VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

LIBRO DE PÓSTERES /ZAMORA 2026

EDITA Y COORDINA:
FLORENCIO VICENTE CASTRO Y ANA ISABEL SÁNCHEZ IGLESIAS

EDICIONES INFAD - PSIQUEEX

Edita:
Asociación Internacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia y
de la Adolescencia, Mayores y Discapacidad (INFAD de Psicología)
PSIQUEEX

Urbanización Universitaria, nº 36. 06006 Badajoz. España
Tfno y fax +34 924 435 895
e-mail: revistainfad@gmail.com

© INFAD y sus autores.
© Este trabajo está licenciado bajo la licencia Creative Commons Attribution 3.0.
Usted es libre de: Compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. El licenciador no puede revocar estas libertades mientras cumpla con los términos de la licencia. Bajo las condiciones siguientes:
Reconocimiento: Usted debe acreditar el autor, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Usted puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de un manera que sugiera que el licenciante apoya su uso.
No Comercial — No puede utilizar el material para una finalidad comercial.
No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que legalmente restrinjan realizar aquello que la licencia permite.
Avisos: No tiene que cumplir con la licencia para aquellos elementos del material en el dominio público cuando su utilización esté permitida por la aplicación de una excepción o un límite No se dan garantías. La licencia puede no ofrecer todos los permisos necesarios para la utilización prevista. Por ejemplo, otros derechos como los de publicidad, privacidad, o los derechos moral* pueden limitar el uso del material.
Los derechos de copyright de los artículos publicados, pertenecen a INFAD: International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicología. Cualquier otro beneficio derivado de las investigaciones publicadas pertenecen a los autores. Cualquier persona física o jurídica que desee reimprimir parte o la totalidad de algún artículo, deberá obtener permiso escrito del Editor, quien otorgará dicho permiso con el consentimiento del autor. Los autores asumen la plena responsabilidad ideológica de sus trabajos.

Area Temática ISOC: Psicología / Area de Conocimiento: Psicología Evolutiva y de la Educación
Diseño y maquetación: Zeta impresión. Badajoz

BIENVENIDA PRESIDENTE

Estimados congresistas:

Es un honor darles la bienvenida a Zamora y al VIII Congreso Internacional Silver Economy, un encuentro que representa mucho más que un espacio de debate. Es un punto de encuentro internacional para compartir conocimiento, experiencias y proyectos, y para avanzar juntos ante uno de los grandes fenómenos de nuestro tiempo: la nueva sociedad de la longevidad.

Vivimos más y queremos vivir mejor. Esta realidad plantea importantes retos en ámbitos como la salud, el bienestar, la participación social, el empleo, la economía y los servicios públicos, pero también abre nuevas oportunidades para nuestras sociedades y, especialmente, para nuestros territorios rurales.

En los últimos meses hemos asistido a importantes encuentros internacionales que han situado la Silver Economy en el centro de la innovación y del debate europeo. Cannes, Viena y otros escenarios internacionales han mostrado la dimensión y el creciente protagonismo de este movimiento. Zamora recoge ahora ese testigo y aporta su propia visión: un territorio que quiere convertir la longevidad en conocimiento, innovación, oportunidades y desarrollo.

Nuestro Congreso quiere contribuir a ese movimiento desde una convicción: las personas mayores no deben ser contempladas únicamente como destinatarias de servicios, sino como protagonistas de una nueva sociedad, con capacidad para participar, decidir, aportar conocimiento, generar actividad y seguir construyendo nuestro futuro.

Para la Diputación de Zamora, esta visión tiene una especial importancia. Nuestros mayores son una parte esencial de nuestros pueblos, de nuestra identidad y de nuestra sociedad. Cuidar su salud, bienestar, autonomía y calidad de vida significa también cuidar nuestros municipios y mantener vivo nuestro medio rural.

Zamora ha ido consolidando una posición singular en el ámbito de la Silver Economy y queremos seguir avanzando. Nuestro objetivo es que la provincia sea un territorio de innovación, experimentación y transferencia, capaz de acercar a nuestros municipios nuevas experiencias, proyectos y soluciones que permitan afrontar los retos de la longevidad y, al mismo tiempo, generar nuevas oportunidades de empleo, emprendimiento y actividad económica.

La innovación forma parte de este camino. También los avances científicos y tecnológicos, pero siempre entendidos como herramientas al servicio de las personas, de su autonomía y de su bienestar.

Por eso, este Congreso reúne a investigadores, profesionales sanitarios, empresas, emprendedores, universidades, administraciones y organizaciones sociales. Diferentes disciplinas y diferentes territorios comparten conocimiento con un objetivo común: que las buenas ideas no se queden en el debate, sino que puedan convertirse en soluciones y oportunidades reales.

Queremos que aquello que aquí se investiga, se presenta y se debate trascienda estas jornadas y llegue a nuestros pueblos. Que contribuya a hacerlos mejores lugares para vivir, para envejecer, para trabajar y también para emprender.

Esta apuesta por nuestros mayores, por nuestros pueblos y por el futuro de nuestra provincia constituye una de las prioridades de la Diputación de Zamora y del equipo de Gobierno que presido.

Quiero agradecer especialmente a todos los congresistas que han elegido Zamora para compartir su conocimiento y experiencia, así como a las instituciones, universidades, empresas y entidades que hacen posible este encuentro internacional.

Zamora recoge el testigo de los grandes encuentros internacionales Silver y lo hace con una mirada propia: la de un territorio que apuesta por la innovación, por el conocimiento y por el protagonismo de las personas mayores.

Bienvenidos a Zamora. Bienvenidos al VIII Congreso Internacional Silver Economy.

Que estos días nos permitan compartir, aprender, conectar y transformar el conocimiento en oportunidades para las personas y para nuestros territorios.

Muchas gracias y bienvenidos..

Javier Faúndez Domínguez.
Presidente de la Diputación Provincial de Zamora

PRESENTACIÓN

Motivación, Ilusión, Constancia, Trabajo y Empeño, Ciencia y Positividad al servicio de la EDAD

Presentar la organización y el programa del VIII Congreso Internacional Silver Economy, en su edición anual, impulsado y promovido por la Excma. Diputación Provincial de Zamora, es siempre una tarea importante y gratificante que asumir, y con ella, disfrutar de una positiva satisfacción.

Desde hace ocho años, con los Congresos Internacionales Silver Economy, y durante los años anteriores, a través de seminarios, cursos y encuentros dedicados al envejecimiento, Zamora ha mantenido una trayectoria pionera en este ámbito. Una trayectoria que ha convertido a nuestra provincia en un referente internacional de la Silver Economy, con una proyección que trasciende nuestras fronteras y conecta a profesionales, investigadores, instituciones y entidades de todo el mundo.

Las cifras reflejan la dimensión alcanzada por este proyecto: cerca de 4.700 congresistas de todo el mundo y más de 70 panelistas de altísimo nivel forman parte de una trayectoria que sitúa al Congreso entre los grandes espacios internacionales de encuentro, reflexión e intercambio de conocimiento sobre la longevidad, el envejecimiento y las oportunidades de la Silver Economy.

Pero la verdadera dimensión de este Congreso no se mide únicamente por su participación, su programa científico o su proyección exterior. Se mide también por su capacidad para implicar a Zamora, para hacer partícipes a sus instituciones, empresas, entidades sociales, profesionales, asociaciones, colectivos y ciudadanos. El Congreso es un proyecto compartido por Zamora y sus gentes, un acontecimiento que nace de su territorio, se nutre de su identidad y proyecta su capacidad colectiva hacia el mundo.

Esa implicación de los distintos sectores sociales y económicos hace que el Congreso no sea un evento ajeno a la realidad de la provincia, sino una iniciativa que permeabiliza en ella, que favorece el encuentro y la colaboración y que permite que sus reflexiones, propuestas y oportunidades lleguen a distintos ámbitos de la sociedad. Es, por tanto, un Congreso internacional con identidad propia, profundamente vinculado a Zamora y construido desde la participación y el compromiso de quienes creen en las posibilidades de nuestro territorio.

Ya en 2014, en un congreso celebrado en Zamora con más de 500 inscritos y la participación de universidades y centros de investigación, propusimos y aprobamos por aclamación la denominada «Declaración de Zamora sobre Discapacidad y Envejecimiento Activo, Saludable y Positivo», firmada y ratificada por los congresistas y por los numerosos centros de investigación y universidades participantes. Una declaración que continúa vigente como referente institucional y que recoge diez compromisos esenciales en beneficio de las personas y de la edad:

1.-Superar la brecha existencial; 2.-Superar la brecha social; 3.-Superar la brecha educativa; 4.- Superar la brecha del conocimiento y la investigación dedicada a la edad; 5.- Superar la brecha de las contribuciones sociales; 6.- Superar la brecha en el estado de salud; 7.- Superar la brecha digital entre generaciones; 8.- Superar la brecha entre la etapa laboral y la jubilación; 9.- Superar la brecha de ubicación geográfica y despoblamiento; 10.- Superar la brecha de las desigualdades sociales.

Esa Constancia, Motivación, Ilusión, Trabajo y Empeño, Ciencia y Positividad que ponemos al servicio de la EDAD, nos permite afirmar que el esfuerzo y el logro debe ser más potente que la dificultad, y que además de lograr que nuestro VIII Congreso Internacional Silver Economy mantenga esa trascendencia y significación -como creemos que así lo hace-, deba ser útil y positivo en cuanto a conclusiones y aportaciones. Algo que justifique su

periodicidad y el esfuerzo y apoyo recibido de la Diputación y otras Instituciones, Caja Rural, etc. y sobre todo que sus contenidos, investigaciones y enseñanzas lo conviertan en un Congreso excepcional y siempre a recordar por sus aportaciones.

Para este año, si bien el Congreso no tiene un subtitulo, en nuestro cartel anunciador hemos colocado el deseo de ver y vivir la vida ***"en positivo***", una frase que ilumina a Zamora. La positividad.

También en ese nuestro reclamo anunciador del congreso, en el cartel a tal efecto, se hace eco, y se quiere poner de manifiesto que, si la ilusión, la motivación, la constancia, el trabajo y el empeño, el entusiasmo, la ciencia y la positividad de todos los organizadores no estuviesen puestos al servicio de la EDAD nada sería igual en nuestro Congreso. Por experiencia sabemos que nunca se ha logrado nada sin entusiasmo y por eso nuestro esfuerzo y constancia están en la base de nuestro trabajo.

Queremos reflejar con ello las ideas esenciales que nos han guiado en nuestros esfuerzos, como Comité Organizador, al diseñar el programa del que bien podríamos apellidar como "*Congreso Silver Economy de ver la edad en positivo*" y utilizar para ello la denominada lógica japonesa cuando afirma, respecto a una dificultad o una tarea empeñativa, que "*Si alguien puede hacer algo, significa que nosotros también podemos lograrlo, y que si nadie puede hacer ese algo, significa que nosotros debemos intentarlo y ser los primeros en conseguirlo*" y ese es el esfuerzo que año a año colocamos como cimentación de nuestro edificio de la Silver Economy en Zamora.

Citando a nuestro presidente D. Javier Faúndez afirmamos también que *"No estamos aquí para hablar de problemas. Estamos aquí para encontrar soluciones, mostrando cómo de las debilidades se pueden sacar grandes desafíos, como es el hecho de que la Silver Economy consiga transformar el envejecimiento de la población en un potencial que genera empleo y riqueza en sus territorios. Estamos aquí para compartir experiencias, investigaciones y, sobre todo, para avanzar en el desarrollo de nuevas estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.*

Nuestro Congreso ofrece una orientación de apoyo positivo a Zamora, a sus gentes y a sus pueblos, tarea para la que hay que ser imaginativos, creativos, conscientes de las posibilidades, y saber analizar las realidades de nuestro mundo actual. El Congreso *Silver Economy*, a través de sus conferencias, ponencias, intervenciones y reflexiones pretende darnos seguridades, certezas y ayudarnos a huir del miedo al futuro y al cambio, y afrontarlo y replantearlo con convicciones claras y con determinación. Con "*ese* vivir la vida ***"en positivo***","

Ese es nuestro modo de ser y de pensar en esta tarea organizativa. Vivir la vida en positivo significa mirar a lo lejos, mirar al futuro con esperanza. Ello nos abre los ojos a lo verdadero, supone un movimiento de búsqueda, es un intento de encontrar todo lo que la ciencia ofrece sobre la vida y la edad. Vivir la vida y la edad en Positivo es estar preparado para el nacimiento de lo posible, salir e investigar en busca de lo nuevo, de lo totalmente distinto, de lo que no ha existido todavía, o no hemos conocido y debemos aprenderlo para ser útiles. Vivir la vida en positivo se puede aprender como una virtud, pero hace falta que queramos aprenderla y practicarla. La vida y la edad en positivo estimula la imaginación para actuar. Quien vive la vida y la edad en positivo apuesta por las posibilidades que nos sacarían de todas esas realidades negativas que nos rodean y de lo que no debería existir.

¿No es ese el papel de nuestro congreso? Sí, ciertamente lo es. El Congreso acogerá reflexiones científicas, propuestas, alternativas muy explicitas, ayudas para examinar críticamente la realidad de Zamora y su provincia y decidir cómo actuar. Nos ayudará a mantener los valores de la reflexión, de la toma de conciencia frente el mundo actual, sus valores y sus cambios.

A lo largo de estos tres días, el amplio y científico programa del congreso, sus conferencias, sus ponencias, sus intervenciones y numerosas reflexiones, y evidentemente el conjunto de aportaciones de los congresistas,

en sus comunicaciones, propuestas de buenas prácticas, o posters, compitan o no para acceder a los premios que ofrece Caja Rural de Zamora, serán también un dossier de esperanzas con soluciones concretas muy importantes y nos acercarán y propondrán certezas y conocimientos cargados de posibilidades que Zamora y sus hombres y mujeres nos exigen y obligan a acercarnos a la ciencia de forma positiva, cierta, eficaz y esperanzada para ser útiles a toda la población.

Y Gracias a todos por vivir, sentir y compartir esa "*vida y edad en positivo*". Gracias a todos los participantes. El conocimiento amplio y compartido es más útil y necesario. Para ello nos esforzamos. En ello radica nuestra Ilusión, Motivación, Constancia, Trabajo y Empeño, Ciencia y Positividad al servicio de la EDAD

Y como de bien nacidos es ser agradecidos: Gracias a las instituciones que lo hacen posible, gracias a todos los ponentes e intervinientes, gracias a todos los participantes en presencia o a través de las redes.

GRACIAS a todos/as los participantes.
Zamora 27, 28 y 29 de noviembre 2025
Coordinación Académica y científica.

Florencio Vicente Castro
Ana Isabel Sánchez Iglesia

COMITÉ DE HONOR

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

SM Reina Doña Sofia

COMITÉ DE HONOR

• Presidencia de Honor

SM Reina Doña Sofia

MIEMBROS DE HONOR

• Presidente de la Junta de Castilla y León

Excmo. Sr. D. Alfonso Fernández Mañueco

• Vicepresidente Ejecutivo de la Comisión Europea

Excmo. Sr. D. Raffaele Fitto

• Presidente de la Excma. Diputación Provincial de Zamora

Ilmo. Sr. D. Javier Faúndez Domínguez

MIEMBROS

• Vicepresidenta Segunda de la Junta de Castilla y León

Ilma. Sra. D. ª María Isabel Blanco Llamas

• Consejero de Sanidad y Bienestar Social Junta de Castilla y León

Ilmo. Sr. D. Alejandro Vázquez Ramos

• Subdelegado del Gobierno de España en Zamora

Ilmo. Sr. D. Ángel Blanco García

• Rector Magnífico Universidad de Salamanca

Excmo. Sr. D. Juan Manuel Corchado Rodríguez

• Rectora Magnífica de la Universidad León

Excma. Sra. Dª. Nuria González Álvarez

• Rector Magnífico Universidad de Burgos

Excmo. Sr. D. José Miguel García Pérez

• Rector Magnífico Universidad de Extremadura

Excmo. Sr. D. Pedro María Fernández Salguero

• Rector Magnífico Universidad Pontificia de Salamanca

Excmo. Sr.. D. Santiago García-Jalón de la Lama

• Rectora Magnífico Universidad de Valladolid

Excma. Sra. Dª. María Pilar Garcés García.

• Rectora Magnífica Universidad Católica de Ávila (UCAV)

Excma. Sra. Dª. M.ª del Rosario Sáez Yuguero

• Rector Magnífico Universidad de Oriente (UNO) Valladolid-Yucatán

Excmo. Sr. Dr. D. Didier Barrera Novelo

• Rector Magnífico Universidad Autónoma de Yucatán-México

Excmo. Sr. Dr. D. Carlos Alberto Estrada Pinto

• Presidenta Da Cámara Municipal de Bragança

Ilma. Sra. D. ª Isabel Cristina Fernandes Rodrigues Ferreira

• Presidente Da Câmara Municipal Castelo Branco

Sr. D. Leopoldo Martins Rodrigues

• Director General de Caja Rural de Zamora

Sr. D. Cipriano García Rodríguez

• Jefe de la Comandancia de la Guardia Civil Zamora

Teniente Coronel Ilmo. Sr. D. Héctor David Pulido

• Comisario Jefatura de la Policía Nacional Zamora

Sr. D. Guillermo Vara Ferrero

• Fiscal Jefe de la Fiscalía Provincial de Zamora

Ilma. Sra. D. ª Mª Ángeles Cordero Borges

• Obispo de Zamora
Excmo. y Rvdmo. Sr. D. Fernando Valera Sánchez
• Ex Ministro de Asuntos Exteriores y Cooperación
Excmo. Sr. D. José Manuel García-Margallo y Marfil
• Gerente de Fundación General de la Universidad de Burgos
Sr. D. Jorge Izquierdo Zubiate
• Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos
Ilma. Sra. Dª. María Teresa Ares Juan
• Presidente de Laboratorios CINFA
Sr. D. Enrique Ordieres
• Vicepresidente de Laboratorios CINFA
Ilmo. Sr. D. Juan Prieto Corpas
• Decano-Presidente del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León
Ilmo. Sr. D. David Cortejoso Mozo
• Decana-Presidenta del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
Ilma. Sra. Dª. Dolores Timanfaya Hernández Martínez
• Presidenta del Colegio Profesional de Enfermería de Zamora
Ilma. Sra. Dª. Patricia Miguel Gómez
• Ex Pdte. Consiglio Nazionale Ordine Psicologi
Sr. D. Fulvio Giardina
• Bastonário Ordem dos Psicólogos
Sra. Dª. Sofía Ramalho
• Secretaria Provincial del Sindicato de Enfermería de Zamora. SATSE Zamora
Sra. D. ª María Ballesteros Mantecón
• Presidenta de Fundación TRILEMA
Sra. D. ª Carmen Pellicer Iborra
• Presidente del IPB de Braganza
Dr. D. Orlando Isidoro Afonso Rodrigues
• Delegado Episcopal de Cáritas Diocesana de Zamora
Sr. D. César Salvador Gallego
• Director de Cáritas Diocesana de Zamora
Sr. D. Ignacio Enríquez Sobrino
• Presidenta Provincial de Cruz Roja Española en Zamora
Sra. Dª. María José Mateos Ares
• Presidente de Asociación Jóvenes Empresarios de Zamora
Sr. D. Alfonso Martín Moreno
• Profesor investigador y miembro del Sistema Nacional de Investigadores /SIN 3) de la Universidad autónoma de Yucatán (México)
Dr. D. Pedro Sánchez Escobedo.

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENCIA

• Académico de Número de la Academia Internacional de Psicología
Sr. Dr. D. Florencio Vicente Castro
• Diputación Provincial de Zamora
Profa. Dra. D. ª Ana Isabel Sánchez Iglesias

VOCALES DEL COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

• Sr. D. Agustín Francisco Sigüenza Molina. Dir. Gral. de Formación Profesional y Régimen Especial. Junta Castilla y León
• Prof. Dr. D. Alfonso Cruz Jentoft. Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid
• Sra. D.ª Allison Castillo. Directora Gerente de MAD FinTech
• D.ª Almudena Alcaide Raya. Directora de I+D+i en accesibilidad e innovación de Fundación ONCE
• Prof. D. Álvaro Da Silva. Secretario Asociación Psicogeriatría Castilla y León

• Prof. Dr. D. Álvaro Fernández González. Profesor asociado en Universidad de León (SCAYLE)
• Prof. Dr. D. Álvaro Fernández-Vega Sanz. Instituto Oftalmológico Fernández-Vega
• Dra. D. ª Ana Belén Calvo Vera. Instituto de Investigación Biomédica de la Universidad de Salamanca
• Prof.ª Dra. D.ª Ana Isabel Sánchez Iglesias. Jefa de Servicio del Departamento de Fondos Europeos y Emprendimiento de la Diputación Provincial de Zamora. Profesora de la Universidad de Burgos
• Sra. D.ª Ana María Benito Juan. Directora de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora y Jefa de Unidad de Enfermería
• Profa. Dra. D.ª Ana María Cuervo. Profesora titular de Biología Molecular del Desarrollo y Medicina. Co-directora del Centro de Estudios sobre el envejecimiento en el Albert Einstien College of Medicine en Nueva York
• Profa. Dra. Dª. Ana María Serna Álvarez. Universidad de Extremadura. Ciencias del comportamiento y psicología
• Profa. D.ª Ana María Torrecillas Martín. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
• Sra. D.ª Ana Ortega-Molina. Científica especializada en biomedicina, concretamente en el estudio de los linfomas agresivos y el papel del metabolismo en el cáncer y el envejecimiento
• Sra. D.ª Ana Rey Calle. Directora del Centro con Corazón
• Dra. D.ª Ana Serna Álvarez. Vinculada a la Universidad de Extremadura, en Ciencias del Comportamiento y Psicología
• Dr. D. Andrés Losada Baltar. Catedrático de la URJC en Psicología Clínica
• Sr. D. Ángel Luis Hernández Fernández. Director gerente Residencia Milagrosa Corrales
• Dra. D.ª Ángeles Álvarez Mariño. Directora Médico. Atención Primaria de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
• Prof. Dr. D. Antonio Ayala Gómez. Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Sevilla
• Prof. Dr. D. Antonio Calonge Velázquez. Profesor Titular de Derecho Administrativo. Universidad de Valladolid
• Prof. Dr. D. Antonio Javier Álvarez Martínez. Facultad de Ciencias de la Salud
• Dra. D.ª Arletty Pinel. Directora Ejecutiva de Genos Global. Psiquiatra
• Profa. D.ª Belén García Sánchez. Secretaria Académica Escuela de Enfermería de Zamora
• Profa. Dra. D.ª Belén González de Glaría. Universidad Pública de Navarra
• Sr. D. Benedicto Caminero Pérez. Director Técnico de Servicios Sociales. Junta de Castilla y León
• Sr. D. Benigno Lacort Peña. CEO de Senior Economy Forum. Profesor de la Universidad Europea de Madrid
• Prof. D. Cándido Inglés Saura. Universidad Miguel Hernández de Elche
• Dra. D.ª Carmen Fernández García. Especialista en Neumología. Complejo Asistencial de Zamora
• Sra. D.ª Carmen San Raimundo Morín. Enfermera del Complejo Asistencial de Zamora
• Profa. D.ª Carmen Villar Bustos. Escuela de Enfermería de Zamora
• Prof. D. César Leal Costa. Universidad de Alicante
• Prof. Dr. D.ª Consuelo Borrás Blasco. Catedrática de Fisiología. Universidad de Valencia
• Dr. D. Dámaso Gómez Martín. Doctor especialista en Medicina Interna. Zamora
• Prof. Dr. D. David Padilla Góngora. Universidad de Almería
• Dr. D. Diego González Rivas. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela
• Sr. D. Diego Juez Cuesta. Presidente de ACALERTE
• Sr. D. Dionís Guzmán. Cofundador de Robopedics
• Sr. D. Eduardo García Brea. Director General de Personas Mayores y Personas con Discapacidad. Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León
• Dr. D. Eduardo Hevia Sierra. Clínica Universidad de Navarra. Académico Numerario de la Ilustre Academia de Ciencias de la Salud Ramón y Cajal
• Sr. D. Eduardo Ortega Hernández. Licenciado en Derecho y fundador de EO Abogados
• Prof. D. Eduardo Zalama Casanova. Catedrático de la Universidad de Valladolid
• Sra. D.ª Elisa Salas Alonso. Medical Expert (ME) Neuroscience
• Dra. D.ª Elisabeth Arrojo. Directora Médica de INMOA. Premio Nacional de Investigación, Ciencia e Innovación Isaac Peral
• Dra. D.ª Emilia Martínez Velado Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha de Zamora
• Prof. Dr. D. Emilio J. Martínez López. Universidad de Jaén
• Sr. D. Enrique Martínez Marín. Presidente de SEGITTUR
• Prof.ª Dra. D.ª Estefanía Moldón Ballesteros. Escuela de Enfermería de Zamora
• Prof.ª Dra. D.ª Esther M.ª Secanilla Campo. Universidad Autónoma de Barcelona
• Sra. D.ª Eva Crespo. Directora de TV8 Zamora
• Prof. Dr. D. Félix Bermejo-Pareja. Profesor Emérito CIBERNED. Director en Cátedra Extraordinaria de Alzheimer. Neurólogo Consultor Imas12 (Instituto de Investigación del H.U. “12 de Octubre”). Miembro del Board de Neuroepidemiology. Profesor Honorífico del Departamento de Medicina de la UCM

