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. I Plan de Salud Municipal de Vitoria-Gasteiz. Vitoria-Gasteiz: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz; 2010.
3. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. II Plan de Salud Municipal de Vitoria-Gasteiz. Vitoria-Gasteiz: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz; 2013.
4. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Plan de Movilidad Urbana Sostenible. Vitoria-Gasteiz: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz; 2016.
5. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Plan de Infraestructura Verde. Vitoria-Gasteiz: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz; 2017.
6. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Plan de Acción por el Clima y la Energía Sostenible. Vitoria-Gasteiz: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz; 2021.
7. World Health Organization. Healthy cities and urban governance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
8. World Health Organization. Urban green spaces and health: a review of evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
9. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380(9846):1011–29.
10. Nieuwenhuijsen MJ, Khreis H, Verlinghieri E, Mueller N, Rojas-Rueda D. Transport and health: a marriage of convenience or necessity. Lancet. 2016;388(10062):2523–5.
11. Giles-Corti B, Lowe M, Arundel J. Achieving healthy cities: a framework for integrated urban planning. Lancet. 2022;400(10356):105–17.
12. Corburn J. Urban planning as a public health tool. J Urban Health. 2015;92(2):193–5.
13. Northridge ME, Sclar ED, Biswas MP. Sorting out the connections between the built environment and health. Am J Public Health. 2018;108(9):1138–44.
14. Observatorio de Salud del País Vasco. Desigualdades sociales en salud en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2020.
15. EUSTAT. Indicadores sociales, ambientales y de salud. Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de Estadística; 2022.
16. European Commission. Vitoria-Gasteiz: European Green Capital. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
17. Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010–2021): revisión exploratoria. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
18. World Health Organization. World report on social determinants of health equity. Geneva: WHO; 2024.
19. Cacciatore S, Mao S, et al. Urban health inequities and healthy longevity: a review. 2025.
20. Rojas Roque C, Qian Y, et al. Building healthier and sustainable cities: a scoping review. 2025.
21. Wang XW, Feng B, Wang J. Green and blue spaces and human health: an umbrella review. 2025.
22. Lee AC, Maheswaran R. The health benefits of urban green spaces: a review. Public Health. 2011;125(11):652–8.
23. Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS). Informe SESPAS 2018: Salud comunitaria y planificación urbana. 2018.
24. Bee Nchama M, Manzano J, et al. Racismo: el determinante social de la salud invisibilizado en España. Rev Esp Salud Pública. 2025.
25. Semborski S, et al. Sinhogarismo como determinante de la salud. 2024.
26. World Health Organization. Health in All Policies: framework for country action. Geneva: WHO; 2016.
27. Urban Forestry & Urban Greening. Urban green spaces and public health outcomes. 2017–2024.
28. World Health Organization. Taking a strategic approach to urban health: urban design, transport and health equity. Geneva: WHO; 2025.
29. Built environment and health disparities: a systematic review. J Urban Health. 2021;98(3):345–60.
30. Spatial justice and urban health. Health Place. 2018;52:70–8.

valladolid este ATENCION PRIMARIA

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Sacyl

MICROEJERCICIOS + COMPRESIÓN = REDUCCIÓN EN TIEMPO DE CURA DE ÚLCERAS VENOSAS



González Velasco, Marta; Callejo González, Laura; Girón Barrenengoa, Héctor; Martín de la Calle, Sofía; Martín de la Calle, Soraya,Huerta Sánchez, Mª José. (GAPVAE Y HMDC)

PALABRAS CLAVE: MICROEJERCICIOS DE BOMBA DE PANTORRILLA; CURA, ÚLCERAS VENOSAS

1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La insuficiencia de la bomba de la pantorrilla es un objetivo terapéutico subestimado en la INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA, responsable de la mayor parte de la CRONIFICACIÓN de las úlceras venosas.

La función de bombeo y la fuerza dinámica de la pantorrilla mejoran tras el ejercicio estructurado de los gemelos, (bomba muscular de la pantorrilla), por tanto el ejercicio enfocado en la fuerza y el rango de movimiento del tobillo es clave en el tratamiento.

EN ESTE ESTUDIO NOS PROPONEMOS ENSEÑAR A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA UNA PAUTA DE EJERCICIO DE RETORNO VENOSO EN FORMA DE MICROEJERCICIOS ADAPTADOS A SU ESTADO FÍSICO, QUE SEAN CAPACES DE REALIZAR EN CUALQUIER SITIO Y A CUALQUIER HORA, PARA REDUCIR EL TIEMPO DE CURACIÓN.

"MICROEJERCICIOS": TABLAS DE POCOS MINUTOS, DE MUY FÁCIL EJECUCIÓN, QUE SE PUEDEN REPETIR EN CUALQUIER POSTURA Y LUGAR, VARIAS VECES AL DÍA

2 OBJETIVOS

- Conseguir que cada paciente se haga responsable de su autocuidado básico.
- PROTOCOLARIZAR LA RECETA de ejercicio de la bomba muscular de la pantorrilla, Entregando tablas explicativas.
- ESTANDARIZAR EL USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN JUNTO A "MICROEJERCICIOS" REPETIDOS EN EL DÍA (rutinas cortas de ejercicios sencillos y específicos que se pueden realizar en cualquier momento y con cualquier condición física).
- Reducir considerablemente el tiempo de curación.

ÚLCERA VENOSA → EJERCICIO Y COMPRESIÓN → CURA

ejercicios primera semana	ejercicios segunda semana	ejercicios resto de semanas
elevación puntillas 2 series de 15/día	elevación puntillas 2 series de 25/día	elevación puntillas 3 series de 30/día
giros de tobillo 2 series de 15/día	giros de tobillo 2 series de 25/día	giros de tobillo 3 series de 30/día
estirar empeines 2 series de 15/día	estirar empeines 2 series de 25/ día	estirar empeines 3 series de 30/día

3 METODOLOGÍA

- MEDIOS PARA REALIZAR EL ESTUDIO:

Se ha llevado a cabo un seguimiento de las úlceras con la APP Healico (fotografías); la valoración del dolor con escala numérica verbal (ENV); se ha usado un dispositivo para calzar las medias; se ha realizado la enseñanza de ejercicios de bomba muscular de pantorrilla in situ, de forma personalizada y con vídeos y se ha proporcionado formación en nutrición.

- DISEÑO DEL ESTUDIO:

1. Se ajustó el TTO farmacológico para equilibrar la retención de líquido.
2. Se dieron pautas de nutrición para mejorar la formación de tejido nuevo.
3. Se insiste en el compromiso del uso riguroso de medias de compresión.
4. Se PERSONALIZÓ el ejercicio según la capacidad y la forma física del paciente: realizando tablas de "microejercicios" muy fáciles y que pudiera realizar en cualquier sitio y postura.
5. Se realizaron las curas de enfermería pertinentes con el seguimiento adecuado.

4 RESULTADOS

- **LOS "MICROEJERCICIOS" CONJUNTAMENTE CON LA COMPRESIÓN GENERAN UNA REDUCCIÓN CONSIDERABLE EN EL TIEMPO DE CURACIÓN**

- Tras una semana de ejercicio específico de bomba muscular de la pantorrilla, las úlceras venosas mejoran su coloración, la vascularización perilesional aumenta, **reduciendo su tamaño a un ritmo mayor que sin ejercicio. Y el dolor referido en las úlceras está mucho mejor controlado.**

- EL ENFOQUE HOLÍSTICO constituye el éxito de la curación:
  La nutrición, el refuerzo motivacional, las tablas de "microejercicios", las medias de compresión, la revisión del TTO farmacológico

Las imágenes superiores corresponden al día 19/09/2025.
Las inferiores al día 08/10/2025.



5 CONCLUSIONES

- **El ejercicio de bomba de pantorrilla mejora notablemente la oxigenación de los tejidos lesionados, consiguendo un gran avance de la cicatrización,** Esta mejoría aumenta la motivación del paciente en la realización del ejercicio: el hecho de **pautar tablas de "microejercicios" que no requieren mucho esfuerzo** y se pueden realizar en cualquier sitio, incluso en la cama, hace que la **adherencia al ejercicio sea del 99%.**

- **La repetición de ejercicios simples de gemelo** como ponerse de puntillas 15 veces, y repetirlo 5 veces al día, **es suficiente para comprimir las venas profundas de la pierna y favorecer su retorno al corazón, mejorando la curación de las úlceras venosas**: A los 6 meses de realizar el ejercicio se produce mejora en la IVC**.**

- **COMENZAR DE FORMA TEMPRANA LOS EJERCICIOS DE RETORNO VENOSO JUNTO CON LAS MEDIAS DE COMPRESIÓN REDUCE LOS TIEMPOS DE CICATRIZACIÓN, EL DOLOR Y EVITA COMPLICACIONES.**

6 BIBLIOGRAFÍA

- Ghorbanzadeh A, Liedl D, Elbenawi H,et al. Relationship between calf muscle pump function and severity of chronic venous disease. Vasc Med.2025;30(4):473-479-doi:10.1177/1358863x251314954.
- Aydin G, Yeldan I et al. Effects of inspiratory muscle training versus calf muscle training on quality of life, pain venous function and activity in patients with chronic venous insufficiency. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.2022 Sep; 10(5):1137-1146. doi:10.1016/j.jvsv2022.04.012. Epub 2022 jun 14
- Houghton D, Qanadli SD, Parrtsch H. Reduced calf muscle pump function is a risk factor for venous TEM.Blood.2021;137(23):3284-3291. doi:10.1182/blood.2020008434.
- Halkar M, Medina Inojosa J, et al: Calf muscle pump function as a predictor of all-cause mortality. Vasc Med 2020 Dec :519-526 doi: 10.1177/1358863x20953212.
- Orr L, Klement KA, et al. A systematic review and meta-analysis of exercise intervention for the treatment of calf muscle pump impairment in individuals with chronic venous insufficiency 2017 Aug; :30-43. doi: 10.25270/owm.2017.08.3043. PMID: 28873064.
- Frank T. Padberg Jr. Jonhston MV, Sisto SA.Structured exercise improves calf muscle pump function in chronic venous insufficiency: a randomized trial J Vasc Surg 2004 Jan; 39; 79-87.DOI:10.1016/j.jvs2003.09.036.PDIM: 14718821.

PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LA ENFERMERA NOVEL EN ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

[1] Callejo-González, L.; [1] Girón-Barrenengoa, H. ; [1] Martín-de la Calle, S. ; [1] Huerta-Sánchez, MJ. [1] González-Velasco, M. [2] Martín-de la Calle, S.

[1]GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA VALLADOLID ESTE ; [2] HOSPITAL DE MEDINA DEL CAMPO

INTRODUCCIÓN

La incorporación de una enfermera novel a Atención Primaria supone un período de transición profesional especialmente complejo, caracterizado por inseguridad clínica en la toma de decisiones, estrés y falta de competencias específicas en entornos comunitarios.

La atención primaria se caracteriza por ser un nivel de atención con un alto grado de autonomía, la atención a pacientes crónicos complejos y la toma de decisiones clínicas continuas.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia publicada entre 2015 y 2025 sobre la adaptación profesional de la enfermera novel, identificando:

- dificultades,
- factores facilitadores y
- estrategias de apoyo.

METODOLOGÍA

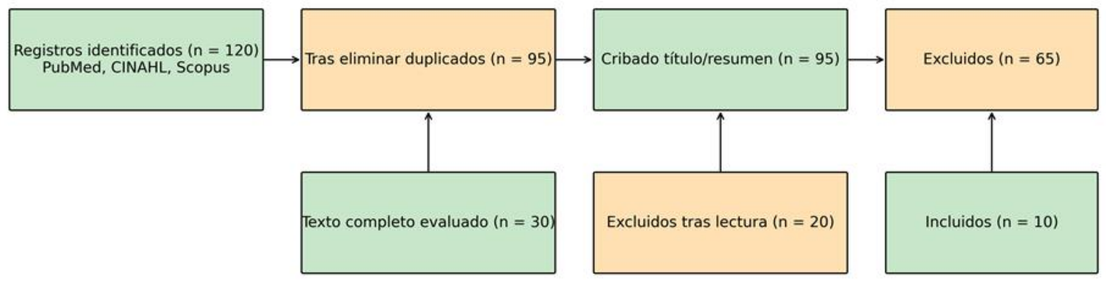
Se realizó una revisión sistemática siguiendo PRISMA en PubMed, CINAHL, Scopus y SciELO.

Se emplearon términos relacionados con enfermeras noveles, atención primaria, adaptación profesional y transición de rol.

Se incluyeron estudios en español e inglés centrados en Atención Primaria o entornos comunitarios, excluyendo investigaciones exclusivamente hospitalarias.

Tras revisar títulos, resúmenes y textos completos, se seleccionaron diez estudios

DIAGRAMA PRISMA



RESULTADOS

- Los estudios identificaron como principales dificultades: inseguridad clínica, gestión del tiempo, estrés y abordaje de la cronicidad, así como el uso de herramientas como la historia clínica electrónica.
- Entre los factores facilitadores destacan el apoyo del equipo interdisciplinar, la existencia de protocolos y la asesoría proporcionada por enfermeras expertas.
- Las estrategias de mejora más señaladas fueron los programas de acogida, la asesoría como acompañamiento profesional que favorece la confianza y la integración, y los espacios de reflexión donde compartir experiencias y disminuir el estrés, estrategias que favorecen la retención del talento y la satisfacción laboral.

Dificultades iniciales:	Apoyos facilitadores:	Aprendizajes adquiridos:
• Gestión del tiempo asistencial. • Manejo de pacientes crónicos complejos. • Uso de la historia clínica electrónica. • Inseguridad clínica.	• Acompañamiento por enfermeras veteranas. • Trabajo en equipo. • Uso de protocolos y guías.	• Mayor autonomía profesional. • Mejora de la comunicación. • Incremento de la confianza clínica.

CONCLUSIONES

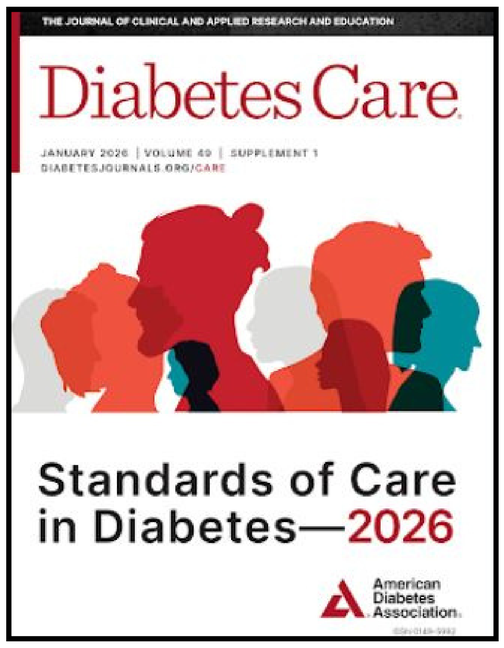
- ✓ La adaptación de la enfermera novel es un proceso complejo que requiere apoyo institucional y acompañamiento profesional.
- ✓ La evidencia demuestra que los programas de acogida y el acompañamiento experto fortalecen la integración, reducen estrés y facilitan el desarrollo de competencias en el ámbito comunitario.
- ✓ Se recomienda continuar investigando estrategias que optimicen esta transición y consoliden la práctica enfermera en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

RECOMENDACIONES ADA 2026: Más allá de la hemoglobina glicada

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

Autor principal : Laura Molina Arriero. Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de salud Sur. GAP Valladolid Oeste.
Coautores: Raquel Gento Rodríguez, Sara Pindado Navas, Nuria Villafañez Roldán, Miguel Angel Morales Torres, Julio Parra Calleja.



Uso de **medidores continuos de glucosa (MCG)** al inicio de la diabetes y en cualquier momento posterior para todas las personas con diabetes.

La **hemoglobina glicada (HbA1c)** es una herramienta clave, pero presenta limitaciones:

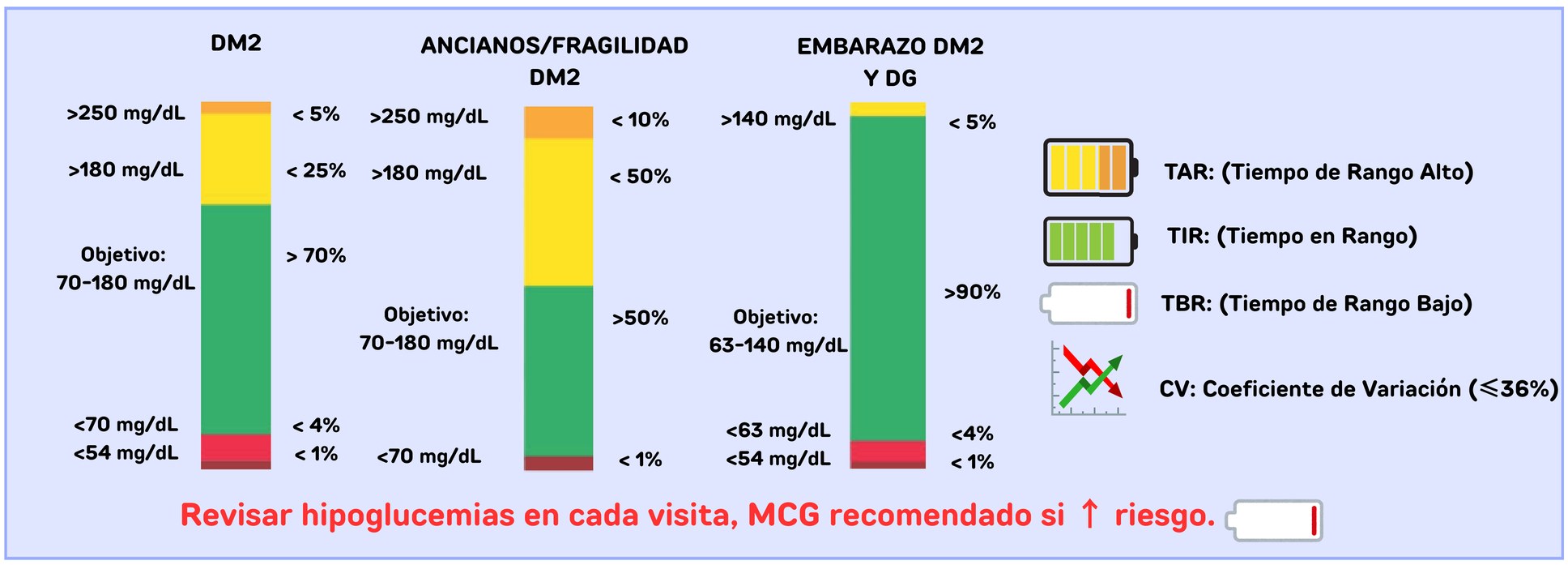
- No identifica variabilidad glucémica
- No detecta hipoglucemias
- Se altera con anemias, embarazo, ERC y hemoglobinopatías.

CONTROL ADECUADO: HbA1c + Métricas de MCG

OBJETIVOS ADA 2026 INDIVIDUALIZADOS : Hemoglobina Glicada

DURACIÓN DE LA DM, FRAGILIDAD O COMPLICACIONES		HbA1c
RECIÉN DIAGNOSTICO:	SIN fragilidad NI complicaciones.	**<6.5**
SIN FRAGILIDAD CON:	Larga evolución (> 10 años) SIN complicaciones. >75 años	**=7%**
FRAGILIDAD MODERADA-GRAVE	Deterioro cognitivo y/o limitación funcional	**7,5%-8%**
FRAGILIDAD MUY GRAVE	o esperanza de vida limitada.	**Evitar síntomas (hipoglucemia o hiperglucemia)**

OBJETIVOS ADA 2026 INDIVIDUALIZADOS : Medidor continuo de glucosa



Revisar hipoglucemias en cada visita, MCG recomendado si ↑ riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO: SOLUCIÓN PARA LA GRAN PANDEMIA DEL SIGLO XXI

Martín de la Calle S (1); Martín de la Calle S (2); Huerta Sánchez MJ (1); González Velasco M (1); Girón Barrenengoa H (1); Callejo González L (1)
(1) Gerencia Atención Primaria Valladolid Este; (2) Hospital Medina del Campo

INTRODUCCIÓN

El ejercicio físico es clave para prevenir enfermedades y mejorar la salud y calidad de vida; en Castilla y León, dada la alta prevalencia de obesidad, sedentarismo y enfermedades cardiovasculares, especialmente en población envejecida y rural, es urgente promover la actividad física desde la atención primaria.

OBJETIVOS

- ✓ Promover un programa de actividad física personalizado para mejorar la calidad de vida y fomentar un estilo de vida saludable.
- ✓ Proporcionar atención individualizada de pacientes con factores de riesgo cardiovascular o patologías controladas

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un pilotaje para prescribir ejercicio físico y fomentar hábitos saludables en 50 pacientes pertenecientes a una ZBS rural durante 6 meses. Todos los participantes tenían un estilo de vida sedentario y/o presentaban patologías crónicas controladas, bien en fases iniciales de las mismas o con factores de riesgo que podían derivar en problemas de salud en un futuro.

CRITERIOS INCLUSIÓN:

- ✓ Edad entre 18 y 80 años.
- ✓ Diagnóstico de patología crónica
- ✓ Pacientes con factores de RCV
- ✓ Firmar el consentimiento informado

CRITERIOS EXCLUSIÓN:

- ⊗ Patología crónica mal controlada
- ⊗ Exacerbación o brotes agudos
- ⊗ Comorbilidades que impiden la actividad física
- ⊗ Incapacidad física y/o psíquica.

LIMITACIONES:

- ➢ Traslado a otra ZBS
- ➢ Imprevistos durante el estudio
- ➢ Rechazo

VARIABLES

- TAS Y TAD
- IMC
- Glucemia, CT, C-HDL, C-LDL Y TG
- Percepción estado de salud
- Percepción salud mental (EVEA)
- Actividad física (IPAQ)
- Adherencia dieta mediterránea
- Grado satisfacción

RESULTADOS

El programa mejoró la salud percibida, el estado emocional y la motivación para la actividad física, con buena aceptación, aunque los cambios clínicos objetivos fueron limitados.

CONCLUSIONES

El proyecto resalta la importancia de incorporar programas estructurados de ejercicio físico en atención primaria, abordando factores biopsicosociales y socioculturales

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

valladolid este ATENCION PRIMARIA

BIBLIOGRAFÍA

CRIOTERAPIA PASO A PASO

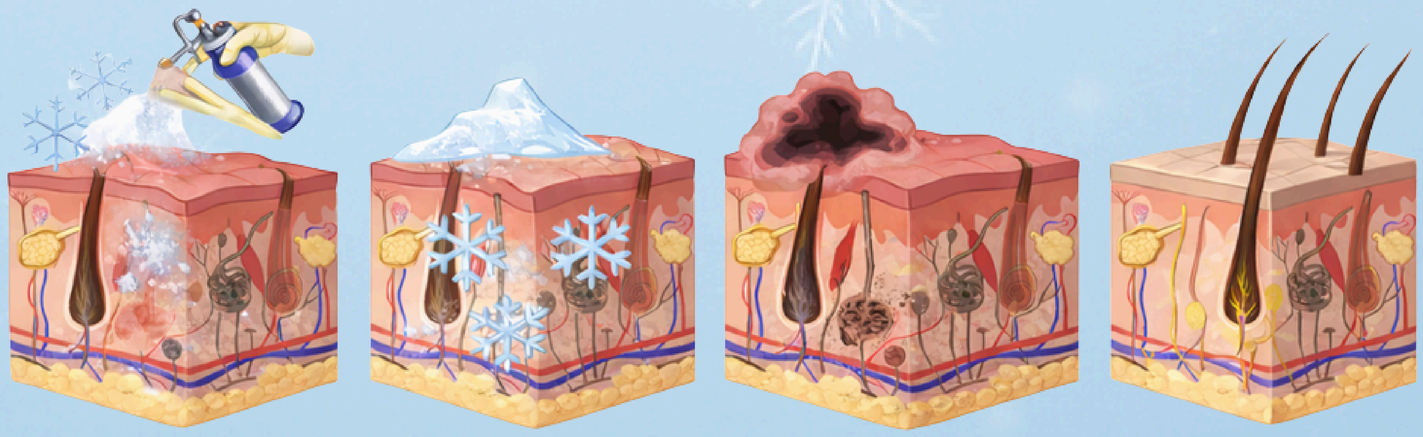
Guía práctica para enfermería

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

Álvarez González A, Herguedas Herguedas L, Herguedas Herguedas EM

¿Que es la crioterapia?

Procedimiento en el que se produce la destrucción local de tejido de manera controlada mediante la aplicación de frio (nitrógeno líquido a temperaturas de -110 ºC y -196 ºC)



APLICACION DE CRIOTERAPIA

CONGELACION (DAÑO MECANICO CELULAR)

CAMBIOS VASCULARES Y MICROTROMBOS (NECROSIS)

REPARACION Y REGENERACION (PIEL SANA)

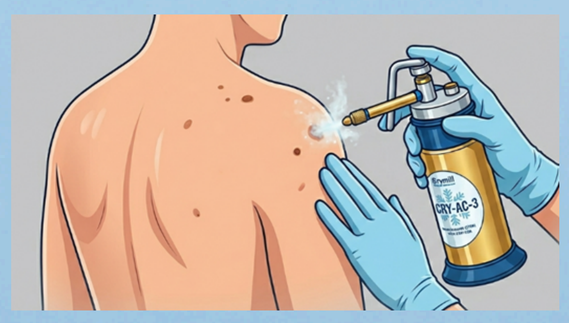
Torunda de algodon

Aplicación de una torunda de algodón hasta la congelación de la lesión y conseguir un halo de 1-3 mm, tras haber sido sumergida durante 10 s en nitrógeno líquido. Indicada para lesiones superficiales y poco extensas.



Pulverizacion

Pulverizar de manera intermitente sobre la lesión a una distancia de 1 cm hasta la congelación y conseguir un halo de 1-3 mm. Indicada en todo tipo de lesiones por su rápida congelación.



Pinza de Adson

Aplicación de una pinza congelada en la lesión hasta que se observa que la congelación llegue a la base de la lesión, introduciéndola previamente en un recipiente con nitrógeno líquido 10 s.



Repetir 2-3 veces tras la recuperación de la coloración normal de la lesión y piel circundante, se realizarán las sesiones necesarias para la eliminación de la lesión con un intervalo de 3 a 4 semanas.

Indicaciones

- Verruga vulgar.
- Verrugas planas.
- Verruga seborreica.
- Papiloma plantar.
- Molusco contagioso
- Queratosis actínica.
- Léntigo senil.
- Acrocordón.

Contraindicaciones

- Lesiones malignas, sospechosas o precisen diagnostico histológico.
- Insuficiencia vascular periférica.
- Enfermedades del colágeno y autoinmunes.
- Pioderma gangrenoso.
- Tratamientos con inmunosupresoros.
- Diálisis renal.
- Mieloma múltiple.
- Discrasias sanguíneas y enfermedades por deficit de plaquetas.

Complicaciones

- **Agudas:** dolor, edema, síncope, hemorragia y parada cardíaca.
- **Inmediatas:** ampollas, infección y fiebre.
- **Tardías:** discromías, granuloma piógeno, hiperplasia, alteraciones neuronales, milia y alopecia.

Cuidados Posteriores

- Limpieza con agua y jabón, aplicar un desinfectante topico las primeras 72 horas y cubrir con un apósito estéril en zonas de roce.
- Aplicar vaselina estéril hasta próxima revisión y proteger con fotoprotector tras la eliminación de la lesión al menos durante 6 meses.

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

Escanea para ver las referencias bibliográficas

EL AUTOCUIDADO COMO ESTRATEGIA ENFERMERA EN ATENCION PRIMARIA :
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

(1) Huerta-Sánchez, MJ.; (1) González-Velasco, M.; (2) M. Martín-de la Calle, S.; (1) Martín-de la Calle, S.; (1) Callejo-González, L.; (1) Girón-Barrenengoa, H.;

[1]GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA VALLADOLID ESTE ; [2] HOSPITAL DE MEDINA DEL CAMPO

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

INTRODUCCIÓN

Es esencial, hoy en día, desde la enfermería de Atención Primaria, promover estrategias que incentiven la autonomía del paciente, particularmente debido al incremento de las patologías crónicas, el envejecimiento de la población y la saturación del sistema de salud. Cuando se trabaja desde el autocuidado, es posible optimizar la utilización de los recursos sanitarios, mejorar los resultados en términos de salud y evitar complicaciones.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia publicada entre 2020 y 2025 sobre el papel de la enfermera como agente fundamental en la promoción del autocuidado identificando:

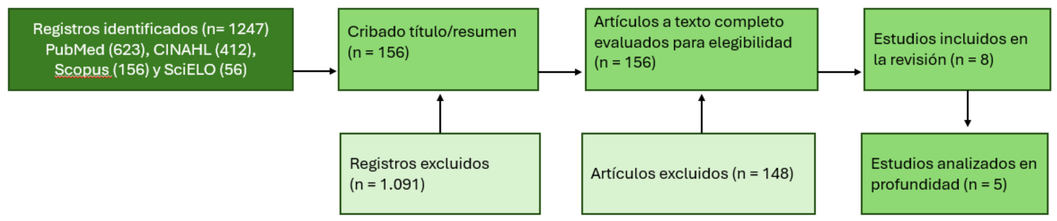
- Identificar las estrategias enfermeras.
- Describir los principales resultados en salud y en uso de servicios asociados a estas intervenciones.
- Analizar factores facilitadores y barreras.
- Proponer líneas de mejora y recomendaciones para fortalecer el rol enfermero.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA, la búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus y SciELO, utilizando descriptores DeCS/MeSH como "autocuidado", "enfermería", "atención primaria", "self-management", "self-care" y "primary care nursing", limitados al periodo 2020-2025 y al idioma español e inglés.

Tras lectura de títulos y resúmenes, se excluyeron 148 por no centrarse específicamente en estrategias enfermeras o por ser fuera de ámbito primario.

DIAGRAMA PRISMA



RESULTADOS

Dificultades iniciales:

- Definir bien el foco: estrategias enfermeras.
- Localizar estudios específicos.
- Gestionar el volumen de resultados.
- Limitaciones de tiempo para realizar una revisión rigurosa.
- Escasez relativa de estudios que integren a la vez autocuidado, Atención Primaria y enfermería como agente principal.

Apoyos facilitadores:

- Contar con un marco teórico sólido.
- Disponer de bases de datos y una estrategia de búsqueda bien definida.
- Tener estudios recientes y muy alineados con tus objetivos.
- Tener acceso a varias bases de datos y a los textos completos.

Aprendizajes adquiridos:

- Importancia de planificar la revisión.
- Valor del rol enfermero.
- Mayor autonomía profesional.
- Conciencia de que el autocuidado no es solo técnica o educación sanitaria, sino también empoderamiento, contexto social, organización del sistema y condiciones de trabajo de las enfermeras.

- Las principales dificultades se relacionan con la definición poco clara del autocuidado y del rol enfermero, la diversidad de contextos que complica comparar estudios, la falta de investigaciones donde enfermería sea protagonista en Atención Primaria y la sobrecarga asistencial que limita el tiempo para intervenir.
- Entre los factores facilitadores sobresalen contar con un buen marco teórico y guías de actuación, acceso amplio a bases de datos y estudios recientes muy alineados con las estrategias y barreras del autocuidado.
- Las estrategias de mejora más señaladas son reforzar la formación específica en apoyo al autocuidado, reorganizar la Atención Primaria para disponer de tiempo real de educación y seguimiento, aprovechar recursos grupales y digitales adaptados al contexto y reconocer explícitamente el liderazgo enfermero en este ámbito.

CONCLUSIONES

- Las enfermeras de Atención Primaria son clave en el autocuidado, pero necesitan formación específica, reorganización asistencial y reconocimiento de liderazgo para superar barreras de tiempo y conceptuales.
- La evidencia 2020-2025 valida que intervenciones estructuradas (consultas, grupos, digitales) mejoran resultados clínicos y uso de servicios si se adaptan al contexto y alfabetización, usando marcos como Orem.
- Se requiere reposicionar a enfermería como eje del autocuidado en crónicos, liberando tiempo educativo para la sostenibilidad del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

MÁS INFORMACIÓN, MÁS AUTONOMÍA: EMPODERAMIENTO EN CELIAQUIA

AUTORA: LUCÍA GONZÁLEZ CORROTO
COAUTORES: MARIO ALEJOS IZQUIERDO, BEATRIZ ALONSO MAÑUECO, CARLA RIZZARDINI SERRANO, RAQUEL CASTILLO MARTINEZ Y MARÍA GÓMEZ BELIZ.

PREVALENCIA Y RELEVANCIA

1%

1 de cada 100 personas de la población mundial



1 de cada 10 personas celiacas es diagnósticada

Mayor frecuencia en mujeres 2:1



Diagnóstico tardío → Mayores complicaciones

¿QUÉ ES?

- Enfermedad autoinmune crónica
- Intolerancia al trigo, cebada, centeno , espelta, Kamut
- Se desencadena por el consumo de gluten
- Afecta a niños y adultos

¡No es una alergia ni una moda!

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALERTA

DIGESTIVOS:



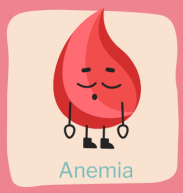




NO DIGESTIVOS:









¿CÓMO PUEDE SER TRATADA?

DIETA 100% LIBRE DE GLUTEN

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE Y FAMILIA



- Conocer bien su enfermedad
- Leer etiquetas
- Evitar contaminación cruzada
- Comunicar su condición sin miedo
- Participación activa en el autocuidado

IMPORTANCIA DIAGNÓSTICO PRECOZ

- Mejora calidad de vida
- Prevención graves complicaciones
- Optimización de recursos sanitarios
- Disminución del riesgo de enfermedades asociadas
- Reducción impacto psicologico y social

LA COMUNIDAD TAMBIÉN TE CUIDA



Promoción de entornos seguros:

- Escuelas
- Comedores
- Restaurantes
- Centros sociales

Aciones claves:

- Información clave
- Evitar contaminación cruzada
- Repeto y empatía

¿PORQUÉ ACUDIR A SU ENFERMERA?

Educadora nutricional
Detectora precoz de casos
Promotora de adherencia al tratamiento
Agente de prevención de complicaciones



BIBLIOGRAFÍA

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León
valladolid este ATENCION PRIMARIA
II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria
Sacyl

Prevención y detección precoz del ictus en las aulas: una alianza clave entre educación y sanidad.

Ana Belén de Lucas Monedero, Alicia Calle González. Álvaro Rodríguez García y Mª Estrella Santos Rubio

Justificación

El ictus es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad, cuyo pronóstico depende de la detección precoz.

El ámbito educativo constituye un espacio clave para la promoción de la salud desde edades tempranas. La colaboración entre educación y sanidad, con la enfermería comunitaria como agente clave, fomenta una ciudadanía más consciente y capacitada en salud.

Objetivo

Fomentar el reconocimiento precoz del ictus en escolares, impulsando la prevención y la transmisión del conocimiento al entorno familiar





Intervención

En 5 sesiones en el aula, los niños se convierten en protagonistas del aprendizaje sobre el ictus a través de una experiencia lúdica e interactiva.

De la mano de Toni y los Héroes FAST, los niños descubren de forma progresiva como reconocer los signos de alarma del ictus y la importancia de actuar con rapidez. Cada sesión refuerza lo aprendido, presenta un nuevo “héroe” y transforma el conocimiento en acción mediante actividades creativas dirigidas a sus familias. El proyecto culmina evaluando lo aprendido y celebrando el compromiso adquirido con diplomas..

Resultados

Previo al proyecto un 33% conocía lo que es un ictus y como llamar al 112. Tras la intervención un 75% refirió que sabría como detectar y avisar ante un ictus. Gracias a la intervención, se consiguió un efecto multiplicador y los familiares pudieron aprender actuando el niño como agente de cambio familiar.

Conclusiones

La implementación de este tipo de proyectos aporta beneficios a nivel individual, familiar y comunitario. La educación en edades tempranas promueve la adquisición de hábitos saludables y refuerza la alfabetización en salud.

Bibliografía

Sacyl

valladolid este ATENCION PRIMARIA

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

MENOPAUSIA: MÁS ALLÁ DEL SOFOCO

Autora: Raquel Castillo Martínez
Coautoras: María Gómez Beliz, Marta Sierra Rodríguez, Sandra Franco Almendarez, Esther Gómez González, Lucía González Cotorro

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO



La **menopausia es** una **etapa natural del ciclo vital** de la mujer que, aunque **fisiológica,** suele estar rodeada de **tabúes y desinformación,** afectando de manera significativa la **calidad de vida.**

- **Escasa implicación** de las parejas y el entorno cercano.



Objetivo: *Mejorar el nivel de conocimientos sobre la menopausia y desmontar creencias erróneas*

METODOLOGÍA



Búsqueda en bases de datos: PubMed, CINAHL, *Cochrane, Google Scholar (2020–2025)*

Articulos en español e inglés

Estudios y revisiones

Temas: *Conocimientos, Creencias*

Calidad de vida

Implicación de la pareja

RESULTADOS



Déficit de Conocimientos

- Escaso conocimiento sobre la menopausia



Tabúes y Estigmas

- Persistencia mitos y tabúes



Baja Implicación de la pareja y entorno

- Limita el apoyo y la comprensión durante la menopausia

CONCLUSIONES

- **Limitaciones** en el conocimiento disponible
- **Necesidad de educación** sanitaria basada en **evidencia**
- ***Fomentar*** *el empoderamiento y la* ***participación activa***



- **Mejorar la calidad de vida**
- **Informar y educar**

BIBLIOGRAFÍA

Sacyl

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

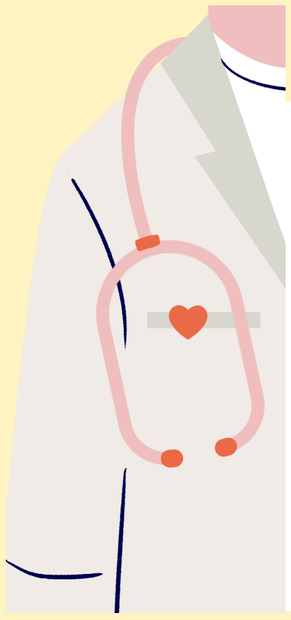
ICS Instituto de **Ciencias de la Salud** de Castilla y León

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: EJERCICIO MULTICOMPONENTE COMO ALTERNATIVA CONTRA LA FRAGILIDAD

¿QUÉ ES LA FRAGILIDAD?

- Estado de **vulnerabilidad** debido a la **pérdida de fuerza, resistencia y equilibrio.**
- Afecta aproximadamente al **10% de los mayores de 65 años y al 25% de los mayores de 80 años.**
- **Aumenta el riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización y mortalidad.**
- Su **identificación precoz** permite intervenir para mantener la autonomía y prevenir la dependencia.



¿QUÉ PUEDO HACER COMO ENFERMERA?

- **Cribado oportunista en >70 años.**
- **Educación sanitaria y motivación.**
- **Prescripción segura (Vivifrail, guías SNS).**
- **Seguimiento funcional.**
- **Coordinación con fisioterapia, medicina y trabajo social.**



COMPONENTES DEL EJERCICIO MULTICOMPONENTE

1. **Fuerza muscular**
   - Ejercicios para grandes grupos musculares.
   - Movimientos funcionales: sentarse/levantarse, subir escalones, extensores de rodilla, cadera y tobillo.
2. **Resistencia aeróbica**
   - Caminar, bicicleta estática, subir escaleras, marcha en diferentes ritmos.
3. **Equilibrio y marcha**
   - Posiciones de tándem y semitándem.
   - Apoyo unipodal.
   - Caminar talón-punta.
   - Transferencias de peso y desplazamientos multidireccionales.
4. **Flexibilidad**
   - Estiramientos de grandes grupos musculares.
   - Movilidad articular suave y progresiva.

PRESCRIPCIÓN RECOMENDADA (SISTEMA NACIONAL DE SALUD + VIVIFRAIL)



- **2–3 días/semana.**
- **1–3 series de 8–12 repeticiones.**



- **2–3 días/semana, 5–30 minutos según capacidad.**
- **Intensidad moderada: hablar sin dificultad.**



- **Diario, 8–10 repeticiones.**
- **Progresión: variar apoyo, superficies, visión y añadir multitareas.**



- **2–3 días/semana.**
- **Mantener cada estiramiento 10–30 segundos, repetir 3–5 veces.**
- **Realizar tras el calentamiento o al final de la sesión.**



CAMBIOS SIGNIFICATIVOS

- Mejora de la fuerza muscular y la potencia funcional.
- Aumento del equilibrio, reduciendo el riesgo de caídas.
- Mejora de la velocidad de la marcha y la movilidad global.
- Incremento de la resistencia aeróbica y capacidad para actividades diarias.
- Transición de prefragilidad a robustez en programas de 12 semanas.
- Beneficios observados incluso en personas muy mayores (≥80 años).
- Contribuye a un envejecimiento activo, mayor autonomía y mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. Aten Primaria [Internet]. 2022;54(9):102395. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395
- Ministerio de Sanidad (España). Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en el SNS: Guía para desarrollar programas de actividad física multicomponente en recursos comunitarios y locales. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/estrategiaSNS/docs/FragilidadyCaidas_GuiaAF.pdf
- Plaza-Carmona M, Requena-Hernández C, Jiménez-Mola S. El ejercicio físico multicomponente como herramienta de mejora de la fragilidad en personas mayores. Gerokomos [Internet]. 2022; 33(1):16–20. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100005

MIDIENDO LA TENSIÓN ARTERIAL EN CASA

GUÍA PARA PACIENTES

E. Gómez[1], L. González[2], M. Alejos[3], B. Alonso[4], C. Rizzardini[5], R. Castillo[6]
EIR EFyC · [1] CS Rondilla II · [2] CS Gamazo · [3] CS Barrio España · [4] CS Canterac · [5] CS Pilarica · [6] CS Magdalena

INTRODUCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión de la sangre en las arterias se mantiene elevada de forma constante. Supone un problema de salud pública frecuente y un factor de riesgo clave para desarrollar enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y enfermedad renal. (1)
En España un 42,6% de la población adulta es hipertensa. Más de la mitad de los mayores de 65 años tiene HTA. Un 30% de los pacientes con HTA desconocen que la padecen y solo un tercio lleva un control de su enfermedad. (1)
El monitoreo de la tensión arterial en casa combinado con un seguimiento rutinario por profesionales asegura un tratamiento más adecuado, mejora el control de la HTA y ayuda a su diagnóstico, por ejemplo, la "hipertensión de bata blanca". De aquí la importancia de que las cifras obtenidas en el domicilio sean lo más exactas posibles. (2,3)

OBJETIVOS

- Educar al paciente hipertenso en la forma correcta de medir su tensión arterial
- Mejorar la fiabilidad de las cifras de tensión arterial obtenidas en el domicilio.
- Incentivar a los pacientes que no realizan control domiciliario a medir regularmente su tensión arterial.

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

- Pacientes hipertensos.
- Población general.

La **hipertensión arterial** es una enfermedad crónica en la que la presión de la sangre está elevada de forma constante.
Supone un **factor de riesgo** para sufrir problemas graves como infarto, ictus o enfermedad renal.
Un **buen control** de la tensión arterial **previene** complicaciones y a mejorar la calidad de vida.

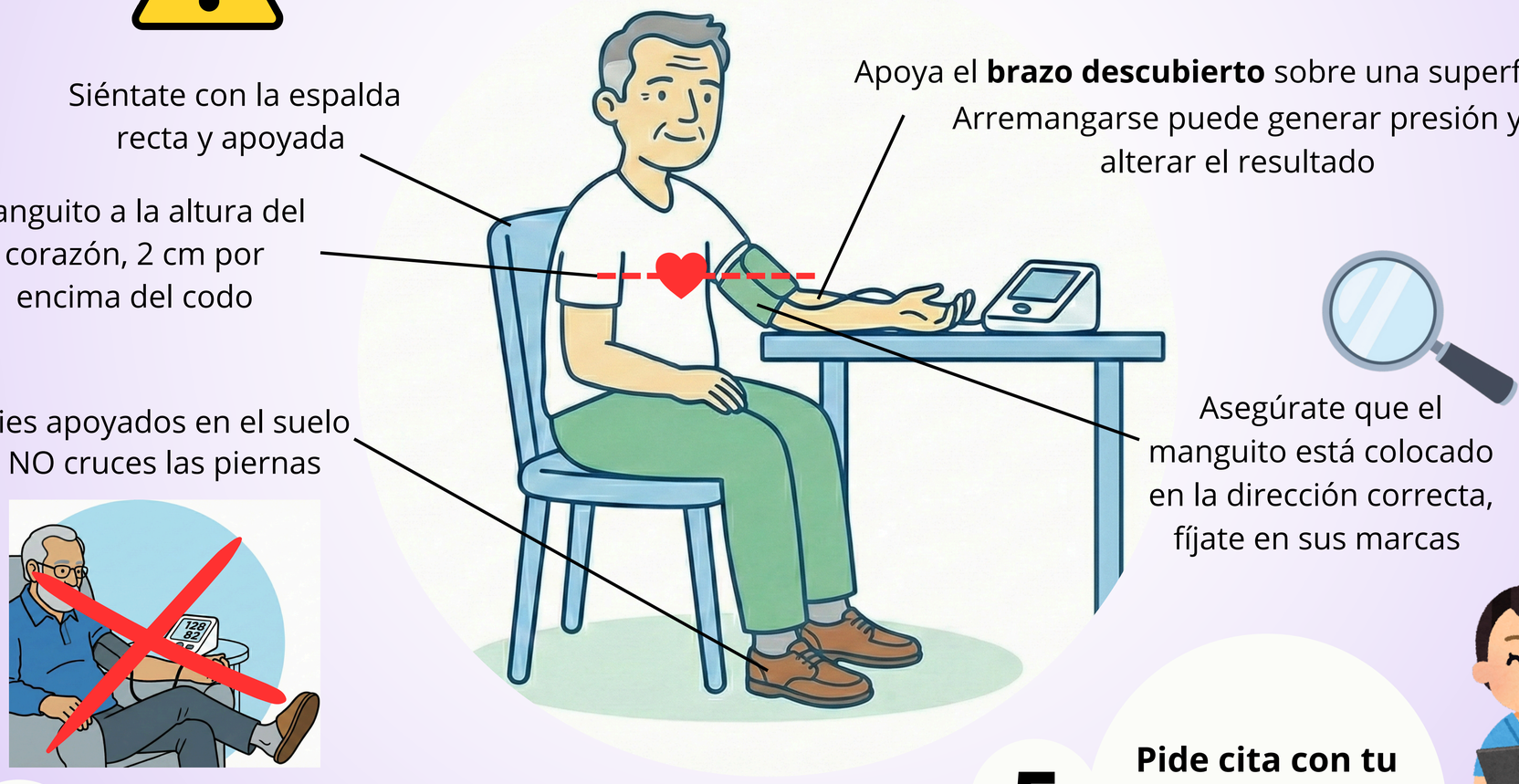
1 **5 minutos antes:**

- Busca un sitio tranquilo
- No tomes estimulantes: no fumes, no tomes café, té ni bebidas energéticas.
- No hagas ejercicio, trata de estar descansando.

2 **Mientras te tomas la tensión:**

- No hables
- No te muevas
- Respira tranquilo

¡Siéntate bien! → Postura relajada



3 **Espera un par de minutos y repite la medición**

4 **Anota los resultados:** fecha, hora y valores

si los valores son altos

5 **Pide cita con tu ENFERMERA**

Y sigue sus recomendaciones



APLICACIÓN A LA PRÁCTICA

A nivel práctico, en muchas ocasiones las indicaciones verbales a pacientes resultan insuficientes. La infografía permite presentar esas indicaciones de forma clara, visual, sencilla y eficaz, facilitando la comprensión y el recuerdo de la información.

BIBLIOGRAFÍA

CRECER SANO:REVISIONES DE 3-12 AÑOS DESDE ENFERMERIA COMUNITARIA

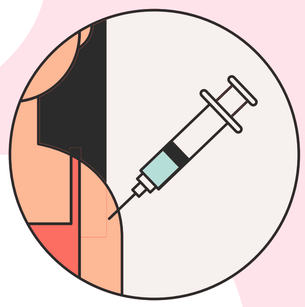
Autores: Noelia García González, Teresa de Jesús Carretero Salvador, Victoria Barajas Lorenzo, Ana López Gutiérrez, María Ledesma Fernández, Roberto Sánchez Lozano

INTRODUCCIÓN

Las revisiones de salud en la infancia media (3-12 años) son una intervención clave de la Atención Primaria. La Enfermería Comunitaria desempeña un papel esencial en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la detección precoz de problemas físicos, emocionales y sociales, adaptando los cuidados al entorno familiar y comunitario.

OBJETIVO

Describir las principales actuaciones de Enfermería Comunitaria en las revisiones de salud de niños de 3 a 12 años en Atención Primaria.



CONTENIDOS DE LA REVISIÓN

Valoración del crecimiento y desarrollo: peso, talla, IMC y desarrollo psicomotor.
Hábitos de vida saludable: alimentación equilibrada, actividad física, uso de pantallas y descanso.
Salud emocional y social: detección precoz de problemas conductuales, escolares o familiares.
Prevención de riesgos: accidentes, salud bucodental y educación vial.
Seguimiento del calendario vacunal: revisión y captación activa.

INTERVENCIONES ENFERMERAS

Educación sanitaria individual y familiar.
Identificación de factores de riesgo y determinantes sociales.
Coordinación con pediatría, centros educativos y recursos comunitarios.
Registro estandarizado y seguimiento longitudinal del menor.

CONCLUSIONES

Las revisiones de salud entre los 3 y 12 años permiten detectar precozmente problemas de salud y reforzar hábitos saludables. La Enfermería Comunitaria, desde un enfoque familiar y comunitario, contribuye a mejorar los resultados en salud infantil y a reducir desigualdades, especialmente en el ámbito rural de Castilla y León.

SCAN ME

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA PERIFÉRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

LIDIA ÁLVAREZ HERNANDEZ, EMILIO J. DEL CASTILLO, GARCINUÑO, ELENA VIDAL CABO, SILVIA MARTINEZ LANZAS, CESAR ALVAREZ HERNÁNDEZ

Introducción: La neuropatía diabética es una complicación frecuente, a menudo asintomática de la diabetes que provoca úlceras en los pies, amputaciones, dolor y disminución de la calidad de vida (1). La evidencia destaca que el personal de enfermería es fundamental para la detección temprana, el control de los factores de riesgo, la educación y el cuidado de los pies en estos pacientes (2). Los cuidados de enfermería en atención primaria se centran en detectar precozmente la neuropatía, prevenir úlceras y amputaciones, aliviar síntomas y educar al paciente y familia para el autocuidado diario.

Objetivo: Reiterar el papel de enfermería dirigido a la prevención e identificación temprana de la Neuropatía Periférica Diabética en usuarios con Diabetes Mellitus en la consulta de atención primaria.

Método:

Revisión bibliográfica de la literatura, realizada en las bases de datos Epistemonikos, Cochrane, Scielo, Pubmed, artículos en inglés y español, en los últimos 5 años, con diabetes mellitus, neuropatía y pie diabético en sus resúmenes o títulos. Se incluyeron doce artículos en la muestra.



Resultados:

Se observó que la atención de enfermería se basa en la educación para la salud como estrategia de prevención de enfermedades;(3) en la realización del diagnóstico precoz, mediante el seguimiento de signos y síntomas, el examen periódico de los pies y otras técnicas preventivas durante la consulta de enfermería y el fomento del autocuidado guiado por el profesional de la salud, así como prevención de factores de riesgo (4).

Conclusión:

el papel de las enfermeras en las acciones dirigidas a la prevención y el tratamiento temprano de la neuropatía es evidentemente fundamental, las intervenciones educativas para la prevención del pie diabético deben formar parte inexcusable de los planes de cuidados, con apoyo en guías de práctica clínica validadas que contribuyen a una menor incidencia de pie diabético y reducción de las amputaciones (5,6,7).

BIBLIOGRAFÍA

1)Sri O, N Glorino M, Pandin R. Detección temprana de la neuropatía diabética basada en el modelo de creencias de salud: una revisión exploratoria. medRxiv. 2023. doi: 10.1101/2023.12.15.23299437.

2) Oliveira, Aylla Sandrini Ferreira de, Silva, Matheus Vinicius Barbosa da, Galindo Neto, Nelson Miguel, Sanches, Luiz Miguel Picelli, Veras, Juliana Lourenço de Araújo, Santos, Ellen Cristina Barbosa dos. Nursing care in the prevention and early detection of diabetic peripheral neuropathy: an integrative review. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). 2025;17:e13352-e13352.

3) Faus Camarena M, Izquierdo-Renau M, Julian-Rochina I, Arrébola M, Miralles M. Update on the use of infrared thermography in the early detection of diabetic foot complications: a bibliographic review. Sensors (Basel). 2023;24(1):252. doi: 10.3390/s24010252.

4) The impact of the self-efficacy building nursing program on foot self-care confidence and perceived risk of diabetes-related foot complications among diabetic elderly patients: a randomized virtual based trial [Internet]. Bethesda (MD): ClinicalTrials.gov; 2025 [citado 26 ene 2026]. Identificador NCT06973850. Disponible en: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT06973850

5)Lucoveis MLS, Gamba M, Silva EQ, Pinto LAS, Sacco ICN. The effects of the use of customized silicone digital orthoses on pre-ulcerative lesions and plantar pressure during walking in people with diabetic neuropathy: a study protocol for a randomized controlled trial. Contemp Clin Trials Commun. 2024; 37:101247. doi: 10.1016/j.conctc.2023.101247.

6) Herrero-Domínguez Eva, Arantón-Areosa Luis, Rumbo-Prieto José María. Catálogo normalizado de actividades de intervención de práctica enfermera para la prevención del pie diabético. Gerokomos [Internet]. 2024 [citado 2026 Ene 26]; 35(4): 260-265. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2024000400009&lng=es. Epub 19-Mar-2025. https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2024000400009.

7)Ballesteros-Álvaro Antonio Manuel, Soto-Vallejera María del Pilar, López-Alonso Adela, Martín-Suances Julio César, Cuesta-Rodríguez Rebeca, Fernández-Antolinez Ana Isabel et al. ¿Qué intervenciones educativas son efectivas para prevenir el pie diabético? Una revisión de guías de práctica clínica. Ene. [Internet]. 2023 [citado 2026 Ene 26]; 17(2): 1901. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200003&lng=es. Epub 22-Ene-2024.

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

ÓXIDO NITROSO EN ATENCIÓN PRIMARIA: EFICACIA, SEGURIDAD Y APLICACIONES CLÍNICAS

Elisa Estela Bartolomé, Pablo Manuel Palafox, Melissa Vázquez, Elena Gamarra, Sheila Mª Diez, Esther García

INTRODUCCIÓN

El óxido nitroso (N_2O) es un gas con propiedades analgésicas y ansiolíticas que, administrado junto al oxígeno, proporciona alivio del dolor moderado de forma segura. Su rápido inicio de acción, corta duración y recuperación inmediata lo convierten en una opción adecuada para procedimientos breves en pacientes conscientes.

Aunque su uso tradicional se ha centrado en la anestesia obstétrica y odontológica, en los últimos años ha despertado interés su aplicación en atención primaria, donde existe la necesidad de técnicas eficaces, mínimamente invasivas y bien toleradas para el manejo del dolor y la ansiedad en procedimientos menores[1,2,3].

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

-Conocer la evidencia científica disponible sobre la aplicación del óxido nitroso en atención primaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

-Evaluar la eficacia y seguridad del óxido nitroso en el manejo del dolor.

METODOLOGÍA

La búsqueda se realizó en las bases de datos: “PubMed”, “Lilacs”, “Scielo”, “Dialnet”, y “Cuiden”.

Se emplearon términos relacionados con óxido nitroso, analgesia, sedación y atención primaria. Se excluyeron artículos sin acceso completo.

Se combinaron los términos mediante el operador booleano AND. En relación a los criterios de inclusión/ exclusión, escogimos los artículos con acceso a texto completo, publicados entre 2016 y 2026.

RESULTADOS

La evidencia muestra que el N_2O es útil en procedimientos menores realizados en AP:
como crioterapia de lesiones cutáneas, suturas, reducción de luxaciones simples, drenaje de abscesos y otros procedimientos de cirugía menor[3,4] . También es una herramienta eficaz en urgencias para la realización de procedimientos dolorosos en pacientes pediátricos, como la canalización de vías venosas periféricas[5].

En crioterapia dermatológica ha demostrado una alta tasa de curación y buena tolerancia. Sin embargo, en procedimientos como el desbridamiento de úlceras crónicas, su eficacia puede ser inferior a la de anestésicos tópicos convencionales[6].

Presenta efectos adversos leves y transitorios siendo eficaz cuando se administra con monitoreo adecuado.
Los efectos adversos incluyen náuseas, vómitos y mareos. Con estas precauciones, es una herramienta segura para analgesia en diversos procedimientos[1,3,7].

CONCLUSIÓN

El óxido nitroso es una herramienta segura y eficaz para el manejo del dolor en atención primaria. Su facilidad de uso y rápida recuperación lo hacen adecuado para el entorno ambulatorio.
No obstante, se requiere formación específica y más investigación para definir con mayor precisión sus indicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1.-Knuf K, Maani CV. Nitrous oxide [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2026 Feb 28]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532922/ 2.Wang Z, Wang F, Xing Y, Jiang X, Ding Z, Li Y, et al. Efficacy of nitrous oxide in adults undergoing puncture biopsy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One [Internet]. 2023 Jun 6 [cited 2026 Feb 28];18(6):e0286713. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10243628/ 3.-Wuang C, Johnson N. Nitrous oxide, from the operating room to the emergency department. Curr Emerg Hosp Med Rep [Internet]. 2016 Mar;4(1):11–18. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s40138-016-0092-3 4.-RS Investigación. La utilización de óxido nitroso en urgencias [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación; 2021 [cited 2026 Feb 28]. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-utilizacion-de-oxido-nitroso-en-urgencias/ 5.-Evaluación de la efectividad de la administración de óxido nitroso en el paciente pediátrico durante la canalización de una vía venosa periférica [Internet]. NURE Investigación; 2026 [cited 2026 Feb 28]. Available from: https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/520/509 6.- Traber J, Held U, Signer M, Huebner T, Arndt S, Neff TA. Analgesic efficacy of equimolar 50% nitrous oxide/oxygen gas premix (Kalinox®) as compared with a 5% eutectic mixture of lidocaine/prilocaine (EMLA®) in chronic leg ulcer debridement. Int Wound J [Internet]. 2016 Aug 8 [cited 2026 Feb 28];14(4):606–615. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7950157/ 7.-Óxido nitroso: qué es, para qué sirve y su uso en anestesia [Internet]. Tua Saúde; 2025 [cited 2026 Feb 28]. Available from: https://www.tuasaude.com/es/oxido-nitroso/

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO FRÁGIL: HACIA UN ENVEJECIMIENTO EXITOSO

¿QUÉ ES LA FRAGILIDAD?

La **fragilidad** es el deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos relacionado con la edad ,provocando una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, aumentado la vulnerabilidad a los factores de estrés y del riesgo de padecer procesos crónicos.



POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE > 70 AÑOS

16,84% **21,78%**

EJERCICIO



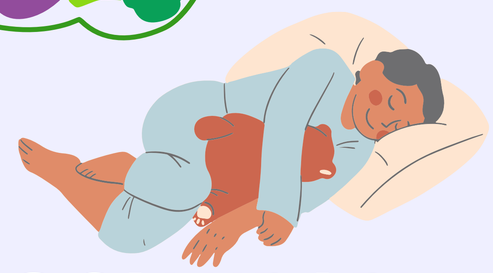


GESTIÓN DEL ESTRÉS

Envejecimiento saludable: es el proceso de fomentar y mantener la **capacidad funcional** que permite el bienestar en la vejez. Conseguimos un **envejecimiento exitoso**

UNA BUENA ALIMENTACIÓN





SUEÑO SALUDABLE

EL ENVEJCIMIENTO EXITOSO

MINIMIZA EL RIESGO DE ENFERMAR Y DE DISCAPACIDAD



CONTINUAR CON LOS COMPROMISOS DE VIDA

MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN COGNITIVA Y FÍSICA

ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA



LA **ENFERMERA EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA** PROMOVERÁ CONDUCTAS QUE INCREMENTEN LA SALUD DE LOS MAYORES Y REEDUCAR LAS CONDUCTAS NO SALUDABLES

INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

INTERVENCIONES EN NUTRICIÓN

APLICACIÓN ÓPTIMA DE NUTRIENTES

DIETA MEDITERRANEA



INTERVENCIONES EN LA CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

INDICACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

EJERCICIOS DE FUERZA-RESISTENCIA Y CAMINAR



PROMOVER EL AMBIENTE SOCIAL

INTEGRACIÓN EN GRUPOS Y GESTIÓN DE REDES SOCIALES

CONEXIÓN CON REDES SOCIALES Y GRUPOS DE OCIO



INTERVENCIONES EN LA PRESCRIPCIÓN

UTILIZACIÓN DE START-STOP

CONTROL DEL USO DE FÁRMACOS



RUEDA EJERCICIOS

ALIMENTACIÓN

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Sacyl

ABORDAJE DEL PACIENTE OBESO

Tipo de trabajo: Revisión

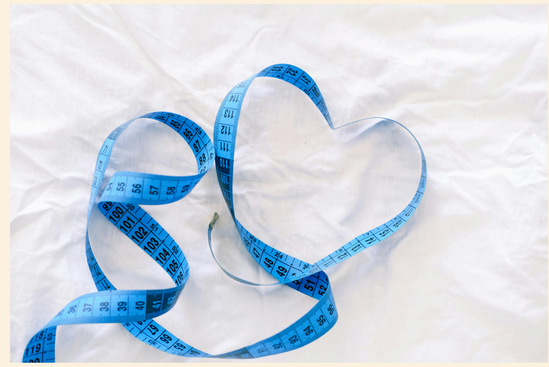
Palabras clave: obesidad; cuidados de enfermería; estilo de vida saludable; educación sanitaria

JUSTIFICACIÓN / OBJETIVOS

La obesidad es un problema de salud pública asociado a mayor morbimortalidad y al desarrollo de enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedad cardiovascular. El objetivo es analizar la evidencia científica sobre el abordaje integral del paciente adulto con obesidad e identificar intervenciones enfermeras eficaces basadas en la evidencia.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica (2018-2024) en PubMed, CINAHL y SciELO. Población diana: adultos ≥18 años con IMC ≥30 kg/m². Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas en español e inglés. Instrumentos de medida identificados: IMC, perímetro de cintura, escala de adherencia de Morisky, cuestionario IPAQ para actividad física y escala SF-36 para calidad de vida. Se excluyeron estudios pediátricos y artículos sin texto completo



RESULTADOS

La evidencia destaca la efectividad de intervenciones multicomponente: educación nutricional individualizada, promoción estructurada de actividad física y apoyo psicológico. La intervención enfermera mejora la adherencia terapéutica, favorece pérdida ponderal moderada (5-10%) y mejora control de comorbilidades. Se subraya la necesidad de evitar estigmatización y promover enfoque centrado en la persona.

CONCLUSIONES / IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El abordaje debe ser integral, continuado y personalizado. La enfermería desempeña un papel clave en educación sanitaria, seguimiento clínico y apoyo emocional. La aplicación de intervenciones basadas en la evidencia mejora resultados en salud y calidad de vida

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int Ministerio de Sanidad.
- Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS) [Internet]. Madrid. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es García M, López R, Fernández A.
- Intervenciones de enfermería en el manejo integral de la obesidad en adultos. Enferm Clin. 2020;30(4):245–250. Brown T, Moore THM, Hooper L, et al.
- Interventions for preventing obesity in adults. Clin Obes. 2019;9(3):e12345. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults. J Am Coll Cardiol. 2014;63(25 Pt B):2985–3023. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al.
- European guidelines for obesity management in adults. Obes Facts. 2015;8(6):402–424.

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

CADA PASO CUENTA:
BENEFICIOS DE CAMINAR EN LA POBLACIÓN MAYOR

Autores: Gómez Béliz M., Sierra Rodríguez M., Franco Almendrárez S., Gómez González E., González Cotorro L., Alejos Izquierdo M.

Caminar es salud, independencia y calidad de vida

FÍSICOS

- Mejora la salud cardiovascular
- Fortalece músculos y huesos
- Mejora el equilibrio
- Ayuda a controlar el peso
- Favorece la autonomía y movilidad

MENTALES Y EMOCIONALES

- Mejora la memoria y la concentración
- Reduce el estrés y la depresión
- Favorece el descanso nocturno



La OMS recomienda entre <u>150-300</u> minutos de actividad aeróbica moderada o <u>75-150</u> minutos de intensidad vigorosa a la semana

SOCIALES

- Favorece la socialización
- Reduce la soledad
- Refuerza la motivación con el ejercicio

RECOMENDACIONES GENERALES:

- Usar calzado cómodo
- Mantener buena hidratación
- Rutas seguras y bien iluminadas
- Caminar acompañado
- Consultar a su profesional de salud

Colaboradores:

Sacyl

valladolid este ATENCION PRIMARIA

ics Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Escanéame

BIBLIOGRAFÍA:

PREVENCIÓN DEL DUELO PATOLÓGICO DESDE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

El **duelo** es una respuesta emocional natural ante una pérdida significativa que permite la adaptación progresiva a una nueva realidad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Emocionales (tristeza, ansiedad, culpa,...)
- Físicas (fatiga, insomnio, opresión torácica,...)
- Conductuales (llanto, evitación, sueños con el fallecido,...)
- Cognitivas (incredulidad, confusión, pensamientos recurrentes, ...)

FASES DE DUELO:

1. Shock
2. Anhelo y búsqueda
3. Desorganización y desesperación
4. Reorganización y Recuperación

DUELO PATOLÓGICO

Un duelo se convierte en **patológico** cuando interfiere de manera significativa en la vida cotidiana, compromete la salud y no permite a la persona evolucionar hacia su resolución.

DUELO ADAPTATIVO	DUELO PATOLÓGICO
• Inicio inmediato • Dolor temporal • Aceptación gradual • Percepciones breves • Recuperación progresiva	• Inicio tardío/bloqueado • Dolor persistente • Negación prolongada • Cree que sigue vivo • Deterioro funcional

FACTORES DE RIESGO:

CONTEXTUALES	INTERPERSONALES	PERSONALES
Muerte súbita/violenta Estigmatización Estrés acumulado	Dependencia emocional Vínculo ambivalente Bajo apoyo social	Antecedentes psicológicos Pérdidas tempranas Reacción emocional intensa

INTERVENCIÓN DESDE AP

VALORACIÓN INICIAL (1 mes):

- Circunstancias de la muerte.
- Afrontamiento personal.
- Red de apoyo.
- Funcionalidad.
- Factores de riesgo.

SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO

A los **3 meses**

- Aplicar IDC *(ver Anexo 1 en QR)* + reevaluar funcionalidad.
- Detectar nuevas dificultades emocionales.

A los **6 meses**

- Aplicar IDC.
- IDC >25 → Derivar a Salud Mental.

A los **12 meses**

- Aplicar IDC.
- IDC >25 → Derivar.
- IDC <25 → Alta.

NIVELES ASISTENCIALES

- Nivel I: duelo adaptativo → apoyo básico (MAP y EAP).
- Nivel II: IDC>25 sin FR → derivar a especialista/ grupos.
- Nivel III: FR + IDC>25 → derivar a SM.

⚠️ Señales de alarma (derivación inmediata): emociones extremas, aislamiento, disfunción, culpa intensa, consumo de sustancias, bloqueo, riesgo suicida.

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León
valladolid este ATENCION PRIMARIA
II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria
Sacyl

Gestión eficiente del tiempo en la consulta de enfermería



Autores: Mª Dolores Berrocal Sánchez, Inés Bermejo Calderón, Alba Miguélez Rivera, Matilde Diez García, Celia Merino Fernández



Problemática actual



- **Sobrecarga asistencial.**
- **Agendas mal dimensionadas.**
- **Interrupciones frecuentes y escasa priorización.**
- **Pacientes que acuden sin cita o fuera del motivo pactado.**
- **Carga burocrática y documentación excesiva.**

Principios para la gestión del tiempo



<u>Priorización clínica</u>

Clasificar las intervenciones segun su complejidad.



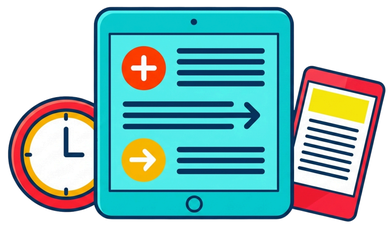
<u>Planificacion previa de la agenda e implementación de checklist</u>

Preparar el material, agenda bien estructurada con tiempos realistas.



<u>Gestión de interrupciones y registro eficiente</u>

Establecer momentos concretos para llamadas,y usar sistemas de registro agiles.



<u>Protocolización de actividades mas frecuentes y uso de material educativo</u>

<u>P</u>rotocolos claros para procediciemtos habituales reducen el tiempo de toma de decisiones.



1 min | **7-9 min** | **3 min**

Acogida y motivo de consulta

Intervención principal

Educación y cierre

Resultados esperados

- **Estructura clara y racional de las consultas .**
- **Mayor eficiencia sin sacrificar la calidad de los cuidados.**
- **Reducción de la sobrecarga y el estrés del profesional.**
- **Mejora de la seguridad clinica y la experiencia del paciente.**

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2016). Framework on integrated, people- centred health services. World Health Organization.2. Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. Annals of Family Medicine, 12(6), 573–576. https://doi.org/10.1370/afm.17133. Ministerio de Sanidad. (2019). Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad.4. Pérez Rivas, F. J., et al. (2018). Gestión del tiempo y carga asistencial en profesionales de enfermería en Atención Primaria. Enfermería Clínica, 28(2), 90–96. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.003

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

ELEVACIÓN DE LA PROLACTINA DURANTE EL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS

(1) Martín-de la Calle, S.; (2) Martín-de la Calle, S.; (2) González-Velasco, M.; (2) Callejo-González, L.; (2) Huerta-Sánchez, MJ.; (2) Girón-Barrenengoa, H.
(1) HOSPITAL MEDINA DEL CAMPO; (2) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA VALLADOLID ESTE.

INTRODUCCIÓN

Los antipsicóticos pueden alterar los niveles séricos de prolactina ocasionando disfunciones en el paciente. Esta hormona es secretada por la hipófisis anterior y la dopamina es su principal inhibidor humano. Muchas situaciones (estrés, comida, actividad sexual o embarazo) pueden producir alteraciones. Los antipsicóticos bloquean los receptores dopaminérgicos, produciendo los efectos buscados. No obstante, pueden ocasionar efectos adversos.

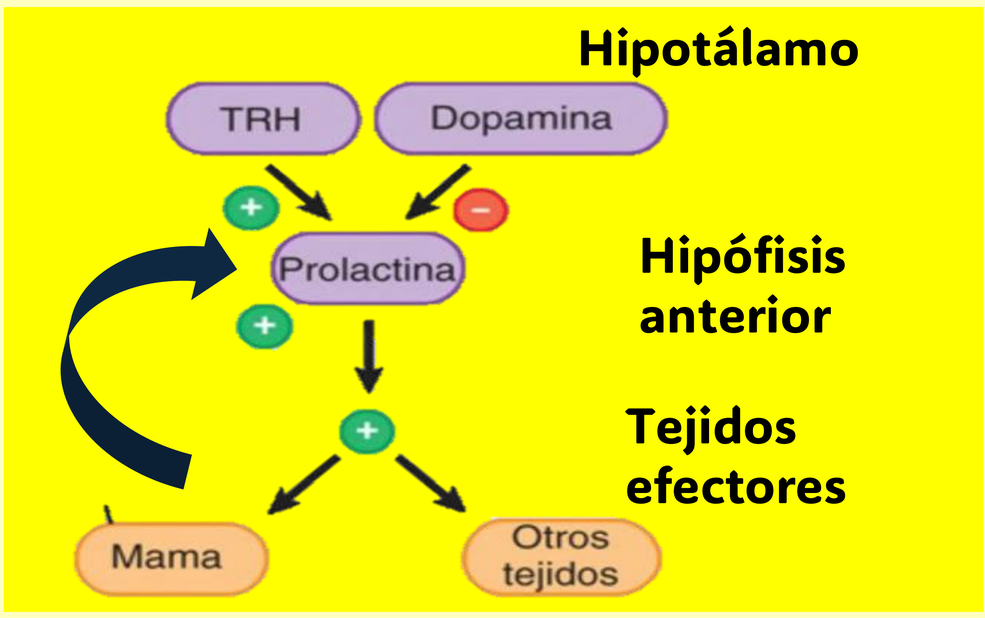


Figura 1. Esquema de la secreción y acciones de la prolactina.

OBJETIVOS

- Analizar la relación entre el tratamiento con fármacos antipsicóticos y la hiperprolactinemia.
- Describir las manifestaciones clínicas que tiene la hiperprolactinemia.

METODOLOGÍA

Se basa en una revisión bibliográfica en distintas bases de datos electrónicas (Pubmed, Cinahl y Cochrane). Se han utilizado como términos DeCS: hiperprolactinemia, antipsicóticos, prolactina. Se excluyen los artículos de más de 10 años y los idiomas aceptados son castellano e inglés.

RESULTADOS

La elevación de la prolactina ocasiona disfunciones sexuales, cambios en el metabolismo óseo (osteoporosis) y neoplasias sensibles a la PRL.

Como consecuencia del bloqueo de las células lactótrofas, se produce una hiperprolactinemia al eliminar la principal influencia inhibitoria de la secreción de PRL. Las manifestaciones clínicas son ginecomastia, galactorrea, alteraciones menstruales, disfunción sexual, acné e hirsutismo. Para su manejo se pude valorar el cambio de tratamiento, siempre valorando su efectividad y las necesidades terapéuticas del paciente.

CONCLUSIONES

La hiperprolactinemia hasta hace poco era un efecto secundario poco considerado. Sin embargo, es muy importante ya que pueden disminuir la adherencia terapéutica, generar desconfianza, así como el abandono del tratamiento dando lugar a una recaída o reactivación de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

CREATINA EN MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: BENEFICIOS, SEGURIDAD Y USO EN ATENCIÓN PRIMARIA

SÁNCHEZ MANSO, CAROLINA L.

INTRODUCCIÓN

Suplementar con creatina monohidrato (CrM), por sus efectos sobre el metabolismo energético muscular, puede resolver las deficiencias en masa y función muscular que se producen en adultos mayores con patologías crónicas como insuficiencia cardiaca, diabetes tipo 2, EPOC, etc. Para su aplicación debe justificarse con un respaldo de la evidencia científica disponible y actualizada.

OBJETIVOS

(1) Resumir la evidencia sobre creatina monohidrato y resultados musculares/funcionales en adultos mayores con enfermedad crónica; (2) describir seguridad, especialmente renal; (3) proponer implicaciones prácticas para Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Se realiza búsqueda de artículos en PubMed y PubMed Central (PMC), y se revisan también las referencias de los artículos principales para encontrar otros trabajos relacionados. La búsqueda se limitó a los últimos 5 años (de 2021 a febrero de 2026) y a idiomas español e inglés.
Buscamos usando combinaciones de palabras como “creatina”, “personas mayores”, “entrenamiento de fuerza”, “función muscular” y “riñón”. Nos centramos sobre todo en revisiones sistemáticas/metaanálisis y ensayos clínicos.
Se revisó la calidad metodológica de los estudios con herramientas habituales según el tipo de trabajo. Después se realiza una síntesis narrativa con los documentos seleccionados: se utilizaron 5 trabajos principales recientes (metaanálisis/revisiones y una revisión específica en insuficiencia cardiaca), priorizando los que aportaban resultados claros en fuerza, masa magra, rendimiento físico y seguridad renal.

CONCLUSIONES/IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La suplementación con creatina monohidrato en Atención Primaria puede considerarse siendo un complemento a los ejercicios terapéuticos para adultos mayores en casos de riesgo de sarcopenia/fragilidad. En enfermedad renal avanzada ha de tenerse especial precaución, con monitorización de función renal.

RESULTADOS

1) ¿Mejora realmente la fuerza y el músculo?
Lo que más evidencia la literatura reciente es que la creatina funciona mejor combinada con entrenamiento de fuerza: pesas, gomas, máquinas o ejercicios de fuerza pautados.

- Las revisiones y metaanálisis analizados muestran que, en mayores, la combinación de creatina y entrenamiento de fuerza suele conseguir mejoras pequeñas a moderadas en:
  - Fuerza (por ejemplo, levantar más peso o hacerlo con menos dificultad)
  - Masa magra (aumento o menor pérdida de músculo)
  - Rendimiento funcional (por ejemplo levantarse de una silla, caminar mejor, etc.)

2) ¿En qué resultados se nota más?
En los estudios revisados, las premisas más consistentes son:

- Fuerza de piernas: suele verse la mejora con más claridad. Su importancia es la relación de ésta con las caídas y la autonomía del paciente.
- Masa magra: con pequeñas mejoras o mejor mantenimiento del músculo frente a quienes no la toman.
- Pruebas funcionales: algunos trabajos encuentran mejora, en la marcha o la tolerancia al esfuerzo, pero aquí existe más variación entre los estudios.
- La evidencia menciona que el efecto puede depender de cuánto dura la intervención, la intensidad del entrenamiento, la edad y el estado de salud previos y si la persona toma suficiente proteína y realiza actividad física regular.

3) ¿Qué pasa en enfermedades crónicas como insuficiencia cardiaca o EPOC?
Aquí la evidencia no es tan fuerte como en población mayor “general”, pero hay señales interesantes:

- En insuficiencia cardiaca, algunas revisiones recientes sugieren que podría ayudar en rendimiento muscular y capacidad funcional, pero los estudios son más pequeños y no siempre usan el mismo tipo de medida o la misma duración.
- En EPOC, se ha estudiado como complemento a rehabilitación. Hay trabajos antiguos, pero se priorizó que fuera evidencia actual y por eso las consideraciones en casos de EPOC quedan menos claros.

Conclusión práctica: para enfermedades crónicas, la creatina podría considerarse caso a caso, pero aún falta más consenso y estudios actualizados y generalizados.
4) Seguridad renal: lo que más preocupa en consulta
Este es uno de los puntos más importantes para Atención Primaria.