• Prof. Dr. D. Fernando Fajardo Bullón. Universidad de Extremadura
• Sr. D. Fernando Lallana. Director +50 Emprende
• Prof. Dr. D. Fernando Lara Ortega. Universidad de Burgos
• Sra. D.ª Flor Guerrero Robleda. Presidenta de la Federación de Asociaciones de Campos, Pan y Norte-Duero «Espigas»
• Prof. Dr. D. Florencio Vicente Castro. Académico de Número de la Academia Internacional de Psicología
• Sr. D. Francisco Javier Rubio Muñoz. Coordinador del Programa Interuniversitario de la Experiencia. Zamora
• Prof. D. Francisco José Cuadrado Santos. Profesor Titular de Escuela Universitaria. Universidad de Salamanca (USAL)
• Sr. D. Francisco José González Valtuille. Senior Manager de Minsait, especializado en Administraciones Públicas
• Dr. D. Francisco José Tarazona Santabalbina. Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
• Sr. D. Francisco Somoza. Arquitecto
• Dra. D.ª Franka Meiland. Profesional vinculada al desarrollo internacional de Meeting Centers, Países Bajos
• Sra. D.ª Gema Tejedor Gómez. Directora de Gestión y SSGG de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
• Sra. D.ª Guisella Sánchez Castillo. Encargada de Negocios de la Embajada de Costa Rica
• Dr. D. Guzmán Tamame González. Médico en Geriatría y Gerontólogo. Hospital Recoletas Salud Zamora y Salamanca
• Sr. D. Héctor José Pérez Iglesias. Instituto Tecnológico de Coruña (ITG)
• Sr. Dr. D. Hipólito Durán Giménez - Rico. Cirujano General en Hospital Sanchinarro (Madrid). Profesor Titular de Cirugía CEU y Centro Universitario HM Hospitales de Ciencias de la Salud de la UCJC
• Prof. Dr. D. Ignacio Ara Royo. Catedrático del Departamento de Actividad Física y Ciencias del Deporte de la Universidad de Castilla - La Mancha. Director del Grupo de Investigación GENUD Toledo, miembro del Centro de Investigación Biomédica en red sobre fragilidad y envejecimiento saludable.
• Sr. D. Ignacio Fernández-Cid Plañiol. Presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia
• Sr. D. Ignacio Toranzo Martínez. Director-Administrador de la Residencia Virgen del Canto
• Profa. Dra. D.ª Inés Moreno González. Universidad de Málaga. Departamento de Biología Celular
• Sra. D.ª Inmaculada Vicente María. Farmacéutica. Autora de “Salud Infinita”
• Sra. D.ª Irene Olaizola Casín. Directora en Minsait
• Sra. D.ª Irene Yepes García. Directora Asociación Española de Fundaciones Tutelares
• Profa. D.ª Isabel Luján Hernández. Universidad de La Laguna. Profesora de Psicología. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
• Prof. D. Iván Andrade. Presidente de la Asociación de Pensionados y Jubilados de Venezuela en Madrid
• Prof. Dr. D. Jaime Gómez García-Bermejo. Catedrático de la Universidad de Valladolid
• Prof. Dr. D. Javier Álvarez Martín. Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Valladolid
• Sr. D. Javier Baonza Puente. Editor y asesor editorial. Dirección de proyectos culturales
• Sr. D. Javier Benavente Barrón . Fundación Vivofácil
• Sr. D. Javier Peña. Diputación Provincial de Burgos
• Prof. Dr. D. Javier Pérez Turiel. Catedrático de la Universidad de Valladolid
• Prof. Dr. D. Jerónimo González Bernal. Catedrático de la Universidad de Burgos, Facultad de Ciencias de la Salud
• Sr. D. Jesús Ángel Bravo. CEO Argi Ventures SL
• Prof. D. Jesús Ángel Fernández Canelas. Profesor de la Universidad de Salamanca. Escuela de Relaciones Laborales de Zamora
• Comandante Sr. D. Jesús José González Tejada. Teniente coronel y jefe de la Comandancia de la Guardia Civil de Zamora
• Prof. D. Jon Rivas Acebedo. Responsable de Tknika
• Prof. Dr. D. José A. Flórez Lozano. Catedrático de Ciencias de la Conducta. Universidad de Oviedo
• Prof. Dr. D. José Antonio del Barrio del Campo. Universidad de Cantabria
• Prof. Dr. D. José Cantón Duarte. Universidad de Granada
• Prof. Dr. D. José Carlos Castillo Montoya. Profesor titular de la Universidad Carlos III de Madrid e investigador en RoboticsLab
• Sr. D. José De Juan Saboya. Director General de DG Silver Economy Group
• Prof. D. José Escuadra Burrieza. Escuela Politécnica Superior de Zamora
• Prof. Dr. D. José Ignacio Navarro Guzmán. Universidad de Cádiz
• Prof. D. José Ignacio Recio Rodríguez. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca
• Sr. D. José Luis Cordeiro Mateo. Ingeniero, economista, futurista y transhumanista
• Prof. Dr. D. José Luis Díaz Villarig. Presidente del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León
• Sr. D. José Luis Martín Alonso. Vinculado al programa «Cuestión de prioridades» de RTVCYL
• Prof. D. José Luis Pérez Iglesias. Director de la Escuela Politécnica Superior de Zamora

• Dr. D. José Luis Santos Iglesias. Jefe de Servicio de Cardiología. Hospitales Recoletas
• Prof. Dr. D. José M.ª Corrales Vázquez. Profesor titular de la Universidad de Extremadura y Director de la Universidad de los Mayores de Extremadura
• Prof. Dr. D. José Manuel Corrales. Catedrático de la UNESCO
• Prof. Dr. D. José Manuel López Nicolás. Profesor del Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Murcia
• Prof. Dr. D. José Miguel López Higuera. Profesor emérito y fundador del Grupo de Ingeniería Fotónica de la Universidad de Cantabria
• Prof. Dr. D. José Ramón Perán Gonzáles. Profesor Emérito de la Universidad de Valladolid
• Prof. Dr. D. José Viña Ribes. Investigador Principal. Grupo de investigación en envejecimiento y ejercicio físico
• Profa. D.ª Josefa González Santos. Universidad de Burgos
• Prof. Dr. D. Juan Alfredo Jiménez Eguizábal. Universidad de Burgos
• Prof. D. Juan Carlos Pérez González. Profesor Titular de Universidad. UNED
• Sr. D. Juan Fernández Palacios. Director del Centro de Investigación Ageingnomics de Fundación MAPFRE
• Sr. D. Juan Ignacio Vela. Presidente del Grupo LARES
• Prof. Dr. D. Juan José Maldonado Briegas. Profesor de Economía de la Universidad de Extremadura y director de SAPIEM
• Prof. Dr. D. Juan José Vidal Peláez. Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia de Ruber Internacional
• Prof. Dr. D. Juan Luis Castejón Costa. Universidad de Alicante
• Prof. Dr. D. Juan Manuel Moreno Manso. Universidad de Extremadura
• Sr. D. Juan Manuel Padrón Alfonso. Unión Nacional de Consumidores y Usuarios. Graduado en Derecho
• Sr. D. Juan Martín. Director del Centro Internacional de Envejecimiento (CENIE)
• Sr. D. Laudelino Cubino. Exciclista profesional entre los años 1986-96
• Profa. Dr. Dª. Laura Calles Sastre. Especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda). Doctora en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid y profesora asociada de la Facultad de Medicina. Especializada en menopausia, histeroscopia y cirugía ginecológica mínimamente invasiva.
• Profa. Dra. D. ª Leonor Buendía Eisman. Universidad de Granada
• Profa. D.ª Leticia Aguado Ferreira. Escuela Politécnica Superior de Zamora
• Sr. D. Lluís Tamarit Adell. Fundación Trilema
• Dra. D.ª Lourdes Bermejo. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)
• Sra. D.ª Lucie Vaamonde. European Department Manager
• Sr. D. Luis Castillo. Presidente y CEO de SeniorsLeading. Presidente de Málaga Silver Economy Hub
• Sr. D. Luis Güete Tur. Responsable Mayor. Cruz Roja Española en Zamora
• Sra. D.ª Lupina Iturriaga. Co-Founder en SeniorExpert. Board Member, CEO, Directora General e inversora
• Profa. Dra. D.ª M.ª Ángeles Martínez Martín. Decana de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos
• Sra. D.ª M.ª Carmen Otero López. SATSE Zamora
• Profa. Dra. D.ª M.ª Cruz Pérez Lancho. Universidad Pontificia de Salamanca
• Sra. D.ª M.ª Milagros García Álvarez. SATSE Zamora
• Dr. D. Manuel Sánchez Pérez. Presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG)
• Sr. D. Manuel Álvarez Rodríguez. Economista especializado en previsión social y responsabilidad social empresarial
• Sr. D. Manuel Ángel Huertas Fernández. AZARTE
• Prof. Dr. D. Manuel Collado Rodríguez. Grupo E028 - Senescencia celular, cáncer y envejecimiento (IDIS)
• Sr. D. Manuel de la Peña Alonso-Araujo. Presidente del Instituto Europeo de Salud. Director de la Cátedra del Corazón y Longevidad
• Sr. D. Manuel Fraile Martínez. Director de Enfermería de Atención Primaria. Zamora - SACYL
• Prof. Dr. D. Manuel Franco Martín. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora
• Prof. Dr. D. Manuel J. Castillo Garzón. Catedrático de Universidad de Granada
• Sr. D. Manuel Mostaza Barrios. Responsable global de Asuntos Públicos en ATREVIA
• Prof. Dr. D. Manuel Redondo García. Director. CISE Centro Internacional Santander Emprendimiento
• Prof. Sr. D. Manuel Sarmiento Soto. Universidad de Sevilla. Bioquímica y Biología Molecular
• Dra. D.ª Mar de Prado San José. Complejo Asistencial de Zamora
• Prof.ª Dra. D.ª Mara Diertsen Sotos. Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria
• Sr. D. Marc Sarens. Universidad de Bélgica (VUB)
• Prof. Dr. D. Marcelo Carmona Fernández.Universidad de Granada
• Profa. Dra. D.ª María Alcalá Cerrillo. Universidad de Extremadura

• Profa. Dra. D.ª María del Carmen Palmero Cámara. Universidad de Burgos
• Profa. Dra. D.ª María del Carmen Pichardo Martínez. Universidad de Granada
• Profa. Dra. D.ª María Gordillo Gordillo. Universidad de Extremadura
• Profa. D.ª María Helena Pimentel. Doctora en Sociología. Profesora Coordinadora de la Facultad de Salud del Instituto Politécnico de Bragança
• Profa. Dra. D.ª María Isabel Fajardo Caldera. Universidad de Extremadura
• Profa. Dra. D.ª María Isabel García Alonso. Universidad de Burgos
• Profa. Dra. D.ª María Isidoro García. Sección de Genética Molecular y Farmacogenética. USAL
• Prof.ª Dra. D.ª María Jesús González Rellán. Investigadora Marie Curie en el CiMUS (Centro de Investigación en Medicina Molecular y Enfermedades Crónicas). Instituto de investigación biomédica Lunenfeld - Tanenbaum (Toronto, Canadá)
• Excma. Sra. D.ª María José Burgos Monje. Fiscal delegada de Jurisdicción Civil y de Protección de Personas con Discapacidad y Mayores en Castilla y León
• Profa. Dra. D.ª María José Fermoso Palmero. Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora
• Profa. Dra. D.ª María José Gomes. Doctora en Sociología. Instituto Politécnico de Bragança
• Dra. D.ª María José Rodrigo Gonzalo. Escuela de Enfermería de Zamora
• Profa. Dra. D.ª María Luisa Bermejo García. Universidad de Extremadura
• Dra. D.ª María Luisa Delgado Losada. Vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)
• Sra. D.ª María Paz Pando Ballesteros. Directora Académica del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la USAL
• Sra. D.ª María Soledad Lozano Hernández. Coordinadora de Extensiones. Universidad UNED
• Dra. D.ª Marian Martínez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
• Dr. D. Mariano Barbacid. Doctor en Ciencias Químicas. Jefe del Grupo de Oncología Experimental del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas
• Sra. D.ª María Pilar Jiménez Bados. Vocal del Consejo General del Poder Judicial
• Prof.ª Dra. D.ª Marta Blázquez Estrada. Neuróloga especializada en trastornos del movimiento y docente de la Universidad de Oviedo
• Prof. D. Maximiliano del Caño Sánchez. Universidad de Valladolid
• Profa. Dra. D.ª Mercedes Gómez Acuñas. Universidad de Extremadura
• Sr. D. Miguel Ángel González San Román. Cofundador, socio y director digital de Todai Partners
• Prof. Dr. D. Miguel Ángel Mañas Rodríguez. Universidad de Almería
• Sr. D. Miguel Ángel Matilla Blanco. Consultor internacional en comunicación estratégica, escritor y formador
• Prof. Dr. D. Miguel Eugenio Izquierdo Redin. Universidad Pública de Navarra. Catedrático de Ciencias de la Salud. Educación Física y Deportiva
• Prof. Dr. D. Mikel Izquierdo Redín. Catedrático de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra
• Dra. D.ª Montserrat Chimeno Viñas. Gerente de Asistencia Sanitaria de Zamora
• Dra. D.ª Montserrat García Castaño. Directora Médica de Atención Hospitalaria de Zamora
• Sra. D.ª Noelia Vergel Sastre. Trabajadora Social. Centro con Corazón
• Sr. D. Norberto Sotomayor Alarcón. Fiscal delegado de Protección de Personas con Discapacidad y Mayores de la Fiscalía Provincial de Sevilla
• Profa. Dra. D.ª Olga Ibáñez Solé. Investigadora. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa
• Profa. D.ª Olivia Rodrigues Pereira. Directora de la Escuela de Salud del Instituto Politécnico de Bragança
• Sr. D. Pablo Francisco Viñas. Delivery Manager de Healthcare & Social Services para Iberia y Latinoamérica
• Sr. D. Pablo Gómez. Fundación INTRAS
• Sr. D. Pablo Recio Umbría. Periodista de 65YMÁS. Casos de maltrato a personas mayores.
• Profa. Dra. D.ª Patricia Rocamora Pérez. Universidad de Almería
• Profa. Sra. D.ª Paula Cisneros Cristóbal. Doctora en Derecho por la Universidad de Zaragoza
• Sra. D.ª Paula Gómez-Angulo Amoró
• Sr. D. Pedro Simón. Periodista, escritor y redactor en EL MUNDO
• D.ª Pilar Rodríguez Benito. Directora de la Unidad Operativa Sociosanitaria. Adjunta a Gerencia en ABD Asociación Bienestar y Desarrollo
• Prof. Dr. Óscar Fernández-Capetillo. Jefe del grupo de Inestabilidad Genómica. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)
• Prof. Dr. Pablo D'Ors Pérez-Peix. Escritor, sacerdote y filósofo
• Prof. Dr. Pedro Abizanda Soler. Profesor titular de Geriatría. Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM)

• Prof. Dr. Pedro Guillen García. Traumatólogo, investigador y fundador de Clínica CEMTRO
• Prof. Dr. Pierre Medigaud. Directeur de l'Innovation. Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine
• Prof. Dr. Rafael Puyol Antolín. Doctor en Geografía. Ex Rector de la Universidad Complutense de Madrid
• Prof. Dr. Ramón Martínez Mañez. Catedrático de Universidad. Instituto de Investigación IDM (CIBER-BBN)
• Profa. Dra. D.ª Rafaela Díaz Villalobos. Universidad de Extremadura
• Profa. Dra. D.ª Raquel de la Fuente Anuncibay. Universidad de Burgos
• Profa. Dra. D.ª Raquel Gilar Corbí. Universidad de Alicante
• Dr. D. Raúl Antúnez Conde. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, actualmente ejerciendo en el Hospital Ruber Juan Bravo de Madrid. Premio Fin de Residencia de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello (SECOM CYC)
• Sr. D. Raúl Conde. Profesional vinculado al periódico El Mundo
S• r. D. Raúl Mata Ajuria. Director de Castilla y León de La Razón
• Prof. D. Raúl Soto Cámara. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos
• Dra. D.ª Rebeca Abril Coello. Fisioterapeuta especializada en suelo pélvico y obstetricia. Profesora de la Universidad Pontificia de Salamanca
• Profa. Dra. D.ª Rocío Guil Bozal. Universidad de Cádiz
• Sra. D.ª Rocío Miranda de Larra. Directora de Recursos Humanos (RR. HH.) de TOTEM España
• Sra. D.ª Rosa Isabel Cuesta. Directora General de Política Económica y Competitividad. Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Castilla y León
• Sr. D. Ruperto Prieto Corpas. Presidente AZEFAR
• Sra. D.ª Ruth Alonso Martínez. Supercomputación Castilla y León (SCAYLE)
Sr. D. Salvador Molina. Presidente de FORO ECOFIN
• Sr. D. Sebastián Pantoja. EMBA e Ingeniero de Telecomunicación. Director de Programas Estratégicos en Televes y Presidente DATALIFE
• Sr. D. Serafín Pazos-Vidal. Responsable Senior de Políticas de Desarrollo Territorial en AEIDL (Asociación Europea para la innovación en el desarrollo local)
• Sr. D. Shinichi Sato. Ministro de la Embajada de Japón
• Profa. D.ª Silvia María Díaz Prado. Universidad de A Coruña. Departamento de Fisioterapia, Medicina y Ciencias Biomédicas
• Profa. D.ª Silvia Ortega Gutiérrez. Universidad Complutense. Ciencias Químicas
• Profa. Dra. D.ª Silvia Ortega Lamota . Ginecóloga y obstetra. Hospital Universitario San Francisco de Asís
• Prof. Dr. Sílvia Ala. Centro de Investigação LiveWell. Instituto Politécnico de Bragança
• Sra. D.ª Sonia González Vázquez. Instituto Tecnológico de Coruña (ITG)
Sra. D.ª Sonia Pérez Martín. SATSE Zamora
• Prof. Dr. Steven Van Vaerenbergh. Matemáticas, Estadística y Computación. Facultad de Ciencias. Universidad de Cantabria
• Profa. Dra. D.ª Susana Sánchez Herrera. Universidad de Extremadura
• Sr. D. Thorsten Prinz. VDE AI Projects and Services. Team Manager VDE Association for Electrical, Electronic & Information Technologies
• Sr. D. Tomás Guasch Guasch. Comentarista deportivo de la Cadena COPE
• Prof. Sr. D. Tomás Sobrino Moreiras. Investigador líder del grupo C044 - Neuroenvejecimiento
• Sr. D. Vicente Pellicer Iborra. Fundación Trilema
• Prof. Dr. Víctor Santiuste Bermejo. Universidad Complutense de Madrid
• Dra. D.ª Victoria Mateos Manteca. Presidenta electa de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia
• Sr. D. Yves Paindaveine. Ir. EE, Ir. CSE. Head of Sector, Digitising European Industry Governance
• Prof. Dr. D. Zheng-Yi Chen. Investigador vinculado a Harvard Medical School y Massachusetts Eye and Ea

VOCALES DEL COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

• Profa. Dra. D. ª Ana Galvao Psicogerontóloga. Centro de Investigação LiveWell, Instituto Politécnico de Bragança
• Profa. Dra. D. ª Ana María Pereira Instituto Politécnico de Bragança
• Profa. Dra. D. a Anabela Pires Centro de Educacion Especial, Braganza
• Prof. Dr. D. Alex Olivier Alves Rodrigues Brigantia Exo-Park (Bragança - Portugal)
• Prof. Dr. D. Bruno Santos Residência Sénior
• Profa. Dra. D. ª Carina Rodrigues Instituto Politécnico de Bragança

• Prof. Dr. D. Claudio Longobardi Universidad de Turín, Italia
• Profa. Dra. D. ª Cristiana Nascimiento Ordem dos Psicólogos Portugueses
• Profa. Dra. D. ª Eugénia Anes Especialista en salud comunitária. Instituto Politécnico de Braganza (Portugal)
• Prof. Dr. D. Fernando Pereira Sociología del envejecimiento humano. Instituto Politécnico de Braganza (Portugal)
• Profa. Dra. D. ª Gorete Batista Doctora en Psiquiatrías. Instituto Politécnico de Braganza (Portugal)
• Profa. D. ª Helena Pimentel Coordinadora Movilidad, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de BragançaProfa.
• Sr. D. Joao Paulo Almeida Rodrigues. Gabinete de Planeado Estratégico de Municipio Braganza (Portugal)
• Prof. Dr. D. Jorge Mar Soares Felix Doctor en Ciencias Sociales y profesor de la licenciatura en Gerontología de la Universidad de São Paulo (Facultad de Artes, Ciencias y Humanidades)
• Sr. D. Jorge Losada Montero. Director general RTVCYL
• Profa. Dra. D. ª Juana Mercedes Gutiérrez Valverde Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Presidenta del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau Internacional
• Sra. D. ª Justina Silvano Socióloga. Instituto Politécnico de Braganza (Portugal)
• Profa. Dra. D. ª Kelly Miriam Jiménez de Alliaga Directora de Innovación y Transferencia, Tecnológica de la VPI-UNACH Universidad Nacional Autónoma de Chota
• Profa. Dra. D. ª Kleiver Sánchez Instituto Politécnico de Bragança
• Sra. D. ª Lia Joao Louca Marques Teixeira. Gabinete de Planeado Estratégico de Municipio Braganza (Portugal)
• Sra. D. ª Maia José Gomes Especialista em Reabilitacion. Instituto Politécnico de Braganza (Portugal)
• Sr. D. Manuel Brás Especialista en salud comunitária. Instituto Politécnico de Braganza (Portugal)
• Prof. Dr. D. Marco Pinheiro Economista, ISCTE-IUL
• Profa. Dra. D. ª Maria Joao Guardado Moreira Instituto Politécnico de Castelo Branco
• Profa. Dra. D. ª Maria José Gomes IPB
• Profa. Dra. D. ª Maria José Viveiros IPB
• Profa. Dra. D. ª Mariana Válerio IPB
• Profa. Dra. D. ª Marilena Cestari Activamentis
• Sr. D. Miguel Monteiro Doutoramento em Atividade Física e Saúde. Instituto Politécnico de Braganza (Portugal)
• Profa. Dra. D. ª Olga Ramos IPB
• Profa. Dra. D. ª Olívia Pereira Directora de la Escuela de Salud del IPB
• Profa. Dra. D. ª Paola Benevene LUMSA University Roma
• Prof. Dr. D. Paolo Dario Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa
• Profa. Dra. D. ª Patricia Enríquez Nistal CUNEF
• Sra. D. ª Paula Vaz Ciências Sociais. Psicologia. Instituto Politécnico de Braganza (Portugal)
• Prof. Dr. D. Ricardo Pocinho Instituto Politécnico de Leiria
• Sr. D. Rui Pimenta Economista. Doctorado en Ciencias de la Salud. Instituto Politécnico do Oporto
• Sra. D. ª Sílvia Fernandes Ala Doctorada em Psicologia. Instituto Politécnico de Braganza (Portugal)
• Profa. Dra. D. ª Simona de Stasio LUMSA University Roma
• Profa. Dra. D. ª Tania Simona Universidad de Génova
• Profa. D. ª Vickie Heiser MSN RN Viterbo University.