- Los metaanálisis recientes revisados no encuentran un “daño real” del riñón en personas sin enfermedad renal avanzada.

Sin embargo, algo que confunde mucho es que la creatina puede hacer que suba la creatinina en sangre. Eso no siempre significa que el riñón esté peor. Puede subir porque la creatina se convierte en creatinina como parte normal del metabolismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Candow DG, et al. Creatine supplementation for older adults: focus on sarcopenia, frailty and cachexia. Clin Nutr ESPEN. 2022.
- Liu SC, et al. The impact of creatine supplementation associated with resistance training in older adults: systematic review and meta-analysis. Eur Rev Aging Phys Act. 2025.
- Sharifian G, et al. Impact of creatine supplementation and exercise training in older adults: systematic review and meta-analysis. Eur Rev Aging Phys Act. 2025.
- Naeini EK, et al. Effect of creatine supplementation on kidney function: systematic review and meta-analysis. BMC Nephrol. 2025.
- Kamalanathan H, et al. Creatine supplementation in heart failure: systematic review. Heart Lung Circ. 2025.

valladolid este ATENCION PRIMARIA
Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León
Sacyl
II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

INFOGRAFÍA EDUCATIVA: IDENTIFICACIÓN Y AUTOCUIDADO DE CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CRÓNICOS

Autor Principal: Miguel Ángel Morales Torres. Enfermero. Centro de Salud Sur. GAP VALLADOLID OESTE
Coautores: Sara Pindado Navas, Nuria Villafáñez Roldán, Laura Molina Arriero,
Manuel Fernández Álvarez, Raquel Gento Rodríguez

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Escala de Zarit Abreviada: Evaluando la Sobrecarga del Cuidador

¿Que es la Escala Zarit Abreviada?

Es una herramienta profesional de 12 items diseñada para evaluar de forma rápida la sobrecarga emocional y física en cuidadores

Indique con que frecuencia se siente de esa manera:

Guía de Valoración (0 a 4)



1. Siente que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita. — 0 1 2 3 4
2. Siente estrés por cuidar a su familiar y no dispone de suficiente tiempo para usted. — 0 1 2 3 4
3. Siente estrés al tener que cuidar a su familiar y, además, atender otras responsabilidades. — 0 1 2 3 4
4. Se siente avergonzado/a por alguna conducta de su familiar. — 0 1 2 3 4
5. Se siente enfadado/a cuando está cerca de su familiar. — 0 1 2 3 4
6. Se siente tenso/a cuando está cerca de su familiar. — 0 1 2 3 4
7. Siente que su salud se ha resentido por cuidar de su familiar. — 0 1 2 3 4
8. Siente que no tiene tanto tiempo para usted por cuidar de su familiar. — 0 1 2 3 4
9. Siente que su vida íntima se ha visto efectada debido a los cuidados. — 0 1 2 3 4
10. Siente que su vida social se ha visto reducida por los cuidados. — 0 1 2 3 4
11. Siente que su familiar depende demasiado de usted. — 0 1 2 3 4
12. Le preocupa lo que pueda pasarle a su familiar si usted se pone enfermo/a. — 0 1 2 3 4



0-21
Sin Sobrecarga



22-46
Sobrecarga Leve-Moderada



47-48
Sobrecarga Intensa

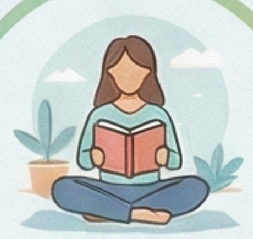
5 Estrategias de Autocuidado para Cuidadores



Hábitos de Descanso
Mantener rutinas de descanso y sueño adecuades para recuperar energía.



Delegación de Tareas
Pedir ayuda y compartir responsabilidades de cuidado siempre que sea posible.



Tiempo Personal
Reservar tiempo propio para realizar actividades agradables y relajantes.



Gestión del Estrés
Practicar técnicas de manejo del estrés, como ejercicios de respiración o mindfulness.



Apoyo Grupal
Asistir a grupos de apopo para compartir experiencias y recibir orientación profesional.

SCAN ME

BENEFICIOS DEL PEAK FLOW EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Verónica Delgado Martín, Luis Bachiller Carnicero, Elisa Estela Bartolomé Seoane, Alicia Bartolomé Ferrero

JUSTIFICACIÓN:
El peak flow es un medidor para pacientes diagnosticados de asma. La medición del pico flujo ofrece ventajas en Atención Primaria (AP) frente a la espirometría realizado con un pequeño dispositivo portátil y fácil de usar, lo que permite su utilización en el domicilio y en la consulta. Permite predecir la obstrucción de las vías de gran calibre. [1-3]

OBJETIVOS:
- Conocer las ventajas del uso del peak flow en AP.
- Promover sus diferentes aplicaciones en AP.
- Conocer cómo usar el dispositivo y su mantenimiento.

METODOLOGÍA:
Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane y Google académico. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: Flujo espiratorio máximo AND atención primaria de salud AND asma. Los criterios de inclusión para elegir los artículos son: publicación de los últimos 10 años, tener acceso al texto completo y artículos en español e inglés.

RESULTADOS:
El peak flow permite la medición domiciliaria del flujo espiratorio máximo (FEM), el máximo flujo de aire espirado tras una inspiración forzada. [1-3 ,6]

La medición del FEM permite múltiples aplicaciones en AP: valorar el grado de obstrucción del asma, contribuye a la detección precoz de exacerbaciones, monitorización del tratamiento y optimización del manejo del paciente entre otros. [1-3 ,6]
Se realiza de pie, colocar el indicador a cero, realizar una inhalación máxima, rodear la boquilla con los labios, soplar lo más fuerte posible en 2 segundos. Repetir la maniobra 3 veces. Anotar el valor más alto. Repetir mañana y tarde. [3-5]

Existen valores teóricos poblaciones y se recomienda tener una mejor marca personal medida en condiciones de estabilidad tras 3 semanas.



CONCLUSIONES:
El peak flow permite la monitorización ambulatoria de la obstrucción bronquial con un mínimo adiestramiento del paciente, lo que permite la educación en la consulta de enfermería de AP pudiendo actuar de forma precoz ante una exacerbación del asma. Mejora la adherencia del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:
1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (NG245) [Internet]. London: NICE; 2025 [citado 15 Ene 2026]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng245
2. Bocian IY, Chin AR, Rodriguez A, Collins W, Sindher SB, Chinthrajah RS. Asthma management in the digital age. Front Allergy. 2024;5:1451768.
3. Miquel-Gomara Perelló J, Román Rodríguez M. Medidor de peak-flow: técnica de manejo y utilidad en atención primaria. Medifam. 2002;12(3):206-12.
4. GEMA 5.4. Guía Española de Manejo del Asma, revisión 2024 [Internet]. [citado 24 Ene 2026]. Disponible en: http://www.gemasma.com
5. Quintano JA. Medidor de flujo espiratorio máximo (PEF). En: GEMA educadores. Manual del educador en asma. Madrid: Luzán5; 2010. p. 61-70.
6. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2024 update [Internet]. [citado 23 Ene 2026]. Disponible en: http://www.ginasthma.org

MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Verónica Delgado Martín, Luis Bachiller Carnicero, Elisa Estela Bartolomé Seoane, Alicia Bartolomé Ferrero,

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

El manejo de la ideación suicida en Atención Primaria (AP) es un pilar importante en la estrategia de prevención del suicidio. La AP representa la puerta de entrada al sistema sanitario, donde se establecen relaciones de confianza con los pacientes pudiendo realizar una detección temprana del riesgo, y además es posible realizar un seguimiento continuado a largo plazo.[1,2]

Una de las estrategias de prevención más eficientes es la adecuada detección, manejo y tratamiento de los pacientes con trastornos mentales. Se estima que el 90% de las personas que se suicidan presentan un trastorno mental, generalmente depresivo. [2-4]

OBJETIVOS:

- Determinar la evidencia científica sobre la detección, manejo y seguimiento de la ideación suicida en Atención Primaria.
- Revisar las herramientas de cribado y evaluación validadas para la detección temprana de ideación suicida.

METODOLOGÍA:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane y Google académico. Se emplearon los siguientes DeCs: Prevención del suicidio AND atención primaria de salud. Los criterios de inclusión para elegir los artículos son: revisiones, guías de práctica clínica y estudios originales, tener acceso al texto completo, artículos en español e inglés, de los últimos 10 años. Artículos realizados en AP.



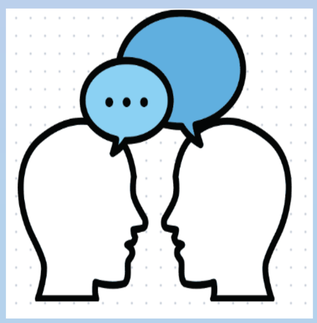
RESULTADOS:



Realizar una detección temprana, tanto si tiene ideas explícitas como sutiles. Los principales factores de riesgo son: padecer un trastorno mental, generalmente depresión, así como intentos de suicidios previos.

Realizar un cribado y evaluación con herramientas validadas.





Los profesionales deben tener habilidades comunicativas efectivas, así como proporcionar seguimiento y apoyo.

CONCLUSIONES:

El abordaje de la ideación suicida es fundamental desde el ámbito de la AP, así como tener a profesionales formados en el tema. Las estrategias preventivas deben diseñarse para actuar sobre la vulnerabilidad, disminuyendo los factores de riesgo, incrementado la competencia y favoreciendo los de protección. Los abordajes deben ser globales y coordinados, multidimensionales y multidisciplinarios.

BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [citado 20 Ene 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 20 Ene 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es
3. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 21 Ene 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es
4. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NG225) [Internet]. London: NICE; 2022 [citado 21 Ene 2026]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng225
5. Smith DJ, O'Connor EA, Fisher R, et al. Collaborative care for depression and suicidal behaviour in primary care: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019;256:456-66.

ÓXIDO DE ZINC Y LA TÉCNICA COSTRA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Verónica Delgado Martín, Luis Bachiller Carnicero, Alicia Bartolomé Ferrero

JUSTIFICACIÓN:
La dermatoporosis se produce por el envejecimiento y fragilidad de la piel, siendo más frecuente laceraciones y hematomas ante mínimos traumatismos[1,2] . Es muy frecuente en Atención Primaria (AP) debido a sus complicaciones [3,4]. El óxido de zinc forma una barrera física y es utilizado por sus propiedades cicatrizantes, astringentes y antiinflamatorias. Su uso como técnica costra consiste en formar una costra artificial que permite que la piel se vaya reparando progresivamente[7,8] .

OBJETIVOS:
Valorar la efectividad de la técnica costra con óxido de zinc en la consulta de enfermería de AP.

MÉTODO:
Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases: Pubmed, Cochrane y Google académico. Las palabras clave: oxido de zinc AND Cicatrización de Heridas. Los criterios de inclusión son: en los últimos 20 años, tener acceso completo y artículos en español e inglés.

RESULTADOS:
El uso de óxido de zinc con técnica costra es efectiva disminuyendo el tiempo el cicatrización en heridas agudas y superficiales asociadas a dermatoporosis.[5,6] Es una técnica segura, accesible y aplicable dentro de AP. En presencia de exudado puede combinarse con alginato con el fin de que lo absorba, así como asociarlo con compresión terapéutica si estuviera indicado. Se debe mantener la costra artificial realizando seguimiento, al menos semanal, para su evolución[4,5] .

CONCLUSIONES:
El uso de óxido de zinc con técnica costra es una técnica costo-efectiva y segura en heridas superficiales y agudas asociadas a dermatoporosis, en el ámbito de AP.
Se necesitan más estudios con mayor nivel de evidencia sobre el tema que permitan establecer protocolos en ámbito de AP con el fin de disminuir la variabilidad en la técnica.

BIBLIOGRAFÍA:
1. Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: a chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Dermatology. 2007;215(4):284-94.
2. Kaya G. Dermatoporosis: a new concept in skin aging. Eur J Dermatol. 2012;22(2):146-54.
3. Conde E. Heridas por dermatoporosis o insuficiencia cutánea crónica [Internet]. 2026 [citado 27 Ene 2026]. Disponible en: https://elenaconde.com/heridas-por-dermatoporosis-o-insuficiencia-cutanea-cronica/
4. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Consensus document: skin integrity in older people. London: Wounds International; 2016.
5. Ágreda Gutiérrez S, Benedí Forcén S, Blas Sánchez M, Fuentes Carabantes S, Jarabo Carcas MJ, Podar D. Uso del óxido de zinc como técnica costra en el manejo de la dermatoporosis desde atención primaria. Rev Sanit Investig [Internet]. 2024;5(11) [citado 27 Ene 2026]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/uso-del-oxido-de-zinc-como-tecnica-costra-en-el-manejo-de-la-dermatoporosis-desde-atencion-primaria
6. Burg G, Hafner J. Zinc oxide as a cost-effective intervention for dermatoporosis management. J Dermatolog Treat. 2013;24(1):14-18.

RECOMENDACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA A CUIDADORES INFORMALES

Autores: Verónica Delgado Martín, Luis Bachiller Carnicero

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

España posee una alta tasa de dependencia y un creciente envejecimiento aumentando la necesidad de cuidados. Este cuidado suele recaer en familiares, generalmente la cuidadora principal es una mujer (hija o esposa) [1,6]. Se hacen cargo de una gran cantidad de tareas, que las provoca estrés, sobrecarga e incertidumbre y que incrementa el riesgo de padecer complicaciones tanto físicas como emocionales, disminuyendo el bienestar del cuidador. [2,5,6]

Enfermería representa un papel fundamental realizando actividades de colaboración y coordinación de los cuidados del paciente crónico con el cuidador. Las intervenciones de enfermería potencian la educación para la salud y el autocuidado del cuidador principal.[3,4]

OBJETIVOS:

Conocer la valoración y abordaje que la enfermera de atención primaria debe realizar a los cuidadores informales.

METODOLOGÍA:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane y Google académico. Se emplearon las palabras clave: Carga del cuidador AND atención primaria de salud.

Los criterios de inclusión para elegir los artículos son: revisiones, guías de práctica clínica y estudios originales, tener acceso al texto completo, artículos en español e inglés, de los últimos 10 años.



RESULTADOS:

En la mayoría de ocasiones los cuidadores acuden a consulta por malestares inespecíficos, cuando el verdadero problema, la sobrecarga del cuidado, no lo expresan.

La evidencia concluye que la sobrecarga del cuidador está asociada a síntomas físicos, psíquicos, deterioro de la calidad de vida y mayor riesgo de problemas de salud mental. [7]

Por eso es tan importante realizar una adecuada valoración y anamnesis, utilizando instrumentos validados como la escala de Zarit para determinar si existe sobrecarga o riesgo del cuidador. [8]

Se recomienda pedir ayuda antes de claudicar, así como fomentar la delegación de tareas, en lo que pueda y poner límites a la persona dependiente y la adopción de estrategias de afrontamiento adecuadas. [9]

Además es importante tener una vida ordenada, poniendo importancia en el autocuidado. [7,9]

CONCLUSIONES:

A menudo los cuidadores acuden a consulta por síntomas inespecíficos por ello es necesario realizar una valoración con la escala de Zarit y recomendar que pidan ayudan y poner énfasis en el autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Julià-Móra JM, Calafell-Vert M, Rosal-Obrador FR. Perceptions of care and family support from patients and family caregivers during the COVID-19 pandemic: a phenomenological study in Spain. BMC Nurs. 2025;24:86.
2. Sánchez-Martínez V, Cauli O, Corchón S. Long-term caregiving impact and self-care strategies in family caregivers of people with neuropsychiatric disorders: a mixed-method study. Diseases. 2024;12(11):292.
3. Sevillano-Garayoa L, Olano-Lizarraga M, Martín-Martín J. Interventions for caregivers caring for a family member with advanced illness at home: a systematic review. Nurs Health Sci. 2025;27(3):e70196.
4. Fernández-Bueno L, Torres-Enamorado D, Bravo-Vázquez A, et al. Technological innovations to support family caregivers: a scoping review. Healthcare (Basel). 2024;12(23):2350.
5. Tejero-Arangurena J, García del Moral R, Poyatos-Aguilera ME. Family burden after critical illness: the forgotten caregivers. Med Intensiva. 2024;48:67-81.
6. del Río-Lozano M, Mora DJ, Maroto-Navarro G, Ocaña-Riola R, García-Calvente MDM. Gender inequalities of caregiver mental health and burden in the three years post COVID-19 (CUIDAR-SE Study). Int J Equity Health. 2025;24:282.
7. Ferreira F, Pinto S, Lemos R, et al. Relationship between burden, quality of life and difficulties of informal primary caregivers in the context of the COVID-19 pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(6):5205.
8. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-55.
9. Hussain A, Gallagher LP, Husain M, Almas A, Nawaz A, Basit A. Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Healthcare (Basel). 2021;10(12):2423.

¿CÓMO ABORDAR LA FRAGILIDAD EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Autores: Verónica Delgado Martín, Luis Bachiller Carnicero

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:

La fragilidad es un síndrome geriátrico que hace a la persona más vulnerable y puede derivar en situaciones de dependencia. La atención primaria (AP) es el ámbito preferente donde se puede diagnosticar y realizar seguimiento de la fragilidad. Las guías recomiendan la identificación sistemática de personas mayores en AP así como intervenciones individualizadas. [1,2]

Se puede detectar, prevenir y revertir si se detecta de forma precoz y se instauran intervenciones adecuadas como el ejercicio físico multicomponente.[2,4, 5]

Las caídas son una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad.[3]

OBJETIVOS:

- Revisar la evidencia disponible para la detección, valoración y abordaje de la fragilidad en las consultas de enfermería de AP.

METODOLOGÍA:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane y Google académico. Las palabras clave fueron: Síndrome del Paciente Frágil AND atención primaria.

Los criterios de inclusión fueron: estudios de los últimos 10 años, tener acceso completo, artículos en español e inglés y estudios que abordan la fragilidad en AP . La selección de estudios se realizó mediante lectura de títulos y resúmenes, lectura completa de los artículos relevantes, inclusión de aquellos que aportan evidencia.

RESULTADOS:

Es preciso realizar una valoración integral en los ancianos, incluyendo la detección sistemática de la fragilidad mediante escalas validadas.

A los pacientes identificados como frágiles se les debe indicar intervenciones específicas[1]:

- **Prescripción de ejercicio multicomponente**: Incluyen resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular. Han demostrado su eficacia en la prevención y tratamiento de la fragilidad.
- **Ingesta adecuada de proteínas y vitamina D**: La malnutrición y el déficit de vitamina D se asocian con mayor riesgo de deterioro funcional y fragilidad.
- **Reducir el número de prescripciones**: Está relacionado con más caídas y mayor riesgo de eventos adversos.

CONCLUSIONES:

La realización sistemática del cribado de fragilidad en Atención Primaria permite identificar precozmente a personas mayores en riesgo y aplicar intervenciones preventivas con el fin de prevenir la dependencia. Es preciso una intervención multidimensional de profesionales sanitarios, sociales y ámbito comunitario. El profesional de Atención Primaria desempeña un papel clave en la prescripción individualizada de ejercicio multicomponente, en la detección y corrección de déficits nutricionales y en la revisión periódica de la medicación para evitar polifarmacia innecesaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 22 Ene 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/estrategiaSNS/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
2. Acosta-Benito MA, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. Aten Primaria. 2022;54:102331. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fragilidad-atencion-primaria-diagnostico-manejo-S0212656722001159
3. National Institute for Health and Care Excellence. Falls in older people: assessing risk and prevention. NICE guideline CG161 [Internet]. London: NICE; 2013 [updated 2019; citado 22 Ene 2026]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg161
4. Martín-Lesende I, Gorronogoitia A, Abizanda P, Justo S. Persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria [Internet]. Guía Fisterra; 2020 [citado 22 Ene 2026]. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayorfragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/
5. Cornejo-Ovalle M, Delgado-Becerra I, Molina X, Masferrer D. Instrumentos para medir la capacidad funcional intrínseca y la fragilidad de personas mayores en la Atención Primaria en Chile. Rev Med Chil. 2022;150(7):930-943.

PRIMEROS AUXILIOS EMOCIONALES Y RECURSOS DE RESPIRO PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL.

SÁNCHEZ MANSO, CAROLINA L.

INTRODUCCIÓN

Los cuidadores de personas afectadas de patología mental, comúnmente familiares que conviven además con ellos, sufren estrés, impacto emocional y riesgo de agotamiento. Estas repercusiones en su salud, tales como somatizaciones, problemas de sueño, ansiedad etc. son consultadas frecuentemente en Atención Primaria y faltan herramientas breves, estandarizadas y funcionales para aportar un apoyo emocional inicial.

OBJETIVOS

(1) Sintetizar evidencia sobre intervenciones breves de apoyo /"primeros auxilios emocionales" y sobre recursos de respiro para familiares; (2) identificar componentes eficaces y factibles en Atención Primaria; (3) proponer un kit práctico (consulta breve + seguimiento).

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica integradora, con síntesis principalmente narrativa (y temática para estudios cualitativos), orientada a su aplicación en Atención Primaria. La búsqueda (2011–febrero 2026; español e inglés) se efectuó en MEDLINE/PubMed, Embase, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Library, Scopus, Web of Science y Google Scholar, complementada con revisión manual de guías y recursos institucionales (WHO, NICE, NHS). Se emplearon términos combinados sobre primeros auxilios psicológicos/emocionales, cuidadores familiares y respiro en adultos. Se incluyeron guías, revisiones sistemáticas/metaanálisis y estudios de intervención o cualitativos en cuidadores familiares adultos de personas con trastorno mental, extrayendo variables de carga/burnout, malestar psicológico, calidad de vida, uso de servicios, satisfacción, seguridad, barreras y factibilidad. Los estudios se seleccionaron mediante cribado por título/resumen y lectura a texto completo, con extracción estandarizada de características y resultados.

CONCLUSIONES/IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

En AP es factible implantar un enfoque estandarizado basado en PFA/PAP y en la activación de recursos de respiro. Un kit breve con cribado de riesgo, intervención emocional estructurada, coordinación y seguimiento puede mejorar la experiencia del cuidador y reducir la cronificación del malestar.Se propone como Kit indicado para uso en Atención Primaria:
1) uso de cribado breve de riesgos: burnout, ideación autolesiva, violencia y consumo de sustancias
2) uso de primeros auxilios emocionales breves con validación, calma, plan de seguridad y conexión a apoyos
3) mapa local de recursos: trabajo social, asociaciones, grupos, urgencias, líneas de ayuda
4) guía de respiro
5) seguimiento en 2–4 semanas. Ofrecer al cuidador un espacio de confianza y no olvidar el apoyo continuado.

RESULTADOS

- La evidencia sobre "primeros auxilios en salud mental" es heterogénea, pero converge en que la primera línea debe centrarse en habilidades básicas, detección de riesgo y derivación cuando hay complejidad clínica.

- La intervención breve más transferible a Atención Primaria es PFA/PAP, Psychological First Aid / Primeros Auxilios Psicológicos, con componentes comunes:

1. Escuchar sin presionar y validar,
2. Ayudar a calmar y reducir activación,
3. Identificar necesidades inmediatas y priorizar,
4. Proteger de daños (seguridad, riesgo autolesivo/violencia/sustancias),
5. Conectar con apoyos (familia, red social, recursos sanitarios y comunitarios).

- En Atención Primaria se usa como apoyo inicial y para derivar si hay signos de gravedad.
- El respiro (pausas del cuidado, apoyos formales e informales) se asocia a beneficios potenciales en carga y bienestar, pero su impacto depende de modalidad, accesibilidad, coordinación sociosanitaria y adecuación al contexto. Barreras frecuentes: desconocimiento, estigma, logística y disponibilidad limitada.
- Implicación clave: la efectividad real mejora cuando AP actúa como puerta de entrada accesible, coordina recursos (trabajo social/entidades) y programa seguimiento.

"Kit para Atención Primaria" (consulta breve + seguimiento)

1. Cribado breve de riesgos: burnout/sobrecarga, ideación autolesiva, violencia, consumo de sustancias.
2. Primeros auxilios emocionales (5–10 min): validación + calma + plan de seguridad + pasos prácticos.
3. Mapa local de recursos: trabajo social, asociaciones, grupos, urgencias, líneas de ayuda.
4. Guía de respiro: opciones disponibles, cómo solicitarlas, criterios de acceso y alternativas informales seguras.
5. Seguimiento en 2–4 semanas (o antes si riesgo): reevaluar carga, adherencia a apoyos y necesidad de derivación.



BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization; War Trauma Foundation; World Vision International. Psychological first aid: guide for field workers. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Supporting adult carers (NG150). London: National Institute for Health and Care Excellence; 2020.
3. Alyafei AH, Alqunaibet AM, Alhajri NS, Alenezi AF, Almutairi AF. The experiences of family caregivers of people with severe mental illness: a systematic review and qualitative meta-synthesis. PLoS One. 2021;16(7):e0254351.
4. Forthal S, Greenspan I, Strauss JL. Mental Health First Aid: a systematic review of trainee outcomes. Psychiatr Serv. 2022. (Detalles de volumen/números/páginas o DOI no facilitados; comprobar y añadir).
5. Stroobants S, De Buck E, Vandekerckhove P. Providing first aid to people experiencing mental health problems: development of evidence-based guidance materials for laypeople. Int J First Aid Educ. 2023.
6. Experiences of respite care among carers or relatives of people with mental illness: review. Int J Ment Health Nurs. 2024. (Autor/autores y datos completos no facilitados; comprobar y añadir).
7. Lu P, Wang X, Li L, et al. Who used in-home respite care and was it effective? Systematic review. Geriatr Nurs. 2025. (Detalles de volumen/números/páginas o DOI no facilitados; comprobar y añadir).
8. NHS. Carers' breaks and respite care [Internet]. London: National Health Service; [cited 2026 Feb 24]. Available from: https://www.nhs.uk

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

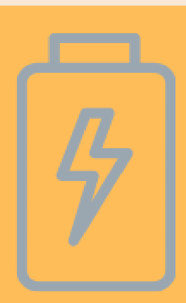
II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

CUIDAR SIN DESCUIDARTE

TU BIENESTAR TAMBIEN IMPORTA

¿Por que es importante?

- Cuidar requiere mucho tiempo y energía
- El cansancio acumulado afecta a tu salud
- Cuidarte te ayuda a cuidar mejor



SEÑALES DE SOBRECARGA

❑ Cansancio constante



❑ Problemas de sueño

❑ Irritabilidad o tristeza

❑ Dolor de espalda o cabeza frecuente

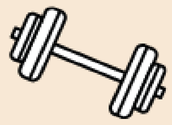
❑Sensación de no tener tiempo propio

❑ Aislamiento social

❑ Falta de concentración

PEQUEÑAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO

- **Programa descansos tanto por la noche como por el día**
- **Realiza ejercicio físico**



- **Sigue una alimentación equilibrada**
- **Conservar relaciones sociales y actividades de ocio**
- **No te exijas perfección**



PEDIR AYUDA TAMBIÉN ES CUIDAR

Hablar con profesionales sanitarios

Resolver dudas

Consultar recursos sociales

Compartir responsabilidades

Acudir a grupos de apoyo



CUÁNDO CONSULTAR

Tristeza o ansiedad persistente

Insomnio continuo

Dolor físico mantenido

Sensación de desbordamiento

Pensamientos de no poder más

Bibliografía

EVA RODRÍGUEZ GARCÍA, ELSA RODRÍGUEZ VIGO, LUCÍA LÓPEZ MARTÍN.

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Sacyl

USO SALUDABLE DE PANTALLAS Y DESCANSO

Pequeños cambios, grandes beneficios para tu salud visual, bienestar general y descanso.



El uso de dispositivos digitales forma parte de la vida cotidiana de niños, adolescentes y adultos.
Sin embargo, el uso excesivo o inadecuado de pantallas se asocia con:

Alteraciones del sueño
Fatiga visual
Sedentarismo
Dificultades atencionales
Impacto en la salud mental

RECOMENDACIONES DE USO POR EDAD

0–2 años

Evitar el uso de pantallas

2–5 años

Máximo 1 hora diaria de contenido de calidad y supervisado.

6–12 años

Limitar el ocio digital a 1–2 horas/día.

Priorizar actividad física, juego y relaciones sociales.

Adolescentes

Evitar superar 2 horas/día de ocio digital.

Establecer normas familiares consensuadas.

PANTALLAS Y SUEÑO

La exposición a pantallas antes de dormir:

Retrasa la liberación de melatonina
Dificulta la conciliación
Reduce la calidad del sueño

Recomendaciones clave:

- ✓ Evitar pantallas 1–2 horas antes de acostarse
- ✓ No dispositivos en el dormitorio
- ✓ Mantener horarios regulares
- ✓ Activar modo nocturno si es imprescindible su uso

PANTALLAS Y SALUD VISUAL

Un uso prolongado conlleva mayor fatiga ocular y sequedad.

Recomendaciones clave:

- ✓ Mantener distancia adecuada
- ✓ Buena iluminación ambiental
- ✓ Evitar uso en oscuridad

Bibliografía

EVA RODRÍGUEZ GARCÍA, ELSA RODRÍGUEZ VIGO, LUCÍA LÓPEZ MARTÍN.

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Sacyl

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL



OBJETIVO DEL PROGRAMA:

- Detectar l**esiones precancerosas (pólipos)** y **tumores** incipientes antes de producir síntomas.
- Reducir **mortalidad** y mejorar la **calidad de vida** mediante el diagnóstico precoz.



POBLACIÓN A LA QUE SE DIREGE

- Población de **50 a 74 años** con tarjeta sanitaria SACYL.
- Reciben **carta de invitación** para recoger el **kit** en su centro de salud.
- Personas de mutualidades (MUFACE, ISFAS, MUGEJU): deben informarse en su entidad.



EN QUÉ CONSISTE EL PROGRAMA:

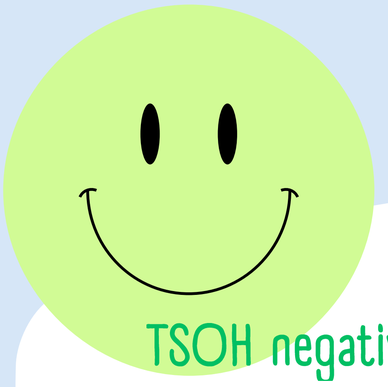
- Prueba principal: Test de sangre oculta en heces (TSOH)
- Periodicidad: cada **2 años.**



¿QUÉ DEBE HACER ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

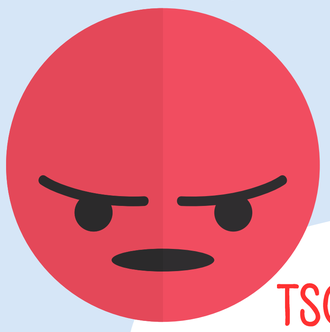
1. Acogida y educación sanitaria
   - Explicar el objetivo del cribado y su importancia.
   - Aclarar dudas sobre el manejo del kit.
2. Entrega del kit TSOH
   - Comprobar que se encuentra en la población diana.
   - Entregar el **kit** y explica cómo recoger la muestra, cómo conservarla y cómo entregarla.
3. Recogida de muestra y registro
   - Verificar correcta identificación del paciente.
   - Registrar la prueba en el sistema correspondiente.
   - Informar sobre tiempos y vía de comunicación del resultado.

RECOGIDA DE MUESTRA



TSOH negativo

Informar al paciente.
Registrar en Medora.
Programar automáticamente manda carta (**2 años**).



TSOH positivo.

Gestionar derivación a **colonoscopia**.
Acompañar en **dudas** y preparación.
Registrar **seguimiento**.

BIBLIOGRAFÍA

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Sacyl

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LAS RECAÍDAS EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autor principal: Sara Pindado Navas. Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de salud Parque Alameda-Covaresa. GAP Valladolid Oeste
Coautores: Marta López Fernández, Laura Molina Arriero, Nuria Villafáñez Roldán, Miguel Ángel Morales Torres, Raquel Gento Rodríguez

JUSTIFICACIÓN

La recaída durante el proceso de deshabituación tabáquica es un evento frecuente, la mayoría de los fumadores requieren varios intentos con una media de 6 intentos para dejarlo de manera definitiva. [1][2]

OBJETIVOS

Conocer el manejo de la recaída en la deshabituación tabáquica en la consulta de Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica sobre el manejo de la recaída en la deshabituación tabáquica en el ámbito de Atención Primaria.

La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos biomédicas: PubMed, Cochrane Library y SciELO

DECS/MESH

Tabaquismo / Tobacco Use
Cese del tabaquismo / Smoking Cessation
Recaída / Relapse
Síndrome de abstinencia / Withdrawal Syndrome
Prevención de recaídas / Relapse Prevention

OPERADORES BOLEANOS

AND y OR

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

✓ Artículos entre 2008 y 2024.
✓ Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica.
✓ Estudios en población adulta.
✓ Idioma: inglés y español.
✓ Estudios que abordaran la recaída tras un intento de cese tabáquico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

x Estudios centrados exclusivamente en población adolescente.
x Artículos sin acceso a texto completo.
x Estudios que no abordaran el manejo clínico de la recaída.

RESULTADOS

Los momentos críticos para la recaída suelen ser las primeras semanas tras el cese, aunque pueden ocurrir meses o años después.

FACTORES DE RIESGO

- Alta dependencia nicotínica
- Comorbilidades psiquiátricas
- Presencia de otros fumadores en el entorno
- Bajo apoyo social
- Baja confianza en la capacidad de dejar de fumar [3][4]

REEVALUAR LA MOTIVACIÓN del paciente, la adherencia y los factores desencadenantes (estrés, exposición a tabaco, síntomas de abstinencia…):

1. Reconocer que ese cigarrillo ha sido un error
2. Aprovecha el suceso para ver dónde estuvo el error.
3. Busca una estrategia alternativa al tabaco por si la situación vuelve a repetirse.
4. No culpabilizarse
5. Reforzar lo conseguido
6. Retomar tus objetivos de exfumador, es decir, volver a no fumar.

CONCLUSIÓN

El manejo de la recaída durante la deshabituación tabáquica debe ser proactivo, centrado en la reevaluación clínica, la intensificación de intervenciones farmacológicas y conductuales, y el seguimiento estrecho, adaptando el plan terapéutico a las necesidades y circunstancias individuales del paciente.[1][2][3][4][5][6]

BIBLIOGRAFÍA

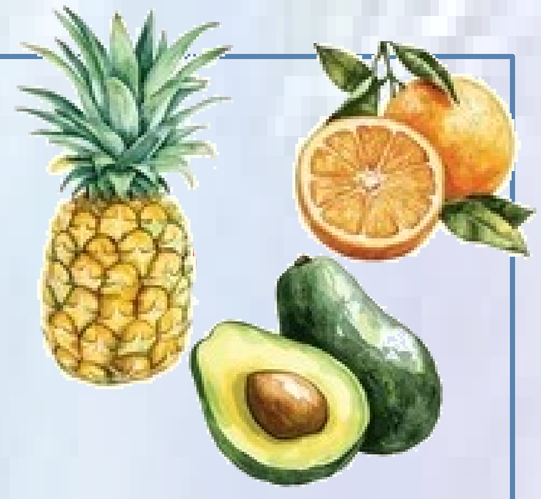
II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

Sacyl

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Alimentación saludable en contextos multiculturales



B Alonso Mañueco, C Rizzardini Serrano, R Castillo Martínez,
M Gómez Beliz, M Sierra Rodríguez, S Franco Almendárez

Introducción

En la población española coexisten diversos patrones alimentarios que pueden influir en la adherencia a las recomendaciones nutricionales. Para la enfermería familiar y comunitaria, analizar guías alimentarias globales permite identificar elementos comunes y adaptarlos a distintos contextos culturales, especialmente en población migrante, facilitando intervenciones educativas más efectivas.

Objetivo

Analizar y comparar guías alimentarias globales para identificar elementos comunes y diferencias culturales relevantes para la práctica de la enfermería comunitaria.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de guías alimentarias oficiales y bases de datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), dirigidas a población general de países con ≥1.000.000 de habitantes, publicadas o actualizadas entre 2020 y 2026. Se incluyeron 18 países de Europa, Asia, América y África.

Resultados

Las guías coinciden en:



Agua como bebida principal, permitiendo infusiones o café sin azúcares añadidos.

La base de la alimentación se compone de cereales (preferentemente integrales), tubérculos, frutas y verduras, promoviendo además el consumo habitual de legumbres y frutos secos.





La proteína puede ser de origen animal o vegetal, considerándose adecuada la dieta vegetariana. Se priorizan huevos, lácteos y pescado azul, limitando la carne roja y evitando la procesada.

Se recomienda el uso de grasas vegetales insaturadas, moderando las grasas saturadas y evitando aquellas trans.





Consumo moderado de sal yodada, evitar azúcares añadidos, alcohol y alimentos ultraprocesados.



Práctica regular de actividad física.





Conclusiones

Las guías alimentarias globales presentan una notable coherencia con las recomendaciones locales, con variaciones principalmente cuantitativas. Esta similitud permite a la enfermería comunitaria aplicar las guías con flexibilidad cultural, favoreciendo una educación alimentaria inclusiva y adaptada a distintos contextos multiculturales.

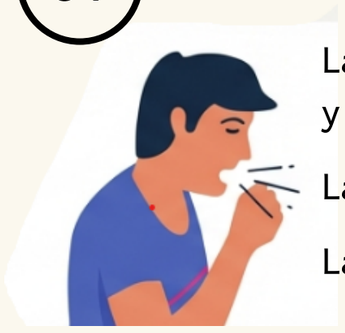
Bibliografía

PROGRAMA PACIENTE ACTIVO EN EPOC

Empoderamiento desde la Enfermería Comunitaria en un Centro de Salud semiurbano

Autores: Laura Sáez Lorenzo, Virginia Arce Alonso, Michelle Beltrán Morocho, Javier Gutiérrez Redondo, Irene Palomino Ojero y Guillermo Martínez Lopez

01 ANTECEDENTES



La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad crónica prevenible y tratable, con alta morbimortalidad y gran impacto asistencial.

Las dificultades en el autocuidado condicionan su evolución, favorecen las exacerbaciones y el ingreso de estos pacientes.

La educación liderada por Enfermería es clave para mejorar la autonomía, la calidad de vida y el empoderamiento del paciente.

02 OBJETIVO PRINCIPAL



Potenciar el rol activo del paciente con EPOC en el autocuidado de su salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar la adquisición de habilidades de autocuidado en pacientes con EPOC.
- Mejorar el autocuidado y conocimientos de las personas con esta patología
- Promover el desarrollo de pacientes formadores para futuras sesiones

03 METODOLOGÍA

- Diseño: aprendizaje participativo a través de un programa educativo grupal.
- Ámbito: Atención Primaria.
- Población: Pacientes con EPOC.

¿EN QUÉ CONSISTE?