COMITÉ ORGANIZADOR

Sra. D. ª Amaranta Ratón Fresno.
Vicepresidenta. Tercera Diputada de Fondos Europeos, Emprendimiento e Igualdad.
• Sr. Dr. D. Florencio Vicente Castro.
Académico de Número de la Academia Internacional de Psicología
• Sra. Dra. D. ª Ana Isabel Sánchez Iglesias.
Fondos Europeos, Emprendimiento e Igualdad. Diputación de Zamora
• Prof. Dr. D. Alex Olivier Alves Rodrigues.
Brigantia Eco-Park (Bragança - Portugal)
• Profa. Dra. D. ª María José Fermoso Palmero.
Directora Escuela de Enfermería de Zamora
• Prof. Dr. Carlos Maia.
Professor Coordenador. Presidente do Conselho Técnico-Científico. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Politécnico

de Castelo Branco
• Sra. D. ª Carmen Moyano Sierra.
Fundación Trilema
• Sra. D. ª Laura Llamas Román.
Directora Trilema Zamora
• Sra. D. ª Luisa Pires Pequito.
Coordinadora de la Asociación y ETL
• Sra. D. ª Margarita Sogo Pérez.
GAE ZAMORA - Complejo Hospitalario
• Prof. Dr. Ana Galvao.
Centro de Investigação LiveWell, Instituto Politécnico de Bragança
• Prof. Dr. Sílvia Ala.
Centro de Investigação LiveWell, Instituto Politécnico de Bragança
• Sr. D. José Ángel Casas.
Fondos Europeos y Emprendimiento. Diputación de Zamora
• Sra. Dª Rebeca Bermejo Vega.
Fondos Europeos y Emprendimiento. Diputación de Zamora
• Sra. Dª Marina Holguín Mata.
Fondos Europeos y Emprendimiento. Diputación de Zamora
• Sra. Dª Miriam Galende Pintado.
Fondos Europeos y Emprendimiento. Diputación de Zamora
• Sr. D. Josué Crespo Rubio.
Técnico Asesor de Protocolo y Relaciones Institucionales

PÓSTERES



CUIDAR A QUIENES NOS CUIDARON

CUIDADO
AMOR
RESPETO
APOYO
RECIPROCIDAD
DEVOLVER LO RECIBIDO
SIEMPRE A TU LADO
GRATITUD

Antecedentes:
El envejecimiento de la población ha aumentado la necesidad de cuidado de ofrecer acompañamiento,afeto,respeto y apoyo emocional.
Promover una cultura de cuidado ayuda a reconocer todo lo que generaciones anteriores han aportado

Objetivos:
Reconocer lo que las personas mayores han aportado a la sociedad
Promover el respeto y la empatia hacia los mayores
Impulsar la participación de modo que se sientan escuchados y valorados
Responsabilizarnos de ofrecerles una vida digna y de calidad
Concienciar sobre la importancia de cuidar y valorar las personas mayores

Porque cuidar también es agradecer, escuchar, y devolver un poco de todo lo que recibimos.
Es una forma de decir: gracias

Método:
Identificar necesidades de las personas mayores como recibir atención, respeto y compañia
Investigar importancia de cuidarlas

Resultados:
Se ha conseguido reflexionar sobre la importancia de cuidar, respetar y acompañar a las personas mayores.
Trasmitir agradecimiento a quienes nos han cuidado y apoyado a lo largo de nuestra vida
Aprender que pequeños gestos como escuchar, acompañar y mostrar cariño pueden mejorar su bienestar y hacer que se sientan valoraods

Conclusiones:
Todos podemos contribuir a que los mayores se sientan queridos, valorados y acompañados y que es importante ofrecerles cariño, atención, respeto, confianza... no solo cuando lo necesitan, sino también en nuestro día a día.



SOLEDAD NO DESEADA, ANCIANO FRÁGIL Y PAPEL DE LA ENFERMERA COMUNITARIA

RESUMEN

La **soledad** no deseada constituye un problema creciente de salud pública. La OMS reconoce que el aislamiento social y la soledad aumentan el riesgo de deterioro físico, mental y social en las personas mayores. La enfermera comunitaria constituye un pilar fundamental en su detección precoz y abordaje, mejorando la calidad de vida de la población anciana.

PALABRAS CLAVE

Soledad no deseada,
Personas mayores
Anciano frágil
Enfermería comunitaria
Fragilidad

ANTECEDENTES

La soledad no deseada impacta negativamente en la **salud física, emocional y funcional** de las personas mayores frágiles. Su identificación precoz y abordaje desde la enfermería comunitaria permiten reducir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de esta población.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica disponible sobre la soledad no deseada en el anciano frágil y el papel de la enfermería comunitaria en su detección y abordaje.

Objetivos específicos

Identificar el impacto de la soledad no deseada sobre la salud y la fragilidad de las personas mayores.

Describir las principales intervenciones de enfermería comunitaria dirigidas a prevenir y reducir la soledad no deseada.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en CUIDEN, CINHAL y Google Scholar, con las palabras clave y los operadores booleanos AND, OR.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La soledad no deseada y la fragilidad mantienen una relación bidireccional, favoreciendo el deterioro funcional. Los factores relacionados son la viudedad, vivir solo, entornos rurales, enfermedades crónicas y escaso apoyo social. La enfermera comunitaria, a través del cribado de fragilidad y una valoración integral, promociona el envejecimiento activo con la coordinación de los recursos comunitarios.

La soledad y fragilidad constituyen un problema de salud pública. La implementación de la enfermera comunitaria es clave para la detección precoz y el abordaje integral de la soledad no deseada y la fragilidad, contribuyendo a mantener la autonomía, prevenir la dependencia y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

La soledad también pasa factura

Coste de la soledad no deseada en mayores de 65 años: una mirada enfermera

INTRODUCCIÓN

Sentirse solo se asocia a un **26 % más de riesgo de morir** y vivir solo a un 32 % más[3]. En España, **2,1 millones de mayores de 65 años viven solos**; 7 de cada 10 son mujeres[4]. Su coste se conoce peor.

OBJETIVO

Describir el impacto económico de la soledad no deseada en España, con foco en los mayores de 65 años, e identificar qué puede aportar la enfermería comunitaria.

MÉTODO

Revisión narrativa, no sistemática (2015–2025). Metaanálisis, revisiones sistemáticas y estudios de costes. **8 de las 10 fuentes están revisadas por pares.**

De cada 100 € que cuesta la soledad[1]



España, 2021 · cada icono es 1 €

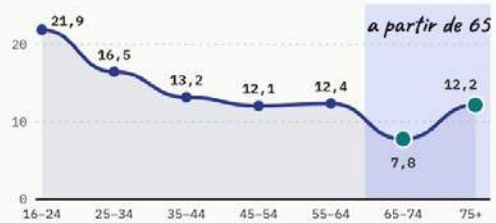
≈14.129 M€ al año

el 1,2 % del PIB de España[1]

- **56,8 € en trabajo perdido** (menos horas trabajadas).
- **43,2 € en sanidad**: 5.605 M€ en consultas, urgencias e ingresos y 496 M€ en fármacos[2].

¿QUIÉN SE SIENTE SOLO?

Soledad no deseada por edad (%), España 2021[2]



Mínimo a los 65–74 años; **repunta desde los 75**.

Más soledad, más psicofármacos (población general)[2]: tranquilizantes **33,1 %** frente a 12,9 %; antidepresivos **23,5 %** frente a 5,3 %.

¿USAN MÁS LA SANIDAD?

- **Más visitas a Atención Primaria**, con efecto pequeño (metaanálisis, 113.639 personas)[5].
- En ≥60 años, la soledad crónica se asocia a más visitas médicas, **no a más ingresos**[6].
- Más apoyo social podría evitar reingresos[7]; sobre costes, la evidencia es inconsistente[8].

¿COMPENSA INTERVENIR?

- Retorno social de **2,28 a 13,72 $** por dólar invertido (5 estudios)[9].
- Prescripción social en mayores: asociada a **menos soledad** (12 estudios)[10].

Tres preguntas la detectan en consulta (UCLA-3)[6]: ¿con qué frecuencia siente que...

...le falta compañía?	...le dejan de lado?	...está aislado de los demás?

Solo en consultas de Atención Primaria: 1.018 M€ al año[2] · NANDA-I 00054 Riesgo de soledad · NIC 5100 Potenciación de la socialización

CONCLUSIONES

- La soledad cuesta en torno al 1,2 % del PIB; el 43 % es gasto sanitario[1].
- En mayores se asocia a más consultas; su coste específico está sin estimar.
- Intervenir puede ser coste-efectivo, pero no siempre ahorra[9].

LIMITACIONES

- Revisión narrativa, no sistemática.
- Coste español: un único estudio, sin desglose por edad.
- Asociación, no causalidad.

¿Y LA ENFERMERÍA?

Claves de la prescripción social[10]:

- **Valorar** antes de derivar.
- **Elegir** la actividad con la persona.
- **Acompañar** con seguimiento.

Bibliografía

1. Casal B, et al. Eur J Health Econ. 2025;26:605-17. 2. Casal B, et al. El coste de la soledad no deseada en España. Observatorio SoledadES; 2023. 3. Holt-Lunstad J, et al. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):227-37. 4. INE. Encuesta Continua de Hogares 2020. 5. Sirois FM, Owens J. Health Psychol Rev. 2023;17(2):193-210. 6. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Am J Public Health. 2015;105(5):1013-9. 7. Valtorta NK, et al. Am J Public Health. 2018;108(4):e1-e10. 8. Eager S, et al. BJPsych Open. 2025;11(6):e243. 9. Engel L, et al. Pharmacoeconomics. 2025;43(9):1047-63. 10. Rapo E, et al. Scand J Prim Health Care. 2023. doi:10.1080/02813432.2023.2237078.

Intervenciones enfermeras en la detección precoz de la fragilidad para mantener la autonomía en mayores

Resumen

La fragilidad es un síndrome asociado al envejecimiento que aumenta el riesgo de caídas, discapacidad y pérdida de autonomía. Su detección precoz permite intervenir. Se identifican como estrategias clave el ejercicio físico, la intervención nutricional, la prevención de caídas y el seguimiento individualizado. Enfermería juega un papel esencial para ayudar a preservar la autonomia y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave

Fragilidad; personas mayores; Enfermería; detección precoz; autonomía; Atención Primaria.

Antecedentes

La fragilidad implica una disminución de la reserva fisiológica que aumenta la vulnerabilidad y el riesgo de dependencia. Su detección temprana permite aplicar medidas preventivas.



Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo de fragilidad.
- Conocer las herramientas de detección precoz.
- Analizar las intervenciones enfermeras para preservar la autonomía.

Método

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas, entre ellas PubMed y Google Académico. Posteriormente, se realizó una revisión sistemática de los artículos identificados.

Resultados

- Cribado mediante escalas de valoración.
- Ejercicio físico multicomponente.
- Educación y asesoramiento nutricional.
- Prevención de caídas y revisión de la medicación.
- Seguimiento enfermero y atención individualizada.

Mejora de la capacidad funcional y prevención de la dependencia.

Conclusiones

La detección precoz de la fragilidad permite actuar antes de un deterioro funcional. Enfermería es clave mediante de la valoración integral, la educación sanitaria y ét seguimiento continuado, favoreciendo la autonomia y la calidad de vida.

Detectar la fragilidad a tiempo, es cuidar la autonomía

IA y sensores IoT para prevenir caídas en mayores rurales: revisión preliminar

AI and IoT sensors to prevent falls in rural older adults: a preliminary review

VIII Congreso Internacional Silver Economy

1 RESUMEN

Revisión de alcance preliminar de la evidencia sobre sensores IoT e inteligencia artificial para detectar, predecir y prevenir caídas en mayores que viven en su domicilio. Se incluyeron 19 estudios. Los sistemas ambientales o híbridos detectan mejor que los portátiles, las intervenciones tecnológicas reducen el riesgo de caídas (RR 0,63), la privacidad es la principal barrera y apenas hay evidencia rural.

2 PALABRAS CLAVE

caídas · personas mayores · medio rural · Internet de las cosas · inteligencia artificial · sensores · envejecimiento en el hogar

3 ANTECEDENTES

- Las caídas son la 2.ª causa mundial de muerte por traumatismo no intencional, con más víctimas mortales a partir de los 60 años [1].
- En el medio rural, la distancia a los servicios y la soledad retrasan la ayuda tras una caída.
- La tecnología no invasiva promete avisar a tiempo. ¿Qué dice la evidencia?

4 OBJETIVOS

Mapear la evidencia sobre sensores IoT e IA para detectar, predecir y prevenir caídas en el hogar, y valorar qué se sabe del medio rural.

5 MÉTODO

- **Diseño:** revisión de alcance preliminar (PRISMA-ScR) [2].
- **Búsqueda:** 21/10/2026, buscador web, 10 consultas (7 de revisión).
- **Criterios:** 2015–2026; mayores en domicilio; sensores, IoT o IA; caídas, aceptación o privacidad.
- **Cribado:** un revisor, por título y resumen.

Documentos devueltos	65
▼ Duplicados eliminados	−20
Registros cribados	45
▼ Excluidos	−26
Estudios incluidos	**19**

Exclusiones: prensa o blogs 11 · fecha anterior a 2015 4 · presentaciones 3 · tesis 2 · registros de ensayos 2 · población no mayor 2 · otros 2.

8 revisiones sistemáticas o metaanálisis · 3 de alcance · 1 bibliométrica · 2 narrativas · 2 observacionales · 2 prototipos · 1 protocolo



6 RESULTADOS

DETECCIÓN
Ambientales + híbridos
rinden más que los dispositivos portátiles [4]; muchos algoritmos se entrenan con caídas simuladas.

PREDICCIÓN
De detectar a anticipar
Los cambios en la velocidad de marcha precedieron a las caídas en un estudio observacional [6].

EFICACIA
RR 0,63
Telemedicina, domótica y exergames; IC 95 % 0,54–0,75; 34 estudios [3].

PRIVACIDAD
34 %
de 44 estudios la señalan como principal barrera; la aceptación es condicionada [5, 7].

MEDIO RURAL
0 estudios con sensores o IA en España. Solo se halló 1 protocolo de ensayo con IA en pueblos de China rural, sin resultados todavía [8].

7 CONCLUSIONES

- ✓ Los sensores no invasivos son la opción mejor respaldada, y la tendencia es predecir el riesgo.
- ✓ El efecto propio de sensores e IA no está aislado de otras intervenciones.
- ✓ Faltan ensayos rurales, estudios de coste-efectividad y evidencia con caídas reales en España.

Limitación: búsqueda en buscador web, un revisor, sin bases bibliográficas.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2026 Nov 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls
2. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-73. doi:10.7326/M18-0850
3. Lee K, Yi J, Lee SH. Effects of community-based fall prevention interventions for older adults using information and communication technology: a systematic review and meta-analysis. Health Informatics J. 2024;30(2):14604582241259324. doi:10.1177/14604582241259324
4. Gorce P, Jacquier-Bret J. Fall detection in elderly people: a systematic review of ambient assisted living and smart home-related technology performance. Sensors (Basel). 2025;25(21):6540. doi:10.3390/s25216540
5. Yusif S, Soar J, Hafeez-Baig A. Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: a systematic review. Int J Med Inform. 2016;94:112-6. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.07.004
6. Phillips LJ, DeRoche CB, Rantz M, Alexander GL, Skubic M, Despins L, et al. Using embedded sensors in independent living to predict gait changes and falls. West J Nurs Res. 2017;39(1):78-94. doi:10.1177/0193945916662027
7. Mujirishvili T, Maidhof C, Florez-Revuelta F, Ziefle M, Richart-Martinez M, Cabrero-García J. Acceptance and privacy perceptions toward video-based active and assisted living technologies: scoping review. J Med Internet Res. 2023;25:e45297. doi:10.2196/45297
8. Li S, Yao Y, Zhou W, Jiang Y, Yu M, Wu Y, et al. Study protocol for EXPRESS fall prevention trial among older adults in rural China [conference abstract]. Innov Aging. 2025;9(Suppl 2):igaf122.2642. doi:10.1093/geroni/igaf122.2642

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN ANCIANO FRAGIL CON INFECCION DE ORINA

RESUMEN/ANTECEDENTES

La infección de orina es una infección que puede originarse en el sistema urinario afectando a la uretra , los riñones, los uréteres y la vejiga. El sexo femenino es el más afectado por esta patología.
Los síntomas pueden ir desde disuria, urgencia miccional, fiebre, malestar general, hematuria pero en el anciano frágil puede equivocarse con otras dolencias.
El síndrome Confusional agudo(SCA) es una alteración cerebral aguda y reversible que provoca una perdida momentánea de la conciencia , la capacidad de atención y la coherencia del pensamiento, con una duración variable.El SCA es una afección habitual en pacientes mayores que se encuentran hospitalizados

RESULTADOS

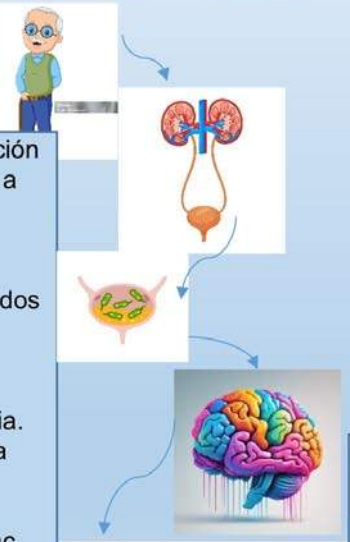
Mujer de 81 años trasladada a urgencias por sus familiares tras presentar agitación nocturna, alucinaciones visuales esporadicas, lenguaje incoherente y tendencia a la somnolencia durante el día, de 24 horas de evolución. A la exploración la paciente se encuentra normoperfundida pero desorientada en tiempo y espacio.Abdomen blando y depresible.
Constantes vitales; Tensión Arterial :115/70 mmHg ,Frecuencia cardiaca : 88 latidos por minuto ,Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturación Oxigeno: 96% Temperatura ª: 36,8 ºC.
Paciente con antecedentes de Hipertensión arterial, artrosis generalizada.No deterioro cognitivo e independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
Se canaliza vía periférica, extracción sanguínea, electrocardiograma, radiografía de tórax, recogida de sistemático de orina y realización de Tomografía axial computerizada.
Hallazgos de interés; leucocitosis, proteína C Reactiva 78mg/L, leucocituria y Tac sin hallazgos significativos.
Tras las pruebas complementarias se confirma un cuadro de síndrome confusional agudo secundario a una infección del tracto urinario.
Se determina el ingreso en planta de hospitalización para tratamiento antibiótico empírico, reorientación espacial y movilización precoz.

SCIELO

METODOLOGIA de un caso clínico en la bases de datos

GOOGLE ACADEMICO

PUBMED



OBJETIVOS

Dar visibilidad al SCA como una manifestación atípica de patología infecciosa subyacente para lograr un diagnóstico y tratamiento precoz

Realizar una valoración integral en urgencias a los ancianos ante cambios agudos de conducta

PALABRAS CLAVE

DELIRIUM

INFECCION DE ORINA

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

DESORIENTACION

ANCIANO FRAGIL

BIBLIOGRAFIA

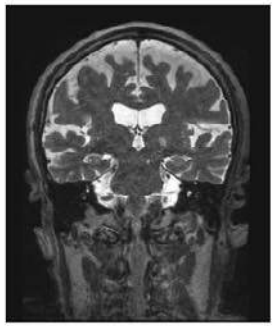
CONCLUSIONES

Las infecciones urinarias son usuales en los ancianos pero no siempre se manifiesta con sus síntomas habituales sino que pueden presentarse de forma atípica con síntomas como la desorientación.
El papel de los profesionales sanitarios es vital para la detección temprana y la realización de una valoración integral que puede identificar cambios neuropsiquiátricos.
Debemos considerar la desorientación como una alarma medica no como resultado de cumplir años.

HIFU EN EL TRATAMIENTO DEL TEMBLOR PARKINSONIANO: PAPEL DE LA ENFERMERÍA

RESUMEN/ANTECEDENTES

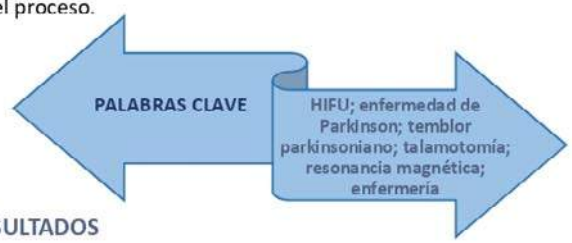
La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo progresivo, con pérdida de neuronas dopaminérgicas, que cursa con bradicinesia, rigidez, temblor de reposo e inestabilidad postural. El temblor interfiere en actividades cotidianas como comer o escribir. El tratamiento inicial es farmacológico, pero algunos pacientes mantienen el temblor pese a la medicación. En ellos se plantean terapias avanzadas como la estimulación cerebral profunda (DBS) y el HIFU, una técnica sin incisiones ni implantes que crea una lesión térmica controlada, guiada por resonancia magnética, en el núcleo ventral intermedio del tálamo (VIM). Es un tratamiento sintomático y su indicación debe individualizarse.



BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVO

Analizar la utilidad del ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU) como alternativa terapéutica para el temblor en pacientes con enfermedad de Parkinson y destacar el papel de la enfermería en el proceso.



RESULTADOS

Eficacia: la talamotomía con HIFU en el núcleo ventral intermedio (VIM) reduce el temblor de forma significativa, en torno al 62 % en pacientes con predominio de temblor.
Dianas en estudio: núcleo subtalámico, globo pálido interno y tracto palidotalámico, con posible efecto sobre otros síntomas motores.
Ventajas: sin incisiones ni hardware implantado; control por resonancia; paciente consciente y con valoración neurológica durante el procedimiento.
Efectos adversos: alteraciones del equilibrio, sensitivas, del habla (disartria) y de la marcha, algunos transitorios. El temblor puede reaparecer a largo plazo.
Frente a la DBS: el HIFU evita implantes, pero la lesión es irreversible; la DBS es ajustable.
Enfermería: preparación y apoyo emocional, vigilancia durante y después del procedimiento, valoración neurológica, educación sanitaria y continuidad asistencial.

MÉTODO

Revisión bibliográfica descriptiva en PubMed/MEDLINE y fuentes especializadas. Términos: "high-intensity focused ultrasound", "HIFU", "Parkinson disease", "Parkinson tremor", "MR-guided focused ultrasound" y "thalamotomy", combinados con operadores booleanos AND y OR. Se priorizaron revisiones, ensayos clínicos y estudios observacionales sobre eficacia, seguridad e indicaciones.



CONCLUSIÓN

El HIFU es una alternativa de interés para pacientes seleccionados con temblor predominante y refractario.
Es un tratamiento sintomático, no frena la progresión, y no está exento de riesgos neurológicos.
La selección individualizada y el abordaje multidisciplinar son clave.
La enfermería es esencial para la seguridad del paciente y la detección precoz de complicaciones.

BONE-02: adhesivo óseo inyectable y su potencial para la estabilización de fracturas

Resumen

BONE-02 se describe como un biomaterial adhesivo inyectable orientado a la fijación de fragmentos óseos en ambiente húmedo. Su interés radica en la posibilidad de ofrecer una alternativa menos invasiva a determinados métodos convencionales de osteosíntesis. Este póster presenta una revisión narrativa sobre sus fundamentos, el contexto de los adhesivos óseos y la posible relevancia de enfermería en el perioperatorio. Dado que la evidencia específica disponible sobre BONE-02 continúa siendo preliminar, la interpretación de sus resultados debe realizarse con cautela.

Palabras clave

adhesivo óseo; biomaterial inyectable; fracturas; ortopedia; enfermería; fragilidad ósea

Antecedentes

El aumento de las fracturas y de la fragilidad ósea en personas mayores constituye un reto asistencial relevante. La fijación convencional con placas y tornillos sigue siendo el estándar en múltiples escenarios, aunque puede asociarse a mayor agresión quirúrgica, complicaciones relacionadas con el implante y, en algunos casos, necesidad de reintervención. En este contexto, los adhesivos óseos biodegradables representan una línea emergente de investigación dentro de la cirugía ortopédica.

Objetivos

1. Describir el interés de BONE-02 dentro del desarrollo actual de adhesivos óseos.
2. Resumir sus posibles ventajas, limitaciones y grado de evidencia.
3. Identificar la aportación de enfermería en la preparación, asistencia y seguimiento del paciente.

Concepto y aplicación propuesta



Implicaciones de enfermería

- Preparación del material
- Asistencia intraoperatoria
- Educación al paciente
- Monitorización postoperatoria

Método

Revisión narrativa de literatura reciente sobre adhesivos óseos y análisis descriptivo de la información publicada sobre BONE-02. Se revisaron artículos de síntesis sobre biomateriales adhesivos, textos académicos recientes y publicaciones secundarias específicas sobre BONE-02, con el objetivo de contextualizar sus propiedades potenciales, limitaciones y relevancia clínica y enfermera.

Resultados

- Los adhesivos óseos constituyen un campo de investigación activo con potencial para mejorar la fijación en entornos húmedos.
- En informes preliminares, BONE-02 se ha descrito como un adhesivo inyectable de aplicación rápida y enfoque mínimamente invasivo.
- Sus beneficios potenciales incluyen reducción del uso de implantes metálicos y menor necesidad de una segunda cirugía; sin embargo, estas ventajas aún requieren validación robusta.
- La evidencia específica revisada sobre BONE-02 es limitada y se apoya sobre todo en comunicaciones preliminares y artículos secundarios.
- El papel de enfermería resulta relevante en la preparación del material, el apoyo intraoperatorio, la educación terapéutica y la vigilancia postoperatoria.

Conclusiones

BONE-02 representa una propuesta innovadora dentro del campo de los adhesivos óseos y podría tener interés futuro en el manejo de fracturas, especialmente en contextos donde se persiga menor invasividad. No obstante, la evidencia clínica publicada y revisada por pares sigue siendo limitada. Antes de su incorporación rutinaria a la práctica clínica, son necesarios estudios comparativos de mayor calidad metodológica que confirmen su seguridad, eficacia, degradación y aplicabilidad real.

Referencias bibliográficas

1. Bingol HB, Bender JCME, Opsteen JA, Leeuwenburgh SCG. Bone adhesive materials: From bench to bedside. Mater Today Bio. 2023;19:100599.
2. Bao Z, Yang R, Chen B, Luan S. Degradable polymer bone adhesives. Fundam Res. 2025;5(2):782-795.
3. Li W, Sun S, Tian Y, Yin W, Yuan B, Wu D, Peng C. Emerging bone adhesives for early fixation and enhanced healing of fractures. Mater Des. 2026;266:116207.
4. Aamir MS, Mobin SA, Asim W. From oysters to orthopedics: Bone-02 as a novel injectable fixation material. Int J Res Orthop. 2026;12(1):277-278.

De la fragilidad a la autonomía:

Papel de enfermería en la prevención de la dependencia en las personas mayores



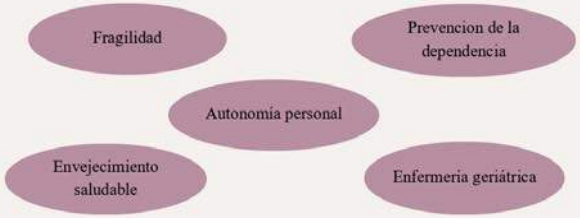
Resumen

El **envejecimiento** de la población plantea importantes retos al sistema sanitario y social, especialmente en la **prevención de la dependencia** y el mantenimiento de la autonomía personal.

La **fragilidad** supone una condición de vulnerabilidad aumentando el riesgo de **deterioro funcional, caídas, hospitalización y pérdida de independencia.**



Palabras clave



Antecedentes

- **La esperanza de vida** → Estrategias para mantener la funcionalidad y autonomía más tiempo
- **Fagilidad** es un síndorme asociado → Reserva fisiológica y de la capacidad de respuesta ante situación de estrés
- **Enfermería** → Identificación de riesgos; Prevención de complicaciones; Coordinación de cuidados



Objetivos

Analizar el papel de enfermería en la **prevención de la dependencia** en personas mayores mediante la **detección precoz** y el abordaje de la **fragilidad.**

- Identificar los principales factores asociados a la fragilidad y al deterioro funcional.
- Describir las intervenciones enfermeras dirigida a preservar la autonomía personal.
- Destacar la importancia de la educación de la salid y el abordaje multidisciplinar en la prevencion de la dependencia.

Método

2019-2026 (actualización hasta la fecha de la revisión)

Bases de datos
- MEDLINE
- CINAHL
- CUIDEN
- Scopus o Web of Science

- Personas > 65 años cin fragilidad o prefragilidad.
- Intervenciones enfermeras.
- Resultados: fragilidad, función física, autonomía, dependencia, caídas y calidad de vida.

- Duplicados.
- Sin relación con la pregunta de investigación.
- Sin información suficinete sobre la intervención o resultados.

Resultados

Detección precoz de la fragilidad
- Valoración de la capacidad funcional, movilidad y riesgo de caídas.
- Estado nutricional y cognitivo.

Herramientas de cribado y valoración enfermera

Promoción de la capacidad funcional
- Actividad física adaptada.
- Ejercicios de fuerza y equilibrio.
- Movilidad segura.

Mantener la funionalidad

Educación para la salud
- Alimentación adecuada.
- Hidratación.
- Adherencia terapéutica.
- Hábitos saludables.

Hábitos que protegen

Atención individualizada y continuidad de cuidados
- Implicación de la persona mayor y familia.
- Coordinación entre atención primaria, servicios sociales y otros profesionales.

Cuidados integrales y personalizados



Conclusiones



La **detección** y el **abordaje temprano** de la fragilidad son esenciales para **prevenir la dependencia.**

Enfermería desempeña un papel clave en la **valoración integral, la promoción de hábitos saludables la prevención de caídas y el seguimiento de la capacidad funcional.**

Estas actitudes contribuyen a preservar la **autonomía** y la **calidad de vida** de las personas mayores.

Reforzar esste enfoque favorece un modelo de **envejecimiento saludable y sostenible**.



Enfermería frente a la soledad no deseada:

Innovación y oportunidades en el envejecimiento rural



Resumen

La **soledad no deseada** en las personas mayores que viven en el medio rural es un **problema complejo** que **afecta a la salud física, mental y social,** y que requiere una respuesta integral.

La **enfermería**, por su cercanía y continuidad asistencial, juega un papel clave en la **detección precoz, la valoración de riesgos y la implementación de intervenciones innovadoras y adaptadas al entorno rural.**



Objetivos

Analizar el papel de enfemería en la **prevención** y el **abordaje de la soledad no deseada** en personas mayores que viven en entornos rurales, identificando las oportunidades que ofrecen la innovación.

- Identificar los **factores que incrementan la soledad** no deseada en el envejecimiento rural.
- Describir las **intervenciones enfermeras** eficaces y adaptadas al contexto rural.
- Explorar el potencial de la **inovación tecnológica y comunitaria** para reducir la soledad no deseada.

Palabras clave

Soledad no deseada
Enfermería
Salud comunitaria
Envejecimiento rural
Innovación

Método

Revisión bibliográfica narrativa de estudios cuentíficos (2020-2026)

Bases de datos

MEDLINE
CINAHL
Scopus
Web of Science
CUIDEN

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 65 años en entornos rurales.
- Intervenciones enfermeras o con participación enfermera.
- Resultados sobre soledad, bienestar, salud o calidad de vida.

Criterios de exclusión

- Artículos sin acceso al tecto completo.
- Duplicados.
- Estudios sin relación con la pregunta de investigación.

Antecedentes

La soledad no deseada → Riesgo de depresión, Deterioro funcional, Hospitalización, Mortalidad

El envejecimiento rural → Mayores barreras de acceso a servicios.

Enfermería → Clave en la detección y el abordaje de la soledad.

La **innovación** (teleasistencia, apps, redes comunitarias, formación digital) abre nuevas aportunidades para mejorar la conexión social y la calidad de vida.

Resultados

Intervenciones presenciales y comunitarias

- Visitas domiciliarias regulares.
- Grupos de socialización y actividades comunitarias.
- Programas de coluntariado y acompañamiento,



Tecnología y teleasistencia

- Plataformas de contacto y videollamadas.
- Apps de seguimiento y alerta.
- Dispositivos de teleasistencia.

Redes y participación comunitaria

- Colaboración con asociaciones y servicios sociales.
- Impulso del apoyo vecinal y la actidad intergeneracional.



Formación y empoeramiento

- Educación para la salud .
- Fomento de la alfabetización digital.
- Promoción de la autonomía y la participación.

Conclusiones

La enfermería tiene un papel esencial en la **prevención, detección precoz y abordaje de la soledad, adaptando sus intervenciones a las necesidades del entorno rural.**

La soledad no deseada es un **reto prioritario** en el envejecimieinto rural y requiere una respuesta integral y coordinada.

La inovación tecnológica y comunitaria ofrece grandes oportunidades para **mejorar la conexión social y calidad de vida.**

Es necesario fortalecer la **colaboración intersectorial** y la **donación en competencias digitales y comunitarias de los profesionales de enfermería**.



PREVENIR ANTES DE COMPLICAR:

LA GRIPE EN LAS PERSONAS MAYORES Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA

RESUMEN

La gripe estacional representa un importante problema de salud pública en las personas mayores, debido al mayor riesgo de complicaciones, hospitalización y mortalidad. Se analiza el impacto epidemiológico, prestando atención a las hospitalizaciones, la mortalidad y la cobertura vacunal. Se realizará una revisión bibliográfica de fuentes científicas y epidemiológicas, incluyendo informes del Instituto de Salud Carlos III y del Ministerio de Sanidad. Los datos de la temporada 2024-2025 en España evidencian una importante carga asistencial, lo que refuerza la necesidad de mejorar la prevención, la vacunación y la detección precoz desde enfermería.

PALABRAS CLAVE

gripe, adultos, vacunación, mortalidad, prevención, enfermería

ANTECEDENTES

La **gripe estacional** puede provocar complicaciones graves en las personas mayores, especialmente en aquellas con enfermedades crónicas, fragilidad o inmunosenescencia. La **OMS** estima **entre 290.000 y 650.000 muertes respiratorias** relacionadas con la gripe cada año en el mundo y señala que, en los países industrializados, la mayoría de las muertes asociadas se producen en **personas de ≥65 años**.

En **España**, la temporada 2024-2025 registró una importante carga de enfermedad, con **más de 33.000 hospitalizaciones** por gripe y aproximadamente **1.800 ingresos en UCI**. Los casos graves se concentraron especialmente en los menores de cinco años y en las personas mayores de 60 años.

La **vacunación anual** constituye una de las principales medidas preventivas. Sin embargo, las coberturas siguen siendo mejorables, por lo que **enfermería** desempeña un papel esencial en la **educación sanitaria**, la captación de personas vulnerables y la detección temprana de signos de alarma.

OBJETIVO

Analizar el **impacto epidemiológico y clínico** de la **gripe** en las **personas mayores**, haciendo hincapié en la hospitalización, la mortalidad y la prevención mediante vacunación.

MÉTODO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- PubMed
- CINAHL
- Scopus

complementada con informes oficiales de la OMS, el Instituto de Salud Carlos III y el Ministerio de Sanidad

2020 – 2026
priorizando las temporadas
2023-2024
y
2024-2025

Los resultados se sintetizarán de forma descriptiva, diferenciando las estimaciones poblacionales de los porcentajes calculados entre pacientes hospitalizados

RESULTADOS

La información epidemiológica permite identificar una elevada carga de enfermedad en las personas mayores.

En España, la temporada 2024-2025 (estimaciones nacionales para el periodo comprendido entre finales de septiembre de 2024 y mayo de 2025; cifras redondeadas)

+33mil hospitalizaciones	+1800 ingresos en UCI	+1800 fallecimientos	Edad media ≈ 75años

En el informe de vigilancia hospitalaria de la temporada 2024-2025, entre los pacientes ingresados por gripe:

77,3% enfermedades crónicas	27% desarrolló **neumonía**	6,1% ingresó en UCI	6,3% falleció 10,6% en ≥80 años

En cuanto a la vacunación, la cobertura antigripal en personas de ≥65 años en España fue del **67%** en la temporada 2023-2024, según el informe anual del Sistema Nacional de Salud.

Este dato evidencia margen de mejora para alcanzar coberturas más elevadas.



CONCLUSIONES

La gripe estacional genera una importante carga de hospitalización y mortalidad, especialmente en personas mayores con enfermedades crónicas y en mayores de 80 años. Las cifras de la temporada 2024-2025 refuerzan la necesidad de mejorar la prevención, la vacunación y la detección precoz de complicaciones. Enfermería desempeña un papel clave en la captación de personas vulnerables, la educación sanitaria y la vigilancia clínica, contribuyendo a reducir el impacto de la gripe.

BIBLIOGRAFÍA

AUTORES

LUCÍA FERRERO GONZÁLEZ
AURORA GONZÁLEZ MANZANAS
SARA SALVADOR ALONSO
LARA TORIBIO GÓMEZ
RAQUEL PÉREZ BELVER
ANA GLORIA VIÑAS GARCÍA
INÉS ARGÜELLO GÓMEZ
MARÍA LUZ GATO PÉREZ

ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PERSONAS MAYORES

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

01. RESUMEN

El insomnio afecta con frecuencia a las personas mayores y aumenta el riesgo de deterioro cognitivo, caídas y pérdida de autonomía. Esta revisión sintetiza la evidencia científica reciente sobre intervenciones no farmacológicas, identificando que la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-I), el ejercicio físico (especialmente Tai Chi) y las intervenciones combinadas son las estrategias con mejores resultados para mejorar la calidad del sueño.

02. PALABRAS CLAVE

Envejecimiento saludable | Calidad del sueño | Insomnio | Personas mayores | Terapias no farmacológicas

03. ANTECEDENTES

Cambios del sueño con la edad:

- Menor sueño profundo.
- Más despertares nocturnos.
- Adelanto del ritmo circadiano.

Consecuencias:

- Mayor riesgo de caídas.
- Deterioro cognitivo.
- Depresión.
- Pérdida de autonomía.

04. OBJETIVOS

Objetivo principal

- Sintetizar la evidencia científica reciente sobre las intervenciones no farmacológicas más eficaces para mejorar el sueño en personas mayores.

Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones con mayor eficacia.
- Analizar su aplicación en la práctica enfermera.
- Valorar su contribución al envejecimiento saludable.

05. MÉTODO

Revisión narrativa basada en evidencia científica reciente.

Fuentes consultadas

- PubMed, PMC, Journal of Clinical Nursing, International Journal of Environmental Research and Public Health.

Criterios de inclusión

- Revisiones sistemáticas.
- Metaanálisis.
- Publicaciones 2023–2025.
- Personas ≥60 años.



06. RESULTADOS

Las intervenciones no farmacológicas mejoran significativamente la calidad del sueño.



Hallazgos clave

- Mejoran significativamente la calidad del sueño.
- Presentan menos riesgos que los hipnóticos.
- Son aplicables en domicilio y residencias.
- La enfermería es clave en educación y seguimiento.

07. CONCLUSIONES

- La evidencia respalda priorizar intervenciones no farmacológicas.
- La CBT-I es la estrategia con mayor respaldo científico.
- El ejercicio físico y las intervenciones combinadas ofrecen beneficios consistentes.
- Promover un sueño saludable favorece la autonomía y el envejecimiento activo.



AUTORES

AURORA GONZÁLEZ MANZANAS
LUCÍA FERRERO GONZÁLEZ
MARÍA LUZ GATO PÉREZ
INÉS ARGÜELLO GÓMEZ
ANA GLORIA VIÑAS GARCÍA
RAQUEL PÉREZ BELVER
LARA TORIBIO GÓMEZ
SARA SALVADOR ALONSO

SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES: INTERVENCIONES EFICACES PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

01. RESUMEN

La soledad no deseada constituye un importante problema de salud pública en la población mayor y se asocia con ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y pérdida de calidad de vida. Esta revisión sintetiza la evidencia científica reciente sobre las intervenciones más eficaces para reducir la soledad en personas mayores. Los mejores resultados se observan en programas comunitarios, intervenciones grupales, entrenamiento en habilidades sociales y soluciones tecnológicas acompañadas de apoyo digital.

02. PALABRAS CLAVE

Soledad no deseada | Aislamiento social | Envejecimiento saludable | Intervención comunitaria | Tecnología digital

03. ANTECEDENTES

Definición; La soledad es una percepción subjetiva de insuficiencia en las relaciones sociales, mientras que el aislamiento social representa una disminución objetiva del contacto interpersonal. Ambos conceptos tienen implicaciones sanitarias diferentes y requieren intervenciones específicas.

Factores asociados:

- Viudedad, Jubilación, fragilidad, polimedicación, vivir solo.

La evidencia relaciona la soledad con:

- depresión y ansiedad.
- deterioro cognitivo.
- peor percepción de salud.
- menor autoestima.
- mayor utilización de recursos sanitarios.



04. OBJETIVOS

Objetivo principal

- Evaluar las intervenciones con mayor eficacia para disminuir la soledad no deseada en personas mayores.

Objetivos específicos

- Comparar la efectividad de distintos tipos de intervención.
- Identificar estrategias aplicables en el ámbito comunitario.

05. MÉTODO

- Revisión narrativa basada en evidencia científica reciente.
- Bases de datos: MEDLINE/PubMed, CINAHL, Web of Science, Cochrane Library.
- Criterios de inclusión:
  - Revisiones sistemáticas.
  - Metaanálisis.
  - Publicaciones entre 2022-2025.
  - Personas ≥65 años.



06. RESULTADOS

Las intervenciones que combinan participación social, apoyo emocional y seguimiento continuado presentan la mayor consistencia para reducir la soledad no deseada.

Hallazgos clave

- Los programas comunitarios y grupales generan vínculos más duraderos.
- Las intervenciones multicomponente presentan mayor consistencia clínica al combinar apoyo social, emocional y seguimiento
- La tecnología es más eficaz cuando incorpora formación y acompañamiento.
- El abordaje precoz favorece mejores resultados.

07. CONCLUSIONES

La soledad no deseada debe abordarse como un determinante de la salud en el envejecimiento. Las intervenciones comunitarias, grupales y multicomponente ayudan a reducirla, al igual que las soluciones tecnológicas resultan eficaces cuando complementan el apoyo humano. La detección precoz desde Atención Primaria junto con la actuación coordinada del equipo multidisciplinar y los recursos comunitarios, representa una oportunidad para promover un envejecimiento saludable.





Actuación de Enfermería Frente a la Hipertermia Maligna

RESUMEN

La hipertermia maligna es una reacción adversa potencialmente mortal a ciertos anestésicos halogenados y relajantes musculares como la succinilcolina.
La identificación temprana y la intervención adecuada son cruciales para mejorar el pronóstico del paciente. El papel del personal de enfermería es fundamental en la monitorización y el manejo de esta condición.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica.
- Búsqueda en bases de datos online.
- Artículos en inglés y español, de los últimos 10 años a texto completo.

CONCLUSIONES

La actuación de enfermería es esencial en la prevención y manejo de la hipertermia maligna. La formación continua y la implementación de protocolos estandarizados mejoran significativamente los resultados clínicos. Es fundamental que el personal de enfermería esté capacitado para reconocer los signos de alerta y actuar de manera rápida y efectiva, garantizando así la seguridad del paciente.

ANTECEDENTES

La hipertermia maligna es una urgencia farmacogenética poco frecuente, desencadenada por determinados anestésicos, que puede evolucionar rápidamente a una situación mortal. La detección precoz y la actuación coordinada del equipo de enfermería son fundamentales para reducir las complicaciones y mejorar el pronóstico.

OBJETIVOS

1. Identificar los signos y síntomas de la hipertermia maligna en pacientes.
2. Describir el rol del personal de enfermería en la detección y actuación.
3. Implementar protocolos de actuación rápida para el manejo de la crisis.

RESULTADOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Hipertermia
- Rigidez muscular
- Taquicardia
- Taquipnea o hipo ventilación
- Mioglobinuria
- Hiperpotasemia
- Acidosis metabólica o respiratoria

ROL DE ENFERMERÍA:

- Detección temprana
- Actuación inmediata
- Preparar y administrar dantroleno sódico
- Iniciar medidas físicas de enfriamiento

ONCOHEMATOLOGÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS:
IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN GLOBAL DEL PACIENTE

"Acompañar también es cuidar"



Introducción

Los cuidados paliativos según SECPAL *(2002) son "La atención integral, individualizada y continuada de personas y sus familias con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal, que tienen síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual y alta necesidad y demanda de atención. Estas necesidades deben ser atendidas de manera competente, con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familias y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias".*

La enfermedad en fase avanzada se caracteriza por una evolución progresiva, sin opciones de curación y con una respuesta escasa a los tratamientos disponibles. Esta situación suele ir acompañada de diferentes síntomas y genera consecuencias tanto físicas como emocionales, que afectan al paciente, a sus familiares y a los profesionales sanitarios. Además, suele presentar una esperanza de vida limitada.

La atención terapéutica tiene como finalidad principal mejorar la calidad de vida del paciente, favorecer que conserve su independencia en la medida de lo posible y ayudarle a afrontar emocionalmente la enfermedad. Para ello, es fundamental ofrecer una atención integral, activa y coordinada entre los distintos profesionales. Esta intervención debe incluir el alivio y control de los síntomas, el acompañamiento emocional y una comunicación adecuada con el paciente y su entorno familiar. Asimismo, la atención debe adaptarse a las circunstancias y necesidades particulares de cada persona y de su familia, ya que el control de los síntomas por sí solo no es suficiente para garantizar una atención de calidad.

Objetivo

Destacar la importancia de la valoración global e integral del paciente con enfermedad oncohematológica en cuidados paliativos, identificando sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, con el fin de proporcionar una atención individualizada, humanizada y orientada a mejorar su calidad de vida

En conclusión

En el ámbito de la oncohematología, realizar una evaluación completa del paciente que recibe cuidados paliativos resulta esencial para proporcionar una atención personalizada e integral, reducir el sufrimiento y ofrecer acompañamiento durante la evolución de la enfermedad, respetando en todo momento su dignidad y necesidades.

Método

Revisión bibliográfica
2020-2025

- PubMed
- Cochrane
- OMS/SECPAL

Resultados

La **valoración integral** permite identificar las necesidades
físicas, psicológicas, sociales, familiares y espirituales del paciente oncohematológico, favoreciendo una atención individualizada.

El **control de síntomas** facilita la detección precoz y el alivio de síntomas como dolor, fatiga, náuseas e insomnio.

El **bienestar emocional** ayuda a detectar ansiedad, miedo, depresión y sufrimiento espiritual, proporcionando apoyo emocional.

La enfermedad también repercute en la **familia** y en el cuidador principal, pudiendo generar sobrecarga física y emocional. Identificar las redes de apoyo y las necesidades familiares permite ofrecer recursos adecuados y mejorar la continuidad de cuidados.

La **integración precoz de los cuidados paliativos** mejora la calidad de vida y favorece el bienestar del paciente, incluso durante tratamientos activos.

La utilización de escalas como IPOS, ESAS-r, ECOG y Karnofsky permite realizar un seguimiento estructurado de las necesidades del paciente. La coordinación entre Enfermería, Hematología, Cuidados Paliativo, Psicología y Trabajo Social favorece una **atención individualizada y adaptada a la evolución de la enfermedad.**

¿Qué implica una valoración global?

Considerar de manera integral:



Bibliografía

1. World Health Organization. Palliative care. WHO; 2020.
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Definición de cuidados paliativos. Madrid: SECPAL; [Internet]
3. Hochrath S, et al. Palliative Care in Hematology: A Systematic Review of the Components, Effectiveness, and Implementation. J Pain Symptom Manage. 2025.
4. El Jawahri A, et al. Effectiveness of Integrated Palliative and Oncology Care for Patients With Acute Myeloid Leukemia. JAMA Oncol. 2021
5. Shaulov A, et al. Early integration of Palliative care for patients with haematological malignancies. Br J Haematol. 2022

Telerrehabilitación en fisioterapia:
oportunidades, limitaciones y aplicaciones clínicas

2 Palabras clave

Telerrehabilitación · Fisioterapia · Rehabilitación digital · Ejercicio terapéutico · Atención a distancia · Seguimiento · Tecnología sanitaria · Adherencia

1 Resumen

La telerrehabilitación se ha consolidado como modalidad complementaria en fisioterapia, en pacientes con patologías musculoesqueléticas, neurológicas, respiratorias y crónicas. Permite supervisar ejercicios, educar y monitorizar la evolución a distancia, favoreciendo la continuidad de los cuidados, el acceso a la rehabilitación y la autonomía en el domicilio. Sus limitaciones son la evaluación física directa, los recursos tecnológicos necesarios y la adaptación individual.

3 Antecedentes

- Las herramientas digitales han abierto nuevas formas de intervención en fisioterapia.
- Se usa en patologías musculoesqueléticas, neurológicas, respiratorias y crónicas, con resultados favorables en función, dolor y calidad de vida.
- Mantiene la continuidad asistencial, reduce desplazamientos y facilita el acceso al tratamiento.
- Exige adaptar la evaluación y el tratamiento al formato no presencial.
- Depende de recursos tecnológicos, conexión a internet y alfabetización digital.