5 SESIONES (2 HORAS X SESIÓN):

1. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
2. TALLER DE INHALADORES
3. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
4. ESTILO DE VIDA SALUDABLE
5. GESTIÓN EMOCIONAL

04 RESULTADOS

Participaron un total de 7 pacientes, quienes reportaron:



1. Mayor confianza para manejar los síntomas y su tratamiento inhalador.
2. Aumento de conocimientos sobre su enfermedad y mayor implicación en su control.
3. Mejora en la técnica inhalatoria
4. Incremento de la confianza en autocuidado
5. Mayor adherencia al tratamiento
6. Desarrollo de habilidades para la detección precoz de exacerbaciones

05 CONCLUSIÓN

Los participantes manifestaron una percepción positiva del programa, así como una mayor sensación de control sobre su estado de salud.

Asimismo, la formación facilitó la adquisición de competencias que permiten una gestión más autónoma, responsable y eficaz de su patología.

IMPACTO

- MEJOR CONTROL DE LA ENFERMEDAD
- MENOR RIESGO DE COMPLICACIONES
- MAYOR CALIDAD DE VIDA



06 DISCUSIÓN

El programa constituye una estrategia eficaz para mejorar el autocuidado y el empoderamiento

Este modelo es extrapolable a otras enfermedades crónicas dentro del ámbito de Atención Primaria

Refuerza el papel de la Enfermería Comunitaria como agente clave en la promoción de la salud

BIBLIOGRAFÍA

- Miravitlles, M., et al. (2013). 'Compromiso del paciente en el manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Comprensión del papel de la alfabetización en salud, el autocontrol y la toma de decisiones compartida.' Medicina Respiratoria, 107(6), 888-898. DOI: 10.1016/j.rmed.2013.03.009 -Miravitlles, M., et al. 'Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021: Updated Pharmacological Treatment of Stable COPD.' Archivos de Bronconeumología, vol. 58, no. 1, 2022, pp. 69-81.
- GOLD 2024. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2024 Report.
- Spruit, M. A., et al. (2013). 'Declaración Oficial de la Sociedad Torácica Americana/Sociedad Respiratoria Europea: Conceptos Clave y Avances en Rehabilitación Pulmonar.' American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 188(8), e13-e64. DOI: 10.1164/rccm.201309-1634ST
- Lorig, K. R., et al. (1999). El Programa de Autogestión de Enfermedades Crónicas: Resultados del Estado de Salud y la Utilización de los Servicios de Salud a los 2 Años. Medical Care, 37(1), 5-14. DOI: 10.1097/00005650-199901000-00002 -Guía del Paciente Activo EPOC de La junta de Castilla y León. SACYL. Octubre 2024.

Atención a la conducta suicida:

conecta con

LA VIDA



LA IDEACIÓN SUICIDA

Describe una variedad de contemplaciones, deseos y preocupaciones con respecto a la muerte y el suicidio

LO SUFREN
- **8/10.**

1ºCAUSA DE MUERTE:
- **15-29 años.**

12% **adolescentes** sufre Ideas Suicida: 15-19 AÑOS

Causa 800.000 muertes/año

SIGNOS A VALORAR

- De**S**esperanza
- Problemas de s**U**eño y Al**I**mentación
- Problemas de **C**oncentración
- Tr**I**steza y Apatía
- **D**esasosiego y Agres**I**vidad
- Aislamient**O**

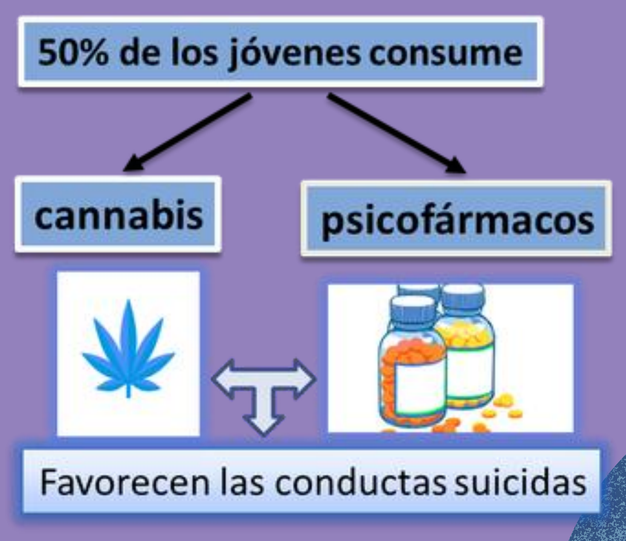
FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

- Tener **trastornos mentales previos**: depresión, ansiedad, etc.
- **Abuso** de **alcohol** u otras **sustancias**.
- **Intentos** previos o **ideación** suicida.
- **Enfermedad** o **incapacidad física** o **psicológica**.
- Ser **varón** o mayor de 35 años.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA

- VALORACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADOS.
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA.
- PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN, REVISIÓN Y SEGUIMIENTO.





CONSEJOS PARA UNA PERSONA EN RIESGO

1.TOMATE TU TIEMPO.
2.NO CONSIDERES UNA SOLUCION DEFINITIVA PARA UN PROBLEMA TEMPORAL.
3.NO CONSUMAS ALCOHOL O DROGAS.
4.NO ABANDONES TU TRATAMIENTO.
5.ALEJATE DE AMBIENTES DAÑINOS.
6.BUSCA COMPAÑIA.
7.HABLA, NO CALLES TUS IDEAS.
8.BUSCA AYUDA PROFESIONAL.

PROCESO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA SACYL

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN



- **Respiración diafragmática.**
- **Relajación muscular progresiva de Jacobson.**
- **Visualización guiada.**

Los suicidios pueden prevenirse:
- Abordaje integral con enfoque multisectorial.
- Formación para los profesionales

IMPORTANTE
línea 024 “Atención a la conducta suicida”

024

APP PREVENSUIC

BIBLIOGRAFIA

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Sacyl

Influencia de los suplementos nutricionales orales en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión

Andrea García Garrido EIR EFYC GAPVAO y Adrian Ledo López EIR EFYC GAPVAE

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Las **úlceras por presión** son lesiones frecuentes en personas de edad avanzada, representando una de las principales complicaciones derivadas de la inmovilidad. La **desnutrición** es uno de los factores de riesgo más relevantes en la incidencia de estas lesiones. El proceso de cicatrización requiere **proteínas** y **micronutrientes** esenciales presentes en la dieta habitual.

OBJETIVO

El **objetivo principal** es valorar la evidencia científica de la utilidad de los suplementos nutricionales orales específicos para reducir la incidencia de UPP y mejorar la cicatrización y evolución de las lesiones ya presentes.

METODOLOGÍA

Se realiza una **revisión sistemática** con 7 artículos seleccionados tras la búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Dialnet y SciELO.
Para la selección de artículos se expusieron una serie de filtros y criterios de inclusión y exclusión.

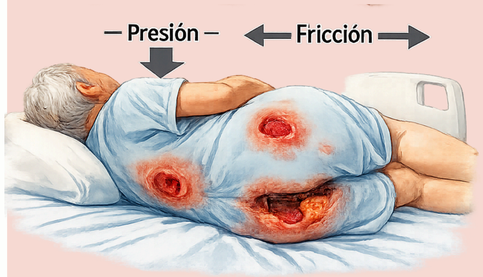
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
o Últimos 5 años (2021 – 2025) o Español e inglés o Suplementos orales o UPP	o Suplementos o tratamientos tópicos o Otras lesiones o No disponibilidad de artículo completo

Para evaluar el nivel de evidencia de los artículos se utilizaron los niveles de evidencia del JBI.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Varios estudios señalan no encontrar diferencias significativas en la prevención de UPP añadiendo suplementos orales respecto a la dieta habitual; no obstante, el aporte previo de una dieta calórica y proteica muestra efectos beneficiosos. En cuanto a úlceras ya establecidas, algunos estudios señalan que los suplementos de zinc, vitamina C y arginina pueden disminuir el tamaño de las lesiones y acelerar su cicatrización. Además, suplementos de omega 3 y ácidos grasos podrían disminuir la progresión de dichas heridas.

Autores	Año	Diseño	Resultados	NE
Swiatkiewcz M, Kejczak A et al.	2025	Estudio cuasi experimental	o El estrés aumenta la demanda de aminoácidos, disminuyendo la cicatrización. o Tras una dieta proteica con suplementos de triptófano, histina, zinc, vitamina C y arginina se vio una disminución del tamaño de la úlcera. o La suplementación única con zinc es insuficiente. o Hay que tener precauciones con los suplementos en el paciente renal.	2
Moran JM, Trigo – Navarro L, et al.	2025	Meta análisis	o La suplementación oral disminuye el odds ratio de desarrollar UPP en pacientes con fractura de cadera. o Su ingesta aumenta la integridad cutánea por lo que disminuye el riesgo de producirse lesiones.	1
Mehl AA, Ribeiro Pagliosa VM, et al.	2025	Análisis rentabilidad	o Se produce un ahorro en los costes y aumenta la tasa de cicatrización precoz.	4
Martínez García RM, Fuentes Chacón RM, et al.	2021	Revisión sistemática	o El problema del retraso en la curación y la dehiscencia de las heridas se debe a un aporte insuficiente de energía, proteínas y vitaminas como la C, A y D. o Los suplementos de vitamina C y A, zinc y aminoácidos disminuyen el tamaño de la herida y mejoran el control glucémico del paciente diabético. o Los suplementos de omega 3 disminuyen la progresión pero no mejoran la curación. o La suplementación con arginina y glutamina aumenta el logro de curación precoz, pero necesita mayor evidencia. o La desnutrición impide y retrasa la cicatrización.	1
Langer G, Wan CS, et al	2024	Meta análisis	o No hay diferencias significativas en la prevención de UPP comparando la dieta normal con la suplementación de proteína, arginina y zinc. o Los suplementos de colágeno producen cambios en las zonas de presión disminuyendo el tamaño de las lesiones. o Los suplementos de proteínas y micronutrientes aumentan el número de UPP curadas. o Los suplementos de arginina, zinc y antioxidantes disminuyen el tamaño de la lesión, aunque se necesita mayor evidencia.	1
Herráiz Fajardo AR.	2024	Revisión bibliográfica	o Es necesario evaluar el estado nutricional de los pacientes con UPP o riesgo de padecerlas, mediante el MNA. o La arginina y glutamina estimulan la creación de colágeno, favoreciendo la cicatrización. o Los ácidos grasos y el omega 3 aumentan la respuesta inmunitaria y la cicatrización. o Las vitaminas A y D mediante los macrófagos e inmunomoduladores respectivamente, estimulan la epitelización.	4
Maza Moscoso CP, Osuna – Padilla IA, et al.	2021	Revisión bibliográfica	o El consumo adecuado de nutrientes es esencial para la regulación de las fases de la cicatrización de las heridas. o Es necesario evaluar el estado nutricional de los pacientes y tener un plan de cuidados individualizado. o A pesar de la efectividad de los suplementos orales existe poco consenso sobre su uso debido a las diferentes metodologías utilizadas.	4





CONCLUSIONES

Existe evidencia moderada de que la suplementación oral conjunta de aminoácidos, proteínas y vitaminas puede **mejorar la cicatrización** de las úlceras por presión, especialmente en pacientes con alto riesgo de desnutrición. Además, demuestra ser una intervención rentable desde el punto de vista coste – efectividad.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se necesitan más estudios para lograr mayor evidencia y establecer pautas comunes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Świątkiewicz M, Lejczak A, et al. Essential amino acid supplementation for pressure ulcers: pathophysiological rationale and results from a pilot study. Amino Acids. 2025;57:54. DOI:10.1007/s00726-025-03489-8
2. Moran JM, Trigo-Navarro L, et al. Nutritional Interventions for Pressure Ulcer Prevention in Hip Fracture Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. Nutrients 2025, 17, 644. DOI: 10.3390/nu17040644.
3. Mehl AA, Ribeiro Pagliosa VM, et al. The Use of a Specialized Oral Nutritional Supplement in the Management of Chronic Wounds in Patients With and Without Diabetes Mellitus: Cost-Effectiveness Analysis. VALUE HEALTH REG ISSUES. 2025; 45:101049. DOI: 10.1016/j.vhri.2024.101049.
4. Martínez García RM, Fuentes Chacón RM, et al. La nutrición en la prevención y curación de heridas crónicas. Importancia en la mejora del pie diabético. Nutr Hosp 2021;38:60-63. DOI: 10.20960/nh.03800
5. Langer G, Wan CS, et al. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2024;(2):CD003216. DOI: 10.1002/14651858.CD003216.pub3
6. Herráiz Fajardo AR. Evaluación de la nutrición en la recuperación y curación de heridas crónicas y úlceras por presión desde la enfermería. NPunto. 2025;7(75):70-88.
7. Maza Moscoso CP, Osuna-Padilla IA, et al. Manejo nutricional del paciente con úlceras por presión: una revisión de la literatura. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo. 2021;4(1):56-64. DOI:10.35454/rncm.v4n1.162
8. JBI LEVELS OF EVIDENCE Developed by the JBI Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working. 2013.

Más vacunación, menos riesgo: Herpes Zóster y neumococo

Adrian Ledo López EIR EFYC GAPVAE y Andrea García Garrido EIR EFYC GAPVAO

¿Qué es el Herpes Zoster?





El herpes zóster es una enfermedad causada por un virus (que produce también la varicela). Este virus no desaparece del cuerpo, sino que queda "dormido" en nuestro cuerpo reactivándose años después. Es entonces cuando provoca una erupción en la piel con ampollas dolorosas, que suele aparecer en un solo lado del cuerpo o de la cara, siguiendo el recorrido de un nervio.

¿Qué produce?



- NEURALGIA POSTHERPÉTICA
- HERPES ZOSTER OFTÁLMICO
- PARÁLISIS FACIAL
- PROBLEMAS MOTORES

¿A quién afecta?



ANCIANOS



PERSONAS CON TERAPIAS COMO QUIMIOTERAPIA

¿Qué podemos hacer para protegernos?

Hoy en día disponemos de vacunas que protegen a nuestro organismo contra los efectos del virus del Herpes Zóster

65 Y 80 AÑOS

LA VACUNACIÓN CONSTA DE DOS DOSIS SEPARADAS, AL MENOS, 2 MESES

PATOLOGÍA DE RIESGO

CONSULTA CON TUS PROFESIONALES SANITARIOS LA DISPONIBILIDAD DE LA VACUNA



LAS VACUNAS SON SEGURAS Y EFICACES, PERO PUEDEN PRODUCIR EFECTOS SECUNDARIOS

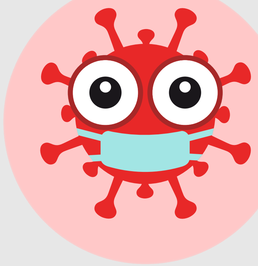


CUADRO FEBRIL



INFLAMACIÓN DE LA ZONA

¿Qué es el Neumococo?





El neumococo es una bacteria llamada Streptococcus pneumoniae que habita en el ambiente y en nuestro propio organismo de forma habitual. Aún así, en determinadas ocasiones prolifera de forma anómala causando complicaciones.

¿Qué produce?



- NEUMONÍA
- OTITIS MEDIA
- MENINGITIS
- SEPSIS

¿A quién afecta?



ANCIANOS



PERSONAS CON TERAPIAS COMO QUIMIOTERAPIA

¿Qué podemos hacer para protegernos?

Hoy en día disponemos de vacunas que protegen a nuestro organismo contra los efectos del Neumococo

65 AÑOS O MÁS

LA VACUNACIÓN CONSTA DE UNA DOSIS ÚNICA

PATOLOGÍA DE RIESGO

CONSULTA CON TUS PROFESIONALES SANITARIOS LA DISPONIBILIDAD DE LA VACUNA

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y EFICACES, PERO PUEDEN PRODUCIR EFECTOS SECUNDARIOS



CUADRO FEBRIL



INFLAMACIÓN DE LA ZONA



BIBLIOGRAFÍA

Salud Castilla y León. Programa de vacunación frente al herpes zóster. Actualización enero 2024 [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2024.

Salud Castilla y León. Actualización del Programa de Vacunación frente al neumococo de Castilla y León. Abril 2024 [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2024.

ABORDAJE ENFERMERO DE HERIDAS TRAUMÁTICAS EN PACIENTE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Introducción

Caso clínico: varón de 86 años con DM2 y otras comorbilidades, atendido en AP por heridas con riesgo de complicaciones y retraso en la cicatrización.

Valoración enfermera

- Heridas inciso-contusas con tejido necrótico, exudado escaso, signos de infección local, edema, eritema y dolor moderado.
- **Factores predisponentes:** diabetes, edad avanzada y déficit de conocimientos sobre el control de la enfermedad y el autocuidado.
- **Seguimiento:** registro fotográfico y valoración periódica del dolor y del estado de la piel.

Plan de cuidados

NANDA	NOC	NIC
Deterioro de la integridad cutánea r/c traumatismo y enfermedad metabólica	Mejora progresiva de la integridad tisular con tejido de granulación y epitelización completa	Cuidados avanzados de las heridas mediante limpieza, desbridamiento y selección de apósitos según fase de cicatrización
Riesgo de infección r/c heridas abiertas y diabetes	Ausencia de signos de infección	Control y prevención de la infección
Dolor agudo r/c lesión tisular	Disminución del dolor	Manejo del dolor
Conocimientos deficientes sobre cuidados de la piel y control de la diabetes	Incremento del conocimiento del paciente sobre cuidados cutáneos, de los pies y hábitos de vida saludables orientados al control metabólico	Educación para la salud centrada en alimentación, control glucémico, cuidados de la piel y prevención de lesiones



13-05-2025



15-05-2025



19-05-2025



26-05-2025



29-05-2025

Evaluación

Cierre completo de las heridas, desaparición del dolor y un incremento del conocimiento del paciente sobre su proceso de salud al integrar la educación sanitaria durante todo el proceso asistencial.

Conclusiones

El abordaje integral de las heridas en personas con DM2 en AP requiere una intervención enfermera multidimensional: tratamiento local basado en la evidencia, control metabólico y educación para la salud. La implicación activa del paciente, favorecida por una educación sanitaria continuada, resulta clave para mejorar la cicatrización, prevenir complicaciones y promover el autocuidado, evidenciando el papel esencial de la enfermería en el manejo de la diabetes

Perspectiva del paciente

La lesión interrumpió su principal fuente de ejercicio y autocuidado (trabajo en la huerta). Adquirir / reforzar conocimientos sobre manejo de dolor y prevención de futuras lesiones fue clave para su completa recuperación en las esferas bio-psico-social, restablecer su independencia y mejorar su percepción de calidad de vida.

Bibliografía

Palabras clave

· Atención Primaria de Salud
· Heridas y Lesiones
· Cuidados de Enfermería
· Cicatrización de Heridas
· Educación en Salud

Autoras: Ana Oviedo Egido R1 EFyC, Estefanía Poza Maure enfermera especialista EFyC, Ana Rapado Guillén R1 EFyC

ACTIVIDAD SEXUAL Y PATOLOGÍA CARDIACA

Autoras: Lucía López Martín, Elsa Rodríguez Vigo, Eva Rodríguez García.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares se pueden prevenir si se tratan los factores de riesgo conductuales y ambientales, como el consumo de tabaco, la alimentación, la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol y la contaminación atmosférica.

La OMS define la salud sexual como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, donde intervienen factores sociales y afectivos. Las enfermedades cardiovasculares suponen un cambio físico y mental en las personas que puede radicar en miedo y ansiedad. Múltiples estudios reflejan que el abordaje sobre la sexualidad por parte del personal sanitario es deficiente.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

La disfunción sexual es la alteración persistente o recurrente de cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual. Interfiere en su realización y gratificación, debido a factores orgánicos y/o psicológicos. La cardiopatía isquémica (CI) y la disfunción sexual comparten factores de riesgo, llegando a considerar el diagnóstico de disfunción sexual como predictor de padecer un evento cardiovascular en 3-5 años. Además, múltiples fármacos empleados en el tratamiento cardiovascular son inductores de la disfunción eréctil.

1 Mets = consumo 3,5ml/kg/minuto de O2 en una persona sana en reposo.

Requerimientos energéticos durante una relación sexual:

- **2 - 3 Mets** en la fase pre-orgásmica
- **3 - 5 Mets** durante la fase orgásmica, máxima tensión cardíaca.

RECOMENDACIÓN DE ACTIVIDAD SEXUAL

Es imprescindible conocer la **capacidad funcional** mediante la realización de una **ergometría** o **prueba de esfuerzo** que cuantifique el gasto energético del ejercicio y designe la **equivalencia metabólica o Mets** como unidad de medida.
Si se alcanzan **6 Mets** sin cambios eléctricos ni clínicos, la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular adverso es **muy baja** y se podrían mantener relaciones sexuales. Otra determinación a realizar sería la **Fracción de Eyección (FE)** indicador de la función ventricular o capacidad contráctil del corazón, mediante ecografía cardíaca o Coronariografía.

Se deben describir a los pacientes los **signos de alarma** por los que parar la actividad:

- Incremento de la frecuencia cardíaca por encima de sus posibilidades.
- Aparición de palpitaciones o arritmias.
- Sensación de falta de aire o fatiga extrema.
- Dolor torácico u opresión durante o poco después de la relación sexual.

Es importante que exista una valoración previa por parte de los profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. 5fe325782d318art1.pdf [Internet]. Disponible en: https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5fe325782d318art1.pdf
2. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, Bittner V, Brewer LC, Demeter SH, et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 29 de agosto de 2023;148(9):e9-119.
3. Souza CAD, Cardoso FL, Silveira RA, Martins C. Abordagem pelo cardiologista na actividade sexual do doente com doença arterial coronária. Acta Médica Port. 2011;24(2):249-54.

valladolid este ATENCION PRIMARIA

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Sacyl

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

LINFEDEMA Y CÁNCER DE MAMA

GUÍA PRÁCTICA PARA PACIENTES

AUTORAS: LUCÍA LÓPEZ MARTÍN, ELSA RODRÍGUEZ VIGO, EVA RODRÍGUEZ GARCÍA.

QUÉ ES EL SISTEMA LINFÁTICO Y EL LINFEDEMA

El **sistema linfático** es una red de vasos, ganglios y líquido llamado linfa que ayudan a mantener los niveles de líquido corporal y a defender al organismo de las infecciones.
El **linfedema** se produce por la **acumulación excesiva de linfa** y la **imposibilidad de drenarla**, provocando el edema en la zona del cuerpo afectada.

El sistema linfático de la **mama** está formado por los ganglios axilares, paraesternales e intercostales. Tras una cirugía de mama, es posible que los ganglios linfáticos hayan sido extraídos para **evitar la diseminación** del tumor.

FACTORES DE RIESGO DE SUFRIR LINFEDEMA

Se trata de una enfermedad **crónica** y puede aparecer después del tratamiento del cáncer. El riesgo **aumenta** si existen los siguientes factores de riesgo:

- Extirpación de los ganglios axilares
- Radioterapia en la zona
- Complicaciones como infección postoperatoria.
- Sobrepeso y vida sedentaria

SÍNTOMAS Y SIGNOS

- Inflamación del brazo.
- Sensación de “pesadez”, molestias o dolor en la extremidad.
- La ropa, anillos y relojes aprietan más de lo habitual, llegando a dejar marca.
- Endurecimiento y engrosamiento de la piel.
- Desaparecen las venas y los relieves óseos.
- Signo de Stemmer +: imposibilidad de pellizcar la piel en la zona dorsal de la mano.

DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

Si notas los síntomas anteriores, debes acudir a tu **médico o enfermera**. El diagnóstico se realiza con un **examen físico** y valorando tus **antecedentes** clínicos. Además, se pueden pedir pruebas específicas.
La prevención debe comenzar **inmediatamente después** de la cirugía.

RECOMENDACIONES

El objetivo es controlar el **edema**, reducir el **dolor** y ayudarte a conseguir una buena **calidad de vida.**

- Cuida la piel: lava y seca muy bien la extremidad afectada. No olvides hidratar la zona.
- Utiliza medias y vendajes compresivos.
- Evita lesiones en la piel: usa guantes para limpiar, evita rascarte, utiliza repelente de insectos para prevenir las picaduras.
- Evita extracciones sangre, inyecciones o técnicas médicas en el brazo afectado.
- No lleves ropa, relojes, pulseras o anillos ajustados.
- Evita cargar peso con ese brazo.
- Evita el exceso de calor ya que es nocivo para el edema.
- Utiliza cortaúñas y lima en lugar de tijeras. Evita usar uñas postizas o arrancarte los padrastros.
- No te depiles con cera caliente o cuchilla.
- Realiza ejercicios de fuerza y movilidad.
- Acude a un fisioterapeuta especializado en drenaje linfático manual (DLM).

BIBLIOGRAFÍA

1. Linfedema (PDQ®) [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/linfedema/linfedema-pro-pdq
2. Medicina SY. El linfedema en cáncer de mama: cómo prevenirlo y tratarlo [Internet]. 2020. Disponible en: https://saludymedicina.org/post/el-linfedema-en-cancer-de-mama-como-prevenirlo-y-tratarlo
3. Forner Cordero I, López Martin M, Reina Gutiérrez L, Belmonte R, Ruiz Miñarro R, Crespo Cobo MP, et al. La atención al paciente con patología linfática y lipedema en la pandemia COVID-19. Recomendaciones del Grupo Español de Linfología (GEL). Rehabilitacion. 2020;54(4):276-83.

valladolid este ATENCION PRIMARIA

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Sacyl

ics Instituto de **Ciencias de la Salud** de Castilla y León

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

TALLER

Abordaje grupal de la fragilidad desde un enfoque biopsicosocial

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Justificación

Desarrollar un Proyecto dirigido a personas mayores en situación de fragilidad o riesgo de desarrollarla, mediante un Programa de Intervención Comunitaria Grupal desde una perspectiva biopsicosocial, puesto que es una forma de poder llegar a la población diana con mayor facilidad, creando grupos de trabajo participativos y ofreciendo espacios para compartir, aprender y abordar la fragilidad desde un punto de vista biopsicosocial.





Objetivo

Fomentar el autocuidado para la prevención de caídas desde un enfoque integral.

Método

Diseño:
Intervención comunitaria grupal con perspectiva biopsicosocial.
Captación:
Captación activa, utilizando Test de Barthel, cuestionario Frail y escala Downton
Intervención:
Programa de 3 sesiones presenciales de 2 horas, una vez por semana, impartido por Enfermeras y fisioterapeuta.
Metodología:
Participativa con dinámicas grupales:

- Educación en Fragilidad
- Prevenciónde caidas
- Ejercicios multicomponente.
- Habitos saludables y autocuidado.



Evaluación y Resultados

- 3 ediciones con participación media de 18 personas.
- Evaluación mediante registro de asistencia y encuesta de satisfacción final.
- Los asistentes otorgan una valoración positiva al taller, considerándolo útil para su vida diaria.



Conclusiones

- Consolidación del Programa
- Aumento de alianzas intersectoriales
- Promoción de un envejecimiento activo y saludable desde una perspectiva integral

Sacyl

Bibliografía

Ministerio de Sanidad. Fragilidad y caídas en la persona mayor. Actualización del documento [Internet]. Madrid 2022
https://tinyurl.com/3xxk7ups
Ministerio de Sanidad. Prevenir las caídas en el hogar [Internet]. Madrid 2025
https://tinyurl.com/msk54uh2
Ministerio de Sanidad. Envejecimiento saludable [Internet]. Madrid 2022 jun
https://tinyurl.com/4ut8v6xp
Ministerio de Sanidad. Prevenir la fragilidad es posible [Internet]. Madrid 2022
https://tinyurl.com/yr2ezh5r
Cucco M., Aguiló E., Vázquez T., Losada A. ¿Quién cuida a quienes cuidan? [Guía]. Madrid 2022

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

VACUNACIÓN

EN EL PACIENTE CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Parra Calleja, L. Molina Arriero, S. Pindado Navas, M. A. Morales Torres, R. Gento Rodríguez, M. Fernández Álvarez

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

Las infecciones respiratorias prevenibles aumentan el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM), descompensación cardíaca y mortalidad cardiovascular. La evidencia muestra que existe relación temporal entre infección gripal e IAM, así como un efecto protector de la vacunación en pacientes cardiovasculares.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica estructurada siguiendo las recomendaciones PRISMA. La búsqueda se llevó a cabo en PubMed, entre 2010 y 2025, utilizando términos MeSH/DeCS relacionados con enfermedades cardiovasculares y vacunación, combinados mediante operadores booleanos.

Se incluyeron ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas en población adulta con enfermedad cardiovascular que evaluaran la relación entre infección respiratoria o vacunación y eventos cardiovasculares, mortalidad u hospitalización. Se excluyeron estudios en población pediátrica y artículos sin revisión por pares.

La selección se realizó mediante revisión de título, resumen y texto completo, analizándose diseño, tipo de vacuna y resultados cardiovasculares. La calidad metodológica se valoró según tipo de diseño y nivel de evidencia.

RESULTADOS

La infección respiratoria aguda se asocia a un aumento significativo del riesgo de eventos cardiovasculares, especialmente infarto agudo de miocardio en los días posteriores a la gripe. La vacunación antigripal reduce eventos cardiovasculares y mortalidad, con mayor beneficio en insuficiencia cardíaca. Asimismo, la vacunación antineumocócica y frente a la COVID-19 se relaciona con menor incidencia de complicaciones cardiovasculares y hospitalizaciones en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida.

CONCLUSIÓN

La vacunación es una intervención eficaz de prevención secundaria cardiovascular. Desde Atención Primaria, las enfermeras tienen un papel clave en la identificación de pacientes de riesgo, la educación sanitaria y la mejora de la adherencia vacunal, contribuyendo a reducir eventos y mejorar los resultados en salud comunitaria.

Sacyl

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

valladolid este ATENCION PRIMARIA

ICS Instituto de **Ciencias de la Salud** de Castilla y León

INTERVENCIONES COMUNITARIAS PARA REDUCIR LA SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES

Autor principal: Nuria Villafáñez Roldán. Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de salud Parque Alameda-Covaresa. GAP Valladolid Oeste
Coautores: Sara Pindado Navas, Miguel Ángel Morales Torres, Laura Molina Arriero, Rocío García González, Elena Coca Escribano

JUSTIFICACIÓN



La soledad no deseada en las personas mayores es un problema cada vez más común en la sociedad que se asocia a un aumento de la mortalidad y a una peor calidad de vida.
La elevada prevalencia de este problema en la comunidad ha supuesto un interés creciente por la realización de intervenciones preventivas tanto desde Atención Primaria como desde otros recursos.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión es sintetizar la evidencia disponible sobre intervenciones comunitarias dirigidas a reducir la soledad no deseada en personas mayores que viven en la comunidad y analizar sus implicaciones para la enfermería familiar y comunitaria.



METODOLOGÍA



Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed, CINAHL y Scopus

PALABRAS CLAVE (DeCS): Soledad; Anciano; Atención Primaria de Salud; Participación Comunitaria; Enfermería

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Revisiones sistemáticas, revisiones de revisiones y metaanálisis sobre intervenciones dirigidas a personas de 65 años o más que vivían en la comunidad y que evaluaban soledad o aislamiento social mediante instrumentos validados.

Estudios publicados entre enero de 2020 y diciembre de 2025, en inglés o español

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Estudios centrados exclusivamente en instituciones de larga estancia

Se identificaron 245 registros, de los cuales se evaluaron 32 textos completos, incluyendo finalmente 6 estudios en la revisión

RESULTADOS

La bibliografía sugiere que las intervenciones comunitarias multicomponente con actividades grupales, talleres psicosociales, promoción de redes sociales y participación comunitaria se asocian a una reducción de la percepción de soledad y aumento de apoyo social.



CONCLUSIONES



Las intervenciones comunitarias adaptadas a las características de las personas mayores que viven en la comunidad, son las que muestran mayor potencial para reducir la soledad no deseada.

La enfermería familiar y comunitaria puede liderar la implementación de estrategias multicomponentes que integren detección sistemática, coordinación con servicios sociales y promoción de redes comunitarias

BIBLIOGRAFÍA

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

PARIR LEJOS DEL HOSPITAL: RETOS Y REALIDADES DEL PARTO EN EL MEDIO RURAL

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES

Ana Huertas Tomás, Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) CS Sacramenia (Segovia), **Aitana Sacristán Durán**, Enfermera CS Sacramenia (Segovia), **Patricia Redondo Arranz**, Enfermera Especialista EFYC CS Sacramenia (Segovia), **Fuencisla Quintana Rojo**, Enfermera Especialista EFYC CS Sacramenia (Segovia), **Mª Mar de la Fuente Soto**, Enfermera Especialista EFYC CS Saramenia (Segovia), **Beatriz Díaz Navarro**, Enfermera Especialista EFYC CS Portillo (Valladolid).

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La atención al parto en el medio rural constituye un reto para la enfermería y las matronas de atención primaria debido a la dispersión geográfica y la menor disponibilidad de recursos especializados, lo cual genera desigualdades en el acceso a una atención obstétrica segura y de calidad, en la experiencia del embarazo y el parto. Resulta necesario analizar la literatura disponible para identificar los principales problemas y orientar la práctica asistencial.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica sobre la atención al parto en el medio rural y su impacto en la experiencia de las mujeres y en los resultados materno-neonatales, desde una perspectiva comunitaria.

La equidad en salud materna también depende del código postal

METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:** Revisión narrativa.
- **Bases de datos:** PubMed, Scopus, Google Scholar.
- **Periodo:** 2010–2025.
- **Idiomas:** Español e inglés.
- **Términos clave:** maternal health, obstetric care, midwifery, rural health, home childbirth.
- **Documentos identificados:** 312
- **Seleccionados tras cribado:** 26

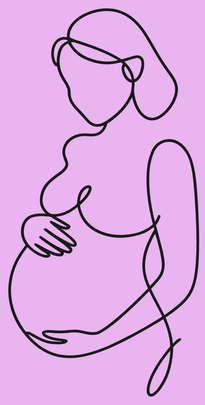
EVALUACIÓN DE CALIDAD

- Estudios cuantitativos → validez interna y control de sesgos.
- Estudios cualitativos → credibilidad y coherencia metodológica.
- Revisiones → claridad en criterios y estrategia de búsqueda, se excluyen estudios en contexos urbanos.



RESULTADOS PRINCIPALES

- **Mayor distancia = mayor riesgo de:**
  - Estrés y ansiedad materna.
  - Intervenciones no planificadas.
  - Peores resultados perinatales en algunos contextos.
- **Ventajas del entorno rural:**
  - Atención más cercana y continuada.
  - Mayor vínculo profesional-mujer.
  - Modelo más personalizado.
- **Rol fundamental de la World Health Organization:**
  - Promueve atención respetuosa y centrada en la mujer.
- **Papel clave de:**
  - Enfermería familiar y comunitaria.
  - Matronas como eje coordinador asistencial.



CONCLUSIONES

✓ Existen desigualdades territoriales en salud materna.
✓ Es necesario reforzar la atención primaria rural.
✓ La coordinación entre niveles asistenciales es esencial.
✓ Potenciar el rol de la matrona mejora calidad y equidad.

BIBLIOGRAFÍA

PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD "ACOMPAÑANDO DESDE EL INICIO EN TU HIPERTENSIÓN ARTERIAL"

María Sanz Francés, Ruth Amat Camposo (Residentes de 1º del Centro de Salud Santa Clara, Burgos) e Irene Isabel Diez Casado (Residente de 1º del Centro de Salud de Lasarte-Orio, San Sebastián)

01. JUSTIFICACIÓN

Como enfermeras residentes de EFyC, durante nuestra práctica asistencial, hemos detectado la **necesidad de mayor apoyo** a los pacientes tras el diagnóstico inicial de hipertensión arterial, al suponer este un cambio importante en sus vidas. Por ello, nos planteamos realizar esta **intervención comunitaria en salud pendiente de ejecución.**

DeCS: hipertensión, educación en salud, enfermería de atención primaria.

02. OBJETIVOS

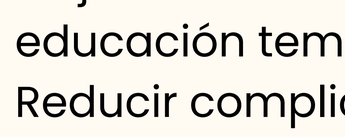
GENERAL: Acompañar al paciente tras el diagnóstico de hipertensión arterial mediante sesiones grupales de EpS.

ESPECÍFICOS:

- Empoderar al paciente.
- Crear un ambiente dedicado a los pacientes, donde puedan compartir inquietudes y establecer una red social de apoyo.

03. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

Pacientes con reciente diagnóstico de HTA (menor a 1 año) y con tratamiento antihipertensivo.



04. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO

EpS grupal → 4 sesiones de 1 hora

- **1ª sesión** → Qué es la hipertensión y complicaciones. ¿Cómo afecta a la rutina diaria?+ Encuesta previa (emociones y conocimientos)
- **2ª sesión** → Autocuidado esencial
- **3ª sesión** → Dieta, ejercicio y adherencia al tratamiento
- **4ª sesión** → Encuentro con intercambio de experiencias + encuesta post (emociones y conocimientos)

¿En qué momento se encuentra el proyecto?

Fase de captación activa en el centro de salud Santa Clara (Burgos)

05. APLICABILIDAD PRÁCTICA

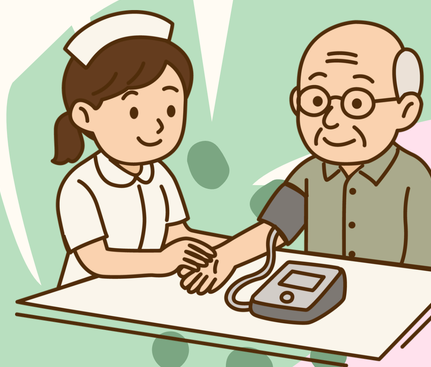
Para el paciente: **ADQUIRIR AUTONOMÍA Y ROL ACTIVO**

- Mejor comprensión del diagnóstico → reducir incertidumbre y miedo inicial.
- Promover cambios de estilo de vida desde el inicio → invertir en crear hábitos.
- Mejor adherencia al tratamiento a través de una educación temprana.
- Reducir complicaciones asociadas → **Se reduce carga asistencial al sistema sanitario**

Puede replicarse en otros centros sanitarios o ampliarse a otros grupos con distintas patologías.

06. BIBLIOGRAFÍA

1. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F. La atención a la cronicidad en España: desafíos y oportunidades. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2018 [citado a 26 de enero de 2026];92:e201806032. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201806032/es/
2. Grupo de Trabajo de la SEH-LELHA. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2022. Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 2022 [citado a 26 de enero de 2026];39(4):147–160. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-guia-practica-sobre-el-diagnostico-S1889183722000666
3. García Martín A, et al. Abordaje de enfermería en el paciente con hipertensión. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2024 [citado a 26 de enero de 2026]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/abordaje-de-enfermeria-en-el-paciente-con-hipertension-articulo-monografico/

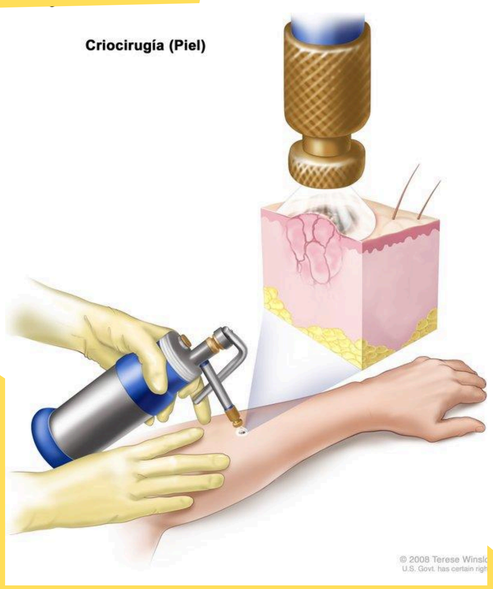


TRATAMIENTO CON CRIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Elsa Rodríguez Vigo,Eva Rodríguez García,Lucia López Martín.