4 Objetivo

Describir las oportunidades, limitaciones y aplicaciones clínicas de la telerrehabilitación en fisioterapia, analizando su utilidad como herramienta complementaria dentro del proceso rehabilitador.

5 Método

Revisión narrativa de la literatura científica (estudios, guías de práctica clínica y revisiones recientes) sobre telerrehabilitación en fisioterapia. Se analizaron aplicaciones clínicas, beneficios, limitaciones y recomendaciones de implementación en distintos perfiles de pacientes.

1. Búsqueda bibliográfica
2. Selección de estudios
3. Análisis de la evidencia
4. Síntesis de resultados



6 Resultados

hallazgos de la literatura revisada

- **Mejora de la función** — Favorables en dolor, función física y calidad de vida.
- **Alta adherencia** — Buena aceptación, por su comodidad y flexibilidad.
- **Accesibilidad** — Acceso con movilidad limitada o pocos servicios.
- **Continuidad asistencial** — Seguimiento y supervisión del ejercicio.
- **Herramienta complementaria** — Educación, refuerzo de ejercicios y monitorización.
- **Limitaciones** — Evaluación directa limitada, recursos tecnológicos y brecha digital; no indicada en todos los casos.

7 Conclusiones

- Herramienta útil en fisioterapia, sobre todo como complemento a la atención presencial.
- Ofrece oportunidades en accesibilidad, continuidad asistencial, adherencia y autonomía.
- Limitaciones a considerar: evaluación física directa, recursos tecnológicos y adecuación individual.
- Implementación planificada, segura y centrada en el paciente, en un abordaje terapéutico integral.

VIVIR MÁS, VIVIR MEJOR

Estrategias integrales para un envejecimiento saludable

Envejecer bien, está en nuestras manos"

Hospital Provincial de Zamora – Servicio de Medicina Interna

Resumen

El envejecimiento saludable requiere un enfoque integral que combine actividad física, alimentación equilibrada, salud cognitiva, bienestar emocional y relaciones sociales para mantener la autonomía y prevenir la dependencia.

Palabras clave

Envejecimiento saludable · Autonomía · Prevención
Calidad de vida · Silver Economy

Antecedentes

El aumento de la esperanza de vida plantea nuevos desafíos. La OMS define el envejecimiento saludable como el mantenimiento de la capacidad funcional, previniendo la fragilidad y promoviendo la participación activa en la sociedad.

Objetivos

Objetivo general:
Promover un envejecimiento saludable y prevenir la dependencia.

Objetivos específicos:

- Identificar factores clave.
- Destacar el papel de la prevención.
- Analizar el impacto de la Silver Economy.



Método

Revisión bibliográfica narrativa en bases de datos (PubMed, OMS, Ministerio de Sanidad) y literatura científica reciente.

Resultados

- La actividad física y una buena nutrición reducen la fragilidad.
- La estimulación cognitiva y el apoyo emocional previenen el deterioro.
- Las relaciones sociales disminuyen el aislamiento.
- La prevención y la innovación (Silver Economy) mejoran la calidad de vida y la sostenibilidad.

Conclusiones

- El envejecimiento saludable es un reto alcanzable con un enfoque integral.
- Invertir en prevención mejora la vida de las personas y reduce la dependencia.
- La Silver Economy impulsa soluciones innovadoras para un envejecimiento activo y saludable.

No se trata únicamente de añadir años a la vida, sino de añadir vida, autonomía y bienestar a los años.

VITAMINA D: IMPORTANCIA EN ADULTOS MAYORES

RESUMEN

La vitamina D desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la salud en personas adultas mayores por su relación;

- Metabolismo óseo
- Función muscular
- Prevención de complicaciones asociadas al envejecimiento que aumenta modificaciones fisiológicas que favorece: menor capacidad de síntesis, menos exposición solar, disminución de la actividad física y alimentación insuficiente.

ANTECEDENTES

La Vitamina D es un esteroide liposoluble, se sintetiza en la piel por exposición a la radiación UVB, mantiene la homeostasis del calcio y el fósforo.

Su función es mantener una adecuada mineralización ósea y preservar la integridad del tejido musculo esquelético.

El déficit de Vit D constituye un problema en la población mayor desde el punto de vista sanitario

- Salud ósea: osteoporosis, pérdida de masa ósea, fracturas.
- Función muscular: pérdida de fuerza y masa muscular, riesgo de caídas, traumatismos, perdida de autonomía.

HOSPITALIZACIÓN

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la importancia en personas mayores y su relación con la prevención de alteraciones musculo esqueléticas y pérdida de funcionalidad.

Objetivos específicos:

1. Estudio de los niveles de Vitamina D en el laboratorio
2. Identificar las principales funciones
3. Describir factores que favorecen el déficit
4. Consecuencias del déficit
5. Relación entre Vit D, caídas, y riesgo de fracturas
6. Medidas preventivas, educación sanitaria y seguimiento



RESULTADOS

El procesamiento de la Vit D para el estudio de niveles en sangre en el laboratorio de análisis clínicos

1. Obtención de sangre periférica mediante venopunción utilizando el tubo de suero
2. Centrifugación 3500 rpm 7 minutos
3. Procesado en el laboratorio
4. Valores normales 30-70ng/ml

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter descriptivo. La búsqueda se orientó hacia estudios científicos, revisiones sistemáticas, guías clínicas y documentos de organismos sanitarios.

Se consultaron bases de datos y fuentes bibliográficas de interés sanitario; PubMed; Scielo; Cochrane Library y documentos de organismos nacionales e internacionales de referencia. Se utilizaron términos combinados mediante operadores boleados ADN y OR.

PALABRAS CLAVE: Vitamina D (Vit D); Adultos; mayores; envejecimiento; osteoporosis; caídas; fracturas; salud ósea; prevención; análisis; muestra de suero; personal sanitario; técnicos de laboratorio y enfermeras.

CONCLUSIÓN

La actuación coordinada del equipo sanitario permite abordar necesidades y reducir el impacto de problemas en las personas mayores

BIBLIOGRAFÍA

EL IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA Y LA CALIDAD DE VIDA

RESUMEN

La transformación digital ofrece nuevas oportunidades para mejorar los cuidados y la calidad de vida de las personas mayores. El objetivo es analizar las aplicaciones de las tecnologías sanitarias en enfermería, sus beneficios y limitaciones mediante una revisión bibliográfica sistematizada. Se estudia su contribución a la autonomía, la seguridad y la continuidad asistencial, considerando barreras como la brecha digital y la protección de datos. Se pretende promover una innovación segura, accesible y humanizada.

PALABRAS CLAVE

Enfermería; salud digital; tecnología sanitaria; calidad de vida; seguridad del paciente; cuidados enfermeros.

OBJETIVOS

- Analizar las principales tecnologías aplicadas a la práctica enfermera.
- Identificar sus beneficios potenciales para la calidad de vida y la seguridad del paciente.
- Describir el papel de enfermería en su utilización segura y humanizada.

RESULTADOS

Las tecnologías analizadas muestran potencial para mejorar el seguimiento de enfermedades crónicas, facilitar la detección precoz de alteraciones, reforzar la educación sanitaria y favorecer el autocuidado. Asimismo, pueden mejorar la coordinación asistencial. Entre las principales limitaciones destacan la brecha digital, los riesgos para la privacidad, los fallos técnicos y la necesidad de formación profesional.

ANTECEDENTES

Las tecnologías sanitarias han evolucionado desde el uso de remedios naturales en la Antigüedad hasta la incorporación de herramientas avanzadas, como la inteligencia artificial, la telemedicina y la cirugía robótica. Estos avances han mejorado la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, así como la calidad asistencial. Su desarrollo también ha hecho necesario evaluar su eficacia, seguridad y coste para garantizar una atención sanitaria eficiente y de calidad.

MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica sistematizada mediante búsquedas estructuradas en bases de datos científicas, con criterios de selección previamente definidos y análisis de los estudios relevantes.

CONCLUSIONES

Las tecnologías sanitarias constituyen una oportunidad para mejorar la calidad y la continuidad de los cuidados enfermeros. Su incorporación debe ser segura, ética y accesible, con evaluación de sus resultados y supervisión profesional. La tecnología debe complementar, nunca sustituir, el juicio clínico, la empatía y la atención humanizada.

RECUPERACIÓN COGNITIVA TRAS UN ICTUS EN EL ADULTO MAYOR



Factores asociados y estrategias de rehabilitación

1. RESUMEN:

El ictus puede ocasionar alteraciones cognitivas que afectan a la autonomía y calidad de vida de las personas mayores. Atención, memoria y funciones ejecutivas se encuentran entre los dominios más afectados. La recuperación es variable y depende de factores personales, clínicos y cognitivos. Esta revisión analiza los principales factores asociados a la evolución cognitiva y las estrategias de rehabilitación descritas en la literatura reciente.

2. PALABRAS CLAVE:

Ictus · Deterioro cognitivo · Adulto mayor · Rehabilitación cognitiva · Neuroplasticidad

3. ANTECEDENTES:

El deterioro cognitivo es frecuente tras un ictus y puede afectar a la atención, memoria y funciones ejecutivas. Su evolución es heterogénea y puede estar condicionada por características del ictus y del propio paciente.

La identificación precoz permite orientar una rehabilitación adaptada a las necesidades individuales.

4. OBJETIVOS:

Analizar la recuperación cognitiva tras un ictus en el adulto mayor.

- Identificar factores asociados a su evolución.
- Describir estrategias de rehabilitación.
- Explorar el papel del ejercicio y las nuevas tecnologías.



5. MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones científicas entre **2021 y 2026**. Se consultaron **PubMed, SciELO, Scopus y Google Scholar** mediante términos relacionados con ictus, deterioro cognitivo, adulto mayor y rehabilitación.

Se incluyeron publicaciones en español e inglés centradas en la recuperación cognitiva o intervenciones rehabilitadoras tras el ictus, y se excluyeron estudios duplicados, población pediátrica y trabajos sin relación directa con la función cognitiva.

6. RESULTADOS:

- **Factores asociados:** edad, gravedad del ictus, cognición inicial y reserva cognitiva influyen en la recuperación.
- **Rehabilitación:** Las intervenciones combinadas presentan resultados positivos, con evidencia variable para la rehabilitación cognitiva aislada..
- **Ejercicio:** puede contribuir a mejorar la función cognitiva.
- **Tecnología:** realidad virtual y herramientas digitales presentan resultados prometedores como complemento terapéutico.

7. CONCLUSIONES:

La recuperación cognitiva tras un ictus es **dinámica y heterogénea**. La valoración precoz y la identificación de factores asociados permiten orientar una intervención individualizada.

La combinación de **rehabilitación cognitiva, ejercicio y estrategias tecnológicas** puede favorecer la recuperación, aunque se necesita mayor evidencia para determinar qué intervenciones son más eficaces en cada perfil de paciente.



Dolor de cadera lateral:

abordaje fisioterapéutico del síndrome doloroso trocantérico

Educación
Ejercicio terapéutico
Mejor función



1 RESUMEN

El síndrome doloroso trocantérico es una **causa frecuente** de dolor lateral de cadera, especialmente en mujeres y personas de mediana y mayor edad. Suele relacionarse con tendinopatía de glúteo medio y menor, sensibilidad sobre el trocánter mayor y dolor al apoyo lateral, la marcha o la subida de escaleras. La fisioterapia constituye una **opción de primera línea** mediante educación, control de carga y ejercicio terapéutico progresivo orientado a mejorar dolor, función y tolerancia a las actividades.

2 PALABRAS CLAVE

- dolor lateral de cadera
- síndrome doloroso trocantérico
- tendinopatía glútea
- fisioterapia
- ejercicio terapéutico
- control de carga

3 ANTECEDENTES

El cuadro se asocia con dolor al decúbito lateral, marcha prolongada, subir escaleras, ponerse de pie o permanecer a una pierna. La evidencia actual sugiere que el **componente tendinoso** y la **sensibilidad a la compresión** tienen un papel central. También pueden contribuir la debilidad de abductores, la pérdida de control lumbopélvico y los cambios en la dosificación de carga. El **diagnóstico es clínico** y requiere descartar artrosis de cadera, dolor lumbar referido u otras causas.



4 OBJETIVO

Describir el abordaje fisioterapéutico actual del síndrome doloroso **trocantérico**, centrado en educación, ejercicio terapéutico progresivo y estrategias de manejo de carga para mejorar dolor y función.

5 MÉTODO

1 Valoración
- Localización del dolor, irritabilidad.
- Tolerancia a la carga.
- Fuerza abductora, control lumbopélvico.
- Marcha y actividades agravantes.



2 Educación
- Evitar compresión mantenida sobre la cadera dolorosa.
- Adaptar posturas.
- Dosificar actividad.
- Explicar la evolución.



3 Ejercicio terapéutico
- Isométricos según tolerancia.
- Fortalecimiento progresivo de abductores y extensores de cadera.
- Control pélvico.
- Trabajo funcional y reentrenamiento de la marcha.



4 Progresión
- Aumentar carga de forma gradual
- según síntomas y tolerancia funcional.



5 Apoyo complementario
- Terapia manual y estrategias analgésicas
- como complemento, no como tratamiento único.



6 Seguimiento
- Reevaluación del dolor, función.
- Tolerancia al decúbito lateral, marcha y actividades diarias.



6 RESULTADOS

Lo que suele observarse con el abordaje fisioterapéutico

Beneficios frecuentes
- Disminución del dolor.
- Mejor tolerancia a la marcha y a las escaleras.
- Mejora de la fuerza abductora.
- Mejor control pélvico.
- Mayor función en actividades cotidianas.



Limitaciones y retos
- Evolución a veces lenta.
- Dolor persistente al dormir de lado.
- Respuesta variable según irritabilidad y adherencia.
- Necesidad de ajustar carga.
- Posibilidad de recurrencias si no se modifican factores compresivos o hábitos.



7 CONCLUSIONES

La fisioterapia basada en educación, dosificación de carga y ejercicio progresivo es un **pilar del tratamiento** del síndrome doloroso trocantérico. El fortalecimiento de abductores y el control lumbopélvico pueden mejorar dolor y función, aunque la respuesta no siempre es inmediata y exige individualización, adherencia y seguimiento clínico. El abordaje debe ser **multimodal y adaptado** a la irritabilidad del cuadro.

Clave clínica: menos compresión, mejor dosificación de carga y ejercicio progresivo.

Riesgo de Caídas en el paciente Pluripatológico



Resumen

Los pacientes pluripatológicos presentan un elevado riesgo de caídas debido a factores como la fragilidad, la sarcopenia, el deterioro cognitivo y la polifarmacia. Se realizó una revisión sistemática siguiendo PRISMA 2020 para identificar las intervenciones más eficaces en su prevención. Los resultados muestran que las estrategias multifactoriales, especialmente la combinación de ejercicio físico orientado a fuerza y equilibrio con la revisión de la medicación, pueden reducir las caídas entre un 24 y un 30%. La deprescripción centrada en la persona y los programas de ejercicio multicomponente adaptados a la fragilidad constituyen las intervenciones con mayor evidencia, destacando la necesidad de un abordaje multidisciplinar e integrado en la atención al paciente crónico.

Palabras clave:
Accidental falls", "Multimorbidity", "Polypharmacy", "Frailty

Antecedentes

El paciente pluripatológico presenta un riesgo de caídas significativamente mayor que la población general. Este riesgo es multifactorial y está mediado por la fragilidad, el deterioro cognitivo, la sarcopenia y, fundamentalmente, la polifarmacia. Las caídas en este grupo no solo aumentan la morbilidad, sino que son un predictor independiente de mortalidad y pérdida de autonomía.

Objetivos

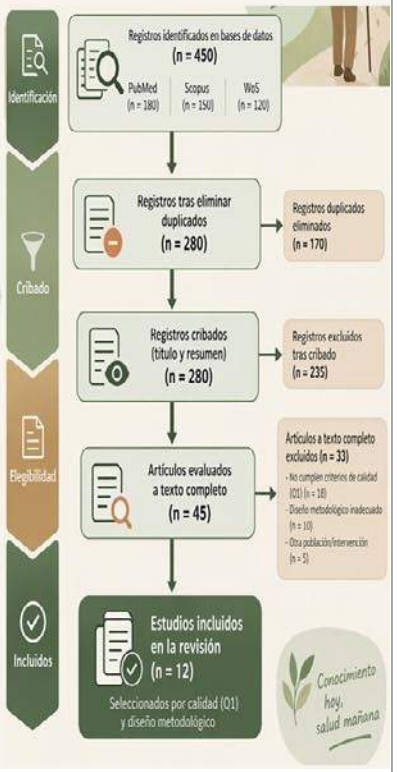
Identificar las intervenciones más eficaces en pacientes con multimorbilidad.
Analizar los factores de riesgo modificables.

Método

Se realizó una búsqueda sistemática siguiendo las directrices PRISMA 2020 en las bases de datos PubMed (MEDLINE), Scopus y Web of Science.
Criterios de inclusión: Ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios cuasiexperimentales, estudios de cohortes y casos-control. Publicaciones en revistas del primer cuartil entre 2018 y 2026.

Resultados

Los ECA demostraron que la combinación de ejercicio físico (fuerza y equilibrio) con la revisión de la medicación reduce la tasa de caídas en un 24 30%.
Se identifican a las benzodiacepinas y los antihipertensivos como los principales factores de riesgo modificables.
Las guías mundiales más recientes (2022-2025) sugieren que la evaluación del riesgo debe ser parte integral de la consulta de cronicidad.



Conclusiones:

La prevención de caídas en el paciente pluripatológico requiere un enfoque multidisciplinar. La deprescripción centrada en la persona y los programas de ejercicio multicomponente adaptados a la fragilidad son las estrategias con mayor nivel de evidencia.

Bibliografía

1.Montero-Odasso M, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022;51(9):afac205.
2.Hopewell S, et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7(7):CD012221.
3.López-Pina JA, et al. Interventions to enhance medication management in multimorbid older adults: a systematic review. Front Public Health. 2025;13:1701622

FRACTURAS POR FRAGILIDAD: LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

AUTORES: Hernández Vecino, Celia; Mesías de Concepción, Sara; Vega Viñas, Jenifer; Martín, Suárez-Inclán, Jaime; Maestro Rodriguez, Santiago;

RESUMEN

Las fracturas por fragilidad constituyen una importante causa de morbimortalidad. Haber sufrido una primera fractura aumenta significativamente el riesgo de nuevas lesiones. La prevención secundaria, basada en el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis, la prevención de caídas y el seguimiento multidisciplinar, resulta fundamental para reducir nuevas fracturas y preservar la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Fracturas por fragilidad; osteoporosis; prevención secundaria; caídas; envejecimiento.

ANTECEDENTES

- Las fracturas por fragilidad son consecuencia de traumatismos de baja energía.
- Su incidencia aumenta con la edad y la osteoporosis.
- Una primera fractura incrementa considerablemente el riesgo de refractura.
- Existe una importante brecha en el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis tras una primera fractura.

OBJETIVOS

Analizar la importancia de la prevención secundaria para reducir nuevas fracturas por fragilidad y preservar la autonomía funcional de las personas mayores.

MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa mediante búsqueda en PubMed/MEDLINE y guías de práctica clínica. Se priorizaron publicaciones de los últimos cinco años sobre osteoporosis, prevención de refracturas y programas multidisciplinares.

RESULTADOS

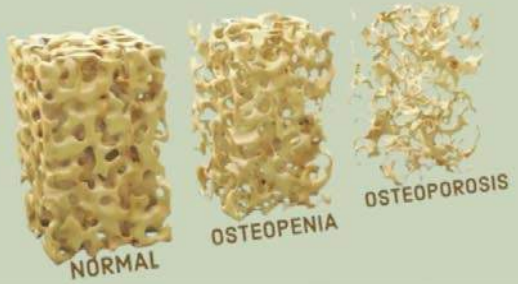
La prevención secundaria se fundamenta en cuatro intervenciones principales:

- **Detección precoz**: identificación de pacientes de riesgo y evaluación de la salud ósea.
- **Tratamiento farmacológico**: inicio de tratamiento antiosteoporótico y seguimiento de la adherencia.
- **Prevención de caídas**: ejercicio físico, entrenamiento del equilibrio y adaptación del entorno.
- **Abordaje multidisciplinar**: unidades FLS para garantizar la identificación, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

CONCLUSIÓN

- Toda fractura por fragilidad debe considerarse una oportunidad para prevenir nuevas lesiones.
- El diagnóstico y tratamiento precoz de la osteoporosis son fundamentales.
- Los programas FLS mejoran la prevención secundaria y la continuidad asistencial.
- Prevenir nuevas fracturas permite reducir la discapacidad y preservar la independencia funcional.

PREVENIR UNA SEGUNDA FRACTURA ES PREVENIR LA DEPENDENCIA.



BIBLIOGRAFÍA

1. Sáez-López P, Aldecoa Álvarez-Santullano C, Arboiro-Pinel R, et al. Recommendations for the prevention of fragility fractures: a consensus from international experts and Ibero-American scientific societies. Arch Osteoporos. 2025;20:76. doi:10.1007/s11657-025-01551-2.
2. Danazumi MS, Lightbody N, Dermody G. Effectiveness of fracture liaison service in reducing the risk of secondary fragility fractures in adults aged 50 and older: a systematic review and meta-analysis. Osteoporos Int. 2024;35:1133-51. doi:10.1007/s00198-024-07052-1.
3. Gregson CL, Armstrong DJ, Bowden J, et al. UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Arch Osteoporos. 2024. Disponible en: NOGG 2024 Clinical Guideline.
4. Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, et al. Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Osteoporos Int. 2013;24(8):2135-52. doi:10.1007/s00198-013-2348-z.

ABORDAJE ENFERMERO DE LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS

PALABRAS CLAVE Conspiración de silencio · Cuidados paliativos · Comunicación sanitaria · Final de vida · Enfermería · Comunicación de malas noticias · Autonomía del paciente

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

1 RESUMEN

- Conspiración de silencio: el paciente recibe información limitada o alterada sobre su enfermedad.
- Hay que equilibrar las necesidades de la familia con el derecho del paciente a decidir.
- Claves de enfermería: comunicación empática, escucha activa, apoyo a la familia y coordinación del equipo.

2 ANTECEDENTES

- **Adaptativa:** el paciente prefiere no saber.
- **Desadaptativa:** desea saber, pero se le oculta. Genera ansiedad, desconfianza y aislamiento.
- Causas: proteger al paciente, miedo, falta de formación y factores culturales.
- Requiere una intervención individualizada.

3 OBJETIVOS

Objetivo principal

Analizar las intervenciones sanitarias ante la conspiración de silencio en oncología paliativa.

Objetivos específicos

- Estrategias para paciente y familia.
- Prevención del pacto de silencio.
- Papel de los profesionales y factores culturales.

4 MÉTODO

Revisión bibliográfica (septiembre de 2026, desde 2016).

Bases de datos consultadas

PubMed · Scopus · Web of Science · Scielo · Cochrane Library

13 estudios en adultos, en español o inglés, de los últimos 10 años.

Excluidos: población pediátrica, pacientes no paliativos y trabajos fuera del tema.

5 RESULTADOS

13 estudios de 7 países. Cuatro áreas de intervención:



5 RESULTADOS: INTERVENCIONES

Intervenciones dirigidas al paciente

- Crear confianza y empatía.
- Explorar qué quiere saber.
- Informar de forma progresiva y privada.

Intervenciones dirigidas a la familia

- Comprender sus motivos.
- Escuchar y apoyar sin culpabilizar.
- Explicar las consecuencias del silencio.

Intervenciones dirigidas a los profesionales

- Formarse en comunicación (SPIKES, VALUE).
- Detectar el pacto de silencio precozmente.
- Coordinar el equipo y registrar preferencias.

Prevención

Comunicación abierta desde el primer contacto.

6 CONCLUSIONES

- Fenómeno complejo: no hay una estrategia única.
- Conocer qué quiere saber el paciente y respetarlo.
- Trabajar con la familia desde la escucha.
- Equipo coordinado y formado en comunicación.

MENSAJE FINAL Escuchar al paciente, comprender a la familia y comunicar con empatía.

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA:

RESUMEN

La disfagia orofaríngea es una alteración de la deglución que dificulta el paso seguro y eficaz de alimentos y líquidos, pudiendo ocasionar complicaciones como neumonía por aspiración, deshidratación y malnutrición. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en su detección precoz, valoración y prevención de complicaciones. El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia científica sobre las herramientas de valoración y los principales cuidados enfermeros en pacientes con disfagia.

PALABRAS CLAVE

Disfagia; enfermería; valoración; cuidados enfermeros; aspiración pulmonar; neumonía aspirativa; deglución.

ANTECEDENTES

La disfagia orofaríngea es frecuente en personas mayores y pacientes con enfermedades neurológicas, especialmente tras un accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson o demencia.
Su presencia puede provocar aspiraciones, incluso silentes, neumonía, desnutrición, deshidratación y deterioro de la calidad de vida.
En este contexto, enfermería tiene un papel esencial en la identificación de signos de alarma, el cribado de pacientes de riesgo y la aplicación de medidas preventivas durante la alimentación.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica sobre la valoración y los cuidados de enfermería en pacientes con disfagia orofaríngea.

- Objetivos específicos:
- Identificar signos y síntomas de alarma.
- Describir las principales herramientas de cribado y valoración.
- Identificar intervenciones enfermeras para garantizar una alimentación segura.
- Analizar medidas de prevención de aspiraciones y neumonía aspirativa.

METODOS

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa mediante consulta de publicaciones científicas, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica.
Bases de datos y fuentes: PubMed/MEDLINE, SciELO, Google Scholar y guías de sociedades científicas.
Palabras clave: Dysphagia, Nursing Care, Swallowing Assessment, Aspiration Prevention y Nursing Interventions.
Se priorizaron publicaciones relacionadas con la disfagia orofaríngea en adultos, la valoración de la deglución y las intervenciones enfermeras.

RESULTADOS

La evidencia revisada identifica TRES áreas fundamentales de actuación enfermera:

A. Detección y valoración

- Identificación de tos, atragantamientos y voz húmeda.
- Observación de dificultades para iniciar la deglución.
- Detección de restos alimentarios y babeo.
- Utilización de herramientas como EAT-10, GUSS y MECV-V.
- Derivación para valoración especializada y pruebas instrumentales cuando estén indicadas.

B. Cuidados durante la alimentación

- Mantener al paciente sentado, con el tronco incorporado aproximadamente 90°.
- Administrar pequeñas cantidades y respetar el ritmo de deglución.
- Adaptar la textura de alimentos y líquidos según valoración individualizada (IDDSI).
- Supervisar la ingesta y comprobar la ausencia de residuos orales.
- Evitar alimentar a pacientes con disminución del nivel de conciencia.

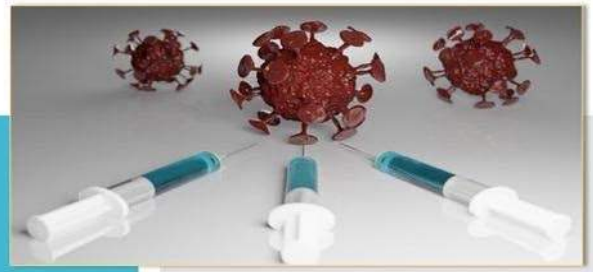
C. Prevención de complicaciones

- Mantener una adecuada higiene oral y de prótesis dentales.
- Vigilar signos respiratorios durante y después de las comidas. y controlar ingesta hídrica, estado nutricional y peso.
- Revisar la seguridad de la administración de medicación oral. Y Mantener las medidas posturales recomendadas tras la alimentación.

CONCLUSIONES

La detección precoz y la valoración sistemática de la disfagia constituyen intervenciones fundamentales para prevenir complicaciones.
Enfermería desempeña un papel clave mediante la aplicación de cuidados individualizados, la adaptación de la alimentación, el mantenimiento de una correcta higiene oral y la vigilancia de posibles aspiraciones.
La educación sanitaria y el abordaje multidisciplinar contribuyen a mejorar la seguridad alimentaria, prevenir la neumonía aspirativa y preservar el estado nutricional y la calidad de vida del paciente.

Beneficios de la vacunación frente al herpes zóster en personas mayores



Resumen

El herpes zóster constituye un problema de salud frecuente en las personas mayores, asociado a complicaciones como la neuralgia postherpética. Se realizó una revisión sistemática entre 2021 y 2026 sobre la eficacia, efectividad y seguridad de la vacunación frente al herpes zóster. Los resultados muestran una elevada protección de la vacuna recombinante, además de una reducción significativa del riesgo de neuralgia postherpética.

Palabras clave: Herpes zóster; vacunación; personas mayores; neuralgia postherpética; prevención.

Antecedentes

El herpes zóster (HZ) es consecuencia de la reactivación del virus varicela-zóster y su incidencia aumenta con la edad debido al deterioro progresivo de la inmunidad celular. En las personas mayores puede producir dolor intenso, deterioro de la calidad de vida y complicaciones como la neuralgia postherpética. La vacunación constituye una estrategia preventiva especialmente relevante en este grupo de población.

Objetivos

Analizar la eficacia, efectividad y seguridad de la vacunación frente al herpes zóster en personas mayores, así como su capacidad para prevenir el herpes zóster.

Método

Se realizó una revisión sistemática entre enero de 2021 y septiembre de 2026. Se consultaron las bases de datos PubMed, Cochrane Library y CUIDEN, utilizando las palabras clave y los operadores booleanos AND y OR

Se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales o ensayos clínicos realizados en adultos mayores, que evaluaran la vacunación frente al HZ y sus resultados clínicos.

Resultados

Se encontró una efectividad de aproximadamente 79% para la vacuna recombinante frente al herpes zóster (RZV).
La RZV redujo la incidencia acumulada de herpes zóster frente a placebo durante aproximadamente 3 años. No se observaron diferencias significativas en acontecimientos adversos graves ni mortalidad.
Se estimó una eficacia frente al herpes zóster del 94% en adultos ≥50 años y del 91,3% en mayores de 70 años, así como una elevada protección frente a la neuralgia postherpética .
Los principales efectos adversos descritos son reacciones locales y síntomas sistémicos transitorios, generalmente de intensidad leve o moderada. No se observó un incremento significativo de acontecimientos adversos graves ni de mortalidad.



Conclusiones

la vacunación frente al herpes zóster, especialmente mediante la vacuna recombinante, proporciona una elevada protección en las personas mayores, reduciendo de forma importante la aparición del herpes zóster y sus complicaciones

1. de Oliveira Gomes J, Gagliardi AM, Andriolo BN, Torloni MR, Andriolo RB, Puga MEDS, et al. Vaccines for preventing herpes zoster in older adults. Cochrane Database Syst Rev. 2023;10(10):CD008858. doi:10.1002/14651858.CD008858.pub5. (PubMed)
2. Mbinta JF, Nguyen BP, Awuni PM, Paynter J, Simpson CR. Post-licensure zoster vaccine effectiveness against herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Healthy Longev. 2022;3(4):e263-e275. doi:10.1016/S2666-7568(22)00039- (PubMed)
3. Zeevaert R, Thiry N, Maertens de Noordhout C, Roberfroid D. Efficacy and safety of the recombinant zoster vaccine: a systematic review and meta-analysis. J Vaccines Vaccin X. 2023;14:100397. doi:10.1016/j.jvacx.2023.100397. (PubMed)

AGITACIÓN NOCTURNA EN PERSONAS MAYORES

CON DETERIORO COGNITIVO · INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS DESDE ENFERMERÍA



CUIDADOS NO FARMACOLÓGICOS

01 Buscar causas reversibles

02 Favorecer rutinas y luz diurna

03 Reducir ruido y estímulos nocturnos

04 Orientar y comunicarse con calma

05 Facilitar movilidad y confort

06 Involucrar a familia y cuidadores

1. Resumen

La agitación nocturna puede manifestarse como inquietud, deambulación, vocalizaciones o resistencia a los cuidados. En personas con deterioro cognitivo exige identificar necesidades no cubiertas y posibles causas clínicas antes de intervenir.

2. Palabras clave

Agitación nocturna · Demencia · Sueño · Enfermería geriátrica · Atención centrada en la persona

3. Antecedentes

El dolor, el delirium, la retención urinaria, el estreñimiento, los cambios ambientales y la alteración del ciclo sueño-vigilia pueden contribuir a la agitación. La contención física puede causar daños y no debe ser una respuesta rutinaria.

4. Objetivos

Describir la valoración enfermera de la agitación nocturna y las medidas no farmacológicas para favorecer seguridad, descanso, dignidad y bienestar.

5. Método

Síntesis descriptiva de recomendaciones de cuidados geriátricos y atención a personas con demencia. Se organizan estrategias de valoración, prevención ambiental, comunicación y seguimiento; no se presentan datos de una intervención propia.

6. Resultados

Las recomendaciones clínicas priorizan:

- Valorar dolor, infección, delirium y otras causas tratables.
- Mantener horarios regulares y exposición diurna a la luz.
- Mejorar el confort y reducir estímulos nocturnos.
- Utilizar comunicación calmada, orientación y apoyo familiar.
- Reevaluar la respuesta y documentar los episodios.

La efectividad varía según la causa y la persona.

7. Conclusiones

El abordaje debe ser individualizado y centrado en la persona. Enfermería desempeña un papel esencial en detectar causas reversibles, adaptar el entorno y evitar medidas restrictivas innecesarias. La agitación de inicio brusco requiere valoración clínica.

Alimentar el músculo para preservar la autonomía: nutrición y ejercicio frente a la sarcopenia

Introducción: La sarcopenia compromete la fuerza muscular, la movilidad y la autonomía de las personas mayores. Muchas intervenciones nutricionales se han centrado en suplementos o nutrientes aislados. Sin embargo, una dieta completa basada en alimentos habituales, bien planificada y combinada con ejercicio, puede ofrecer una alternativa más aplicable en residencias.

Objetivo: Describir el perfil muscular basal de una muestra de residentes mayores y comparar, de forma exploratoria, el menú habitual de la residencia con una Dieta mediterránea Antisarcopénica diseñada para complementar un programa de ejercicio físico.

Métodos: Se analizaron los datos de evaluación basal de 26 residentes, incluyendo edad, fuerza de prensión manual, composición corporal y movilidad. Se diseñó una intervención de seis semanas con ejercicio físico estructurado en ambos grupos: menú habitual de la residencia el grupo control y Dieta mediterránea Antisarcopénica en el experimental. Se compararon 6 semanas de ambos menus para examinar energía, proteína, leucina, número de ingestas y comidas que alcanzaban umbrales anabólicos.

Resultados: De los 26 residentes, 16 (60 %) presentaban baja fuerza muscular compatible con sarcopenia probable según los criterios EWGSOP2. En la comparación exploratoria, el menú habitual aportó 1.721 kcal, 93,9 g de proteína y 7,4 g de leucina al día, con 4 ingestas y 1,8 comidas/día que alcanzaban ≥25 g de proteína. La dieta propuesta aportó aproximadamente 2.000 kcal, 140 g de proteína y 12,0 g de leucina al día, con 5 ingestas y 3,4 comidas/día con ≥25 g de proteína. La leucina, señal clave para la síntesis proteica muscular, alcanzó umbrales potencialmente anabólicos con mayor frecuencia en la dieta propuesta (2,1 vs. 1,6 comidas/día).

Conclusiones: La baja fuerza muscular fue frecuente en esta residencia. Frente al menú habitual, la Dieta Antisarcopénica ofrece un estímulo nutricional más intenso y mejor distribuido, especialmente en proteína y leucina. Combinada con ejercicio, esta estrategia podría favorecer el mantenimiento de la masa y la función muscular y merece evaluación prospectiva en el entorno residencial.

Palabras clave: sarcopenia; autonomía; personas mayores; proteínas; leucina; ejercicio físico.

.

ALIMENTAR EL MÚSCULO PARA PRESERVAR LA AUTONOMÍA

Nutrición y ejercicio frente a la sarcopenia

Antecedentes

La pérdida de fuerza muscular amenaza la movilidad y la autonomía.
Las intervenciones sobre sarcopenia suelen estudiar proteínas, leucina o suplementos específicos; una pauta alimentaria completa puede integrar múltiples fuentes nutricionales.

OBJETIVOS

1. Describir el perfil muscular y funcional basal de residentes mayores.
2. Comparar la dieta habitual de la residencia con una dieta mediterránea antisarcopénica basada en alimentos habituales.
3. Integrar la propuesta con un programa de ejercicio físico estructurado.

¿POR QUÉ IMPORTA?

Proteína: aporta aminoácidos esenciales para reparar y mantener masa muscular.
Leucina: actúa como señal anabólica y favorece la síntesis proteica muscular.
Distribución diaria: más "pulsos" proteicos puede mejorar la respuesta anabólica.
Ejercicio de fuerza: aumenta la sensibilidad del músculo al aporte proteico y ayuda a preservar función y autonomía.

La alimentación aporta sustrato; el ejercicio activa el músculo y potencia el aprovechamiento del aporte proteico.

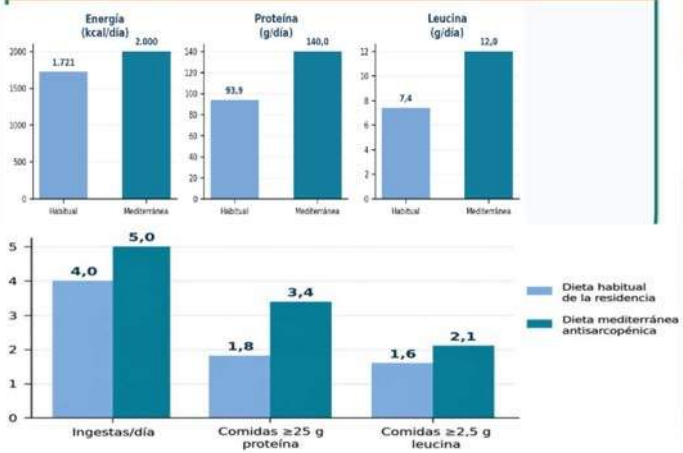
RESULTADOS BASALES

26	87,6	18,1 kg	60 %
residentes	años	prensión	baja fuerza

*15 de 25 residentes clasificables cumplieron criterios de baja fuerza (EWGSOP2).

COMPARACIÓN DE MENÚS

Indicador	Dieta habitual de la residencia	Dieta mediterránea antisarcopénica
Energía (kcal/día)	1.721	≈2.000
Proteína (g/día)	93,9	140,0
Leucina (g/día)	7,4	12,0
Ingestas/día	4	5
Comidas ≥25 g proteína/día	1,8	3,4



MÉTODO

n = 26; se evaluó fuerza de prensión, composición corporal y movilidad.
Análisis documental de menús planificados.

Diseño previsto: 6 semanas; mismo ejercicio en ambos grupos.
Dieta habitual de la residencia | Dieta mediterránea antisarcopénica.

LECTURA CLÍNICA

La dieta habitual de la residencia aporta proteínas, pero las concentra sobre todo en comida y cena.
La dieta mediterránea antisarcopénica reparte mejor el estímulo proteico a lo largo del día e incrementa los "pulsos" potencialmente anabólicos.
Más comidas con ≥25 g de proteína y con ≥2,5 g de leucina pueden favorecer la síntesis proteica

CONCLUSIONES

1. La baja fuerza muscular fue frecuente en esta residencia (60 % de los clasificables).
2. La dieta mediterránea antisarcopénica ofrece una propuesta más densa en proteína y leucina, y mejor distribuida a lo largo del día.
3. El enfoque más prometedor no es "solo más proteína", sino nutrición completa + ejercicio para preservar la autonomía.
4. La comparación es exploratoria y se basa en menús planificados, no en ingesta observada.

EFICACIA DE INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS



Palabras Clave

Soledad no deseada; Personas mayores; Aislamiento social; Enfermería; Apoyo social; Prevención.

Resumen

El presente trabajo analiza la eficacia de las intervenciones de enfermería para reducir la soledad no deseada en personas mayores de 65 años, destacando la importancia de las actividades grupales, la reminiscencia, el apoyo social y el ejercicio físico.

Antecedentes

La soledad no deseada constituye un problema de salud pública creciente, asociado a consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Afecta a una de cada seis personas en el mundo y eleva en un 14 % el riesgo de mortalidad general. Su alta prevalencia mundial exige estrategias eficaces de prevención e intervención.

En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental en la detección precoz, la valoración y el abordaje de esta problemática.

No obstante, existe una alta dispersión en la evidencia sobre cuáles son las actividades y estrategias más efectivas.



Objetivos

- Analizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia de intervenciones de enfermería orientadas a reducir la soledad no deseada en personas mayores de 65 años.
- Evaluar el grado de eficacia de cada tipo de intervención en la disminución percibida del nivel de soledad.

Metodología

Revisión Bibliografica.

Pregunta de investigación formato PIO: ¿Qué intervenciones son eficaces para reducir la soledad no deseada en personas mayores de 65 años?

Bases de datos utilizadas:

- Pubmed, Cochrane Library, PsycINFO, CINAHL, Scopus, Web of Science, Dialnet.

Se combinaron con el operador booleano **"AND"** con el propósito de limitar los resultados.

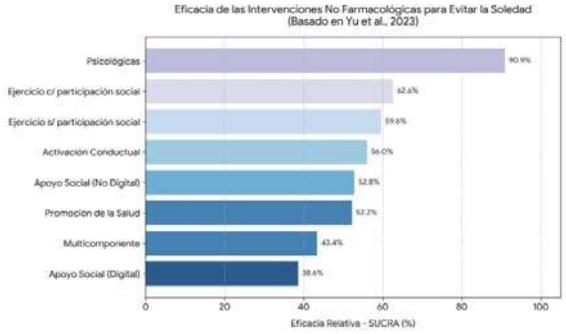
Criterios de inclusón y exclusión:

- Artículos entre 2016 y 2026.
- Idioma español/inglés.
- Acceso texto completo.
- Especie humana.

Completada la búsqueda bibliográfica, se seleccionan los documentos tras lectura de título y resumen. Se realiza una lectura completa de los artículos y se eliminan los duplicados. A continuación, se utilizan cuestionarios de lectura critica.

Resultado

- **Psicológicas:** identificar/corregir pensamientos negativos sobre relaciones, fijar metas de contacto graduadas.
- **Reminiscencia:** sesiones grupales semanales con fotografías, música u objetos de época por etapas vitales.
- **Apoyo social:** grupos entre iguales, mapeo de activos comunitarios y acompañamiento a la primera visita a un recurso.
- **Llamadas telefónicas:** guion estructurado, frecuencia pactada.



- **Ejercicio:** paseos saludables, taichí, gimnasia de mantenimiento o baile en grupo.

Conclusión

Las intervenciones grupales, presenciales son las más eficaces para reducir la soledad no deseada. Destacan la terapia de reminiscencia, los grupos de apoyo, las llamadas telefónicas estructuradas, el ejercicio grupal y las intervenciones psicosociales. Los abordajes multicomponente son más eficaces; la tecnología debe ser complementaria. La enfermería desempeña un papel clave en la detección y abordaje de la soledad no deseada. Se precisan más estudios con muestras amplias y seguimiento a largo plazo para confirmar la eficacia de estas intervenciones.

Bibliografía

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

EPIDERMÓLISIS BULLOSA DISTRÓFICA RECESIVA

Una enfermedad genética rara asociada a COL7A1

AUTORAS:
Raquel Pérez Belver
Vera Pérez Belver

Más conocimiento, mejor cuidado

1 RESUMEN

La epidermólisis bullosa distrófica recesiva (EBDR) es una enfermedad genética rara causada por mutaciones en el gen COL7A1, que provoca la ausencia o alteración del colágeno tipo VII. Esto genera una gran fragilidad de la piel y mucosas, con formación de ampollas y cicatrices, y puede afectar a otros órganos, lo que repercute en la calidad de vida.



2 CARACTERÍSTICAS CLAVE

- Gen implicado: COL7A1
- Alteración del colágeno tipo VII
- Herencia autosómica recesiva
- Fragilidad de piel y mucosas
- Ampollas, heridas y cicatrices
- Gravedad clínica variable
- Necesidad de cuidados individualizados



3 EPIDEMIOLOGÍA Y HERENCIA

- Enfermedad hereditaria de transmisión autosómica recesiva.
- Puede presentarse con un amplio espectro de gravedad y manifestaciones clínicas (cutáneas y mucosas).
- Su prevalencia es baja, con un importante impacto en la calidad de vida.



4 OBJETIVOS

- Describir las características clínicas de la EBDR.
- Identificar complicaciones y necesidades de cuidados.
- Resumir aspectos clave del manejo multidisciplinar.



5 MÉTODO

- Revisión narrativa de la literatura científica sobre la EBDR.
- Consulta de publicaciones científicas y documentos clínicos relacionados con su base genética, manifestaciones clínicas, complicaciones y cuidados.
- Síntesis descriptiva de la información sobre diagnóstico, prevención de complicaciones y abordaje multidisciplinar.
- No se ha realizado una revisión sistemática; por tanto, los resultados deben interpretarse como una síntesis narrativa de la evidencia consultada.



6 RESULTADOS

- La EBDR se describe como una enfermedad genética rara y compleja, con manifestaciones clínicas de gravedad variable.
- El cuidado individualizado de las heridas y el control del dolor y de las complicaciones son aspectos fundamentales del abordaje.
- El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinar, adaptado a las necesidades clínicas y personales de cada paciente.



7 CONCLUSIONES

- La EBDR es una enfermedad rara y compleja, con repercusión variable en la vida diaria.
- La atención individualizada y multidisciplinar facilita la detección y el manejo de complicaciones.
- El tratamiento debe adaptarse a las heridas, los síntomas y las necesidades de cada persona.
- Las opciones terapéuticas deben describirse según su indicación autorizada y disponibilidad local.

La investigación hoy, mejora el mañana

VIII SILVER ECONOMY
CONGRESO INTERNACIONA
ZAMORA

Enfermería Comunitaria y la Prescripción social en la soledad no deseada en personas senior.

RESUMEN
La soledad no deseada (SND): discrepancia entre las relaciones que una persona desea y las que percibe. es subjetiva, multidimensional y potencialmente evitable, que afecta al bienestar físico, emocional y social .
La Enfermería Comunitaria *detecta, acompaña y conecta* a las personas mayores con los recursos de su comunidad, mejorando su **bienestar, autonomía y participación social.**



PALABRAS CLAVE
Soledad no deseada, personas mayores, Enfermería Comunitaria, prescripción social, Salud Comunitaria.



OBJETIVOS
Detectar precozmente la SND en la consulta y en el domicilio.
Identificar **activos en salud y recursos de la comunidad**.
Diseñar planes de **prescripción social** personalizados y consensuados.

PRESCRIBIR COMUNIDAD
TAMBIEN ES CUIDAR

ANTECEDENTES



1 de cada 4 personas mayores dice sentirse sola

OMS 2023: La SND es un *factor de riesgo* comparable a **15 cigarrillos/día**. Aumenta **depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, riesgo cardiovascular y el uso de servicios sanitarios.**
El modelo biomédico es insuficiente.
Riesgo: edad avanzada; pérdida de pareja; enfermedad crónica o discapacidad; bajo nivel socioeconómico; falta de red social y familiar.
Protección: apoyo familiar y vecinal; participación social y comunitaria; autonomía funcional; uso de tecnologías; sentido de pertenencia.



METODOLOGÍA.
Revisión bibliográfica en bases de datos: **PubMed, CINAHL, SciELO y CUIDEN**.
Descriptores:**Lonelisness,Aged,Community Health Nursing, Primary Health Care.Social Prescribing,Social participation** .2019-2025



RESULTADOS.

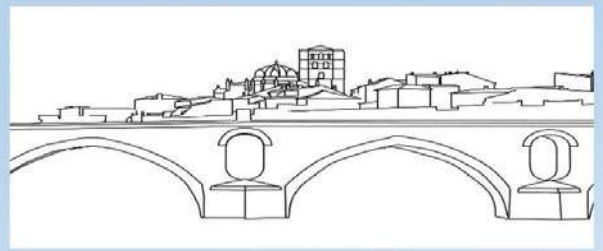


- ✓ Disminución de ansiedad, aislamiento.
- ✓ Mejora de autoestima, autonomía y bienestar emocional.
- ✓ Aumento de participación social y actividad física.
- ✓ Disminución de consultas y también de medicamentos.
- ✓ Se fortalece el vínculo enfermera-paciente y de la red comunitaria.

CONCLUSIONES.



- ➢ **La prescripción social** es una herramienta eficaz, humana y sostenible frente a la SND.
- ➢ La **enfermera comunitaria** debe **liderar** su implantación en Atención Primaria.
- ➢ Es necesario **formar, visibilizar y evaluar** estas intervenciones, e integrar el **mapa de activos en salud** en nuestra práctica clínica habitual.