INTRODUCCIÓN

La crioterapia es una técnica utilizada en atención primaria para el tratamiento de dermatosis benignas mediante la congelación del tejido, logrando su destrucción a varios milímetros de profundidad. Los agentes más usados son el nitrógeno líquido y el éter dimetil-propano (Histofreezer®). Es un procedimiento sencillo, económico, bien tolerado y con bajo riesgo de infección, que no requiere suturas ni cuidados complejos posteriores.



OBJECTIVOS

- Conocer la técnica de crioterapia y aplicaciones de ella.
- Estudiar la eficacia, tolerancia y seguridad de la técnica de crioterapia.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica mediante una búsqueda a través de Clinical Evidence, Cochrane Library, Elsevier y PubMed. Se seleccionaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios prospectivos y aleatorizados tanto en inglés como en castellano publicados en los últimos diez años.

RESULTADOS

La mayoría de las lesiones benignas de la piel pueden ser tratadas exitosamente con las diferentes modalidades de crioterapia.Está indicada para lesiones como verrugas (vulgares y plantares), queratosis actínicas y seborreicas, léntigos seniles y molluscum contagiosum, **pudiendo emplearse en niños, ancianos, embarazadas y pacientes con alto riesgo quirúrgico.** El nitrógeno líquido es el agente más eficaz, aunque requiere un suministro y almacenamiento especiales.



La técnica consiste en aplicar el frío durante unos segundos hasta formar un halo blanquecino alrededor de la lesión, pudiendo repetirse semanalmente. Las reacciones adversas más frecuentes son ampollas, quemazón e hipopigmentación, mientras que las contraindicaciones incluyen intolerancia al frío, enfermedad de Raynaud, lesiones sospechosas de malignidad o localizaciones con alto riesgo de retracción cicatricial.

BIBLIOGRAFÍA

CONCLUSIÓN

La crioterapia es una **opción eficaz, segura y accesible** en atención primaria, siempre que se dominen sus indicaciones y técnica de aplicación para minimizar complicaciones.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES.

Autores:Elsa Rodríguez Vigo,Lucia López Martín,Eva Rodríguez García.



1. Introducción

El envejecimiento activo, concepto propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Este enfoque surge como respuesta a la baja participación de los adultos mayores en actividades comunitarias que promueven un envejecimiento positivo y la creación de redes sociales de apoyo. No se limita únicamente a la prevención o retraso de enfermedades, sino que busca garantizar la capacidad funcional, la autonomía y una vida significativa en la vejez. Por ello, resulta fundamental implementar intervenciones y programas de atención temprana que favorezcan un envejecimiento activo y una mejor calidad de vida, factores estrechamente relacionados de forma bidireccional.

2. Objectivos:

Establecer la relación entre el envejecimiento activo y su influencia en la calidad de vida de las personas mayores.
Como objetivos secundarios, se evaluó su impacto en la salud y se analizaron los beneficios que aporta en esta etapa vital.

3. Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de 10 artículos científicos selecionados de los 25 que cumplían los criterios de inclusión que eran:
-Estar publicados en los últimos cinco años, seleccionados de bases de datos como Embase, Medline y Cochrane Library.
-Idioma castellano/ingles.
-Posibilidad de conseguir el artículo completo
-Que tuviera como palabra clave "envejecimiento activo o saludable, calidad de vida y persona mayor"

4. Resultados

El envejecimiento activo ofrece beneficios a nivel físico, psicológico y social. A nivel psicológico, la participación en actividades artísticas y cognitivas contribuye a frenar el deterioro cognitivo y mejora el bienestar. En el ámbito físico, una dieta equilibrada y el ejercicio, especialmente el entrenamiento de fuerza, resistencia progresiva y prácticas como el tai-chi, mejoran la funcionalidad y reducen el riesgo de fragilidad y caídas. Socialmente, las intervenciones grupales favorecen la socialización, disminuyendo la soledad y el aislamiento.

5. Conclusión

El envejecimiento activo se asocia de manera positiva con la calidad de vida en los adultos mayores. Promover políticas públicas, entornos inclusivos y programas comunitarios adecuados resulta esencial para garantizar un envejecimiento saludable, digno y participativo.

6. Bibliografía



Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este

ATENCION PRIMARIA

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE CUIDADORES NO PROFESIONALES EN UNA ZBS SEMIURBANA



Autores: Javier Gutiérrez Redondo, Irene Palomino Ojero, Guillermo Martínez López, Laura Sáez Lorenzo, Virginia Arce Alonso y Michelle Beltrán Morocho

Palabras clave (DECS): *"carga del cuidador" "cuidadores informales" "educación en salud"*

JUSTIFICACIÓN

En el contexto de envejecimiento de la sociedad actual, el número de personas dependientes cada vez es mayor. Ya que la infraestructura del sistema sanitario se vuelve insuficiente,, desarrollar estrategias que apoyen y orienten a la figura de los cuidadores informales se torna imprescindible, puesto que la adopción de este rol conlleva repercusiones sobre la salud.



OBJETIVOS

- Educar en autocuidados y habilidades a los cuidadores informales de nuestra ZBS.
- Evaluar su satisfacción con respecto a la aplicación de un programa de EPS de estas características .

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un programa de 6 sesiones de 2h de duración cada una, en las que se trataron diferentes contenidos formativos relacionados con el cuidado; dirigidas por una enfermera de familia y una trabajadora social del Centro de Salud. Al finalizar todas las sesiones, se pasó a cada uno de los 16 asistentes una encuesta de satisfacción compuesta por 6 ítems, donde se evaluaban distintos aspectos del programa.

BIBLIOGRAFÍA

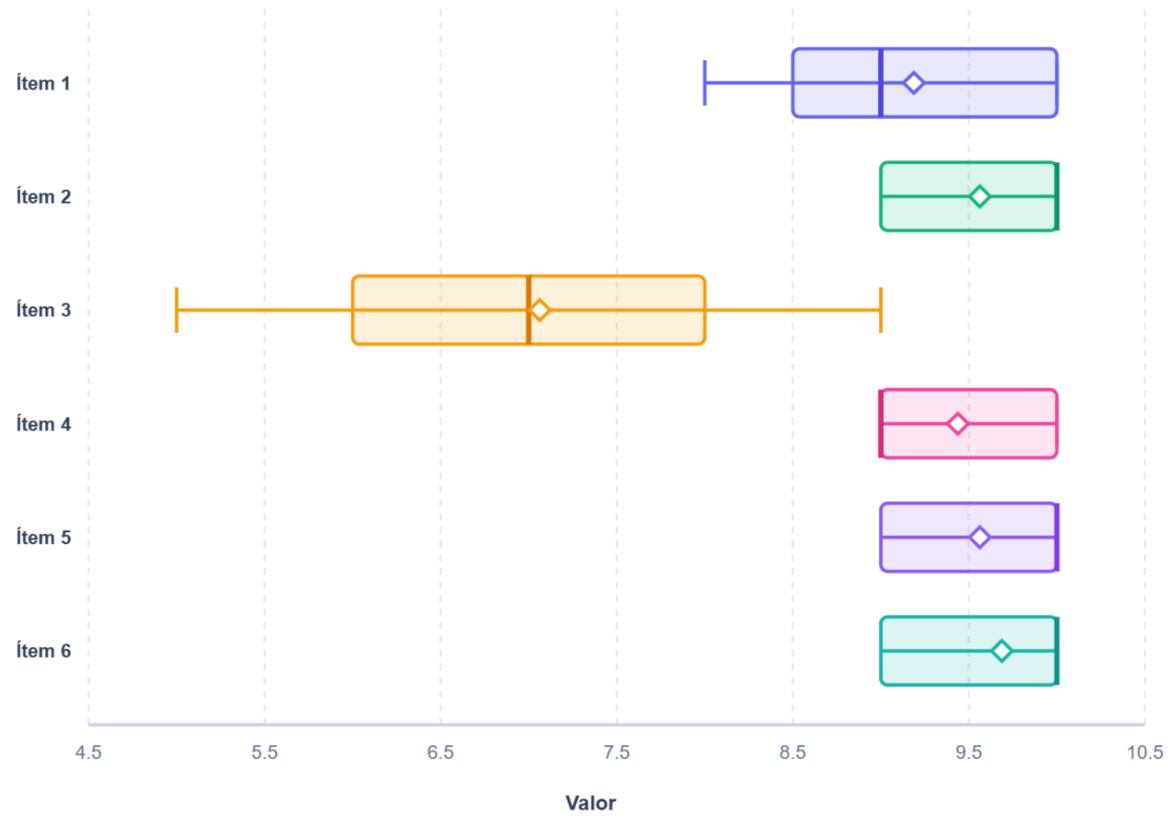
RESULTADOS

Los resultados obtenidos en las encuestas fueron los siguientes:

- Ítem 1 "Organización de la actividad": $\bar{x}$ = 9.19, s=0.83
- Ítem 2 "Contenido de la actividad": $\bar{x}$ = 9.56, s=0.51
- Ítem 3 "Aplicabilidad de lo aprendido": $\bar{x}$ = 7.06, s=1.06
- Ítem 4 "Satisfacción global": $\bar{x}$ = 9.44, s=0.51
- Ítem 5 "Conocimientos de los ponentes": $\bar{x}$ = 9.56, s=0.51
- Ítem 6 "Comunicación de los ponentes": $\bar{x}$ = 9.69, s=0.48

Además, los asistentes pusieron de manifiesto su deseo de alargar la duración del programa, destacando además como punto positivo haber podido conocer a otras personas y pasarlo bien.

Figura 1: Distribución de los resultados de la encuesta de satisfacción



CONCLUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA

Como muestran los resultados y respalda la bibliografía, los programas dirigidos al cuidador informal son esenciales para brindar un espacio de puesta en común de ideas y de apoyo entre iguales. Por otro lado, sería interesante aumentar la duración de los talleres, así como la realización de más ediciones y su implantación en otras zonas básicas de salud.

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este ATENCION PRIMARIA

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Sacyl

INFOGRAFÍA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE LA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS EN ESCOLARES

¿CUÁNDO?



Antes de comer



Al salir del baño



Al toser ó estornudar



Al tocar animales



Después de jugar

¿CÓMO?



Aclara



Seca



Enjabona y frota



Moja tus manos

DURANTE



Sacyl

valladolid este ATENCION PRIMARIA

ics Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Bibliografía: (contraseña CONGRESOEFYC)

IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS SOBRE HIGIENE DE MANOS DENTRO DEL PROYECTO "SUMAMOS EXCELENCIA"

Autores: De la Fuente Bayón L [1], Díez Arenas SM [2], Arévalo Sillero D [3], Peral Sanz Ó, Encinas Miguel MC, Hernández Cano EM [4].
[1] R2 EFyC Centro de Salud Delicias I (Área de Salud Valladolid Oeste); [2] R1 EFyC Centro de Salud Delicias I; [3] Enfermero especialista EFyC Centro de Salud Delicias I; [4] Enfermera Centro de Salud Delicias I.

Prevención

La higiene de manos, es la forma más sencilla y eficaz para evitar la propagación de infecciones transmitidas por contacto asociados a la atención sanitaria (IAAS)

Control

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la higiene de manos la medida más importante para el control de las IAAS, su incumplimiento es un problema (20-30 % prevenibles).

Uso de guantes

¡SOLO SI SON NECESARIOS!

- Falsa seguridad.
- Dificulta higiene de manos-> Favorece transmisión de microorganismos y resistencias antimicrobianas.
- Incrementa las IAAS

Estrategia OMS

- Cambio del sistema: Preparado base alcohólica en el punto de atención.
- Formación y aprendizaje
- Evaluación y retroalimentación
- Recordatorios en el lugar de trabajo
- Clima institucional: liderazgo

BUENAS PRÁCTICAS EN HIGIENE DE MANOS



Mal uso de guantes

- Daña a los pacientes.
- Uso poco eficiente de recursos sanitarios.-> Incrementa innecesariamente el gasto sanitario.
- Impacto de negativo en el medio ambiente

Lavado solución hidroalcohólica

- Duración 20-30 segundos unos 3cc: 2 puff directos sobre manos.
- Mejor accesibilidad
- Reduce carga antimicrobiana
- Manos contaminadas SIN suciedad visible
- Entre procedimientos
- Tras la retirada de guantes.
- Tras el contacto con piel intacta

Higiene agua y jabón

- Duración 40-60 segundos
- Manos visiblemente sucias
- Antes/después de comer
- Tras usar el baño

Evaluación: Gasto PBA 2025

- Litros PBA/ año2025: 70.9L
- Indicador: PBA consumido/10000 consultas: 4.2 (estándar >3)

5 Momentos

1. Antes del contacto con el paciente
2. Inmediatamente antes de realizar una tarea aséptica
3. Inmediatamente después de una posible exposición a fluidos corporales
4. Después del contacto con el paciente
5. Tras tocar cualquier objeto o mobiliario del entorno del paciente

Bibliografía

Sumamos Excelencia - Cuidados. Centro de Salud Delicias I - Área de Salud de Valladolid Oeste

Excelencia Edición 2024

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

valladolid este ATENCIÓN PRIMARIA

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROYECTO "SUMAMOS EXCELENCIA"

Autores: De la Fuente Bayón L [1], Díez Arenas SM [2], Arévalo Sillero D [3], Peral Sanz Ó, Encinas Miguel MC, Del Río Moro J [4].
[1] R2 EFyC Centro de Salud Delicias I (Área de Salud Valladolid Oeste); [2] R1 EFyC Centro de Salud Delicias I; [3] Enfermero especialista EFyC Centro de Salud Delicias I; [4] Enfermero Centro de Salud Delicias I.

DESHABITUACIÓN TABAQUICA

Captación

- Valorar tabaquismo en cualquier contacto con pacientes ≥15 años.
- Tras ingreso hospitalario, embarazo-lactancia, dudas estilo de vida saludable, FRCV...
- Intervención breve ≤ 20 minutos

Deseo cese hábito

- Cuantificar consumo.
- Estadío motivacional cambio (Rueda cambio-Prochaska y DiClemente)
- Intervención breve (5Aes)

Ayuda profesional

- Programar visitas presenciales o telefónicas a demanda
- Valoración a demanda de tratamiento farmacológico: terapia sustitutiva con nicotina, bupropión, vareniclina, citisina

Cese hábito

- Felicitar
- Ofrecer apoyo
- Realizar plan de intervención programado individual: Día D
- Valoración: IAP, motivación, edad inicio, cigarros/día, Test Fagerström, antecendentes patológicos, FRCV.
- Valorar criterios de derivación a Unidad Especializada en Tabaquismo



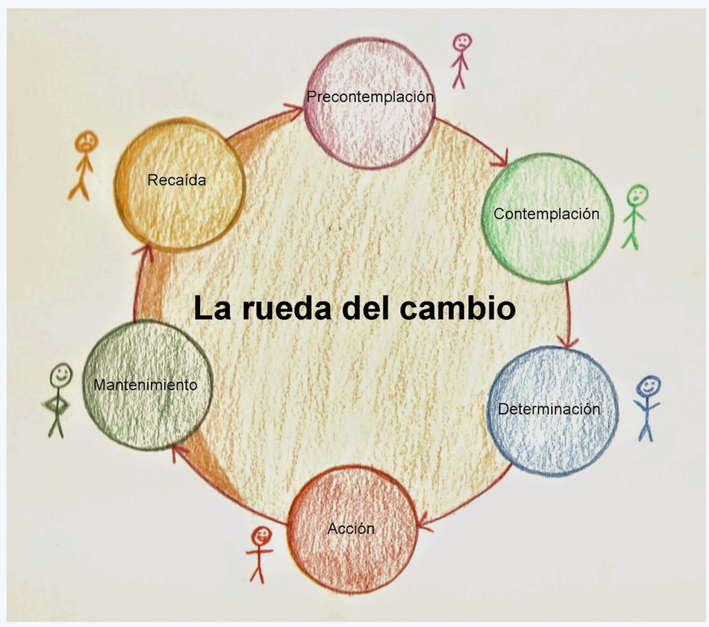
Día D

- Explicar signos y síntomas de abstinencia. *Craving*
- Reducción nº cigarros.
- Diario motivacional.
- Técnicas motivacionales y autocontrol

Recaída

- Parte del proceso.
- Mostrar apoyo
- Analizar circunstancias que lo han propiciado
- Animar a volver a buenos hábitos





BIBLIOGRAFÍA

Sumamos Excelencia - Cuidados.
Centro de Salud Delicias I - Área de Salud de Valladolid Oeste

DE LA RECEPCIÓN A LA SOLUCIÓN: ENFERMERÍA EN ACCIÓN

Autoras: Raquel Sánchez Andrés, Carolina Luengo Nieto, Carla Rizzardini Serrano y Ivana Diez Trevejo

1. RECEPCION Y FILTRO ADMINISTRATIVO

→ → → PROBLEMA DE SALUD NO DEMORABLE

2. VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

la enfermera realiza una evaluación rápida para clasificar la demanda en dos vías:

URGENTE (atención inmediata)

SIN SIGNOS DE ALARMA

3. GESTIÓN CLÍNICA EN MEDORA

Se utilizan las guías asistenciales de Gestión Compartida de la Demanda GCD integradas en Medora.

PROCESO CLÍNICO
Abrir existente o crear nuevo (provisional)

INTERVENCIÓN
Aplicar protocolos, consejo y plan terapéutico

ANOTACIONES
Registrar motivo de consulta y evolución

CIERRE
Grabar y salir

4. FINALIZACIÓN DE LA CONSULTA

ALTA POR ENFERMERÍA
si el problema se resuelve

DERIVACIÓN
al profesional correspondiente (citando al paciente según necesidad)

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

BIBLIOGRAFÍA

AUTORES: PAULA GARCÍA GARCÍA, MÓNICA LAVINIA POPESCU, CLAUDIA BRIME HOLGADO, ANA ISABEL LIÉBANA MORÁN

MANEJO DE SINTROM Y CUIDADOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES ANTICOAGULADOS: "LA RUTA SIN TROMBOS"

JUSTIFICACIÓN / OBJETIVO

La infografía sintetiza **conceptos y recomendaciones generales** dirigidos a usuarios que siguen un tratamiento con anticoagulantes orales (ACO), antagonistas de la vitamina K, como el acenocumarol (Sintrom®) o la Warfarina. Este material se empleó como recurso de apoyo en las dos ediciones del **taller de anticoagulación** oral que se impartió en el **centro de salud El Ejido** (León).

Objetivo: visibilizar y sintetizar la información clave para el autocuidado de las personas que siguen un tratamiento con ACOs.

¡ESCANÉAME PARA DESCARGAR EL TRÍPTICO!

APLICABILIDAD PRÁCTICA

La infografía constituye un **recurso educativo** de aplicación en las **consultas** de Enfermería Familiar y Comunitaria, en **talleres grupales**, así como en acciones de **promoción de la salud** comunitaria.

POBLACIÓN DIANA

La infografía se dirige a personas en **tratamiento con ACOs**, así como a sus **cuidadores**.

¿DEBO TENER PRECAUCIÓN CON LA ALIMENTACIÓN?

- **Evite modificaciones bruscas** en la alimentación.

ALGUNOS ALIMENTOS QUE INFLUYEN EN EL SINTROM

- **Vegetales:** coliflor, espinacas, acelgas, espárragos, col, remolacha, repollo, brócoli, perejil...
- **Hígado. Bollería industrial.**
- **Frutos secos**: ciruelas pasas, piñones...
- **Frutas:** kiwi, higos, ciruelas, uvas...

¿PUEDO TOMAR OTROS MEDICAMENTOS?

- Existen muchos medicamentos que **modifican** la potencia del sintrom.
- Siempre **consulte previamente** a su profesional, así como para notificar que deja de tomar un medicamento que interacciona con sintrom.

MEDICAMENTOS HABITUALES QUE PUEDE TOMAR

- **Dolor**: paracetamol.
- **Inflamación**: diclofenaco.
- **Ansiolítico**: diazepam.

¿QUÉ PASA SI EL SINTROM ESTÁ FUERA DE RANGO?

INR

> RANGO — RIESGO DE SANGRADO

Sangrados de nariz y encías, heces negras, orina roja, heridas muy sangrantes, hematomas...

EN RANGO — PACIENTE ANTICOAGULADO CONTROLADO

El rango terapéutico es individualizado.

< RANGO — ALTO RIESGO DE ICTUS

Sangre "**más espesa**". Formación de **trombos**.

¿QUÉ PRECAUCIONES DEBO TENER?

- **Evite deportes violentos** o peligrosos.
- **Evite** las inyecciones **intramusculares**. **Vacúnese.**
- Haga saber que toma sintrom en situaciones con **posible pérdida de sangre**, como extracciones dentarias, operaciones quirúrgicas, accidentes...



CARA **EXTERNA** DEL TRÍPTICO

CARA **INTERNA** DEL TRÍPTICO

¿HA OLVIDADO TOMAR UNA DOSIS?

- **Si se acuerda del olvido el mismo día**: tómela lo antes posible.
- **Si se acuerda del olvido al día siguiente**: no tome la dosis olvidada y espere a la siguiente.
- **Si tomó una dosis inferior:** puede tomar a otra hora la cantidad que falta para llegar a la dosis de ese día.
- **Si le toca descansar un día y no lo hace**: puede hacerlo al día siguiente.

¡NOTIFIQUE LOS OLVIDOS !

¿CÓMO SE HACE EL CONTROL?

- **ANALÍTICA**: no precisa ayunas.
- **PUNCIÓN EN DEDO:** lavado de manos.

¿QÚE ES?

Medicamento que **disminuye la capacidad de coagulación de la sangre**, impidiendo la formación de coágulos.



¿CÓMO SE DEBE TOMAR?

A la **misma hora** del día, con un vaso de agua.

EJEMPLO: **Tarde-noche**, 1 hora antes de cenar/merendar, ya que los controles son por la mañana habitualmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

TU MOVIL Y TÚ: ¿RELACIÓN SANA O TÓXICA?

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

Cómo el mundo digital moldea tu bienestar emocional

Autoras: Carla Rizzardini Serrano, Raquel Castillo Martínez, María Gómez Béliz, Marta Sierra Rodriguez, Sandra Franco Almendárez y Esther Gómez Gonzalez.

SEÑALES DE ALERTA

Irritabilidad
Cambios de humor
Problemas de autoestima por comparación

Fatiga mental
Falta de concentración
Dificultad para dormir

Aislamiento social
Pérdida de interés por actividades presenciales

MINI TEST DE AUTORREFLEXIÓN

- ¿Te cuesta dormir por quedarte conectado/a?
- ¿Eres consciente de cuántas horas usas el móvil al día?
- ¿Entras en redes sociales solo para evitar sentirte triste, aburrido o solo?
- ¿Revisas el móvil constantemente sin un motivo concreto?
- ¿Te sientes ansioso/a si te quedas sin batería o cobertura?

¿POR QUE SUCEDE ESTO?



El *scroll infinito*, las *notificaciones* y los "*me gusta*" son diseños de **persuasión digital** para atrapar tu atención constante.



Compararte con **vidas idealizadas o filtradas** puede dañar tu autoestima y la forma en que te percibes.
¡Eres mucho más que tu perfil de Instagram!



Este **contenido rápido y continuo** dificulta la concentración sostenida y altera la regulación emocional.



Cada hora de scroll es una hora menos de **sueño reparador** o de actividad física, afectando en tu descasnso y **bienestar general.**

PLAN DE ACCIÓN

- Curación del contenido: deja de seguir lo que te hace sentir mal.
- Gestión del tiempo: activa límites de uso y se consciente de él.
- Fomenta actividades fuera de la pantalla. Prioriza el contacto cara a cara.
- Busca apoyo en tu familia y amigos.

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

EN TU CENTRO DE SALUD, TU ENFERMERA TE ESCUCHA. SI SIENTES QUE LA RED TE ATRAPA, PIDE CITA: ESTAMOS PARA ACOMPAÑARTE.

BIBLIOGRAFÍA

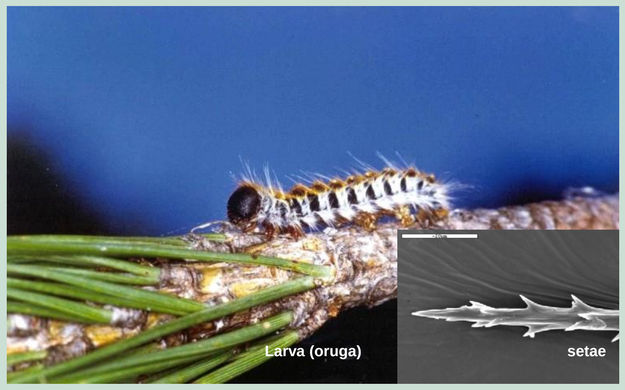
RECONOCIMIENTO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE REACCIONES POR PROCESIONARIA DEL PINO

Marta Bayón García, Jesús Mª Gómez Herrero, María Velasco Martín-Calero, Alicia Quintano Pintado

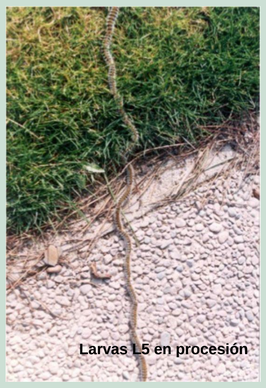
Centro de Saud Arturo Eyríes (Valladolid)


Insecto adulto (polilla)


Nido invernal


Larva (oruga)

setae


Larvas L5 en procesión


crisálida

INTRODUCCIÓN

- ***Thaumetopoea pityocampa*** (TP) es el principal lepidóptero urticante en España. En las reacciones que ocasiona están implicados **mecanismos alérgicos y no alérgicos**.
- Constituye una de las principales **plagas forestales** en Europa.
- En los tres últimos estadíos de su fase larvaria, como oruga, está dotada de “pelillos” arponados llamados **“setae”** que pueden ocasionar patología en humanos, incluyen **reacciones cutáneas** y **anafilaxia**.
- Durante los meses de riesgo forma **procesiones** que descienden de los pinos para enterrarse en el suelo.
- Las “setae” son lanzadas al aire por las orugas cuando se sienten amenazadas. Además, muchas permanecen en la arena, pudiendo ocasionar síntomas al removerla.

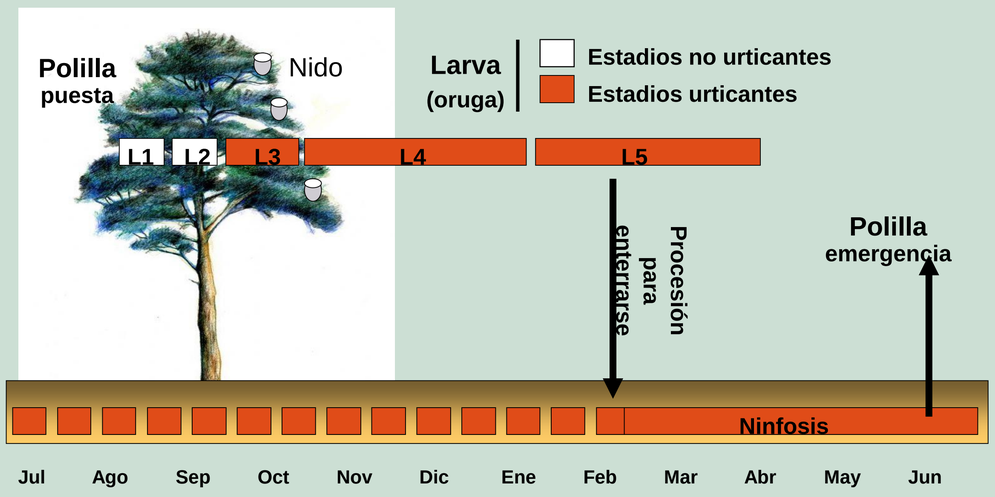
OBJETIVOS

- **Reducir la exposición** a los pelos urticantes de la procesionaria del pino.
- **Prevenir las reacciones** en la población
- Saber **reconocer este tipo de lesiones**.

Dirigido a la población general, especial interés en personas que vivan o visiten zonas de **pinares,** y de manera particular en **niños**, **trabajadores** expuestos y **alérgicos**.

METODOLOGÍA

Se trata de un **estudio observacional descriptivo**, de carácter **no experimental**. Se analiza el contexto natural de forma **transversal**, realizando una descripción detallada del fenómeno y proponiendo medidas de prevención.



Ciclo biológico anual de *Thaumetopoea pityocampa* Schiff (Lepidoptera).
El desarrollo larvario ocurre durante el otoño e invierno y es muy sensible a las variaciones de temperatura. Estos insectos pueden permanecer bajo tierra como crisálidas durante varios años si las condiciones ambientales no son favorables. Puede haber setae en el suelo y en las ramas durante todo el año, aunque su concentración es máxima en los meses correspondientes al estadio larvario L5.







RESULTADOS

- **Medidas de prevención**



Evitar pinares infestados en los meses en los que las orugas son urticantes (septiembre a abril), especialmente días de **viento** y cuando las larvas descienden en **procesiones** de los árboles (febrero-abril).



No recoja objetos (piñas, madera, etc.) de pinares infestados ni toque los nidos de orugas.



Si viven junto a pinos infestados, **evitar secar la ropa al aire libre** durante los meses de septiembre a abril.



En bordes y claros de pinares infestados evite **remover** la **arena** del suelo (especial cuidado con los niños).



Si se ven procesiones de orugas, **no molestarlas**, **tocarlas** ni **barrerlas**.



Es importante llevar **ropa** y **calzado** adecuados para proteger la piel a la exposición de setae. Si la exposición es alta, use **gafas** protectoras y una **mascarilla**.



- **Educación y conciencia de la población por medio de**: charlas y talleres en escuelas y comunidades, campañas de concienciación en los medios de comunicación, colocación de carteles en áreas afectadas, distribución de folletos informativos.

CONCLUSIONES

- La infografía ayudará a **reconocer y manejar** la patología por procesionaria.
- Conocer su **ciclo vital** ayudará a entender las **medidas preventivas** que analizaremos en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Cuidado de accesos vasculares en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en Atención Primaria

Katherine Milagros Imán Reyes, Elisa Estela Bartolomé Seoane, Verónica Delgado Martín

1. Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es una patología progresiva que disminuye la función renal y se asocia a un filtrado glomerular inferior a 30ml/min/1,73 m². Cuando el tratamiento conservador no es suficiente, los pacientes requieren terapia sustitutiva renal: hemodiálisis o diálisis peritoneal. En Atención Primaria, enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de los accesos vasculares, la detección precoz de complicaciones y la educación del paciente, contribuyendo a la seguridad y calidad del tratamiento[1,2].

2. Objetivos

-Describir el papel de enfermería en el manejo de accesos vasculares para hemodiálisis y diálisis peritoneal en Atención Primaria.
-Identificar los tipos de acceso, analizar los cuidados preventivos
-Reforzar la educación del paciente para mejorar la seguridad y calidad de vida.

3. Metodología

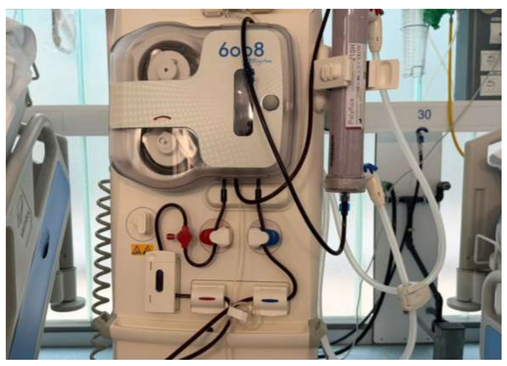
Se realizó una revisión bibliográfica en las fuentes de bases de datos de PubMed, SciELO, Dialnet, LILACS y guías de sociedades nefrológicas publicadas entre 2015 y 2025.

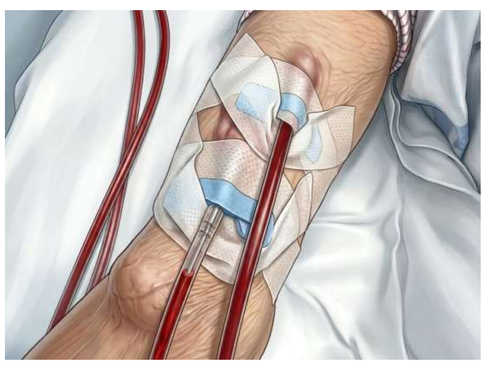
Se emplearon términos relacionados con “Enfermedad renal crónica avanzada”; “Atención primaria”; “Accesos vasculares”; “Cuidados de enfermería”.

Se combinaron los términos mediante el operador booleano AND. En relación a los criterios de inclusión/ exclusión, se escogieron artículos con acceso a texto completo.

4.Resultados

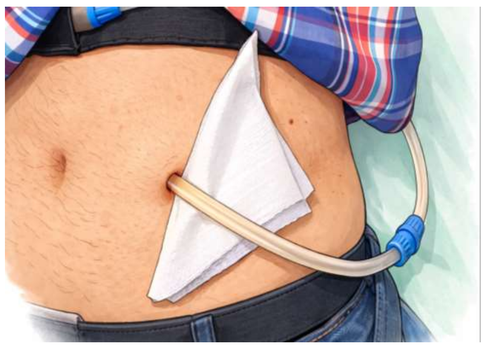
En hemodiálisis, la fístula arteriovenosa (FAV) es el acceso preferido por su durabilidad y bajo riesgo de complicaciones. Los cuidados incluyen inspección, palpación del thrill, higiene diaria, evitar presión o punciones en el brazo, y educación sobre sangrados y signos de alarma. Las complicaciones más frecuentes son infección, trombosis, hemorragia y aneurisma[1,3,4,5,6] .





En diálisis peritoneal, el catéter abdominal permite los intercambios de líquido peritoneal, siendo la infección del orificio de salida el riesgo principal. Los cuidados incluyen higiene de manos, cura diaria del orificio, fijación del catéter y educación sobre signos de infección y manipulación segura [7,8].





5.Conclusión

El cuidado adecuado de los accesos vasculares y la educación sanitaria en Atención Primaria mejoran la supervivencia del acceso, reducen complicaciones y aumentan la calidad de vida de los pacientes con ERCA. La coordinación entre Atención Primaria y nefrología es esencial para garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento sustitutivo renal, reforzando el papel central de enfermería como agente preventivo y educativo.

7.Bibliografía

1.Fístulas arteriovenosas para hemodiálisis. Nefrología al Día [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 29]. Available from: https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-fistulas-arteriovenosas-para-hemodialisis-332
2.Ayala P. Consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada: educación, planificación y preparación. Enferm Docente [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 29];:12-18. Available from: https://ciberindex.com/index.php/ed/article/view/1201218ed
3.Miranda-Camarero V. Cuidados de las fístulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de enfermería. Dial Traspl [Internet]. 2010 Jan [cited 2026 Jan 29];31(1):12-16. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-cuidados-fistulas-arteriovenosas-intervenciones-actividades-S1886284510700059
4.Cuidado de una fístula arteriovenosa autóloga como acceso para la hemodiálisis, por el personal de enfermería y el paciente. Revisión sistemática. Rev Sanit Investig [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 29]. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidado-de-una-fistula-arteriovenosa-autologa-como-acceso-para-la-hemodialisis-por-el-personal-de-enfermeria-y-el-paciente-revision-sistematica/
5.Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Rev Investig Form Educ [Internet]. 2026 [cited 2026 Jan 29]. Available from: https://ojs.formacion.edu.ec/index.php/rif/article/view/439/896
6.Cuidados de enfermería para la fístula arteriovenosa. Rev Sanit Investig [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 29]. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-para-la-fistula-arteriovenosa/
7.Cuidados de enfermería en el manejo del catéter peritoneal. Rev Sanit Investig [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 29]. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/articulo-monografico-cuidados-de-enfermeria-en-el-manejo-del-cateter-peritoneal/
8.Özkan İ, Taylan S. Nursing research on vascular access in hemodialysis: trends and insights from a bibliometric study. J Vasc Access [Internet]. 2026 Jan 16 [cited 2026 Jan 29]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41540961/

NUEVAS MIRADAS EN SALUD COMUNITARIA

Sinergia entre diagnóstico comunitario y mapeo de activos

O.Lucerón, P.Antolín, I.Cañamero, NT.Muñoz

Justificación- objetivo: El diagnóstico comunitario tradicional se define por identificar las necesidades y dificultades de la población poniendo el foco en lo que necesita la comunidad.

Emplear una mirada basada en activos comunitarios permite reconocer lo que ya funciona y fortalecer a la población.

Población a la que se dirige: Residentes y enfermeros de Atención Primaria, así como a otros profesionales sanitarios interesados en la salud comunitaria.

El diagnóstico comunitario es un proceso participativo dónde la comunidad y equipos de salud identifican problemas y prioridades para mejorar la calidad de vida de la comunidad. **Su finalidad es orientar la planificación sanitaria, priorizar intervenciones y distribuir recursos de forma equitativa.**

El mapeo de activos es una herramienta de acción comunitaria que impulsa procesos en los que la ciudadanía identifica y pone en valor las capacidades y recursos existentes en el entorno. **Pone en foco lo que ya funciona en la comunidad y potencia la participación de la ciudadanía.**

Aplicabilidad en la práctica y objetivo común: *Mejorar la salud de la población, fomentar la participación y familiarización de la comunidad.*

La integración de ambos favorece una mejor toma de decisiones.

Ambos combinan la identificación de necesidades y problemas de salud con el reconocimiento de los recursos existentes en la comunidad mejorando la calidad de vida de la población

Bibliografía:

VIDA ACTIVA + PROTEINAS = ENVEJECIMIENTO SALUDABLE



✓ 1–1,2 g de proteína/kg/día
✓ Incluye proteína en cada comida
✓ Las proteínas ayudan a mantener el músculo
✓ Comer bien también es cuidarse

✓ Previene fragilidad y sarcopenia
✓ Reduce riesgo de caídas
✓ Mejora calidad de vida
✓ Mantén tu independencia

Envejecer es inevitable. Perder autonomía no.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2019). Recomendaciones sobre nutrición y actividad física en personas mayores. Madrid: SEGG. https://www.segg.es

World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

valladolid este ATENCION PRIMARIA

II Congreso EF y C de Castilla y León.
Valladolid, 6 de marzo de 2026

“DEJAR DE FUMAR ES TU MEJOR DECISIÓN”

Consulta de Deshabituación Tabáquica. Centro de Salud Santa Elena (Zamora)

Autores: Ana Isabel García Tejera, Candelas Isidro Marcos, María Grech Blanco, Yolanda Martín Vaquero, Jose Ángel Sánchez Cerezal y Vanesa López Mozo.
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora.

JUSTIFICACIÓN/OBJETIVO

- **Herramienta estratégica para mejorar la calidad de vida de la comunidad mediante intervenciones clínicas accesibles y organizadas.**
- **Ofrecer un recurso rápido para motivar a las personas fumadoras hacia una consulta específica.**
- **Resaltar el papel de la enfermería en la aplicación de tratamientos basados en la evidencia científica para ayudar a los pacientes a abandonar el hábito.**

POBLACIÓN

Personas fumadoras atendidas en el Centro de Salud Santa Elena (Zamora) que puedan beneficiarse de una intervención estructurada para dejar de fumar.

CONTENIDO

I. ¿POR QUÉ DAR EL PASO?

Corazón más fuerte: Menos riesgo de infarto e ictus.
Pulmones más sanos: Menos riesgo de cáncer y EPOC.
Más energía y calidad de vida.
Protección global: frente a enfermedades crónicas.

II. ¡NO ESTÁS SOLO!

Consultas especializadas de Enfermería.
Apoyo psico-conductual basado en evidencia.
Farmacoterapia cuando está indicada.
Seguimiento flexible: presencial o telefónico.

III. ¿CÓMO TRABAJAMOS?

Siguiendo las recomendaciones de la **guía de buenas prácticas de la RNAO**, impulsa la práctica clínica basada en la evidencia.

Evaluación inicial.
Plan individualizado.
Estrategias para mejorar el síndrome de abstinencia.
Refuerzo continúo y prevención de recaídas.

IV. ¿ESTAS LISTO PARA DEJAR DE FUMAR?

“No dejes que el tabaco decida por ti”

Centro de Salud de Atención Primaria Santa Elena. Zamora.
Consulta con tu **Médico o Enfermera. Pide tú cita.**

APLICABILIDAD PRÁCTICA

- **Captación de fumadores e identificación rápida del servicio específico y donde dirigirse para pedir ayuda.**
- **Recordatorio visual de la guía estratégica a seguir.**
- **Referencia para la implementación de este recurso en otros centros.**

BIBLIOGRAFÍA

1 Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses’ Association of Ontario, RNAO) (2017). Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica diaria (3a ed.) Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).

2 Proceso Asistencial Integrado para la atención a las personas fumadoras. Valladolid: Consejería de Sanidad; Dirección General de planificación y asistencia sanitaria; 2019. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo.

Más allá de la pastilla: el papel del paciente en el tratamiento con acenocumarol

Laura Bécares Cartón, Irene Mártinez Suárez ,Leticia Trancón Veiga, Marina Sánchez Sánchez y Ana Isabel Liébana Morán.

PALABRAS CLAVE: Acenocumarol, Educación del paciente , Autocuidado, Adherencia terapéutica, Interacciones medicamentosas.

1 JUSTIFICACIÓN

El tratamiento con acenocumarol exige un control estrecho del INR y una adecuada implicación del paciente para prevenir complicaciones hemorrágicas y trombóticas. Dado el elevado número de pacientes anticoagulados en Atención Primaria, resulta fundamental reforzar la educación sanitaria como herramienta de prevención y promoción del autocuidado.

OBJETIVO

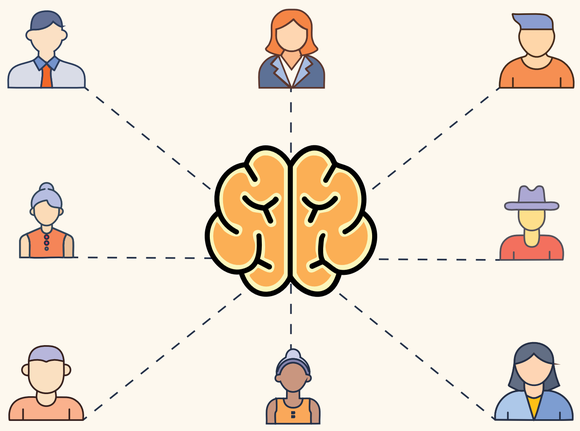
Elaborar una infografía con recomendaciones claras y prácticas para personas en tratamiento con acenocumarol, orientadas a:

- **Prevenir alteraciones del INR.**
- **Reducir riesgos asociados a viajes, alimentación y medicación concomitante.**
- **Favorecer un autocuidado seguro y responsable.**

2 POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

PERSONAS EN TRATAMIENTO CON ACENOCUMAROL.

CUIDADORES Y/O FAMILIARES.



3 DESCRIPCIÓN



VIAJES Y VUELOS

- **Lleve la medicación en el equipaje de mano.**
- **Mantenga su horario habitual de toma horario.**
- **En viajes largos, muévase con frecuencia.**
- **Tenga su informe de paciente anticoagulado.**



SEÑALES DE ALARMA

- **Sangrados frecuentes.**
- **Hematomas espontáneos.**
- **Orina roja o heces negras.**
- **Cefalea intensa y repentina.**



FÁRMACOS

- **No inicie nuevos medicamentos sin consultar. Atención a antibióticos y antiinflamatorios.**
- **Evite la automedicación y productos naturales.**
- **Informe siempre de que está anticoagulado.**

ALIMENTACIÓN

- **Mantenga una dieta equilibrada y regular.**
- **Consuma vitamina K de forma constante.**
- **No consuma alcohol.**



4 APLICABILIDAD

- **Material educativo para la consulta de Atención Primaria.**
- **Mejorar el conocimiento del paciente.**
- **Reducir eventos adversos.**
- **Reforzar el papel de la enfermería en la educación sanitaria y el empoderamiento del paciente.**

5 BIBLIOGRAFÍA

Sacyl

valladolid este ATENCION PRIMARIA

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA PARA UN USO SEGURO Y EFICAZ DE LA COMPRESIÓN TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Sánchez Manso, Carolina L.

INTRODUCCIÓN

Para el manejo de la insuficiencia y las úlceras venosas en extremidades inferiores se aplica compresión terapéutica. Su aplicación tardía, incompleta o incorrecta, por ejemplo en casos contraindicados o con presión inadecuada, empeora los resultados, aumenta el dolor y disminuye la adherencia al tratamiento.

OBJETIVOS

(1) Identificar errores frecuentes en indicación, selección y aplicación de compresión terapéutica en AP; (2) sintetizar precauciones/interacciones clínicas y medidas de seguridad; (3) generar una lista de verificación y recomendaciones actualizadas para práctica clínica.

METODOLOGÍA

Revisión integradora con síntesis narrativa orientada a seguridad y aplicabilidad en Atención Primaria.
Palabras clave: Vendajes compresivos; Úlcera de la Pierna; Insuficiencia Venosa; Índice Tobillo-Brazo; Atención Primaria de Salud
Fuentes de información: MEDLINE/PubMed y consulta dirigida de documentos clave en portales institucionales y sociedades científicas (NICE, EWMA, SIGN) y búsqueda manual de referencias (“snowballing”).
Periodo e idioma: 2010–febrero 2026; inglés y español.
Criterios de inclusión: guías/consensos, revisiones (incl. scoping reviews), y estudios clínicos/observacionales con recomendaciones sobre: ITB/ABPI previo, contraindicaciones, elección del sistema (multicapa, corta elasticidad, medias/dispositivos), técnica/presión y seguimiento; aplicables a atención comunitaria/AP.
Exclusión: publicaciones sin texto completo, sin componente de seguridad/ABPI/contraindicaciones, o centradas exclusivamente en entorno quirúrgico/hospitalario sin trasladabilidad a AP.
Selección y extracción: cribado por título/resumen y lectura a texto completo; extracción estandarizada de: tipo de documento, población/ámbito, umbrales ABPI, contraindicaciones, recomendaciones de aplicación, signos de alarma, frecuencia de reevaluación y formación necesaria.
Se priorizaron recomendaciones coincidentes entre guías/consensos y evidencia de mayor calidad.

RESULTADOS

La revisión identificó múltiples errores frecuentes en la indicación y aplicación de la compresión terapéutica en Atención Primaria que se asocian a efectos adversos, dolor y menor adherencia al tratamiento: falta de valoración vascular previa (Índice Tobillo-Brazo, ITB), interpretación incorrecta del resultado, omisión de contraindicaciones, selección inadecuada del sistema de compresión, técnica de aplicación deficiente, y ausencia de información al paciente y seguimiento.
Consecuencias observadas
- Efectos no graves frecuentes: irritación cutánea, molestias y dolor local.
- Riesgos raros pero serios: daño tisular y necrosis distal que se produce cuando la perfusión arterial es insuficiente y se aplica compresión inapropiada.

Umbrales vasculares y recomendaciones de seguridad para la práctica en Atención Primaria:
- ABPI / ITB > 0,8 → indicación para compresión completa (terapia compresiva eficaz).
- ABPI 0,5–0,8 → compresión reducida/con precaución: baja presión, utilizar dispositivos inelásticos con control y vigilancia estrechas.
- ABPI < 0,5 → contraindicación para inicio de compresión. Se debe derivar para valoración vascular y manejo por atención especializada.
- Complementar la prueba ITB con presión de tobillo (≥60 mmHg) o presión en el dedo del pie (≥30 mmHg) cuando existan dudas por calcificación arterial o diabetes.

Presión terapéutica orientativa
- En úlceras venosas con perfusión adecuada se considera indicado aplicar presiones terapéuticas sustanciales (p. ej. ≈40 mmHg de presión objetivo en reposo para sistemas de compresión fuertes), ajustando según tolerancia del paciente y sus comorbilidades.

Factores relacionados con fallos en la práctica
- Evaluación insuficiente: no medir o interpretar mal el ITB antes de la compresión.
- Selección inapropiada del sistema: elegir vendajes o medias no adecuados a la fragilidad, edema o tolerancia del paciente.
- Técnica de aplicación: tensión, número de capas y colocación incorrecta generan puntos de presión elevados, aumenta el riesgo de daño local.
- Falta de educación al paciente: no informar sobre signos de alarma como aumento del dolor, palidez, parestesias, frialdad o cambio de color en las extremidades.
- Carencia de formación y protocolos locales: profesional no entrenado aumenta la probabilidad de errores.

Efectividad y adherencia
- Cuando la compresión es correctamente indicada y aplicada, mejora la remisión del edema y la cicatrización de úlceras venosas; la adherencia aumenta si el sistema se adapta a las necesidades del paciente y se refuerza con educación y seguimiento.

Implicaciones operativas (mensajes claves para AP)
- Medir ITB/ABPI antes de iniciar compresión en todos los casos de sospecha de insuficiencia venosa/úlceras.
- Usar umbrales claros para elegir intensidad de compresión (ver arriba).
- Establecer procedimiento estándar: selección de dispositivo, técnica de vendaje, información al paciente y calendario de reevaluación (48–72 h inicialmente y periódicamente).
- Implementar checklist y formación práctica para reducir errores y eventos adversos.

CONCLUSIONES/IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

En Atención Primaria, la seguridad y efectividad requieren estandarizar la actuación de los profesionales ante posibles casos que requieran el uso de compresión terapéutica: ITB previo, selección del modelo de compresión según el paciente, aplicación de la técnica correcta, reevaluación periódica, correcta información al paciente y educación continuada para los profesionales. Se propone incorporar una checklist para reducir errores y mejorar resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Rabe E, Partsch H, Hafner J, Lattimer CR, Mosti G, Neumann M, et al. Risks and contraindications of medical compression treatment – a critical reappraisal. An international consensus statement. Phlebology. 2020;35(7):447-460.
- Weller CD, Evans SM, Staples MP, Aldons PM, McNeil JJ. ABPI reporting and compression recommendations in global clinical practice guidelines on venous leg ulcer management: a scoping review. Int Wound J. 2018;15(3):406-419.
- Harding K, Dowsett C, Fias L, Jelnes R, Mosti G, Öien R, et al. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. London: Wounds International; 2016.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Compression products for treating venous leg ulcers (HTE32). London: NICE; 2025.
- Valesky EM, Altmeyer P, Stücker M, Reich-Schupke S. S2k guideline: diagnosis and treatment of venous leg ulcers. J Dtsch Dermatol Ges. 2024;22(3):e1-e32.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers. Edinburgh: SIGN; 2010.
- Ning J, Zhang Y, Huang J, Zhang J. Interface pressure changes under compression bandages: implications for monitoring and adjustment. J Tissue Viability. 2021;30(2):256-262.
- European Wound Management Association (EWMA). Compression therapy: a position document on compression bandaging. London: MEP Ltd; 2023.

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Determinantes sociales que predisponen la soledad en el anciano: Un papel de Enfermería Comunitaria

MARTÍNEZ LANZAS, SILVIA; VIDAL CABO, ELENA; ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, LIDIA. COMPLEJO ASITENCIAL DE ÁVILA

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los cambios sociales más relevantes en la actualidad, y **está directamente relacionado con el aumento de esperanza de vida.** En **España**, según el Instituto Nacional de Estadística, **la esperanza de vida alcanza los 84,01 años**, situando al país entre los más longevos. Sin embargo, **este fenómeno incrementa** el riesgo de **soledad no deseada**, lo que representa un desafío para la salud pública. Ante ello, **la Enfermería Comunitaria es clave** para la prevención, detección y abordaje de esta problemática.

Objetivo: Analizar los **determinantes sociales** que predisponen **la soledad en el anciano** para identificar **estrategias comunitarias eficaces**.

Grafica 1. Población de España (2026) vs Población anciana



Fuente:Instituto Nacional de Estadística (INE)

Metodología

Revisión narrativa basada en **metodología PIO;**

DeCs/MeSh: Determinantes sociales de salud/Social Determinants of Health, soledad/Loneliness, anciano/aged, Enfermería Comunitaria/Community Health Nursing.

Operador Boleanos: And.

Bases de datos y Cadenas de búsqueda:

PUBMED;(Loneliness)AND(aged)AND(community health nursing)AND(social determinant*of health)

İLILACS; Intervenciones en ancianos con soledad.

Criterios de Selección: Artículos publicados en los últimos 5 años, idiomas; (español/ingles/portugués) Caspe>7, población anciana.

Artículos	Pubmed	Lilacs
Encontrados	17	14
Cribados	13	13
Seleccionados	4	1

TOTAL: 5 artículos seleccionados

Fuente: Elaboración propia

Resultados

Los **principales determinantes sociales** asociados al riesgo de soledad son;

- Demográficos: Sexo femenino y estado civil; especialmente viudez y divorcio.
- Socioeconómicos: Nivel económico y educativo bajo
- Psicosociales: Disminución del apoyo social percibido y de relaciones sociales.

Para abordarlos, las **intervenciones enfermeras más efectivas** son:

a.**Comunicación presencial o telefónica.**

b.**Información y derivación a recursos sociales comunitarios.**

Conclusiones

Las intervenciones de Enfermería Comunitaria son vitales para reducir la percepción de soledad, además de mejorar bienestar y calidad de vida de las personas mayores que la sufren.

Bibliografía

¡Escanéeme!

“Horas muertas” en el paciente dependiente moderado/grave

La inactividad prolongada como determinante clínico oculto

Raquel Gento Rodríguez[1], Laura Molina Arriero[2], María Carmen Navamuel Retuerto[3], Julio Parra Calleja[4], Miguel Ángel Morales Torres[5] y Sara Pindado Navas[2].

[1]EIR - GAPVAO - C.S. Parque Alameda Covaresa, [2]Enfermera especialista en EFYC - GAPVAO - C.S. Parque Alameda Covaresa, [3]Enfermera - GAPVAE - C.S. Tudela de Duero, [4]Enfermero especialista en EFYC - Valencia y [5]Enfermero - GAPVAO - C.S. Parque Alameda Covaresa.

Justificación del estudio

El tiempo inmóvil también es un factor de riesgo.

En pacientes con dependencia moderada/grave (Barthel ≤60), la inactividad prolongada no es neutra. Las “horas muertas” representan periodos mantenidos sin participación física, cognitiva o social con significado.

Se asocian a:
- Deterioro funcional acelerado
- Fragilidad progresiva
- Mayor institucionalización
- Incremento de mortalidad

Constituyen un factor modificable que no se evalúa de forma sistemática en la práctica clínica habitual.



Objetivos

Analizar la evidencia disponible sobre la inactividad prolongada como:
- Indicador de riesgo clínico
- Determinante funcional
- Variable intervenible desde la práctica enfermera

En pacientes con dependencia funcional moderada/grave, tanto en instituciones como en domicilio.

Método

Revisión bibliográfica estructurada.

Bases de datos: PubMed, CINAHL, Cochrane Library y Web of Science.

Periodo: 2004-2025.

Idiomas: español e inglés.

Se incluyeron estudios observacionales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que analizaran inactividad y participación significativa en personas con dependencia medida mediante escalas validadas.

Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en sedentarismo sin evaluación de participación activa.

Resultados

Los pacientes con Barthel ≤60 presentan:
- Más de 10 horas diarias sin estimulación significativa.
- Hasta el 77% del tiempo observado en residencias corresponde a inactividad pasiva.

Se asocian a:
- Mayor deterioro funcional
- Incremento de complicaciones clínicas
- Aumento de mortalidad

Factores que incrementan la inactividad:
- Deterioro cognitivo
- Depresión
- Dependencia en transferencias

Las intervenciones más efectivas comparten tres elementos:
- Enfoque multicomponente
- Individualización
- Actividades con significado ocupacional

Horas muertas

Pacientes dependientes

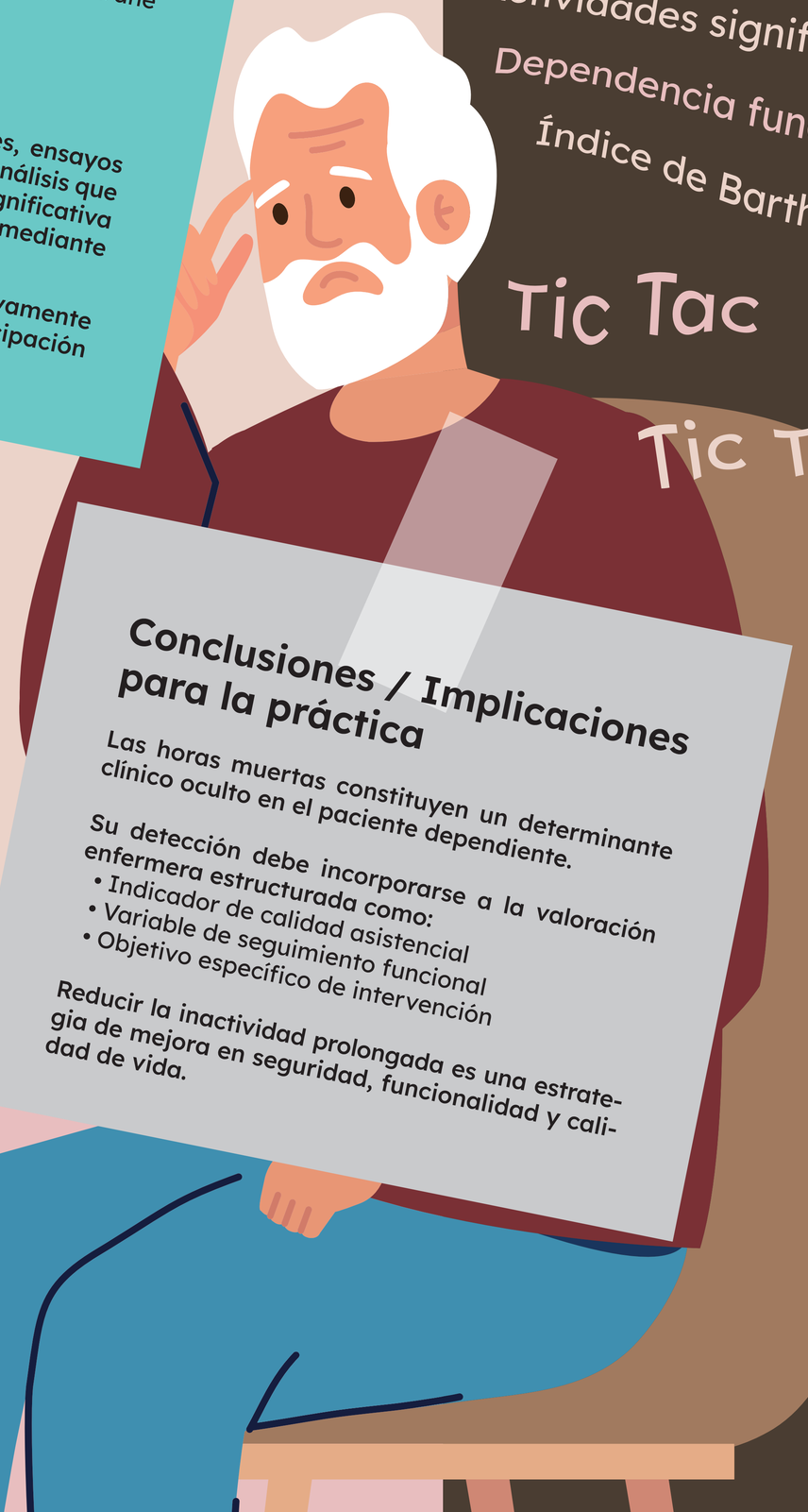
Actividades significativas

Dependencia funcional

Índice de Barthel

Tic Tac

Tic Tac



Conclusiones / Implicaciones para la práctica

Las horas muertas constituyen un determinante clínico oculto en el paciente dependiente.

Su detección debe incorporarse a la valoración enfermera estructurada como:
- Indicador de calidad asistencial
- Variable de seguimiento funcional
- Objetivo específico de intervención

Reducir la inactividad prolongada es una estrategia de mejora en seguridad, funcionalidad y calidad de vida.

Bibliografía

1. Martín Moreno V, Martínez Sanz MI, Martín Fernández A, et al. Proposal for a revised Barthel Index classification based on mortality risk assessment in functional dependence for basic activities of daily living. Front Public Health. 2024;12:1372456. doi:10.3389/fpubh.2024.1372456

2. Ryg J, Engberg H, Anru PL, et al. Activities of daily living at hospital admission and estimated survival time of older patients. Age Ageing. 2021;50(5):1710–1717. doi:10.1093/ageing/afab071

3. McManus C, Oseroff BH, Zimbroff RM, et al. Shedding light on an invisible population in geriatric medicine: a scoping review of older adults who are homebound. J Am Geriatr Soc. 2025;73(1):123–135. doi:10.1111/jgs.18654

4. Imágenes de www.freepik.es

DETECCIÓN Y MANEJO DE “HORAS MUERTAS” EN PACIENTE DEPENDIENTE

Raquel Gento Rodríguez[1], Alicia Quintano Pintado[2], Laura Molina Arriero[3], Mª Carmen Navamuel Retuerto [4]

[1]EIR Enfermería Familiar y Comunitaria. GAP Valladolid Oeste (GAPVAO). [2] Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. C.s.Rural II. GAP Valladolid Oeste (GAPVAO). [3] Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. C.s. Sur. GAP Valladolid Oeste (GAPVAO). [4] Enfermera. C.s. Tudela de Duero. GAP Valladolid Este (GAPVAE).

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

valladolid este ATENCION PRIMARIA

JUSTIFICACIÓN

- En pacientes con Barthel <60 son frecuentes largos periodos de inactividad durante el día.
- En Atención Primaria no existen criterios claros para detectar de forma sistemática esta situación.
- La falta de identificación dificulta la intervención enfermera precoz.

OBJETIVO

Diseñar una herramienta sencilla que permita:

- Detectar periodos prolongados de inactividad
- Decidir cuándo intervenir
- Traducir la observación a lenguaje NANDA–NIC–NOC

POBLACIÓN

Pacientes con Barthel <60 en:

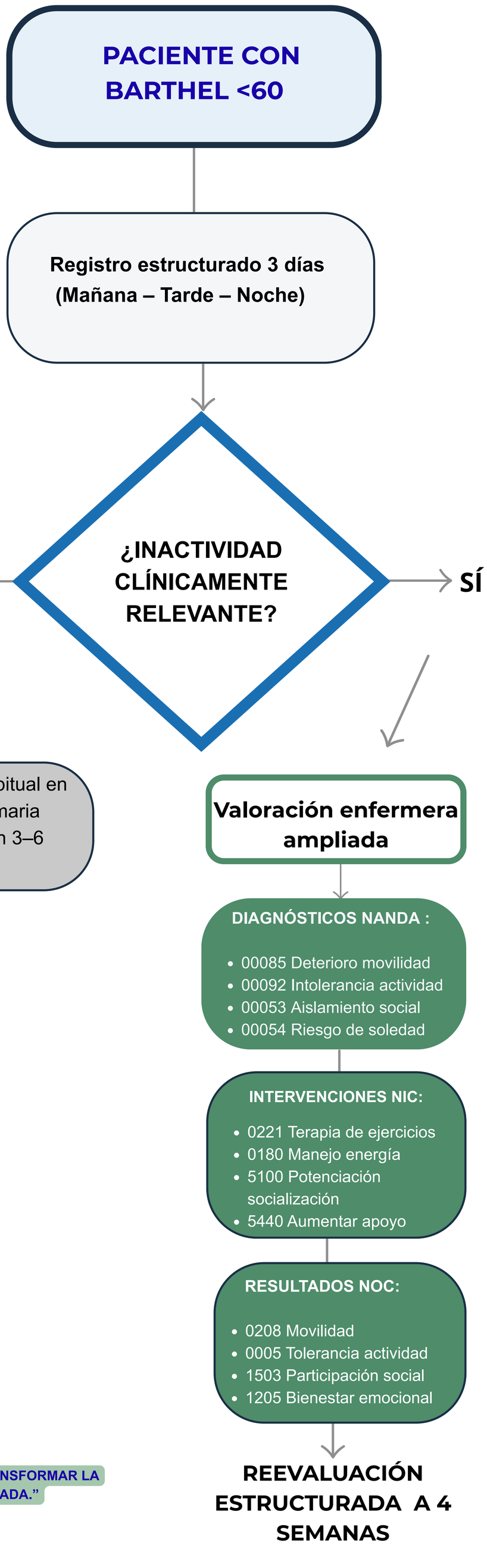
- Atención domiciliaria
- Consulta de Atención Primaria
- Coordinación sociosanitaria

¿QUÉ SON “HORAS MUERTAS”?

Término que usamos como etiqueta operativa para referirnos a:

- Periodos prolongados de inactividad no significativa en pacientes dependientes.
- No es un diagnóstico.
- Forma práctica de identificar un problema clínico observable

“LA DETECCIÓN ESTRUCTURADA DE LAS ‘HORAS MUERTAS’ PERMITE TRANSFORMAR LA OBSERVACIÓN CLÍNICA EN INTERVENCIÓN ENFERMERA PLANIFICADA.”



RESULTADOS ESPERADOS

La aplicación sistemática de un procedimiento estructurado para la detección de “horas muertas” en pacientes con Barthel <60 podría favorecer:

- Identificación objetiva de periodos prolongados de sedentarismo
- Intervención precoz frente a las consecuencias de la inactividad mantenida,
- Actuación sobre factores modificables relacionados con deterioro cognitivo,
- Detección y abordaje del aislamiento social clínicamente relevante

Impacto clínico potencial

- Mantenimiento de la capacidad funcional residual.
- Disminución de complicaciones asociadas a inmovilidad prolongada.
- Mejora del bienestar físico, cognitivo y social.
- Atención más proactiva en personas con alta dependencia.

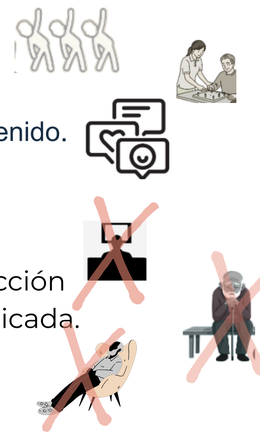
DEFINICIÓN OPERATIVA

Se considera ***inactividad clínicamente relevante*** cuando se cumple ≥1 criterio durante registro estructurado de 3 días(mañana -tarde-noche):

- 🕒 ≥6 h/día sin actividad significativa
- 🪑 ≥2 h consecutivas sin estimulación estructurada
- 📉 <2 actividades significativas/día
- 💬 <15 min interacción social significativa

ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA:

- Actividad física funcional
- Actividad cognitiva dirigida
- Interacción social con contenido.



No incluye

- T.V. pasiva
- Sedestación sin interacción
- Somnolencia no planificada.

BIBLIOGRAFÍA

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

INTERVENCIÓN ENFERMERA MULTIFACTORIAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA REDUCIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Verónica Galende de Castro. R1 de EFyC (VGALENDE@SALUDCASTILLAYLEON.ES).
María-Teresa Quijada Gil. Enfermera Especialista EFyC (TQUIJADA@SALUDCASTILLAYLEON.ES)
GAS. ZAMORA.

INTRODUCCIÓN

Las **enfermedades cardiovasculares** constituyen la **primera causa de mortalidad** femenina en España, representando el **28,9 %** de las **defunciones**. En **Castilla y León**, especialmente en entornos rurales, la carga de enfermedad es superior a la media nacional.

Las **intervenciones** lideradas por **enfermería** en **Atención Primaria** han demostrado eficacia en el control de **FRCV**; sin embargo, existen escasos programas diseñados específicamente para mujeres e integrando perspectiva de género.

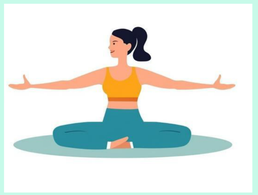
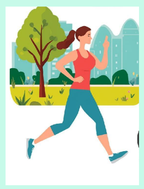
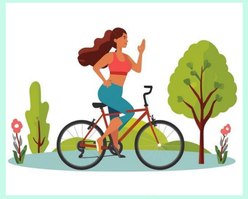
OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la efectividad de una intervención enfermera multifactorial con enfoque de género para reducir el riesgo cardiovascular en mujeres ≥40 años con FRCV.

Objetivos específicos:

- Reducir el riesgo cardiovascular estimado mediante SCORE2.
- Mejorar perfil lipídico, presión arterial e IMC.
- Incrementar actividad física y adherencia a dieta mediterránea.
- Reducir consumo de tabaco.
- Mejorar calidad del sueño y satisfacción con los cuidados.

METODOLOGÍA

Estudio **cuasi-experimental prospectivo** con **grupo intervención** (GI) y **grupo control** (GC), desarrollado en **Atención Primaria.**
Muestra estimada: **63** mujeres (31–32 por grupo).
Intervención (6 meses):

- Seis **talleres grupales estructurados** (nutrición, ejercicio físico, relajación, deshabituación tabáquica y salud cardiovascular en menopausia).
- **Seguimiento** telefónico mensual.
- **Evaluaciones** en inicial, 3 y 6 meses.

Variable principal:

- Variación del riesgo cardiovascular mediante SCORE2.

Análisis estadístico:

- SPSS v29.
- Nivel de significación p<0,05.

Consideraciones éticas:

Estudio aprobado por el comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Zamora. Fecha de aprobación: 16 de diciembre de 2025.
Se garantizará confidencialidad conforme a normativa vigente.

RESULTADOS

El estudio cuenta con aprobación ética y se encuentra **actualmente** en **fase de implementación**.

- Protocolo definitivo aprobado.
- Intervención estructurada y calendarizada.
- Variables y plan estadístico definidos.
- Preparación/inicio de captación de participantes.

La recogida de datos permitirá **evaluar cambios en riesgo cardiovascular** estimado, parámetros clínicos y variables conductuales a los 3 y 6 meses.

CONCLUSIONES

Este estudio propone un modelo de intervención enfermera estructurada, con perspectiva de género, potencialmente replicable en Atención Primaria.
Su implementación puede contribuir a:

- **Reducir desigualdades en salud cardiovascular femenina.**
- **Mejorar el abordaje integral de los FRCV.**
- **Reforzar el papel de la enfermería comunitaria en prevención primaria basada en evidencia.**

BIBLIOGRAFIA

Prevenir la Amputación desde la Consulta de Enfermería en Atención Primaria

María Velasco Martín Calero[1]; Virginia Álvarez Rodríguez[2]; Sara Dominguez Gonzalez[1]; Jesús Gómez Herrero[3]; Marta Bayon García[3]
1. Centro de salud Plaza del Ejército 2, Centro de salud Delicias II, 3 Centro de salud Arturo Eyries

Abordaje integral del pie diabético · Estratificación, exploración y prevención · Atención Primaria

Pie Diabético | Amputación Quirúrgica | Diabetes Mellitus | IWGDF 2023 | Enfermería Familiar y Comunitaria

1. Inspección Visual del Pie

Retirar calzado, calcetines y apósitos. Examinar ambos pies buscando…

- Deformidades y prominencias óseas
- Alteraciones ungueales
- Coloración e hidratación
- Pérdida de vello
- Limitación movilidad articular
- Signos de presión plantar
- Lesiones cutáneas y úlceras
- Temperatura y edemas
- Signos de mala higiene
- Síntomas neuropáticos

Registrar en historia clínica: úlceras/amputaciones previas, isquemia, cirugía vascular, retinopatía, tabaquismo y enfermedad renal

2. Cribado Neuropático (NDP)

DM tipo 2: desde el diagnóstico, anualmente. DM tipo 1: a los 5 años, luego anualmente.

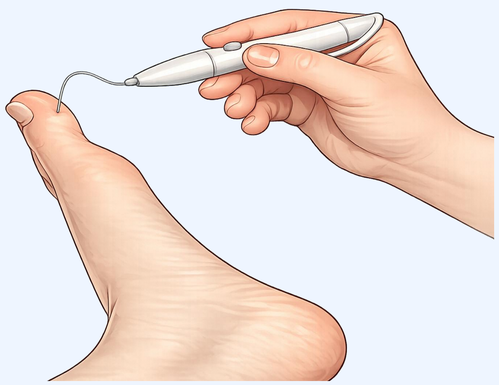
A Monofilamento Semmes-Weinstein 10 g

Aplicar en 3 puntos plantares distales: pulpejo del 1.er dedo y cabezas del 1.er y 5.º metatarsiano. Prueba (+) si pérdida de sensibilidad en ≥1 punto.

B Diapasón 128 Hz

Aplicar sobre la falange distal del 1.er dedo (dorso), perpendicularmente con presión constante. Alternar con al menos una aplicación sin vibración.

Pérdida de Sensibilidad Protectora (PSP)
→ Indica: Neuropatía Diabética Periférica (NDP)
→ Aumenta el riesgo de úlcera y amputación
→ Escalar categoría de riesgo IWGDF



Exploración con Monofilamento Semmes-Weinstein 10 g
Prueba de cribado neuropático · Aplicar en 3 puntos plantares distales

Estratificación del Riesgo · IWGDF 2023

CAT.	NIVEL DE	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
0	Muy Bajo	Sin PSP y sin EAP
1	Bajo	PSP o EAP (uno de los dos)
2	Moderado	PSP + EAP, o PSP/EAP + deformidad del pie
3	Alto	PSP + EAP + Úlcera previa, amputación o IRC terminal

PSP: Pérdida de Sensibilidad Protectora · EAP: Enfermedad Arterial Periférica · IRC: Insuficiencia Renal Crónica

Periodicidad de Revisión según Riesgo

RIESGO 0 · MUY BAJO
1 vez/año
Revisión anual en todos los pacientes con DM

RIESGO 1 · BAJO
6-12 meses
Revisión cada 6 a 12 meses

RIESGO 2 · MODERADO
3-6 meses
Revisión cada 3 a 6 meses

RIESGO 3 · ALTO
1-3 meses
Revisión cada 1 a 3 meses

⚠ Señales de Alarma · Derivación Urgente

- **Úlcera activa** o **herida que no cicatriza** en más de 2 semanas
- **Signos de infección**: eritema, calor, supuración, fiebre
- **Isquemia crítica**: dolor en reposo, palidez, frialdad extrema
- **Necrosis o gangrena** (parcial o total del pie)
- **Pie de Charcot:** edema, calor y deformidad aguda
- **ITB < 0,5** o **ausencia bilateral de pulsos pedios**



3. Exploración Vascular (EAP)

A Palpación de Pulsos Pedios

Pulso pedio dorsal y tibial posterior en ambos pies. Anualmente en todos los pacientes con DM. Pulsos disminuidos o ausentes → calcular ITB.

B Índice Tobillo-Brazo (ITB)

Indicado si pulsos disminuidos/ausentes o síntomas de claudicación. Cociente entre presión sistólica tobillo y presión sistólica braquial.

0,9 – 1,3	Normal · Sin enfermedad arterial
0,7 – 0,9	**EAP leve** · Seguimiento estrecho
0,5 – 0,7	**EAP moderada** · Derivar a cirugía vascular
< 0,5	**EAP grave** · Derivación urgente

ITB > 1,3 puede indicar calcificación arterial (falso negativo)

4. Educación y Medidas Preventivas

- ✓ Inspección diaria del pie por el paciente o cuidador
- ✓ Hidratación de la piel (evitar espacios interdigitales)
- ✓ Corte de uñas recto, sin apurar los bordes laterales
- ✓ Control glucémico óptimo (HbA1c < 7% si posible)
- ✓ Higiene diaria con agua tibia y secado entre dedos
- ✓ Calzado adecuado: amplio, sin costuras internas, sin talón
- ✓ No caminar descalzo ni usar bolsas de agua caliente
- ✓ Abandono del tabaquismo · Control tensión arterial

Flujo de Actuación en Consulta

1 Anamnesis y antecedentes
Revisar historia: úlceras previas, amputaciones, comorbilidades, control glucémico, tabaquismo

2 Inspección visual completa
Retirar calzado y calcetines. Examinar piel, uñas, deformidades, temperatura y coloración

3 Exploración vascular
Palpación de pulsos pedios. Si ausentes o disminuidos → calcular ITB

4 Cribado neuropático
Monofilamento 10 g y/o diapasón 128 Hz. Registrar pérdida de sensibilidad protectora

5 Estratificación IWGDF
Clasificar riesgo 0-3 y programar próxima revisión según periodicidad establecida

6 Educación y derivación
Educación terapéutica, medidas preventivas y derivación si señales de alarma

38,7%

Solo el **38,7% de los pacientes con DM tipo 2 tienen registrada una exploración de pies en el último año en SACYL.**
Esta infografía facilita el cumplimiento del indicador de calidad y la Cartera de Servicios de AP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abordaje del pie diabético. Estrategia de Diabetes del SNS. Sanidad.gob.es. 2022.
2. Armstrong DG, Tan T, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers: A Review. JAMA. 2023;330(1):62–75.
3. All IWGDF guidelines (2023 update). iwgdfguidelines.org.
4. BOE-A-2010-10364 Orden SAS/1729/2010. Programa formativo Enfermería Familiar y Comunitaria.
5. Andrés Gonzalo C et al. Cartera de Servicios de Atención Primaria. SACYL. 2019.

Escanea para ver bibliografía completa

095 PASOS SEGUROS: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOGAR PARA PERSONAS MAYORES

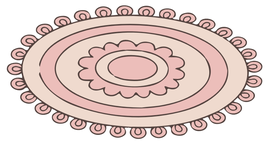
Mª Victoria Barajas Lorenzo[1], Teresa de Jesús Carretero Salvador[2], Verónica Sánchez Bueno[3], Silvia Bravo Santos[4], Noelia García González[5], Marta Sánchez Casero[6]

[1]EIR 2º EFyC Salamanca (CS Capuchinos), [2]Enfermera (CS Capuchinos), [3]Enfermera (CS Sancti-Spiritus-Canalejas), [4]EIR 2ºEFyC Salamanca (CS Casto Prieto), [5]Enfermera (CS Capuchinos), [6]Enfermera (CS Casto Prieto)

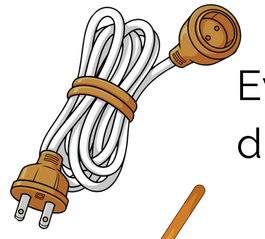
ENTORNO SEGURO EN CASA



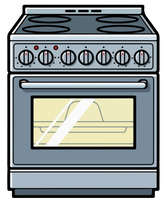
Asegura una **buena iluminación. Enciende** la luz cuando te levantes por la **noche**.