¿Puede la fisioterapia mejorar la calidad del sueño en la población silver?

1. Resumen

Los trastornos del sueño son frecuentes en las personas mayores y se asocian a fatiga, disminución del rendimiento funcional, caídas y deterioro de la calidad de vida.
El ejercicio terapéutico y determinadas técnicas fisioterapéuticas pueden contribuir a mejorar la calidad del sueño mediante mecanismos físicos y psicológicos. Esta comunicación analiza la evidencia disponible sobre esta relación.

2. Palabras clave

Sueño; Insomnio; Ejercicio terapéutico; Calidad de vida; Envejecimiento.

3. Antecedentes

El envejecimiento produce modificaciones fisiológicas en los patrones de sueño, incluyendo despertares frecuentes y menor duración del sueño profundo.
Además, patologías crónicas, dolor persistente y sedentarismo pueden agravar estos problemas.
El ejercicio físico regular se ha propuesto como una alternativa no farmacológica efectiva.

4. Objetivos

Analizar los efectos del ejercicio terapéutico y las intervenciones fisioterapéuticas sobre la calidad del sueño en personas mayores.

5. Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar y PEDro) durante los últimos diez años, en pacientes mayores de 65 años sobre:

- Ejercicio aeróbico.
- Entrenamiento de fuerza.
- Técnicas respiratorias.
- Relajación y actividad física supervisada.

6. Resultados

Los programas de ejercicio se asociaron con una disminución de la latencia del sueño, una reducción de los despertares nocturnos y una mejora de la calidad subjetiva del descanso.

Además, los participantes mostraron mayor energía y funcionalidad durante el día.

7. Conclusiones

La fisioterapia puede contribuir a mejorar el sueño mediante intervenciones seguras y accesibles, favoreciendo la salud integral de la población silver.

SILVER ECONOMY 2026 · PÓSTER CIENTÍFICO

SARCOPENIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Detectar la pérdida de fuerza para preservar la autonomía



Laura Lancho Gonzalo | Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria · Consultorio Local de Carbajosa de la Sagrada (Salamanca)

RESUMEN

La sarcopenia es una enfermedad muscular asociada a pérdida de fuerza y masa muscular, relacionada con caídas, fragilidad y pérdida de autonomía. La Atención Primaria permite identificarla precozmente y promover intervenciones sobre ejercicio y nutrición.

PALABRAS CLAVE

Sarcopenia · Envejecimiento · Atención Primaria · Enfermería Comunitaria · Ejercicio terapéutico.

ANTECEDENTES

El consenso EWGSOP2 sitúa la disminución de fuerza como principal indicador de sospecha; la confirmación requiere baja cantidad o calidad muscular. La detección es relevante para prevenir deterioro funcional.

RESULTADOS

Ruta F-A-C-S: detección y valoración de la sarcopenia (EWGSOP2)

1 SOSPECHAR
SARC-F / clínica

2 EVALUAR FUERZA
Dinamometría < 27 kg en hombres, < 16 kg en mujeres o 5 levantamientos de silla > 15 s
→ Sarcopenia probable

3 CONFIRMAR
Baja masa muscular mediante DXA o bioimpedancia.

4 VALORAR GRAVEDAD
Velocidad de marcha ≤ 0,8 m/s / pruebas funcionales.

EJERCICIO DE FUERZA + EQUILIBRIO + APOYO NUTRICIONAL

96 estudios · 7.596 participantes
Metaanálisis en red, 2025: intervenciones combinadas asociadas a mejoras en fuerza y función física.

OBJETIVOS

Sintetizar criterios prácticos de detección y el abordaje no farmacológico desde Enfermería Familiar y Comunitaria.

MÉTODO

Revisión narrativa de consenso EWGSOP2 (2019) y evidencia de metaanálisis sobre ejercicio y nutrición (2025). Síntesis orientada a la práctica en Atención Primaria.

CONCLUSIONES

- La fuerza muscular debe ser una prioridad en la valoración funcional de personas mayores.
- Enfermería puede impulsar detección, educación, ejercicio progresivo y valoración nutricional individualizada.
- Sospecha precoz no equivale a diagnóstico confirmado.

Referencias: Cruz-Jentoft AJ et al. Age Ageing. 2019;48:16-31 (EWGSOP2). · Comparative Effectiveness of Exercise and Protein-Based Interventions on Muscle Strength, Mass, and Function in Sarcopenia. 2025, PMID: 41205420.

Revisión bibliográfica; sin datos clínicos propios.

Fragilidad en personas mayores: detectar a tiempo para prevenir la dependencia



1. Resumen

La fragilidad es un estado de vulnerabilidad asociado al envejecimiento que aumenta el riesgo de caídas y dependencia. Puede detectarse y abordarse precozmente desde Atención Primaria, con un papel clave de enfermería.

2. Palabras clave

Fragilidad · Personas mayores · Atención Primaria · Enfermería comunitaria · Prevención de caídas

3. Antecedentes

- Envejecimiento poblacional.
- La fragilidad se asocia a caídas y dependencia.
- Es prevenible, detectable y reversible.

4. Objetivos

General: Prevenir la dependencia detectando y abordando la fragilidad.

Específicos:

- Identificar herramientas.
- Aplicar intervenciones.
- Destacar el papel enfermero.

5. Método

Revisión narrativa de documentos institucionales y bibliografía científica, especialmente la actualización del Ministerio de Sanidad (2026).

6. Resultados

Abordaje integral de la fragilidad

1. DETECTAR	2. VALORAR	3. INTERVENIR	4. SEGUIR
Personas ≥70 años	Funcionalidad y riesgo de caídas	Ejercicio, nutrición y revisión farmacológica	Seguimiento y coordinación comunitaria

Herramientas de cribado

- SPPB: < 10 puntos
- Marcha: < 0,8 m/s
- TUG: > 12 s
- FRAIL: ≥ 1 punto

Intervenciones clave: ejercicio multicomponente, nutrición adecuada, prevención de caídas y entorno seguro.

Trabajo en red: Atención Primaria y recursos comunitarios.

7. Conclusiones

- La detección precoz permite actuar a tiempo.
- El ejercicio, la nutrición y la prevención de caídas son clave.
- Enfermería y la comunidad favorecen un envejecimiento saludable.

Envejecer con autonomía: prevenir la fragilidad, es posible

8.Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor. 2026.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de bolsillo para profesionales sanitarios: abordaje de la fragilidad y riesgo de caídas en las personas mayores. 2026.
3. Ministerio de Sanidad. Guía para desarrollar programas de ejercicio físico multicomponente en recursos comunitarios y locales. 2026.

CASO CLÍNICO · FISIOTERAPIA

AMPUTACIÓN TRANSFEMORAL TRAUMÁTICA: REHABILITACIÓN HASTA LA MARCHA SIN AYUDAS CON PRÓTESIS ELECTRÓNICA

Esther Lorenzo García
Fisioterapeuta

01 RESUMEN

Introducción. La amputación transfemoral supone la pérdida de la rodilla y dificulta la recuperación de la marcha.

Caso. Mujer de 40 años con amputación supracondílea derecha traumática. A los 2 meses inició fortalecimiento de miembros y tronco y, tras la protetización, entrenamiento de la marcha con prótesis electrónica.

Resultados. Con 2 meses de prótesis pasó de muletas a bastones nórdicos y, 20 días después, caminaba sin ayudas. Alta a los 3 meses de protetización.

Conclusión. El fortalecimiento y la retirada gradual de ayudas permitieron la marcha independiente.

02 PALABRAS CLAVE

AMPUTACIÓN TRANSFEMORAL · PRÓTESIS · FISIOTERAPIA · MARCHA · REHABILITACIÓN

03 ANTECEDENTES

La **amputación supracondílea** es transfemoral distal, por encima de los cóndilos del fémur. Sin rodilla, la marcha exige más energía, fuerza y equilibrio. En adultos jóvenes, la **causa traumática** es una de las más frecuentes.

FASES DE LA REHABILITACIÓN

- **Preprotésica:** cuidado del muñón y fortalecimiento global.
- **Protésica:** adaptación, equilibrio y reeducación de la marcha.

Las **prótesis electrónicas de rodilla** ajustan su resistencia durante la marcha y aportan más estabilidad y seguridad.

04 OBJETIVOS

Describir la rehabilitación fisioterápica de una paciente con amputación transfemoral traumática hasta la marcha independiente.

ESPECÍFICOS

- Fortalecer miembro inferior, miembros superiores y tronco.
- Preparar a la paciente para el uso de la prótesis.
- Retirar de forma progresiva las ayudas técnicas.
- Conseguir una marcha autónoma y segura.

05 MÉTODO

PACIENTE	NIVEL	LADO	CAUSA
Mujer, 40 años	Supracondílea	Derecho	Traumática

3 sesiones por semana · 1 hora cada una

FASE PREPROTÉSICA 2 meses

- Fortalecimiento de **miembro inferior**.
- Fortalecimiento de **miembros superiores**.
- Trabajo de **tronco**: abdominales y dorsal ancho.
- **Desensibilización del muñón**.
- **Carga de peso progresiva** y trabajo de **equilibrio**.

FASE PROTÉSICA 3 meses

- Adaptación a la **prótesis electrónica**.
- Entrenamiento en **escaleras y rampa**.
- Reeducación de la marcha con retirada progresiva de ayudas: **muletas → bastones nórdicos → sin ayuda**.

06 RESULTADOS

5 meses de rehabilitación

80 días de la prótesis a caminar sin ayudas

0 ayudas técnicas al alta



07 CONCLUSIONES

- El fortalecimiento de miembros y tronco en la fase preprotésica preparó a la paciente para el uso de la prótesis.
- La retirada progresiva de ayudas (muletas, bastones nórdicos, ninguna) permitió una transición segura a la marcha autónoma.
- **En este caso**, la paciente caminó sin ayudas técnicas menos de 3 meses después de recibir la prótesis electrónica.

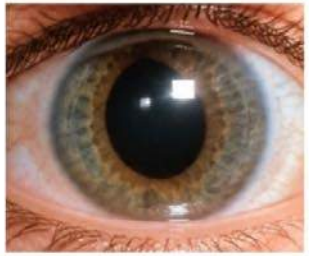
Glaucoma maligno en una intervención de cataratas:

Prevención y actuación De Enfermería para una Cirugía Segura



RESUMEN:

El glaucoma maligno es una complicación poco frecuente que puede aparecer tras una cirugía de cataratas, provocando un aplanamiento de la cámara anterior por desviación del humor acuoso.La actuación del equipo de enfermería es clave para evitar un daño visual permanente.



ANTECEDENTES:

- Puede aparecer tras cirugía de cataratas, glaucoma u otras intervenciones intraoculares.
- Se produce por una desviación de humor acuoso hacia la parte posterior del ojo.
- Factores de riesgo: hipermétropes zonulosis , glaucoma.
- Incidencia: baja.
- Consecuencias: graves.

OBJETIVOS:

✅ Reconocer los signos del glaucoma maligno en el posoperatorio inmediato.

✅ Aplicar medidas preventivas durante la cirugia.

✅Conocer la actuación de la enfermería instrumentista y circulante ante su aparición.

Métodos:

- Revisión bibliográfica.
- Busqueda en bases de datos online
- Articulos en inglés y español, de los últimos 10 años a texto completo.

PALABRAS CLAVES: Glaucoma maligno;Enfermería; Complicaciones quirúrgicas; Prevención.

CONCLUSIONES::

✅ El glaucoma maligno es una complicación rara, pero potencialmente grave.

✅ La prevención y la detección precoz son fundamentales, con un papel clave de la enfermería instrumentista y circulante.

✅ Una actuación rápida y coordinada mejora el pronóstico visual del paciente

RESULTADOS:

¿Como se presenta?

- Camara anterior aplanada o estrecha.
- Aumento de la PIO.
- Dolor, midrasis, dificultad visual.
- Puede aparecer intra o postoperatorio precoz.



Prevención:

- Valorar factores de riesgo.
- Evitar maniobras agresivas en el vítreo.
- Mantener estabilidad de la cámara anterior.
- Preparar material para posible manejo como viscoelasticos y medicación.

Actuación de enfermería

Instrumentista:



- Minimizar la traición vitrea.
- Aportar viscoelastico.
- Colaboración en la LIO.

Circulante:



- Vigilar constantes y signos clínicos.
- Comunicar y coordinar con cirujano y anestesista.
- Reparar medicación.
- Facilitar material adicional y apoyo en la actuación.

Si aparece....

1. Detener la maniobra quirúrgica.
2. Reducir la PÍO y medicación.
3. Controlar la presión y revaluación de de la cámara anterior.
4. Registrar y comunicar evaluacion.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

PÉRDIDA AUDITIVA Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE MAYOR EN QUIRÓFANO

1. RESUMEN

La pérdida auditiva puede dificultar la comunicación entre el paciente mayor y los profesionales sanitarios, especialmente durante el proceso perioperatorio. Su detección y abordaje son importantes para favorecer la comprensión de la información, la seguridad y la continuidad de los cuidados. Este trabajo revisa la evidencia disponible sobre las dificultades comunicativas asociadas a la pérdida auditiva y las posibles intervenciones enfermeras aplicables al entorno quirúrgico.

2. PALABRAS CLAVE

Pérdida auditiva; personas mayores; comunicación; cuidados perioperatorios; enfermería.

3. ANTECEDENTES

La pérdida auditiva es frecuente en las personas mayores y puede pasar inadvertida durante la valoración hospitalaria. Las dificultades para comprender las indicaciones, la información clínica y las instrucciones del equipo sanitario pueden comprometer la comunicación y la participación del paciente en sus cuidados.
En el entorno quirúrgico, estas dificultades pueden acentuarse por el uso de mascarillas, el ruido ambiental y la retirada temporal de audífonos u otras ayudas auditivas. La enfermería desempeña un papel relevante en la identificación de estas necesidades y en la adaptación de la comunicación durante el proceso perioperatorio.

4. OBJETIVOS

Identificar las principales dificultades de comunicación asociadas a la pérdida auditiva en pacientes mayores durante el proceso perioperatorio.

Describir intervenciones enfermeras que favorezcan la comunicación, la comprensión de la información y la seguridad del paciente.

5. MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa mediante búsqueda en PubMed, utilizando términos relacionados con hearing loss, older adults, patient-provider communication y perioperative care. Se seleccionaron estudios observacionales, revisiones y recomendaciones clínicas sobre comunicación y cuidados de pacientes con pérdida auditiva, priorizando la evidencia aplicable al entorno quirúrgico.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	POSIBLES INTERVENCIONES ENFERMERAS
Pérdida auditiva no detectada: en un estudio con 162 pacientes hospitalizados de 70 años o más, el 72,8% presentaba pérdida auditiva, pero los procedimientos habituales de admisión solo identificaban entre el 14,4 y el 43,2% de los casos.	Incorporar preguntas específicas sobre dificultades auditivas y uso de audífonos en la valoración preoperatoria.
Dificultad para comprender información e instrucciones: la pérdida auditiva afecta negativamente a la comunicación entre pacientes hospitalizados y profesionales sanitarios.	Hablar de frente, facilitar la lectura labial, utilizar frases claras y comprobar la comprensión mediante la repetición de la información por el paciente (teach-back).
Dificultad para comprender el habla con mascarillas opacas: un estudio con 30 adultos usuarios de implante coclear encontró una mejor comprensión del habla con mascarillas quirúrgicas transparentes que con mascarillas opacas.	Valorar el uso de mascarillas transparentes homologadas cuando la situación clínica y las normas del área lo permitan. La evidencia disponible es limitada y procede de una muestra específica.
Pérdida temporal de las ayudas auditivas durante la cirugía: la retirada de audífonos puede dejar al paciente sin su principal apoyo para comunicarse durante la preparación y recuperación.	Planificar recogida y custodia de ayudas auditivas, y asegurar su devolución inmediata tras la intervención. Permitir su uso durante la atención perioperatoria siempre que sea compatible con el procedimiento

6. RESULTADOS

Relevancia clínica: en una cohorte de 621 pacientes mayores de 65 años sometidos a cirugía mayor, cada incremento de 10 dB de pérdida auditiva se asoció con un aumento del 14 % en las odds de complicaciones postoperatorias (OR 1,14; IC 95 %: 1,01–1,29). Se trata de una asociación, no de una relación causal.

7. CONCLUSIONES

La pérdida auditiva puede pasar inadvertida y dificultar la comunicación con el paciente mayor durante el proceso perioperatorio. La identificación precoz, la adaptación de las estrategias comunicativas y la adecuada gestión de las ayudas auditivas son intervenciones enfermeras relevantes para mejorar la comprensión de la información y favorecer la seguridad del paciente.
Las mascarillas transparentes constituyen una posible medida de apoyo, aunque se necesitan estudios adicionales en población quirúrgica para confirmar su utilidad en este contexto.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

LOS NEUROTRANSMISORES

Mensajeros químicos para entender el cerebro

Comunicación neuronal, cognición y envejecimiento cerebral

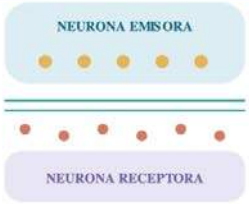
VIII CONGRESO INTERNACIONAL
SILVER ECONOMY · ZAMORA

1. ¿QUÉ SON Y CÓMO ACTÚAN?

Los **neurotransmisores** son moléculas que permiten transmitir señales entre neuronas. Cuando un impulso nervioso alcanza el terminal presináptico, puede provocar la liberación de estas sustancias al espacio sináptico. Allí se unen a receptores de la célula diana y modifican su actividad.

Idea clave: el efecto depende de la molécula, del receptor y del circuito neuronal. Una misma sustancia puede producir respuestas distintas según el contexto.

2. LA SINAPSIS EN 4 PASOS



1. Llega el potencial de acción
2. Se liberan neurotransmisores
3. Se unen a receptores
4. Cambia la actividad celular

Esquema conceptual simplificado de la transmisión química.

3. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

La comunicación química participa en funciones esenciales:

- **Cognición:** atención, aprendizaje y memoria.
- **Emoción:** regulación del estado de ánimo y respuesta al estrés.
- **Movimiento:** coordinación y control motor.
- **Homeostasis:** sueño, apetito y otras funciones fisiológicas.

4. PRINCIPALES NEUROTRANSMISORES

ACETILCOLINA
Atención, aprendizaje y memoria.

DOPAMINA
Motivación, recompensa, aprendizaje por refuerzo y control del movimiento.

SEROTONINA
Modulación del estado de ánimo, sueño y otras funciones fisiológicas.

GABA
Principal neurotransmisor inhibidor del cerebro adulto; regula la excitabilidad neuronal.

GLUTAMATO
Principal neurotransmisor excitador; participa en plasticidad sináptica y memoria.

NORADRENALINA
Vigilancia, atención, respuesta al estrés y adaptación de la conducta.

No actúan de forma aislada: el funcionamiento cerebral emerge de la interacción entre múltiples sistemas, receptores y redes neuronales.

5. CEREBRO Y ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento cerebral se asocia a cambios en la estructura, conectividad y eficiencia de algunos sistemas de neurotransmisión. La magnitud y el patrón varían entre personas y regiones cerebrales. **No todo cambio asociado a la edad implica enfermedad.**

Los sistemas colinérgico y noradrenérgico son especialmente relevantes para estudiar la atención y la cognición en distintos trastornos neuropsiquiátricos asociados al envejecimiento.

6. SILVER ECONOMY: DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN

Comprender la neurotransmisión ayuda a explicar procesos relacionados con memoria, motivación, sueño, movimiento y estado de ánimo: funciones vinculadas a la autonomía y la calidad de vida.

Entornos que favorecen la salud cerebral:

- Actividad física adaptada.
- Aprendizaje y estimulación cognitiva.
- Sueño suficiente y regular.
- Participación social.
- Prevención y control de factores de riesgo vascular.

7. MENSAJES CLAVE

1. Los neurotransmisores hacen posible la comunicación química entre neuronas.
2. Su acción depende de receptores, circuitos y del equilibrio entre señales excitadoras e inhibidoras.
3. El envejecimiento modifica algunos sistemas, con diferencias individuales importantes.
4. Promover salud cerebral exige una mirada integral: biología, hábitos y entorno social.

8. CONCLUSIONES

Los neurotransmisores son esenciales para regular funciones cognitivas, emocionales y motoras. Comprender cómo cambian sus sistemas durante el envejecimiento contribuye a una visión más completa de la salud cerebral. Desde la Silver Economy, este conocimiento puede orientar entornos, servicios e iniciativas que apoyen la autonomía, la participación y el bienestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (selección)

1. Slater C, et al. The Neuromodulatory Role of the Noradrenergic and Cholinergic Systems and Their Interplay in Cognitive Functions. *Brain Sci.* 2022;12(7):890. doi:10.3390/brainsci12070890. 2. Gaspar-Silva F, Trigo D, Magalhaes J. Ageing in the brain: mechanisms and rejuvenating strategies. *Cell Mol Life Sci.* 2023;80:190. doi:10.1007/s00018-023-04832-6. 3. Orlando IF, et al. Noradrenergic and cholinergic systems take centre stage in neuropsychiatric diseases of ageing. *Neurosci Biobehav Rev.* 2023;149:105167. doi:10.1016/j.neubiorev.2023.105167.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY · ZAMORA

CUIDADOS EN LA PERSONA MAYOR CON PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR

Revisión bibliográfica: abordaje integral para preservar función, autonomía y calidad de vida

La patología osteoarticular puede comprometer movilidad, autonomía y participación. La atención combina control de síntomas, rehabilitación y apoyo al autocuidado, según las prioridades de cada persona.

OBJETIVO

Propósito
Sintetizar recomendaciones sobre cuidados a personas mayores con patología osteoarticular para preservar función, autonomía y calidad de vida.

METODOLOGÍA

Diseño
Revisión bibliográfica narrativa estructurada de guías clínicas y documentos técnicos.

Fuentes
NICE, EULAR y Organización Mundial de la Salud (OMS).

Términos
Artrosis, patología musculoesquelética, persona mayor, cuidados, dolor, ejercicio, rehabilitación, autocuidado y funcionalidad.

Selección y síntesis
Documentos de referencia aplicables al manejo integral y no farmacológico. Síntesis temática; sin metaanálisis ni diagrama PRISMA.

RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Valoración integral
Dolor e impacto; movilidad, fuerza, equilibrio y marcha; actividades cotidianas; estado emocional, comorbilidad, entorno, apoyos y preferencias.

Educación y autocuidado
Información clara, expectativas realistas, autogestión y decisiones compartidas.

Ejercicio terapéutico
Fortalecimiento, actividad aeróbica, movilidad y equilibrio, con progresión individualizada según capacidad y tolerancia.

Dolor y hábitos
Seguimiento del dolor y su repercusión; medidas no farmacológicas y tratamiento prescrito individualizado. Favorecer hábitos saludables y control ponderal cuando proceda.

Seguridad y entorno
Prevención de caídas, calzado y ayudas técnicas adecuadas, adaptación del domicilio y revisión de polimedicación.

Continuidad asistencial
Metas funcionales, seguimiento y coordinación entre enfermería, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional y trabajo social.

APLICACIÓN A LOS CUIDADOS

Plan compartido
Acordar objetivos significativos (caminar, vestirse, retomar actividades) con la persona.

Indicadores
Dolor, movilidad, autonomía, caídas, adherencia, efectos adversos, participación y calidad de vida.

Alerta
Valoración clínica ante dolor súbito intenso, articulación caliente con fiebre, traumatismo con incapacidad para apoyar o deterioro rápido inexplicado.

CONCLUSIONES

1
El abordaje debe ir más allá del dolor e integrar función, autonomía y participación.

2
Educación, ejercicio adaptado y plan individualizado son pilares del manejo no farmacológico.

3
Valoración biopsicosocial, prevención de caídas y coordinación interdisciplinar favorecen cuidados seguros y centrados en la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] NICE. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management. NG226. 2022.

[2] Moseng T, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis: 2023 update. Ann Rheum Dis. 2024;83:730–740. doi:10.1136/ard-2023-225041.

[3] WHO. Package of interventions for rehabilitation: module 2—musculoskeletal conditions. 2023.

MENSAJE CLAVE · Cuidar es mantener la capacidad de hacer, decidir y participar.

SÍNDROME DE LA BANDERA ARGENTINA EN CIRUGIA DE CATARATAS. ABORDAJE DESDE LA ENFERMERA OFTALMOLÓGICA

Palabras clave

Síndrome de la Bandera Argentina. Cataratas hipermaduras. Enfermería oftalmológica. Capsulorexis. Gestión de riesgos.