Di adiós a las ***alfombras***.



Evita tener ***obstáculos*** que dificulten el paso.



En la cocina, mejor tener ***todo a mano.***



En la ducha, utiliza **pasamanos** para agarrarte.



Asegurate de que el **suelo** está **seco** antes de caminar sobre él.

ACTIVIDAD FÍSICA



Haz *ejercicio de* ***forma regular.***



Mantente ***activo/a.*** ***Sal a pasear.***



Usa un calzado cómodo que ***sujete el pie***.
Evita los *zuecos*.

Y RECUERDA...



Usa todas las **ayudas** que necesites.



Acude a tu Centro de Salud a las **revisiones periódicas.**



valladolid este ATENCION PRIMARIA

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

BIBLIOGRAFÍA →

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

Evidencia Científica en el Manejo de Melanoma Cutáneo y Satelitosis: Revisión 2026

Fernández Ramajo, Mª Aránzazu (1); Pérez Rábano, Natalia (2); Rodriguez Samaniego, Laura (1).
1. Enfermera especialista Familiar y comunitaria, 2. EIR 2 Centro de salud Barrio España

INTRODUCCION Y OBJETIVO

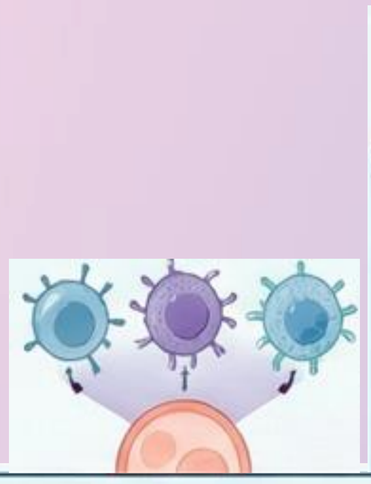
El melanoma cutáneo es una neoplasia maligna derivada de los melanocitos, con una alta capacidad metastásica.

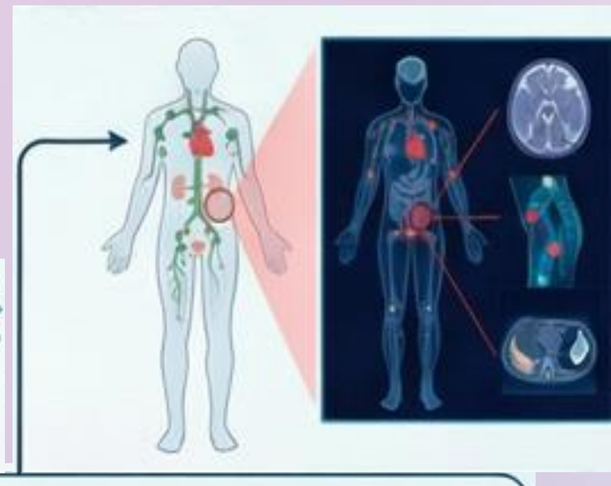
- La **satelitosis** (metástasis cutáneas o subcutáneas a < 2 cm del tumor primario)
- Las metástasis en tránsito (a > 2 cm pero antes del ganglio regional) se clasifican según la **AJCC 8ª Edición** como estadio N1c, N2c o N3c. Su presencia es un indicador de alta agresividad.

Estas lesiones son indicadores de una biología tumoral agresiva y se clasifican, según el sistema AJCC (8ª edición), como una **enfermedad estadio N1c, N2c o N3c** (metástasis en tránsito, satélites o microsatélites), lo que altera drásticamente el pronóstico y el abordaje.

Objetivo

Sintetizar la evidencia científica actual sobre el manejo clínico de enfermería en lesiones por melanoma y satelitosis.



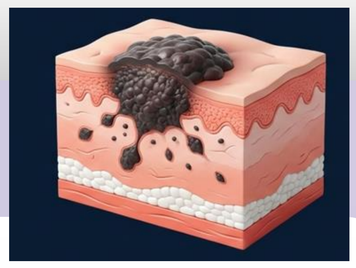




METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica (NCCN, 2025; ESMO, 2024), bases de datos como PubMed, Cochrane y guías de práctica clínica de la NCCN (v1.2025) y ESMO (2025) priorizando guías de consenso, metaanálisis y revisiones sistemáticas sobre el manejo de **heridas neoplásicas** y terapias locales/sistémicas.

- **Términos MeSH:** *Melanoma, Satellite Metastasis, Skin Care, Evidence-Based Nursing, Neoadjuvant Therapy*.



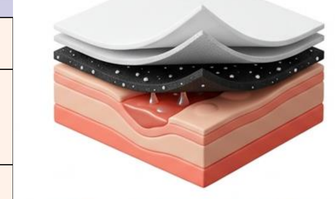
RESULTADOS

Evaluación y Diagnóstico

A. Margen Quirúrgico: La evidencia confirma que el estándar de oro es la **escisión quirúrgica amplia**. Los márgenes dependen del espesor de Breslow (ej. 1 cm para Breslow 1-2 mm; 2 cm para >2 mm).

•**Identificación de Satelitosis:** Aparecen como pápulas o nódulos pigmentados (o amelanóticos) peri-cicatriciales. Su presencia obliga a un re-estadiaje mediante pruebas de imagen (PET-CT) para descartar enfermedad a distancia.

Síntoma / Área	Intervención Basada en Evidencia
Terapia Locorregional	Uso de **T-VEC** (Talimogén laherparepvec): inmunoterapia oncolítica inyectada directamente.
Terapia sistémica	Inmunoterapia anti-PD-1 (Nivolumab/Pembrolizumab).
Control de Olor	**Grado A:** Apósitos de carbón activado con plata. Metronidazol tópico (0.8%) para anaerobios.
Hemostasia	Apósitos hemostáticos (ácido tranexámico tópico o alginatos cálcicos).
Contraindicación	**NO realizar desbridamiento cortante** en sospecha de proliferación maligna (riesgo de sangrado y diseminación).
Protección perilesional	**Películas barrera de polímeros (spray o toallita)** para evitar la denudación de la piel sana por los altos niveles de citoquinas proinflamatorias en el exudado.









CONCLUSIONES

1.Enfoque Sistémico: Manejo quirúrgico y predominantemente sistémico **Rol de Enfermería:** Función principal es la **vigilancia centinela** (detección precoz de nuevos satélites) y el manejo paliativo de las lesiones ulceradas, priorizando el confort y la integridad de la piel perilesional.

2.Educación en Toxicidad: Con el aumento del uso de inmunoterapia, la enfermera debe monitorizar eventos adversos cutáneos (prurito, vitíligo o rash maculopapular) que aparecen en el 30-50% de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

VALORACIÓN Y ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN ADULTOS

Irene Suárez Martínez, Beatriz Durante Fernández, Ana Isabel Liébana Morán, Leticia Trancón Veiga, Marta Martínez Martínez.
Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de León.

1 JUSTIFICACIÓN:

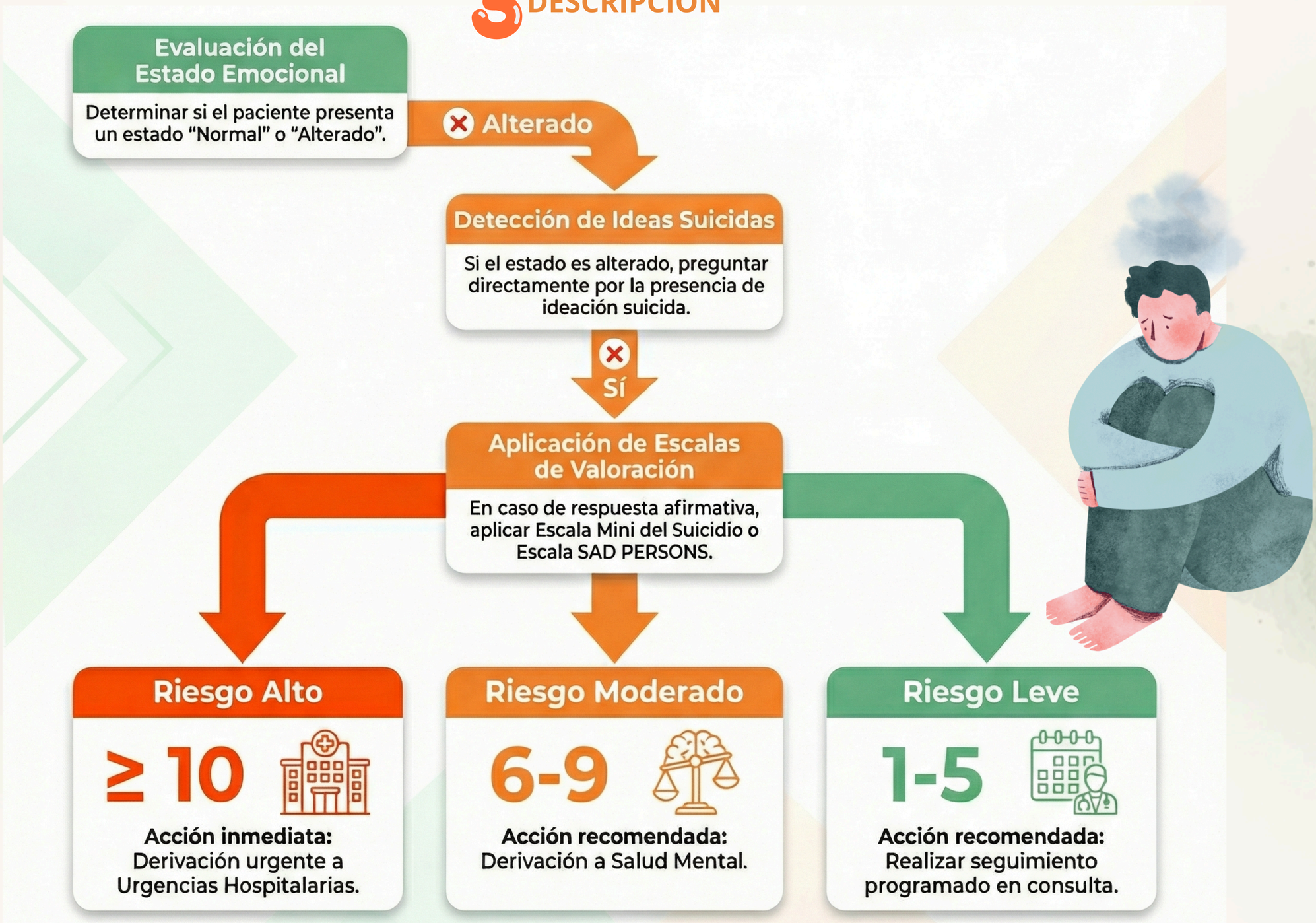
- El suicidio es la primera causa de muerte externa **prevenible** en adultos en España.
- **Variabilidad** en el cribado y registro clínico.

👉 **Objetivo: implementar guía RNAO/BPSO con algoritmo estructurado para valorar riesgo suicida en adultos.**

2 ¿A QUIÉN REALIZAR EL CRIBADO?

Todo paciente > de **18 años** que acuda de manera presencial a consulta en el Centro de Salud.

3 DESCRIPCIÓN



4 APLICABILIDAD PRÁCTICA:

- Mayor uso de **escalas validadas (Escala MINI).**
- Mejora del **registro** en Medora.
- Mayor **homogeneidad** en la toma de decisiones clínicas.
- Mejora detección precoz.
- La **Enfermera Comunitaria** es clave en prevención del suicidio.

5 BIBLIOGRAFÍA:

Sacyl

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este ATENCION PRIMARIA

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

BPSO ESPAÑA | CASTILLA Y LEÓN

CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS EN ADOLESCENTES: EFECTOS Y ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor principal: Nuria Villafáñez Roldán. Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de salud Parque Alameda-Covaresa. GAP Valladolid Oeste
Coautores: Sara Pindado Navas, Miguel Ángel Morales Torres, Laura Molina Arriero, Rocío García González, Elena Coca Escribano

JUSTIFICACIÓN

El consumo de bebidas energéticas en adolescentes es un fenómeno que ha crecido notablemente en los últimos años. Su composición, principalmente cafeína, azúcar y otros estimulantes, supone un peligro para la salud debido a los efectos adversos que puede tener en una etapa de especial vulnerabilidad.

OBJETIVOS

Sintetizar la evidencia disponible sobre los efectos del consumo de bebidas energéticas en adolescentes e identificar intervenciones aplicables desde Atención Primaria, especialmente desde el ámbito enfermero

METODOLOGÍA

Se realizó búsqueda en PubMed, Scopus, y documentos institucionales.
PALABRAS CLAVE (DeCS): Adolescente; Atención Primaria de Salud; Cafeína; Educación en Salud; Promoción de la Salud.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- **Revisiones sistemáticas y estudios observacionales con población adolescente (10–19 años), que analizaran patrones de consumo y resultados en salud o intervenciones preventivas.**
- **Estudios publicados entre enero de 2020 y enero de 2026, en inglés o español .**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **Estudios en adultos, ausencia de resultados específicos en adolescentes, o centrados exclusivamente en rendimiento deportivo sin variables de salud.**

Se identificaron 64 registros, de los cuales se evaluaron 18 textos completos, incluyendo finalmente 5 estudios en la revisión

RESULTADOS

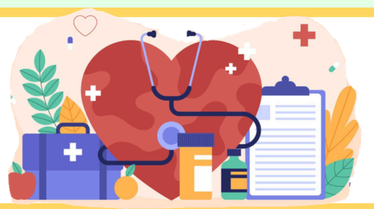
La bibliografía revisada muestra una asociación consistente entre el consumo frecuente de bebidas energéticas y una peor calidad de sueño, somnolencia diurna e insomnio.

También se describen alteraciones de salud mental como nerviosismo, irritabilidad o ansiedad o efectos cardiovasculares

Así como una mayor probabilidad de conductas de riesgo como la mezcla con bebidas alcohólicas.

CONCLUSIONES

La evidencia confirma que el consumo de bebidas energéticas en adolescentes tiene efectos adversos relevantes y puede actuar como marcador de riesgo psicosocial. Incorporar intervenciones para su abordaje en Atención Primaria es fundamental.



Cribado oportunista en consulta: frecuencia de consumo, cantidad, horario.

Consejo breve motivacional: educación sanitaria e importancia de la implicación familiar.

EpS individual y grupal: promoción de alternativas saludables en higiene del sueño, hidratación o alimentación.

Seguimiento de aquellos adolescentes que presenten sintomatología

Acciones comunitarias: a través de coordinación intersectorial.

BIBLIOGRAFÍA

¿Conoces la 'culebrilla'?

Jesús Mª Gómez Herrero (1); Marta Bayón García (1); María Velasco Martín-Calero (2); Alicia Quitano Pintado (2); Miriam Casado Segovia (1), Cesar de Pedro García (4)
1 CS Arturo Eyries GAPVAO, 2 CS Plaza del Ejército GAPVAO, 3 CS Valladolid Rural II GAPVAO, 4 CS Magdalena GAPVAE

El herpes zóster (HZ) es una enfermedad producida por la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ), que permanece latente tras la infección primaria. Afecta especialmente a mayores de 50 años y personas con inmunosupresión, cursando con erupciones vesiculares y dolor intenso, siendo la neuralgia postherpética (NPH) la complicación más frecuente que consiste en dolor crónico incapacitante que persiste tras la resolución de las lesiones.





Evita el dolor del Herpes Zóster:





¡Seguro que prefieres vacunarte!

Calendario de Vacunación Sacyl 2026: ¿Te toca a ti?

Población General

(65 y 80 años)

Recomendada para todas las personas que cumplen 65 y 80 años en 2026

Cohortes Específicas: ¿Naciste en estos años?

1957 - 1961
1944 - 1946

Si naciste entre estos años, te corresponde VACUNARTE

Grupos de Riesgo (Mayores de 18 años).

Pacientes Inmunosuprimidos (Mayores de 50 años).

Personas en tratamiento con fármacos inmunomoludadores o inmunosupresores deben consultar su vacunación.

Más info Bibliografía:

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

valladolid este ATENCION PRIMARIA

ICS Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

COMUNIDADES QUE CUIDAN:
DESCUBRE ACTIVOS PARA VIVIR CON SALUD

La salud no se basa únicamente en tratamientos o consultas: también se fortalece a través de las relaciones personales, la participación en la comunidad y los recursos del entorno. Esta infografía te muestra qué son los “activos en salud” y cómo puedes encontrarlos en tu propio barrio, para ayudarte a tomar un papel más activo en el cuidado de tu salud física y emocional.

ACTIVOS EN SALUD





SON LOS RECURSOS DE TU COMUNIDAD QUE MEJORAN TU CALIDAD DE VIDA

Promueven el uso de espacios y actividades locales para mejorar tu bienestar.



UN ESCUDO CONTRA LA SOLEDAD

La conexion social actúa como elemento protector fundamental a lo largo de toda la vida.



BIENESTAR EMOCIONAL

Conocer estos activos no solo es beneficioso a nivel físico (disminuyendo el sedentarismo), también tiene un gran beneficio emocional, ya que está comprobado que participar en actividades culturales y creativas pueden reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo. ,

EJEMPLOS Y CÓMO ENCONTRARLOS

NATURALEZA Y MOVIMIENTO

1. Caminatas saludables.
2. Huertos urbanos.
3. Salidas en bici.



CULTURA VIVA Y CREATIVIDAD



1. Grupos de teatro.
2. Bibliotecas públicas.
3. Clubs de lectura.
4. Clases de pintura.
5. Grupo de juegos de mesa.
6. Talleres de manualidades.
7. Cineforum.

¿DONDE PUEDO BUSCAR?

- Acude a tu Centro Cívico más cercano y pregunta por las actividades disponibles.
- Infórmate en la Web del Ayuntamiento de Valladolid (Clicando en “Tu Ciudad”).
- Pregunta en tu Centro de Salud.
- Utiliza la herramienta “Localiza Salud”.

TÚ ERES EL PROTAGONISTA DE TU SALUD.
EL BARRIO ES TU RECURSO.



RITMO Y EXPRESIÓN CORPORAL

Hay muchas actividades en los centros cívicos como:

1. Danza urbana.
2. Bailes de salón.
3. Sevillanas.



BIENESTAR EMOCIONAL Y AUTOCUIDADO

1. Grupos de apoyo mutuo.
2. Talleres de gestión emocional.
3. Meditación.

Autores:
Marta Sierra Rodríguez, Sandra Franco Almendárez, Esther Gómez Gonzalez, Lucía González Corroto, Mario Alejos Izquierdo, Beatriz Alonso Mañueco.

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria · Sacyl · Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León · valladolid este ATENCION PRIMARIA

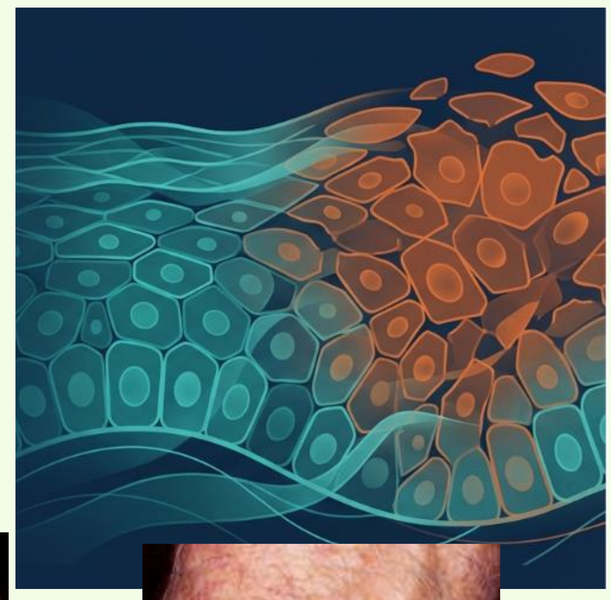
*Todos los ejemplos presentados en esta infografía corresponden a recursos reales identificados en el entorno comunitario de Valladolid.

Cuidados de Enfermería y Manejo de Lesiones en Queratosis Actínica: Revisión de la Evidencia

Fernández Ramajo, Mª Aránzazu (1); Pérez Rábano, Natalia (2); Rodriguez Samaniego, Laura (1).
1. Enfermera especialista Familiar y comunitaria, 2. EIR 2 Centro de salud Barrio España

INTRODUCCION

La queratosis actínica es una lesión preneoplásica común derivada del daño solar acumulado. Debido a su potencial de progresión a carcinoma escamoso, su abordaje requiere un manejo integral.
Objetivo: Sintetizar la evidencia científica sobre los cuidados de enfermería centrados en la preparación de la piel, la gestión de terapias tópicas/físicas y la educación terapéutica.

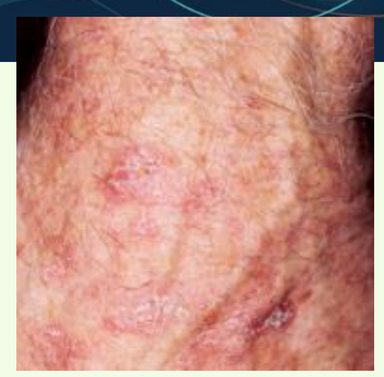


METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica sistemática en PubMed, Cochrane Library y Scopus (2016-2026). Estrategia de búsqueda utilizando. Criterios de selección: revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y ensayos controlados aleatorizados en humanos, con foco en intervenciones de enfermería y manejo de reacciones locales.







RESULTADOS

Manejo Enfermero de Erosiones y LSR en Queratosis Actínica

1. Monitorización de la Respuesta: Escala LSR (Local Skin Reaction)

Valoración de la severidad de la reacción local es el primer paso antes de decidir el tipo de cura

Signo Clínico	Grado 0 (Ausente)	Grado 1-2 (Leve/Mod)	Grado 3-4 (Severo/Alerta)
Eritema	Piel normal	Rosado/Rojo claro	Rojo intenso/Violáceo
Edema	No	Leve hinchazón	Edema marcado/Fóvea
Costras	No	Finas/Secas	Gruesas/Confluentes
Erosión	No	Punteado superficial	Ulceración/Pérdida de dermis



2. Supervisión del tratamiento tópico

Fármaco	Inicio de Erosión	Duración Reacción	Manejo Específico
Tirbanibulina	Día 3-5	Corta (8-10 días)	No interrumpir. Cura suave post-5 días.
Imiquimod	Semana 2-3	Larga (semanas)	Valorar "periodos de descanso" si LSR >3.
5-Fluorouracilo	Día 7-10	Moderada	Alto riesgo de fotosensibilidad asociada.

3. Algoritmo de Cura según el Estado de la Lesión

A. <u>Lesión Costrosa o Hiperqueratósica (Preparación)</u>

Objetivo: Reblandecer para permitir la penetración del fármaco o la reepitelización
Cura: Aplicación de **Urea al 10-20%** o vaselina salicílica.
Técnica: Cura oclusiva (2-4h) previa a la limpieza si la costra es muy adherente

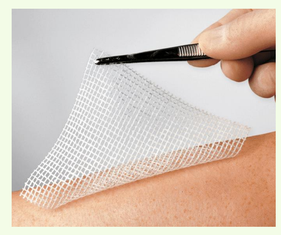






B. Fase de Erosión / Exudado (Cura Húmeda)

Objetivo: Proteger el tejido de granulación y calmar el dolor
Limpieza: Suero Fisiológico 0.9% por irrigación (presión suave)
Capa de Contacto: * **Interface de silicona o tul:** Imprescindible para evitar el arrancamiento mecánico del epitelio nuevo
Cica-cremas (Cu-Zn): En erosiones muy superficiales para control bacteriano y reparación
Absorción: Si hay exudado, usar apósitos de **espuma de poliuretano (Lite)** o hidrogeles en lámina (efecto criogénico calmante).





C. Fase de Epitelización (Mantenimiento)

Objetivo: Consolidar la barrera cutánea
Cura: Ácido hialurónico tópico + Fotoprotección física (mineral).





4. Criterios de Derivación a Dermatología

Sospecha de sobreinfección (pus, celulitis perilesional).

Erosiones que no presentan signos de epitelización tras 2 semanas de suspender el tratamiento.

Aparición de nódulos o induración (sospecha de progresión a Carcinoma Escamoso Invasivo).

CONCLUSIONES

La enfermera referente es clave para asegurar la adherencia, a menudo comprometida por el aspecto inflamatorio del tratamiento.
La evidencia destaca tres áreas críticas de intervención enfermera:
Cura y Preparación: El desbridamiento mecánico suave de escamas/costras hiperqueratósicas mediante queratolíticos (urea >20% o ácido salicílico) es esencial para aumentar la biodisponibilidad de fármacos tópicos (Imiquimod, 5-Fluorouracilo, Tirbanibulina).
Manejo de la Terapia Fotodinámica (TFD): La gestión del dolor mediante enfriamiento activo y el uso de apósitos de hidrogel post-procedimiento mejoran la tolerancia.
Control de Reacciones Locales: El uso de fórmulas reparadoras con ácido hialurónico y protectores solares minerales reduce el eritema y previene infecciones secundarias.
La estandarización de cuidados de la piel perilesional y el seguimiento estrecho del campo de cancerización reducen la recurrencia y la progresión maligna.

BIBLIOGRAFIA

TRANSPORTE ACTIVO EN BICICLETA: DATOS NACIONALES, FACTORES QUE INFLUYEN EN SU USO Y REPERCUSIÓN SANITARIA

Héctor Ruiz Rojo[1], Diego Cuesta Crespo[2].
1: Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia.
2: Centro de Salud de Tanos, Torrelavega, Cantabria.

INTRODUCCIÓN



MATERIAL Y MÉTODOS

Material y métodos: se realizó una revisión bibliográfica desde enero hasta abril de 2025 en bases de datos como Pubmed, Cochrane, SciELO y Cuiden utilizando las palabras clave 'Bicycling", "Nursing" y 'Workplace'. También se ha buscado información en documentos nacionales del Ministerio de Sanidad.

OBJETIVOS



RESULTADOS





DISCUSIÓN



1. El empleo de la bicicleta se ve afectado por la falta de infraestructuras ciclistas seguras, existiendo un fuerte consenso poblacional sobre la necesidad de instaurar políticas que promuevan el ciclismo. No existen datos concretos del uso de la bicicleta en todas las provincias de España. Sería conveniente una actualización del barómetro de la bicicleta para el 2026 donde se segregarán los datos por provincias.



2. Para promover un incremento del uso de la bicicleta en los transportes hacia el trabajo es necesario modificar diversos factores: adaptando las carreteras de la ciudad para favorecer el tránsito ciclista o la generación de aparcamientos para bicicletas; a nivel laboral, otorgando el ayuntamiento incentivos a las empresas para que éstas promuevan el desplazamiento de sus empleados en bicicleta. Los profesionales enfermeros podrían abordar a los grupos con características individuales más desfavorables para la práctica de transporte activo en bicicleta y organizar sesiones o consultas donde fomenten su puesta en marcha, así como la concienciación sobre los beneficios que supone andar en bicicleta para la salud individual y colectiva al contribuir a la reducción de gases contaminantes que pueden ser responsables del desarrollo de enfermedades respiratorias.



3. Para aumentar los desplazamientos activos de los universitarios a la facultad, se debe aumentar el número de bicicletas públicas compartidas disponibles por la ciudad, así como adaptar las facultades a dicha práctica. Para ello, los enfermeros deben colaborar con ayuntamientos y diputaciones.



4. En el caso de los niños y adolescentes, para que se desplacen a sus centros educativos en bicicleta, es necesario seguir las recomendaciones de la Guía "Paco y Paca" del Ministerio, donde los enfermeros colaboren interprofesionalmente con el Ayuntamiento para crear rutas seguras, y con los profesores para impartir charlas en los colegios donde se promueva la realización de ejercicio físico en bicicleta.

BIBLIOGRAFÍA

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

Sacyl

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

PROGRAMA A.S.I

Un modelo de atención humanizada

Silvia Bravo Santos, Mª Victoria Barajas Lorenzo, Marta Sánchez Casero

POBLACIÓN DIANA

Adaptar asistencia sanitaria →

- Trastorno del espectro autista.
- Deterioro cognitivo limitante (MEC<23).
- Trastornos conductuales asociados a enfermedad mental descompensada, deterioro cognitivo o síndrome confusional agudo.
- Cuadro confusional con deterioro de la capacidad fluctuante.
- Gran dificultad para la comunicación.
- Mala tolerancia a la espera.
- Dificultad para la movilidad.

PROCESO DE INCLUSIÓN

1 Informe de salud
Check list inclusión programa

ENFERMERÍA
MEDICINA

2 Consentimiento cesión de datos
Funcionamiento
Ventajas/Obligaciones

TRABAJADOR SOCIAL

3

SOLICITUD TARJETA A.S.I



TRABAJADOR SOCIAL

CIRCUITO ASISTENCIAL



A) VISITA NO PROGRAMADA

1º Identificación como paciente incluido en programa.

2º Activación de protocolo A.S.I



B) VISITA PROGRAMADA

1º Presentar tarjeta A.S.I en administración del Centro de Salud.

2º Personal administrativo advertirá a los profesionales de la llegada del paciente.

Mejora la calidad asistencial de un colectivo **vulnerable**.
Alineado con la **humanización** sanitaria.

→ **“EL SISTEMA SE ADAPTA A LA PERSONA”**

BIBLIOGRAFÍA

MANEJO DEL ATRAGANTAMIENTO EN PERSONAS MAYORES: ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Paula Fernández Lopo [1], Laura Rodríguez Fernández [2], Alba Miguelez Rivera [3]

[1] Centro de Salud Canterac, Valladolid, [2] Centro de Salud Circunvalación, Valladolid, [3] Centro de Salud Circular, Valladolid

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Sacyl

JUSTIFICACIÓN

La Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño **(OVACE)** representa una de las **principales causas de muerte accidental evitable** en personas mayores, especialmente en centros sociosanitarios. Factores como la disfagia, el deterioro neurológico y la polimedicación aumentan el riesgo de atragantamiento. La actuación inmediata de los cuidadores resulta determinante para **garantizar** la **supervivencia** del paciente.

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

- Cuidadores y trabajadores de residencias de mayores.
- Personal de centros de día.
- Profesionales que interactúen con personas mayores

.

DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO

- Reconocimiento precoz.
- Guía de actuación paso a paso.
- Apoyo visual: el uso de iconografía y diagramas facilita que el cuidador asimile los procedimientos de un solo vistazo, eliminando la ambigüedad en momentos de tensión.

APLICABILIDAD PRÁCTICA

Capacitación del personal:
Unificar el protocolo de actuación mediante esta guía visual permite minimizar los tiempos de reacción y **mejorar la seguridad** de los residentes.



BIBLIOGRAFÍA

- European Resuscitation Council. The ERC Guidelines 2025 on Resuscitation for Everyone [Internet]. European Resuscitation Council; 2025 [citado 19 ene 2026]. Disponible en: https://www.erc.edu/media/p5ymaeej/gl2025_layperson_book_ipdf-v11-e.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2022. Resultados provisionales y definitivos [Internet]. Madrid: INE; 2023 [citado 19 ene 2026]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2022.pdf
- Martín A, Ortega O, Clavé P. Disfagia orofaríngea, un nuevo síndrome geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018[citado 19 ene 2026];53(1):3-5. doi:10.1016/j.regg.2017.10.005.

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

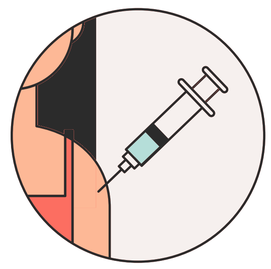
valladolid este
ATENCION PRIMARIA

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

Vacunación frente al Herpes Zóster: claves para Atención Primaria en Castilla y León

Marta Sánchez Casero, Silvia Bravo Santos y Maria Victoria Barajas Lorenzo



1 El **Herpes Zóster** (HZ) es la reactivación del virus de la varicela en un nervio, desarrollando vesículas.

- **Síntomas**: dolor, picor, quemazón.
- **Complicación**: neuralgia postherpética.
- **Vacuna comercializada**: *Shingrix® GSK* (vacuna muerta inactiva, no puede producir la enfermedad).
- **Pauta de vacunación:** 2 dosis separadas mínimo 2 meses.

Riesgo de padecerla:
30% a lo largo de la vida
50% en > 85 años

2 **Captación activa** (año 2026):

- Pacientes nacidos de **1944 a 1946** y de **1957 a 1961**.
- Pacientes que tengan condiciones de riesgo:
  - Transplante de progenitores hematopoyéticos.
  - Transplante de órgano sólido o en espera de este.
  - Tratamiento con fármacos anti-JAK.
  - Infección por VIH.
  - Hemopatías malignas.
  - Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia.
  - Tratamiento con fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores.
  - Antecedentes de 2 o más episodios de Herpes Zóster.

3 **Indicación:**
>18 años si existen factores de riesgo
>50 años sin condiciones de riesgo .
(precisa receta)

Tras reconstitución → usar de inmediato, sino almacenar en nevera máximo 6 horas

4 **Antecedentes** previos de HZ:
Recomendable retrasar la vacunación entre 6 meses y 1 año tras el brote.
En inmunodeprimidos → administrar inmediatamente tras la recuperación.

5 **Vacunados previamente** con *Zostavax ® MSD*
(vacuna de virus vivos atenuados con cese de comercialización julio 2022)
Podrán vacunarse si han pasado 5 años y casos especiales.



¡No te dejes quemar por el Herpes Zóster!

Bibliografía:

1. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Programa de vacunación frente a herpes zóster de Castilla y León. Actualización enero 2024. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2024.
2. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Programa de Vacunaciones de Castilla y León en grupos de riesgo. Vacunación frente a herpes zóster (HZ). Actualización febrero 2025. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2025.
3. Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III). Vigilancia y epidemiología del herpes zóster en España, 2014-2022. Registro de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) [Internet]. Madrid: ISCIII; 2022.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Herpes zóster. Vacunas y Programa de Vacunación. Información para profesionales sanitarios [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; actualizado julio 2025.
5. Grupo de trabajo de vacunación frente a herpes zóster de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, marzo 2021

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LA SOLEDAD NO DESEADA

Un enfoque comunitario desde Atención Primaria



JUSTIFICACIÓN

Constituye un problema de salud e con impacto en la salud física, mental y social.

En Castilla y León, el envejecimiento poblacional, la cronicidad y la dispersión geográfica incrementan el riesgo de aislamiento social.

La Enfermería Familiar y Comunitaria es clave para la detección precoz, intervención y seguimiento de estas situaciones .por su accesibilidad y visión integral,

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

Dirigida a todos los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores de 65 años.

DETECCIÓN PRECOZ

- Consulta enfermera.
- Atención domiciliaria.
- Cribado oportunista en programas de crónicos, fragilidad o envejecimiento activo.
- Señales de alerta: tristeza, baja adherencia, consultas frecuentes o deterioro funcional.

.

ENFOQUE HOLÍSTICO

APOYO EMOCIONAL

Escucha activa , empatía y confianza

VALORACIÓN BIOPSICOSOCIAL INTEGRAL

- Herramientas breves (escalas de apoyo social o preguntas clave).
- Identificación de factores protectores y de riesgo.
- Diagnósticos enfermeros relacionados (aislamiento social, riesgo de soledad).

COORDINACIÓN CON SERVICIOS SOCIALES

Asociaciones locales, programas municipales de acompañamiento, voluntariado y recursos comunitarios

INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA

Programas comunitarios, grupos de apoyo y actividades recreativas

CREACIÓN DE REDES DE APOYO

Implicación con familias, comunidades y profesionales

APLICABILIDAD PRÁCTICA

Optimización de la práctica asistencial.

Formación de los profesionales en la identificación, prevención y abordaje integral de la soledad no deseada.

BIBLIOGRAFÍA

Realizado por Sandra Franco Almendárez.
Coautores: Coatores: Esther Gómez González, Lucía González Corroto, Mario Alejos Izquierdo, Beatriz Alonso Mañueco y Carla Rizzardini Serrano.

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

Sacyl

Más allá del diagnóstico: cuidados enfermeros al paciente oncológico en Atención Primaria

Autor: Lydia García Freile

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

FUNDAMENTOS DEL CUIDADO ONCOLÓGICO



Un pilar en el seguimiento integral

La atención oncológica requiere extenderse más allá del entorno hospitalario, siendo vital para el control de efectos secundarios y la seguridad del paciente.

Excelencia en cuidados comunitarios

Capacitar a las enfermeras de Atención Primaria en competencias oncológicas específicas para ofrecer cuidados de alta calidad a pacientes y familias.



ÁREAS DE CONOCIMIENTO CLAVE



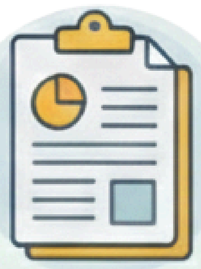
FISIOPATOLOGÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL

Comprensión de las bases biológicas del cáncer, tipos de prevención y cuidados biopsicosociales.



EDUCACIÓN. COMUNICACIÓN Y AUTOCUIDADO

Implementación de estrategias para fomentar la adherencia al tratamiento y la autonomía del paciente.



PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Integración de los últimos avances científicos y guías clínicas en la práctica diaria de enfermería



MANEJO DE SÍNTOMAS Y TOXICIDADES

Intervención experta en el control y manejo de efectos secundarios derivados de los tratamientos.



CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y COORDINACIÓN

Fortalecimiento de la red de cuidados y la comunicación fluida entre Atención Primaria y Especializada.

IMPACTO Y APLICABILIDAD



Mejora de la calidad de vida.

La formación permite identificar áreas de desconocimiento y aplicar intervenciones que elevan el bienestar del paciente y su entorno familiar.

Programas educativos estructurados.

El liderazgo enfermero permite diseñar talleres y programas de educación sanitaria adaptados a la comunidad.



BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española Contra el Cáncer, Observatorio del Cáncer. Calidad de vida y necesidades en supervivientes de cáncer en España: un estudio cuantitativo [Internet]. Madrid: AECC; 2024 [citado 2 feb 2026]. Disponible en: https://observatorio.contraelcancer.es/informes/calidad-de-vida-y-necesidades-en-supervivientes-de-cancer-en-espana-un-estudio
- Chemotherapy Education and Support: Coleman E, Smith SB, et al. Chemotherapy Education and Support: A Model for Use in the Ambulatory Care Setting. J Oncol Nurs Pract. 2020;45(3).
- Feasibility of Nurse-Coordinated Symptom Management:Given BA, Sherwood PR, et al. Feasibility of a Nurse-Coordinated Intervention to Support Self-Management of Multiple Co-Occurring Cancer Symptoms: A Pilot Study. Cancer Nurs. 2025.
- Primary Care and Cancer Survivorship:Domenech-Climent N, García Vivar C, et al. La atención y los cuidados a los supervivientes de cáncer en España: un reto pendiente de las políticas sanitarias. Enferm Oncol. 2021;23(1):3-7.
- Handberg C, Damsgaard TE, Andersen JW, et al. Lack of needs assessment in cancer survivorship care and rehabilitation in hospitals and primary care settings: A descriptive study of documented needs and plans. J Clin Med Res. 2017;9(10):842-850

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

USO SEGURO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN CASA: GUÍA VISUAL PARA PACIENTES Y CUIDADORES

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

Laura Rodríguez Fernández[1], Alba Miguélez Rivera[2], Paula Fernández Lopo[3].

[1]Centro de Salud Circunvalación, Valladolid Este, [2]Centro de Salud Plaza Circular, Valladolid Este, [3]Centro de Salud Canterac, Valladolid Este.

OBJETIVO

La **polimedicación** (≥5 fármacos diarios) y el uso prolongado de tratamientos crónicos son muy frecuentes en Atención Primaria, especialmente en personas mayores y pacientes pluripatológicos. Esta situación se asocia a **errores** de medicación frecuentes como olvidos de dosis, duplicidades involuntarias, uso inadecuado de fármacos y reacciones adversas evitables que generan consultas de urgencia y reingresos hospitalarios. Estudios muestran que hasta un **30-50%** de pacientes polimedicados presentan algún error en la toma de medicación en el domicilio. Estos problemas podrían **prevenirse** mediante información visual clara, adaptada al nivel de comprensión de pacientes y cuidadores. El objetivo del presente trabajo es ofrecer una **herramienta gráfica** sencilla que ayude a la organización terapéutica, favorezca el uso seguro de tratamientos crónicos y fomente la participación activa del paciente y cuidadores en la gestión de su salud.

CONTENIDO

1) PASOS PARA OBTENER LISTADO DE MEDICACIÓN

- Solicite en consulta un **listado actualizado** de su tratamiento (nombre comercial, principio activo, dosis, horario).
- Pregunte **para qué sirve** cada medicamento y cuánto tiempo debe tomarlo.
- Comente si tiene **dificultades para cumplir la pauta**.
- Anote **dudas** para la próxima cita.

¡Pregunte siempre!



2) ORGANIZACIÓN PRÁCTICA DE TOMAS

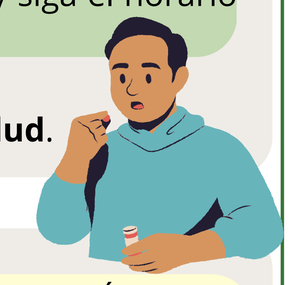


- Utilice un **pastillero semanal** con compartimentos por hora.
- Colóquelo siempre en un **lugar fijo**, fuera del alcance de los niños.
- Relacione cada toma con una rutina (desayuno, comida, cena, acostarse).
- Evite comprimidos **sueltos** y **sin identificar**.
- Puede usar **alarmas** en el móvil o notas visibles.

3) ACTUACIÓN ANTE OLVIDO DE DOSIS O EFECTOS SECUNDARIOS



- OLVIDO DE DOSIS
  - **VERDE** (no urgente): olvidó una dosis → si lo recuerda pronto, tome la dosis pendiente.
  - Si está próxima la siguiente toma, **no duplique la dosis** y siga el horario habitual.
  - Ante la aparición de dudas, contacte con su **centro de salud**.



- EFECTOS SECUNDARIOS:
  - **AMARILLO** (llame al centro de salud): malestar leve, mareo, náuseas o somnolencia.
  - **ROJO** (acuda a urgencias o llame al **112**): síntomas de alarma (dificultad respiratoria, dolor torácico intenso, caída con golpe, confusión aguda).

4) MENSAJES CLAVE DE SEGURIDAD

No comparta su medicación con otras personas ni use fármacos "sobrantes".

Evite la automedicación y guardar sin caja original.



Revise la **caducidad mensualmente** y conserve los medicamentos en un lugar fresco y seco.

Lleve siempre un **listado actualizado** de medicación a consultas e ingresos.

5) RECORDATORIOS

- Pida **cita** para **revisar** su medicación si toma más de **5** fármacos diarios o no sabe **para qué** son.
- Su **equipo de Atención Primaria** puede ayudarle a revisar la medicación, organizar y resolver dudas.

Comentar el tratamiento farmacológico es fundamental para su **seguridad**.

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

Pacientes adultos con **tratamiento crónico pluripatológico**, mayores de **65 años polimedicados** y **cuidadores** principales en ámbito comunitario.

APLICABILIDAD PRÁCTICA

Uso en **consultas** de enfermería y medicina como apoyo educativo individual/grupal, entrega en papel o digital para domicilio, **talleres comunitarios** y **programas** de pacientes crónicos. Mejor **adherencia terapéutica**, **reduce errores** de medicación y **optimiza comunicación** paciente-profesional. Integrable en estrategias SACYL de **educación sanitaria** para pacientes polimedicados.

BIBLIOGRAFÍA

Torijano Casalengua ML, Calvo Pita C, Maderuelo-Fernández JA. Uso seguro de los medicamentos en Atención Primaria, también en época de pandemia de la COVID-19. Aten Primaria. 2021;53:102223. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8708816/

Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2019/docs/Practicas-seguras-conciliacion-4-11-2019.pdf.

Ministerio de Sanidad. Uso seguro del medicamento [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/home.htm

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

CONTACTAR PARA CUIDAR: LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ONCOLOGÍA

Autores: Lydia García Freile, Miryam Rodríguez Calleja, Paula Cartón Cebrián, Celia Merino Fernández

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Sacyl

EL DESAFÍO DEL CUIDADO EN EL HOGAR

El impacto del cáncer y sus tratamientos

El cáncer es la primera causa de mortalidad en España desde 2024, superando por primera vez a las enfermedades cardiovasculares.

La quimioterapia y radioterapia son tratamientos prolongados que generan efectos secundarios complejos que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar.



Se estima que se diagnosticarán más de 300.000 nuevos casos de cáncer en España en 2026.



EL VACÍO DE INFORMACIÓN DOMICILIARIA: UN RETO

Habitualmente se informa sobre el tratamiento hospitalario, pero los pacientes carecen de guías claras sobre cómo adaptarse y sobrellevar los síntomas en su día a día en el domicilio.

EL ROL DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



El pilar de la Educacion para la Salud

La enfermera de atención Primaria es la figura clave para realizar el seguimiento comunitario y satisfacer las necesidades de información del paciente.

Abordaje integral de necesidades

El objetivo es atender dudas específicas sobre tratamientos y manejo de efectos secundarios.





ALIMENTACIÓN ADECUADA

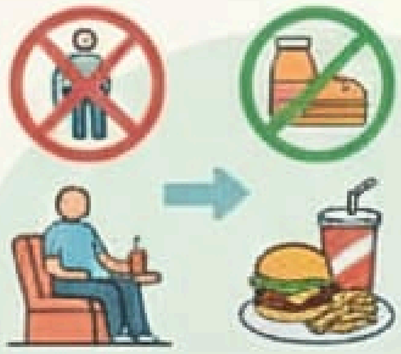


EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO



APOYO EMOCIONAL CONSTANTE

APLICACIÓN PRÁCTICA Y BENEFICIOS



Eliminación de mitos

El contacto directo permitir desmentir creencias erróneas sobre la nutrición y la actividad física durante el proceso oncológico.



Mejora de la calidad de vida

Facilitar el contacto con la enfermera permite resolver dudas rápidamente, promoviendo un estilo de vida activo y saludable durante y después de la enfermedad.



Adherencia y acompañamiento

Un seguimiento cercano mejora el cumplimiento de los tratamientos médicos y asegura un acompñamiento profesional en el entorno comunitario del paciente.

Continuidad asistencial integral

+

Prevención primaria y secundaria

+

Hábitos saludables

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española Contra el Cáncer, Observatorio del Cáncer. Calidad de vida y necesidades en supervivientes de cáncer en España: un estudio cuantitativo [Internet]. Madrid: AECC; 2024 [citado 2 feb 2026]. Disponible en: https://observatorio.contraelcancer.es/informes/calidad-de-vida-y-necesidades-en-supervivientes-de-cancer-en-espana-un-estudio
- Brao-Pérez I, Arellano-Vengoechea M, Torrent-Llagostera F, Padrones-Sánchez S, Nadal-Alforja E, Azor-Pórtoles R. Intervención educativa de la enfermera de práctica avanzada para el control de síntomas, toxicidades y calidad de vida en los pacientes con cáncer pulmonar. Enf Clin 2025;35: [artículo en línea]. DOI:10.1016/j.enfcli.2025.502402
- García-Almeida JM, Cornejo-Pareja IM, Fernández-Jiménez R, et al. Mejorando la atención nutricional del paciente oncológico: validación de un protocolo multidisciplinar en el entorno clínico español. Nutr Hosp. 2024;41(4)
- Demark-Wahnefried W, Campbell KL, Hayes SC. Nutrition and physical activity survivorship care plans: The road ahead. Cancer J Clin. 2015;65(6):428-36.
- Van den Berg MH, Roorda LD, Winkels RM, et al. Cancer survivors' experiences of a physical activity program in primary care: a qualitative study. J Cancer Surviv. 2025;19:1544-1553. DOI:10.1007/s11764-024-01571-W.
- Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer. Calidad de vida y necesidades en supervivientes de cáncer de mama. Informe de resultados. 2024.

INSTRUCCIONES PREVIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: CÓMO INFORMAR, PLANIFICAR Y RESPETAR LA VOLUNTAD

GONZÁLEZ SÁNCHEZ, SARA- EFYC Atención Primaria Segovia
GÓMEZ RUÍZ, MARTA - EFYC Atención Primaria Segovia

INSTRUCCIONES PREVIAS

Documento donde una persona manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y tratamientos que desea recibir (o rechazar) para cuando no pueda decidir por sí misma
(Voluntades Anticipadas o Testamento Vital)

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

- Mayor de edad
- Capaz
- Actúa libremente

JUSTIFICACIÓN:

Garantizar el derecho de los usuarios a decidir sobre la propia salud y dignidad cuando la persona no pueda expresarse por sí misma y el uso de las Instrucciones Previas en Atención Primaria.

OBJETIVO:

Visibilizar qué son las Instrucciones Previas, clarificar su proceso de elaboración y reforzar el papel del profesional sanitario de Atención

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES

- Diálogo compartido entre persona, familia y sanitarios.
- La persona es protagonista de sus decisiones.
- Reduce la incertidumbre en situaciones clínicas complejas.
- Alivia la carga emocional y decisional de la familia.
- Facilita decisiones clínicas coherentes con los deseos del usuario.

APLICABILIDAD PRÁCTICA

VÍAS DE FORMALIZACIÓN

- Ante personal de la Administración (SACYL).
- Ante Notario
- Ante 3 Testigos

REGISTRO

Registro de Instrucciones Previas Nacional (accesible desde la Historia Clínica de toda España).
Se puede modificar o revocar en cualquier momento.

BIBLIOGRAFÍA

CONTENIDO DEL DOCUMENTO

VALORES PERSONALES

Dignidad · Autonomía · No sufrimiento· Comunicación.

Criterios para decidir qué es una "vida digna" en momentos críticos.

REPRESENTANTE

Persona de confianza que actúa como interlocutor con el equipo sanitario.

Interpreta y hacer cumplir los valores y deseos del usuario.

CUIDADOS Y TRATAMIENTOS

- Rechazo de Soporte Vital: No iniciar o retirar medidas que prolonguen la vida (RCP, ventilación, diálisis...).
- Petición de cuidados paliativos y/o sedación terminal ante la agonía.
- Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir (según ley vigente).
- Donación de órganos y destino del cuerpo.

SITUACIONES CLÍNICAS

- Estado vegetativo persistente
- Enfermedad oncológica avanzada
- Enfermedades sistema nervioso o muscular en fase avanzada
- Demencia fase avanzada
- Situación terminal
- Otras patologías graves e irreversibles de similar gravedad

Instrucciones Previas; Planificación anticipada; Autonomía del paciente; Toma de decisiones

valladolid este ATENCION PRIMARIA

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

PREVENCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD RELACIONADA CON LAS OLAS DE CALOR

Autores: Mario Alejos Izquierdo, Beatriz Alonso Mañueco, Carla Rizzardini Serrano, Raquel Castillo Martínez, María Gómez Beliz, Marta Sierra Rodríguez

El **cambio climático** es **peligroso para todos**. Por su culpa, las temperaturas van a seguir subiendo **y las olas de calor serán más frecuentes y más extremas.** El calor tan extremo nos afecta a todos, pero **algunos grupos son especialmente sensibles, p**udiendo tener **consecuencias muy graves.** [1-8]

Esta infografía tiene el objetivo de **informar** a la población, especialmente a la **población de riesgo y sus cuidadores,** para **prevenir y/o mitigar** los **efectos en la salud** y la **mortalidad** de las **olas de calor.**



¡PERSONAS DE RIESGO!



Personas con **enfermedades:** hipertensión, diabetes, respiratorias, cardiacas, mentales, renales, obesidad, cáncer, abuso de drogas y alcohol. [1-8]

Personas **mayores de 65 años** [1-8]

Embarazadas y **niños** [1, 3, 4]

Personas con **discapacidades**

Trabajadores al **aire libre o en labores de cocina** [1, 3-8]

Personas con **dificultades económicas** [1, 3-8]



Recuerda: el calor no solo es responsable de los **golpes de calor**, **¡también puede agravar enfermedades crónicas!** En caso de notar **empeoramiento, acudir al médico o a Urgencias lo antes posible.**

La **principal herramienta** contra el calor es **evitarlo** dentro de lo posible: no salir al exterior ni hacer actividad intensa en las horas más calurosas del día.
La **sombra** es un gran aliado, pues bajo ella la temperatura puede ser hasta 15 ºC más baja. [1-3]

Mantener la casa fresca es esencial: ventilar por la noche si la temperatura exterior es menor y evitar que entre la luz directa del sol durante el día. [1-3]

Los **medios físicos** siempre son una opción: beber **líquidos fríos** y usar **ropa holgada y paños húmedos** pueden ayudar a refrescarnos, especialmente combinados con otros medios como ventiladores o aire acondicionado. Las **recomendaciones de beber agua son mayores** en estas temporadas, donde se recomienda aumentar medio litro más de agua respecto a lo que beban normalmente. [1-3]

Los ventiladores también ayudan pero solo con temperaturas menores a 40 ºC, por encima son incluso peligrosos.
En caso de tener aire acondicionado, la mejor opción es poner el termostato a 27 ºC y usar un ventilador, pues la sensación térmica es menor… ¡y ahorra en la factura eléctrica! [1-3, 5, 6]

Es crucial proteger a los niños, preferiblemente con ropa holgada, sombreros, gafas de sol y crema solar. También evitar dejarles solos en exteriores o en coches en horas de calor extremo. [1, 3]

En caso de haber incendios cercanos, el riesgo es mayor por la contaminación del aire, ¡extrema las precauciones! [1, 2, 5, 6]

Si usted o algún conocido presenta **síntomas** por el calor, como **confusión, sequedad de la piel o empeoramiento de sus enfermedades,** y no cuenta con medios para refrescar al afectado, es recomendable acudir a algún lugar público con aire acondicionado lo antes posible. Ante síntomas graves, lo mejor es acudir al hospital. [1, 3]

Bibliografía:
1. Ministerio de España. Plan nacional de actuaciones preventivas de los efectos del exceso de temperatura sobre la salud 2025 [Internet]. Madrid: 2025 [Consultado 31 Ene 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadAmbiental/riesgosAmbientales/calorExtremo/publicaciones/docs/planNacionalExcesoTemperaturas_2025.pdf
2. Lozano-Montoya I, et al. Climate change and the health of older adults in Europe: a call for a geriatric climate medicine framework [Internet]. European Geriatric Medicine 2025 [Consultado 31 Ene 2026] Disponible en: https://doi.org/10.1007/s41999-025-01336-3
3. OMS. Calor y salud [Internet]. Ginebra: 2024 [Consultado 31 Ene 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-heat-and-health
4. Almécija Pérez M C, et al. Effects of temperature changes due to climate change on human health [Internet]. Atención Primaria 2025 [Consultado 31 Ene 2026] 57 (12). Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103369
5. Münzel T, et al. A comprehensive review/expert statement on environmental risk factors of cardiovascular disease [Internet]. Cardiovascular Research 2025 [Consultado 31 Ene 2026] 121 (11): 1653-1678. Disponible en: https://doi.org/10.1093/cvr/cvaf119
6. Chaseling G K, et al. Heat extremes and cardiovascular diseases: a scientific statement of the Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions, Association for Acute Cardiovascular Care, European Association of Preventive Cardiology, Heart Failure Association, European Heart Rhythm Association of the ESC, the ESC Council on Hypertension, the ESC Council on Stroke, and the ESC Working Group on Cardiovascular Pharmacotherapy [Internet] European Heart Journal 2025 [Consultado 31 Ene 2026] 46 (30): 2950-2958. Disponible en: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf326
7. Cicci K R, et al. High Temperatures and Cardiovascular-Related Morbidity: A Scoping Review [Internet]. Int J Environ Res Public Health 2022 [Consultado 31 Ene 2026].;19(18). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36141512/
8. Lozano-Montoya I, et al. Climate change and the health of older adults in Europe: a call for a geriatric climate medicine framework [Internet]. European Geriatric Medicine 2025 [Consultado 31 Ene 2026] Disponible en: https://doi.org/10.1007/s41999-025-01336-3

HERNIA INGUINAL NO TRATADA Y PROBLEMAS EN LA EYACULACIÓN

Sánchez Manso, Carolina L.

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal impacta en la calidad de vida por el dolor, la presión local y la deformidad (abultamiento) provocados que pueden traducirse en dificultades durante el coito y la eyaculación. Muchos pacientes retrasan la operación en casos de hernia inguinal por temor a las complicaciones de la cirugía. La relación entre la presencia de hernia inguinal y problemas en la eyaculación es poco conocida.

OBJETIVO

Evaluar la relación entre la presencia de hernia inguinal no tratada y los problemas en la eyaculación (dolor u otros trastornos eyaculatorios).

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica estructurada con síntesis narrativa y enfoque clínico usando como fuentes de información: MEDLINE/PubMed y SciELO; búsqueda manual de referencias clave en artículos relevantes en el periodo 2010–2026 y como idiomas español e inglés. Como criterios de inclusión se aceptan estudios en varones adultos con hernia inguinal, en preoperatorio y/o postoperatorio, que reportaran dolor con actividad sexual, dolor eyaculatorio/disejaculación o medidas de función sexual/calidad de vida (ensayos, cohortes, cuestionarios poblacionales, revisiones sistemáticas/metaanálisis, guías). Y como criterios de exclusión: población pediátrica, estudios sin resultados sexuales/eyaculatorios, series no recuperables a texto completo o sin datos diferenciables.
Se incluyeron 8 publicaciones clave para el objetivo: 2 revisiones sistemáticas/metaanálisis, 1 actualización de guía internacional, 3 estudios observacionales/cuestionarios, y 2 estudios comparativos/ensayo aleatorizado con medidas de dolor sexual/función.

RESULTADOS

Disejaculación es un término paraguas para referirse a alteraciones de la eyaculación.

- Según cómo lo use el estudio o el médico, puede incluir una o varias de estas situaciones: dolor al eyacular (eyaculación dolorosa / “orgasmo doloroso”), sensación anómala o molestia durante el orgasmo o la eyaculación, dificultad para eyacular (tarda mucho, cuesta o no se consigue), eyaculación con menos cantidad o sensación de “eyaculación diferente”, eyaculación retrógrada (el semen va hacia la vejiga; menos frecuente.

Los síntomas sexuales antes del tratamiento, en hernia no tratada, en el preoperatorio:

- Existe dolor con actividad sexual siendo relativamente frecuente en pacientes con hernia: en un estudio prospectivo, el 23% reportó dolor durante la actividad sexual antes de la cirugía.
- En un ensayo con seguimiento prolongado, el dolor con actividad sexual fue 35% en el preoperatorio y se asoció a peor calidad de vida.
- Como interpretación clínica: la hernia, por el dolor y el abultamiento, puede actuar como factor mecánico y nociceptivo que condiciona coito y orgasmo/eyaculación.

La evolución tras la intervención: suele mejorar el dolor sexual, aunque existe un pequeño riesgo de síntomas persistentes.

- En estudio prospectivo, el dolor con la actividad sexual descendió a 10% a los 6 meses (y siguió disminuyendo), y la existencia de dolor preoperatorio predijo mayor dolor postoperatorio.
- TEPLICH es el nombre de un ensayo clínico aleatorizado que compara dos técnicas de reparación de hernia inguinal: TEP (Total Extraperitoneal repair, reparación laparoscópica totalmente extraperitoneal) vs Lichtenstein (técnica abierta con malla) En este ensayo TEPLICH , se observa que el dolor que aparecía con actividad sexual bajó (de 35% a 5.9–12.5% en el primer año y 7.0–9.3% a los 3 años y el dolor de nueva aparición fue 3.6%). En una cohorte comparativa, el dolor postoperatorio con actividad sexual fue mayor con Lichtenstein que con TAPP (19.3% vs 11.3%) y el dolor eyaculatorio también fue menor con TAPP.

En un cuestionario nacional danés realizado en casos de reparación laparoscópica, la disejaculación, se observó en 3.1% y el dolor genital/inguinal durante actividad sexual en 10.9%.
Un metaanálisis, de 12 estudios y con 4,884 pacientes, estimó una incidencia global de disfunción sexual de novo del 5.3% y dolor con la actividad sexual del 9.0% tras reparación, encontrando variabilidad dependiente de la técnica.
La evidencia disponible sugiere que la hernia inguinal puede asociarse a dolor sexual preoperatorio y que la cirugía reduce notablemente ese dolor en la mayoría; sin embargo, existe un riesgo no despreciable de dolor sexual/disejaculación postoperatorios, por lo que debe informarse en el consentimiento.

CONCLUSIONES/IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

- La hernia inguinal no tratada puede asociarse a dolor con actividad sexual y otras molestias relacionadas con el orgasmo y la eyaculación del paciente, afectando la calidad de vida.
- Tras la reparación, el dolor sexual disminuye en la mayoría de los casos; no obstante, un porcentaje presenta síntomas persistentes o de novo (incluida disejaculación).
- Es relevante preguntar activamente por dolor durante el coito y con la eyaculación en el preoperatorio de los pacientes con hernia inguinal.
- Si hay dolor sexual importante podemos registrar su intensidad y el impacto en calidad de vida que éste produce.
- En el postoperatorio, si el dolor sexual, la disejaculación persiste, se deben valorar causas, como dolor neuropático, uso de mallas, etc.) y una posible derivación.

BIBLIOGRAFÍA

- Ssentongo AE, Kwon EG, Zhou S, Ssentongo P, Soybel DI. Pain and dysfunction with sexual activity after inguinal hernia repair: systematic review and meta-analysis. J Am Coll Surg. 2020;230(2):237-250.e7. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2019.10.010.
- Supsamutchai C, Wattanapreechanon P, Saengsri S, et al. Sexual dysfunction between laparoscopic and open inguinal hernia repair: a systematic review and meta-analysis. Langenbecks Arch Surg. 2023;408:277. doi:10.1007/s00423-023-03006-z.
- Gutlic A, et al. Pain with sexual activity at 1 and 3 years: comparing total extraperitoneal with Lichtenstein inguinal hernia repair (TEPLICH trial). Surgery. 2022. doi:10.1016/j.surg.2022.07.013.
- Tolver MA, Rosenberg J. Pain during sexual activity before and after laparoscopic inguinal hernia repair. Surg Endosc. 2015;29(12):3722-3725. doi:10.1007/s00464-015-4143-8.
- Calisir A, Ece I, Yilmaz H, et al. Pain during sexual activity and ejaculation following hernia repair: a retrospective comparison of transabdominal preperitoneal versus Lichtenstein repair. Andrologia. 2021;53(2):e13947. doi:10.1111/and.13947.
- Bischoff JM, Linderoth G, Aasvang EK, Werner MU, Kehlet H. Dysejaculation after laparoscopic inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. Surg Endosc. 2012;26(4):979-983. doi:10.1007/s00464-011-1980-y.
- Stabilini C, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. Hernia. 2023. (Actualización de guía; incluye resultados centrados en dolor crónico e interferencia con actividad sexual).
- Sönmez MG, Sonbahar BÇ, Bora G, Özalp N, Kara C. Does inguinal hernia repair have an effect on sexual functions? Cent European J Urol. 2016;69(2):212-216.

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

FLUJOGRAMA DE USO PARA PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. DENTRO DEL PROYECTO "SUMAMOS EXCELENCIA"

Diez Arenas SM[1], De la Fuente Bayón L[1], Peral Sanz Ó[2], Arévalo Sillero D[2], Encinas Miguel MC[2], Santarén Velasco V[2]

1: Residente EFyC. 2: Enfermero especialista EFyC. C.S. DELICIAS I

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE
CENTRO DE SALUD DELICIAS I

Excelencia

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

¿PACIENTE FUMADOR?

NO

PACIENTE NO FUMADOR

Crear proceso clínico y rellenar guía FUMADOR

SÍ

EVALUACIÓN INICIAL

- **Historia tabáquica**
- **Comorbilidades**
- **Test de Fagerström**
- **Nivel de motivación para el cambio**
- **Registro en Historia Clínica**

¿MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR?

Ver específicaciones en el Proceso Asitencial Integrado de Tabaquismo de Castilla y León

NO

INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE

- **Identificación de barreras**
- **Refuerzo de beneficios de la deshabituación**
- **Registro en la Historia Clínica**

Revisión 3-6 meses

SÍ

INTERVENCIÓN INTENSIVA

- **FAD (Fecha Acordada Deshabituación)**
- **Plan terapeéutico individual (psicosocial y/o fármacos)**
- **Material educativo Sacyl**
- **Registro en la Historia Clínica**

SEGUIMIENTO TRAS FAD

1-2 SEMANAS
1/3/6 MESES
1 AÑO

¿RECAÍDA?

NO

Matener seguimiento y refuerzo positivo

12 meses sin fumar: EXFUMADOR

SÍ

Analizar causas
Nueva FAD si procede
Reajuste plan terapéutico

Derivación a Unidades de Tabaquismo

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

BASADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA FUMADORA DE CASTILLA Y LEÓN

BIBLIOGRAFÍA:

II Congreso de EFyC de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.
"Reencuentros que inspiran: del impulso a la acción"
6 DE MARZO DE 2026

DE LA MIRADA A LA ACCIÓN: TÉCNICAS PARA IDENTIFICAR ACTIVOS QUE GENERAN SALUD

Autoras: SANDRA CORRAL PUENTE, ROSA ANA GUTIÉRREZ MANZANEDO. GAPBU.
Código: 119



INTRODUCCIÓN

El **mapeo de activos** es una herramienta clave para identificar recursos formales, informales, personales y simbólicos que contribuyen a la salud de una comunidad. Su importancia radica en que permite integrar la perspectiva salutogénica y los determinantes sociales en diagnósticos participativos más completos.

Estudios recientes evidencian que el mapeo de activos favorece procesos de **empoderamiento, incrementa la participación comunitaria** y mejora la efectividad de las intervenciones, al incorporar las voces y percepciones de la ciudadanía en la planificación de acciones de salud pública.



La OMS ha señalado la importancia de las estrategias basadas en activos para avanzar hacia modelos de **promoción de la salud más sostenibles y centrados en las capacidades locales**.

Las enfermeras de AP debemos pasar a la acción y para ello, debemos saber cómo hacerlo.



OBJETIVO

Describir las principales técnicas empleadas en el mapeo de activos en salud comunitaria en el contexto de Atención Primaria.









PALABRAS CLAVE (DeCS EN ESPAÑOL): RECURSOS EN SALUD; SALUD COMUNITARIA; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; PARTICIPACIÓN COMUNITARIA; SALUTOGÉNESIS; PROMOCIÓN DE LA SALUD

METODOLOGÍA

Revisión narrativa de literatura científica y documentos institucionales publicados entre 2015 y 2025.

Se consultaron las bases de datos: MEDLINE/PubMed, SciELO y Web of Science, junto con literatura gris de EASP, OBSA y OPS/OMS.

Se aplicó la herramienta CASPe para evaluar validez y aplicabilidad de los artículos y las guías.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: **publicados entre** 2015–2025, artículos científicos, revisiones, guías metodológicas o documentos institucionales que describieran **técnicas concretas** de identificación y mapeo de activos, en español o inglés.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: artículos de opinión o reflexiones sin metodología explícita, documentos duplicados, material divulgativo que no describiera herramientas concretas ni procesos aplicables, estudios no centrados en activos para la salud o no relacionados con el ámbito comunitario.

RESULTADOS

Dentro de los artículos seleccionados, se encontró información relacionada con las técnicas el mapeo de activos. Estas técnicas, integradas en procesos secuenciales de identificación, priorización y devolución comunitaria, enriquecen los diagnósticos y fomentan la participación ciudadana.

Las más destacadas fueron:

FOTO VOZ

Recoge percepciones comunitarias mediante imágenes. Las personas de la comunidad tomen fotografías que representen fortalezas, recursos o problemáticas de su entorno y luego reflexionen colectivamente sobre su significado.

MAPAS EMOCIONALES

identifican espacios generadores de bienestar o malestar. Se elaboran ubicando en un mapa del territorio los lugares asociados a emociones (seguridad, bienestar, miedo, orgullo, etc.) para identificar activos y áreas de mejora.

BARAJA SALUDABLE

Útil para explorar activos personales, sociales y comunitarios. Utiliza tarjetas con recursos, hábitos o factores de salud que las personas clasifican y priorizan según su importancia o presencia en la comunidad.

ÁRBOL DE ACTIVOS

Representando visualmente relaciones entre recursos personales y comunitarios. Se dibuja un árbol donde las raíces simbolizan fortalezas de base, el tronco los recursos actuales y las ramas o frutos los resultados positivos.

salud.

CARTOGRAFÍAS PARTICIPATIVAS

Permiten localizar activos en el territorio. Se construyen mapas colectivos del territorio donde la comunidad identifica y ubica sus recursos, redes y espacios significativos.

DIANA DE EVALUACIÓN

Valora la fortaleza y accesibilidad de los activos. Se representa en un gráfico circular dividido en dimensiones donde los participantes puntúan el nivel de desarrollo de distintos activos comunitarios.

CONCLUSIONES

Las técnicas del mapeo de activos proporcionan información rica y contextualizada sobre las **fortalezas** existentes en una comunidad. Su uso en Atención Primaria **facilita** intervenciones más participativas, equitativas y orientadas al bienestar, reforzando la orientación salutogénica y la capacidad de acción comunitaria. Su implementación sistemática por parte de los equipos de salud puede **mejorar la calidad** de los diagnósticos comunitarios y la planificación territorial y, en definitiva, **mejorar la salud de las comunidades.**

Bibliografía

Escuela Andaluza de Salud Pública. *Guía breve: Salud comunitaria basada en activos. Identificación y mapeo de activos*. Granada: EASP; 2018. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf

Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 2013;27(2):180-3.

Observatorio de Salud de Asturias. *Mapeando activos en salud. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad*. Oviedo: OBSA; 2012. Disponible en: https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Mapeando-activos-en-salud.pdf

Domínguez Fernández S, Madrid Gutiérrez J. Técnicas y herramientas de activos para la salud utilizadas en centros municipales de salud comunitaria de Madrid. *Comunidad*. 2021;23(1). Disponible en: https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/682a1bd743c52168664f741a

Organización Panamericana de la Salud. *Activos en Salud: Biblioteca de Promoción de la Salud en la Región de las Américas*. Washington DC: OPS; 2021. Disponible en: https://www.promocionsaludregionamericas.com/activos

6/03/2026

VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL EN MAYORES. LA ENFERMERA: AGENTE CLAVE EN PREVENCIÓN

M. Carmen Bonis Ucero, Carolina L. Sánchez Manso, Jessica Molina León



JUSTIFICACIÓN

Castilla y León es una población con más de medio millón de personas mayores de 65 años. El virus respiratorio sincitial (VRS) es el responsable de unas 10.000 hospitalizaciones.

Desde 2024 están aprobadas las vacunas para VRS con una eficacia preventiva del 66-83%.

La añosa, abundante y dispersa población y la alta incidencia justifica valorar la implementación de la vacunación del VRS para mayores de 65 años en Castilla y León.

Palabras Clave DECS:
“VRS”
“Vacuna”
“Enfermera”
“Impacto”



OBJETIVOS

Analizar la efectividad, seguridad e impacto en Salud Pública de la vacunación del VRS en mayores de 65 años, aplicable en Castilla y León. Valorar la implementación de la vacuna del VRS para todos los mayores de 65 años.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica con análisis y lectura comprensiva de la documentación disponible mediante búsquedas en PubMed, Scopus, Web of Science y documentos de organismos sanitarios: CDC, OMS, Ministerio de Sanidad, Consejería de Sanidad CYL, en los últimos años.



RESULTADOS

El virus respiratorio sincitial (VRS) según los estudios revisados, genera una carga clínica y asistencial relevante en el grupo de adultos mayores de 65 años, con miles de ingresos y complicaciones.

Las vacunas disponibles reducen significativamente la enfermedad respiratoria y las complicaciones graves.

Estas vacunas son seguras. Las reacciones adversas suelen ser leves y autolimitadas, dolor en el brazo y/o cansancio.

CONCLUSIONES

Las vacunas disponibles disfrutan de seguridad en la aplicación, con impacto epidemiológico relevante. La enfermera es eje central de la captación, educación, administración y monitorización de la vacunación.

La prevención del VRS, mediante la administración de alguna de las vacunas disponibles, reducen hospitalizaciones y mortalidad con incremento de la eficiencia sanitaria.

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

Sacyl

II CONGRESO
Enfermería Familiar y Comunitaria

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Sacyl

valladolid este
ATENCION PRIMARIA

CONSIDERACIONES IMPORTANTES PARA MADRES Y PADRES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN INFANTIL

Autores: Víctor Moral Miguel, Sara Fernández Acereda, Fernando Centeno Malfaz, Esther Martín Catalina, Andrea Hurtado Gómez y Adriana Elvira Pablos Pedreño

ANTES

PREPARACIÓN EMOCIONAL

Explica al niño lo que ocurrirá con un lenguaje sencillo y honesto

Evita mensajes que aumenten el miedo como decir "no te dolerá nada"

Fomenta una actitud calmada y segura. Si existen temores o dudas, pregunta al profesional sanitario, evitando la desinformación y fuentes no fiables

REVISIÓN DE SALUD

Lleva el historial de vacunación o cartilla

Confirma que el niño no presenta fiebre alta o enfermedad aguda grave

Informa al personal sanitario sobre alergias, medicamentos o antecedentes relevantes

ASPECTOS LOGÍSTICOS

Asegura la hidratación y el descanso adecuado antes de acudir a la consulta

Verifica que el calendario de vacunación está actualizado, y si no estás seguro, coméntaselo al profesional sanitario

DURANTE

TÉCNICAS PARA REDUCIR EL DOLOR Y LA ANSIEDAD

Aplica estrategias del sistema CARD (Comfort–Ask–Relax–Distract):

- Confort (comfort): ofrece apoyo físico y verbal
- Demanda (ask): permite que el niño exprese preferencias (mirar o no, sentarse, o estar en brazos)
- Relajación (relax): respiración profunda, ambiente tranquilo
- Distrae (distract): juguetes, vídeos, música, burbujas

En lactantes, amamantar reduce el dolor provocado por la inyección. Por ello, con lactancia materna, puede colocar al lactante al pecho durante la administración

APOYO EMOCIONAL Y FÍSICO

Mantén el contacto físico: abrazar, sostener o colocar al niño en posición cómoda

Evita sujetar de forma brusca, prioriza la contención suave

COLABORA CON EL PERSONAL SANITARIO

Sigue las indicaciones sobre posición, sujeción y calma

No interfieras en la técnica de administración

DESPUÉS

REGISTRO Y SEGUIMIENTO

Revisa las próximas dosis según el calendario oficial

¿CUÁNDO CONSULTAR?

- Fiebre alta persistente
- Reacción alérgica (dificultad respiratoria, ronchas generalizadas)
- Llanto inconsolable prolongado

REACCIONES ESPERADAS

Puede aparecer dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio de inyección, pudiéndose aplicar frío local suave indirecto si hay molestia. Como reacciones generales también se pueden dar febrícula, irritabilidad o cansancio

APOYO EMOCIONAL POSTERIOR

Valida las emociones del niño y refuerza positivamente su valentía. Explica que las vacunas lo protegen a él y a las demás personas

CUIDADOS INMEDIATOS

Permaneced en el centro sanitario 10–15 minutos para observar reacciones inmediatas. Mantén al niño hidratado y en reposo relativo

BIBLIOGRAFÍA

Grupo de trabajo perteneciente a

recoletas salud Instituto Pediátrico

HOSPITAL recoletas salud CAMPO GRANDE

II CONGRESO Enfermería Familiar y Comunitaria

valladolid este ATENCION PRIMARIA

Promoción del buen uso de las TIC EN LA COMUNIDAD una herramienta visual para profesionales

Sacyl

Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León

Diez Arenas SM, Gamarra Vegue E, Bartolomé Seoane EE, García De Prada E, Vázquez Ramos M, Palafox Rey PM
Residentes EFyC Valladolid Área Oeste

DATOS

97 %	99 %	35 %	30 %
INE 2025	**ENCUESTA HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA**	**ESTUDIO UNICEF**	**ESTUDIO OMS**
Población de 16–74 años usa Internet regularmente	Población de adolescentes con telefóno móvil	Uso problemático	Se han sentido mal Han descuidado otras actividades Discusiones



TIPOS PREVENCIÓN

- **PREVENCIÓN UNIVERSAL** (TODA LA POBLACIÓN)
- **PREVENCIÓN SELECTIVA** (COLECTIVOS CON MAYOR VULNERABILIDAD)
- **PREVENCIÓN INDICADA** (RIESGO MUY ALTO O CONDUCTA PROBLEMÁTICA INSTAURADA)

Cuándo sospechar USO PROBLEMÁTICO

- **Perdida de control** o evasión de la realidad
- **Ocultación** del tiempo o de las actividades que se realizan
- Sentir una **necesidad de utilizar TIC**
- **Abandono** de actividades cotidianas o aislamiento social
- **Síntomas físicos** (cansancio ocular, fatiga, dolor de cabeza, malas posturas)
- **Sintomas emocionales** (irritabilidad, ansiedad)
- **Empobrecimiento** de la **comunicación** familiar y **disputas**
- **Problemas monetarios**

Herramientas DETECCIÓN

Son herramientas de evaluación. NO SIRVEN PARA DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Escala CIUS. Escala de uso compulsivo de Internet
- Cuestionario Lie/Bet para problemas con juegos de apuestas
- Escala GASA (adicción al juego en adolescentes)
- Test de Adicción a Internet (IAT)
- Cuestionario Videojuegos

ÁMBITOS de prevención

FAMILIAR
- Comunicación adecuada
- Educación en valores
- Acompañar con sistema de normas consensuado

ESCOLAR
- Formar al profesorado
- Establecer vías de comunicación con familias

SANITARIO
- Puerta de entrada al sistema.
- Prevención y seguimiento

SOCIO-COMUNITARIO
- Participación activa de la comunidad
- Involucrar al tercer sector

SI DESDE AP *no se resuelve*

Dependiendo de criterios de inclusión

- PROGRAMA PREVENCIÓN INDICADA (SERVICIOS SOCIALES)
- INTERVENCIÓN SALUD MENTAL

RECUERDA REGISTRAR EN GUÍAS ASISTENCIALES DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIÓN DEL NIÑO, JÓVEN Y ADULTO (MEDORA)

BIBLIOGRAFÍA