Resumen

El Síndrome de la Bandera Argentina es una complicación rara pero grave durante la capsulorexis, especialmente en cataratas hipermaduras.
Se caracteriza por una rotura espontánea de la cápsula anterior que se extiende radialmente hacia la periferia en forma de bandas blancas sobre el reflejo rojo, asemejando la bandera argentina.
Representa un alto riesgo de pérdida de vitreo.

Antecedentes

La frecuencia numérica global de este síndrome respecto al total de cirugías de cataratas estándar es baja, es un evento muy estudiado debido al alto riesgo de pérdida vítrea y luxación del cristalino si no se detecta y maneja de forma precoz.

Objetivos

- Generales.
  - Identificar factores de riesgos
  - Establecer estrategias de manejo perioperatorio.
- De Enfermería:
  - Preparación del material especifico: tinción con azul tripán, viscoelásticos de alta densidad, agujas finas.
  - Asistencia inmediata durante la complicación parta minimizar daños, como el taponamiento vítreo o el soporte de lente.

Método



PREOPERATORIO

- Evaluación meticulosa, e identificación de cataratas blancas hipermaduras.

INTRAOPERATORIO

- Uso de tinción con azul tripán y viscoelástico cohesivo.
- Técnica de punción cuidadosa, mediante capsulorexis mínima.

GESTIÓN DE LA COMPLICACIÓN

- Identificación rápida por el cirujano y personal de enfermería.
- Evitar maniobras agresivas.
- Uso de viscoelásticos pesados para mantener el contenido cortical.
- Conversión a técnica extracapsular si es necesario.
- Soporte vitreo-retiniano si existira pérdida vítrea.





Resultados y Conclusiones

- Un enfoque multidisciplinario y la identificación temprana por parte de enfermería son cruciales.
- La preparación anticipada de material especifico optimiza resultados y reduce tasa de complicaciones graves, como luxación del cristalino o desprendimiento de retina.
- La formación continuada es esencial para la seguridad del paciente.

CIFOPLASTIA VERTEBRAL PERCUTÁNEA

ABORDAJE QUIRÚRGICO. INSTRUMENTAL ESPECÍFICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

RESUMEN

La cifoplastia percutánea es una técnica quirúrgica minimamente invasiva indicada en el tratamiento de fracturas vertebrales dolorosas por compresión. Mediante el uso de balones hinchables y la posterior inyección de cemento polimetilmetacrilato (PMMA), permite estabilizar la vértebra y recuperar la altura perdida. El rol de enfermería es crucial en la preparación del paciente, la capacitación del kit quirúrgico y el control en la Unidad de Recuperación Postoperatoria (URPA).

PALABRAS CLAVE

Cifoplastia, Cemento óseo, Enfermería Quirúrgica, Fracturas vertebrales, Osteoporosis, Cuidados intraoperatorios.

ANTECEDENTES

Desarrollada en 1984 por el Dr. Mark Reiley, la cifoplastia surgió como evolución de la vertebroplastia simple para solucionar la pérdida de altura del cuerpo vertebral mediante balones hinchables antes de inyectar el cemento.
Actualmente es una alternativa consolidada frente al manejo conservador y la cirugía abierta o artrodesis percutánea.

OBJETIVOS

General:

- Describir el procedimiento y estandarizar el plan de actuación de enfermería en el área quirúrgica y postoperatoria.

Específicos:

- Identificar el aparataje y el material específico del kit quirúrgico de cifoplastia.
- Describir las indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones.
- Establecer los cuidados pre, intra y postoperatorios.

MÉTODO



Técnica percutánea: punción pedicura expansión con balón e inyecciónde cemento

Kit Quirúrgico: Cánula Jamshidi, fresa (drill), balón de dilatación con manómetro, aplicadores (bone fillers) y cemento PMMA.

- Pre e Intraoperatorio: Ayuno 6h, posición en decúbito prono, sedación/anestesia local y asepsia.
- Procedimiento Guiado: Fluoroscopia continua, punción, inflado de balón para recuperar la altura vertebral y cementación controlada.

RESULTADOS

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
• Fracturas osteoporóticas • Fracturas traumáticas • Mieloma múltiple / Tumor	• Infección activa • Alergia a PMMA • Fracturas antiguas / estables

Resultados clínicos:
Reducción inmediata del dolor postquirúrgico, recuperación de la alineación vertebral y rápida deambulación precoz.
Tasa muy baja de complicaciones mayores (fugas de cemento asintomáticas o infección del lecho quirúrgico).

CONCLUSIONES

La cifoplastia es un procedimiento seguro y eficaz para tratar fracturas por compresión.
El papel de enfermería en la preparación del aparataje, la esterilidad del kit y los cuidados inmediatos en la URPA es vital para el éxito quirúrgico y la reintegración del paciente.

Errores en la técnica de autoinstilación de colirios en personas mayores y eficacia de las intervenciones educativas por parte de enferemería.

Resumen

La autoadministración de tratamiento oftálmico tópico constituye un componente esencial del abordaje terapéutico de numerosas patologías oculares crónicas. En la población geriátrica, el deterioro de la función visual, la disminución de la destreza motora y la fragilidad pueden comprometer la correcta técnica de instilación, favoreciendo errores de administración y aumentando el riesgo de contaminación del envase. El objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia disponible sobre los errores más frecuentes en la autoinstilación de colirios en personas mayores y evaluar la efectividad de las intervenciones educativas. Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en PubMed, CINAHL y Scopus (2013–2026). Se seleccionaron 4 estudios originales. La evidencia muestra una elevada frecuencia de errores y una mejoría significativa de la técnica tras intervenciones educativas estructuradas.
Estos hallazgos apoyan la incorporación de estrategias de observación, entrenamiento individualizado y reevaluación periódica en la práctica enfermera.

Antecedentes

- La terapia oftálmica tópica es fundamental en patologías como glaucoma, ojo seco y cuidados postoperatorios.
- La técnica incorrecta reduce la biodisponibilidad del fármaco y favorece la contaminación del envase.
- Las personas mayores presentan barreras visuales, motoras y funcionales que dificultan la autoinstilación.
- La enfermería tiene un papel clave en la educación terapéutica, la observación directa y el seguimiento.

Objetivos

- **Objetivo principal:** analizar los errores más frecuentes en la técnica de autoinstilación de colirios en personas mayores.
- **Objetivos secundarios:** evaluar la eficacia de las intervenciones educativas e identificar implicaciones para la práctica enfermera.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica narrativa.

Bases de datos
PubMed, CINAHL y Scopus.

Periodo de búsqueda
2013–2026.

Estrategia
("eye drop instillation" OR "eyedrop administration") AND (elderly OR older adults OR glaucoma) AND (education OR nursing OR intervention).

Criterios de inclusión
Estudios originales sobre técnica de instilación y/o intervenciones educativas.

Estudios incluidos
4.

Resultados

Principales hallazgos cuantitativos

54,1 % presentó una técnica de instilación deficiente.

81,2 % no recordaba haber recibido instrucciones previas.

27,1 % tocaba párpados o pestañas con la punta del envase.

11,8 % no conseguía instilar la gota en el ojo.

Resumen de los estudios incluidos

Estudio	Diseño / muestra	Hallazgo principal
Tatham et al., 2013	Observacional; n=85	Alta frecuencia de errores técnicos y falta de instrucción previa.
Choy et al., 2019	Pre-post; n=26; >60 años	La puntuación media de la técnica mejoró de 5,42 a 7,33/10 tras educación estructurada (p<0,0001). La fragilidad se asoció a peor técnica.
Davis et al., 2019	ECA; n=92	Una intervención audiovisual mejoró en 0,63 pasos la técnica frente al control al mes (p=0,01).
Lee et al., 2024	ECA	La retroalimentación mediante auto-vídeo mejoró aspectos concretos de la técnica, especialmente evitar el contacto del gotero con las estructuras perioculares.

Conclusiones

- La autoinstilación incorrecta de colirios constituye una problemática relevante en los pacientes de edad avanzada.
- Las intervenciones educativas estructuradas muestran efectos favorables sobre la competencia técnica.
- La práctica enfermera debe incorporar observación directa, demostración, entrenamiento individualizado y reevaluación periódica.

Palabras clave

Autoinstilación de colirios; persona mayor; educación para la salud; enfermería oftalmológica; adherencia terapéutica.

Inclusão digital nas pessoas idosas:
desafios e estratégias de promoção

RESUMO

Objetivo: sintetizar barreiras, facilitadores e estratégias de inclusão digital nas pessoas idosas. Método: síntese narrativa de quatro revisões publicadas em 2024–2025, sem pesquisa sistemática própria. Resultados: destacam-se barreiras económicas e de usabilidade, e benefícios potenciais de formação gradual, tutoria e apoio social. Conclusão: as intervenções devem ser acessíveis, personalizadas e avaliadas ao longo do tempo.

PALAVRAS-CHAVE inclusão digital · pessoas idosas · literacia digital · aprendizagem · envelhecimento

Antecedentes

A digitalização facilita comunicação, aprendizagem e acesso a serviços, mas pode ampliar desigualdades quando faltam equipamentos, competências ou apoio.

PORTUGAL · 2025

60,7% 65–74 anos **99,8%** 16–24 anos

Utilização da Internet · INE / PORDATA (2025)

A inclusão digital exige acesso económico, confiança e recursos adaptados.

Objetivos

Sintetizar evidência publicada sobre barreiras, facilitadores e estratégias de promoção da inclusão digital nas pessoas idosas.

Método

Síntese narrativa de quatro revisões científicas (2024–2025), identificadas e verificadas em fontes editoriais e académicas.

Extraíram-se objetivos, dimensão da evidência e conclusões. Não houve pesquisa sistemática própria, seleção independente, meta-análise ou fluxograma PRISMA original.

Resultados

Xu et al. (2025) — 46 estudos
Formação digital: ensino progressivo, tutoria e aprendizagem intergeracional.

Wale et al. (2025) — 21 estudos
Intervenções com ganhos possíveis na utilização e na autoconfiança; evidência heterogénea.

Shi et al. (2024) — 28 artigos
Literacia digital em saúde associada a características individuais, recursos e apoio social.

Bobrowicz-Campos & Matos (2025) — 19 estudos
Relevância da motivação, pedagogia adaptada e envolvimento comunitário.

Síntese das barreiras e facilitadores

BARREIRAS

- **Custos e acesso** — Wale et al., 2025
- **Receio e baixa confiança** — Xu et al., 2025
- **Usabilidade dos recursos** — Shi et al., 2024
- **Apoio insuficiente** — Bobrowicz-Campos & Matos, 2025

FACILITADORES

- **Ensino progressivo** — Xu et al., 2025
- **Tutoria individualizada** — Xu et al., 2025
- **Apoio intergeracional** — Xu et al., 2025
- **Recursos acessíveis e apoio local** — Bobrowicz-Campos & Matos, 2025

Discussão

As revisões convergem na necessidade de reduzir barreiras materiais e criar condições de aprendizagem adequadas à diversidade das pessoas idosas.

A formação gradual, o acompanhamento individual e o apoio familiar e comunitário são estratégias promissoras. Contudo, a heterogeneidade da evidência limita conclusões sobre a eficácia a longo prazo.

Conclusões

A inclusão digital pode reforçar a autonomia, o acesso a serviços e a participação social das pessoas idosas.

PRIORIDADES PARA A PRÁTICA

- Acesso à Internet e dispositivos a custos viáveis
- Formação prática, gradual e personalizada
- Tutoria e apoio familiar, intergeracional ou comunitário
- Interfaces acessíveis e acompanhamento continuado

É necessária avaliação continuada dos resultados.

REFERÊNCIAS · APA 7

Bobrowicz-Campos, E. M., & Matos, A. P. da M. (2025). Scoping review of barriers and facilitators to the successful implementation of education programs that promote digital literacy among older adults in the community. *Sisyphus: Journal of Education, 13*(2), 139–167. https://doi.org/10.25749/sis.39536

PORDATA. (s.d.). Indivíduos com 16 e mais anos que utilizam computador e Internet em % do total de indivíduos: Por grupo etário [Base de dados, valores de 2025]. https://www.pordata.pt/

Shi, Z., Du, X., Li, J., Hou, R., Sun, J., & Marohabutr, T. (2024). Factors influencing digital health literacy among older adults: A scoping review. *Frontiers in Public Health, 12*' 1447747. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1447747

Wale, A., Everitt, J., Ayres, T., Okolie, C., Morgan, H. E., Shaw, H., Cooper, A., Edwards, A., & Lewis, R. (2025). Effectiveness of interventions for addressing digital exclusion in older adults in the social care domain: Rapid review. *JMIR Aging, 8*' e70377. https://doi.org/10.2196/70377

Xu, L., Ng, D. T. K., Lee, C. S. Y., Peng, P., & Chu, S. K. W. (2025). A systematic review of digital literacy in lifelong learning for older adults: Challenges, strategies, and learning outcomes. *Educational Technology Research and Development*, 73(6), 3627–3674. https://doi.org/10.1007/s11423-025-10530-w

Síntese narrativa · sem pesquisa sistemática original

Nuevos modelos de servicios ante el envejecimiento de la población: hacia una atención centrada en la persona

AUTORES: ANA GLORIA VIÑAS MACÍAS, SARA SALVADOR ALONSO, MARÍA LUZ GATO PÉREZ, INÉS ARGUELLO GÓMEZ, AURORA GONZÁLEZ MANZANAS, LUCIA FERRERO GONZÁLEZ, LARA TORIBIO GÓMEZ, RAQUEL PÉREZ BELVER, TAMARA PRIETO REGO.



Resumen:

El envejecimiento demográfico constituye uno de los principales retos sociales y sanitarios de las próximas décadas. En España, la población de 65 años o más representa actualmente el 20,4 % del total y, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, podría alcanzar el 30,5 % alrededor de 2055. Este proceso requiere adaptar los servicios sanitarios, sociales y comunitarios a una población mayor cada vez más diversa. El objetivo de este trabajo es analizar la evolución hacia modelos de atención centrados en la persona, integrados y orientados a la promoción de la autonomía y el envejecimiento saludable.

INE

Palabras clave:

Envejecimiento; atención centrada en la persona; servicios sociales; autonomía; envejecimiento saludable; cuidados integrados.

Antecedentes:

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 plantea, entre sus líneas prioritarias, el desarrollo de comunidades amigables, la atención integrada y centrada en la persona y el acceso a cuidados de larga duración.

Los modelos tradicionales, frecuentemente organizados alrededor de enfermedades o necesidades concretas, presentan dificultades para responder a situaciones caracterizadas por multimorbilidad, dependencia funcional, necesidades sociales y diversidad de preferencias. La OMS propone avanzar hacia una atención coordinada entre los diferentes niveles asistenciales y sociales, favoreciendo además el envejecimiento en el propio entorno

Objetivos:

Objetivo general:

Analizar las principales características de los nuevos modelos de servicios orientados a responder a las necesidades de una población envejecida.

Objetivos específicos:

- Identificar las principales áreas de transformación de los servicios para personas mayores.
- Analizar el papel de la atención centrada en la persona.
- Identificar oportunidades relacionadas con la atención domiciliaria y comunitaria.
- Explorar la importancia de la coordinación sociosanitaria.



Método:

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y documentación institucional sobre envejecimiento saludable, atención centrada en la persona, cuidados integrados y servicios comunitarios.

Se consultaron documentos de la Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas y organismos europeos y nacionales, complementados con literatura científica indexada. La información fue organizada en cuatro dimensiones: autonomía, atención integrada, entorno comunitario y cuidados de larga duración.

Resultados:

La revisión identifica una evolución hacia modelos caracterizados por:

Atención centrada en la persona, considerando preferencias, capacidades y objetivos individuales.

Integración sociosanitaria, reduciendo la fragmentación entre los diferentes servicios.

Atención domiciliaria y comunitaria, favoreciendo el mantenimiento de la persona en su entorno.

Prevención y promoción de la autonomía, frente a modelos exclusivamente reactivos.

Personalización de los servicios, adaptándolos a la heterogeneidad de las personas mayores.

La evidencia también señala la relevancia de abordar factores sociales como el aislamiento y la soledad. Una revisión sistemática europea destaca la importancia de las redes de apoyo social y comunitario en las personas mayores.



Conclusiones:

El envejecimiento demográfico requiere una transformación de los servicios orientada a la persona y no exclusivamente a la enfermedad o la dependencia. La atención integrada, la prevención, los servicios comunitarios y la promoción de la autonomía constituyen elementos centrales para responder a las necesidades futuras. El diseño de estos servicios debería incorporar la participación activa de las propias personas mayores.



PROGRAMA "BE CALM"

INTERVENCIÓN INTEGRADORA EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL

GABINETE DE INVESTIGAÇÃO DA PEESSOA COM DEFICIÊNCIA
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BRAGANÇA - CEE

RESUMEN

El presente estudio evalúa el impacto del programa "Be Calm" en la regulación emocional y el bienestar de usuarios con discapacidad y/o enfermedad mental en el Centro de Educación Especial de Bragança (CEE). A través de un estudio de caso, con una duración de un año, se comparó un período sin intervención con un período de aplicación de Terapias y Prácticas Integrativas y Complementarias (TPIC): Reiki, Tanque Terapéutico, Termas y Snoezelen. Los resultados sugieren una reducción en la frecuencia de ocurrencias ou crises de comportamientos desafiantes y una mejora en la estabilidad emocional de los miembros.

OBJETIVOS

- Evaluar de qué modo el contexto circundante y las intervenciones realizadas afectan al equilibrio emocional de los usuarios.
- Identificar las categorías de comportamiento más frecuentes y las variables condicionantes.
- Analizar el impacto de las TPIC en la reducción de ocurrencias e incidencias de crisis.
- Comparar los resultados entre períodos.
- Evaluar la eficacia de la combinación de diferentes terapias en la reducción de las crisis y los comportamientos.

CARACTERIZACIÓN

Población residente: N = 70
Población de la muestra: n = 21 (30%)

45 - 65 Años
12 hombres y 9 mujeres

Principales tipologías de discapacidad / enfermedad

Discapacidad Intelectual	Limitación Motora	Discapacidad Intelectual e Motora	Patología Mental	Enfermedades y Patología Mental
23	1	7	7	32
32,9%	1,4%	10,0%	10,0%	45,7%

LIMITACIONES

1 Falta de registro de ocurrencias
2 Salidas al contexto familiar
3 Estacionalidad y efemérides
4 Compromiso farmacológico

CRONOLOGÍA

Período observacional: de julio de 2024 a diciembre de 2024
Período intervencional: de enero de 2025 a junio de 2025

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mertens, K. (2014, noviembre). Snoezelen today in education in therapy. Snoezelen Professional.
Gomes, C. S. F. (2022). Termalismo e Termas. Revista Ciência Elementar, 10(3), 042.

MÉTODO

Metodología de investigación: Estudio de caso.

Duración: 1 año.

Recursos involucrados: 5 técnicos.

Fuente de recogida de datos: Observación directa del grande grupo en diversos contextos y análisis del registro de ocurrencias e incidencias de crisis.

Procedimientos de análisis: Identificación de la muestra y levantamiento de las variables condicionantes del comportamiento.

Intervención: Aplicación de TPIC con un enfoque holístico (cuerpo, mente y emociones).

Terapias y Práticas Integrativas y Complementarias (TPIC):

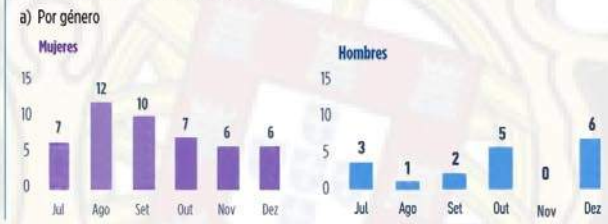
- **Reiki** — Terapia energética / vibracional
- **Tanque Terapéutico** — Privación sensorial / flotación
- **Termas** — Hidroterapia / Crenoterapia
- **Snoezelen** — Estimulación multisensorial

RESULTADOS

Gráfico 1: Perfil Comportamental (n=21)

Categoria	Nº de casos (%)
Agresión a pares	7 (33,3%)
Autolesión / Automutilación	7 (33,3%)
Agitación psicomotora	14 (66,8%)
Labilidad emocional	9 (42,8%)

Gráfico 2: Incidencias de crisis



b) Comparación por género – total 2024

	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Mujeres	7	12	10	7	6	6
Hombres	3	1	2	5	0	6

Gráfico 3: Terapias aplicadas



Gráfico 4: Distribución porcentual de usuarios por número de terapias recibidas

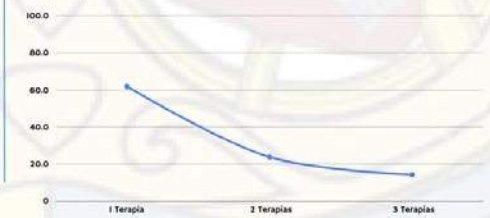
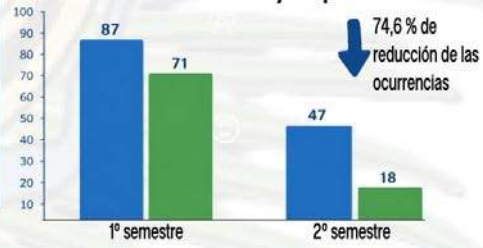


Gráfico 5: Ocurrencias antes y después



CONCLUSIÓN

Los resultados sugieren una reducción en la frecuencia de las ocurrencias/crisis conductuales asociada al período de implementación del Programa "Be Calm". La integración de las Terapias y Prácticas Integrativas y Complementarias (TPIC) en el plan de seguimiento de los usuarios apunta a un impacto positivo en la autorregulación y estabilidad emocional de personas con discapacidad y enfermedad mental. Estos resultados refuerzan el interés de los enfoques holísticos y multidisciplinares en el contexto institucional.

LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA VEJEZ: UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL

RESUMEN

La dependencia en la vejez es un fenómeno multidimensional que afecta a la autonomía y la participación. Esta revisión bibliográfica sintetizará la evidencia sobre la valoración integral de personas de 65 o más años y la contribución coordinada de profesionales sanitarios y sociales.

PALABRAS CLAVE

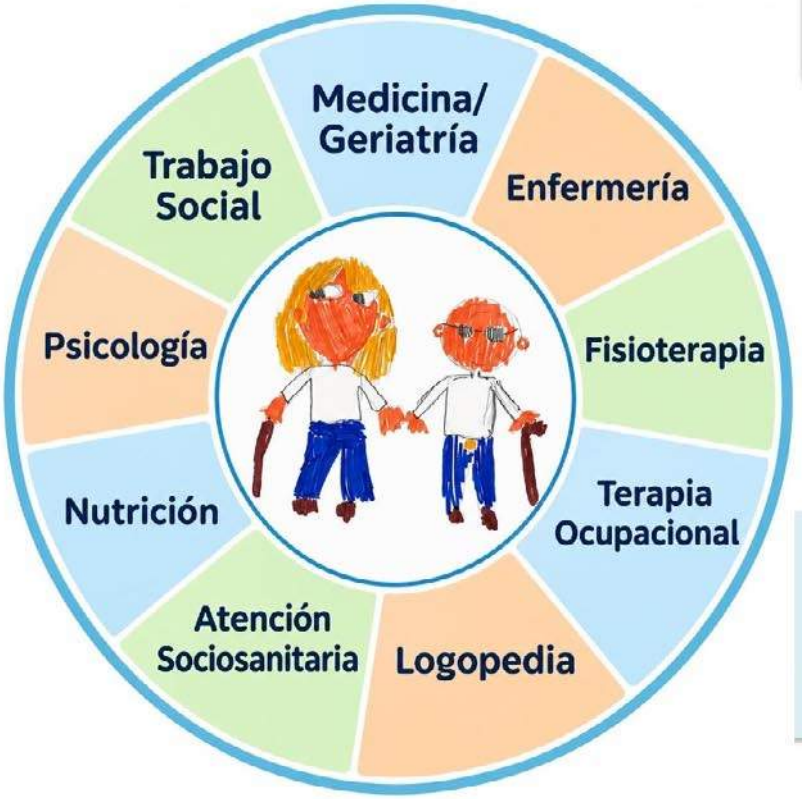
Dependencia; Valoracion geriatrica Integral; Equipo multidisciplinar; Atención integral.

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional incrementa la prevaencia de dependendencia, que exige una valoración amplia más allá de la dimensión fisica. La evidencia respalda la valoración geriátrica integral (VGI) y la coordinación de equipos multidisciplinares para detectar necesidades, prevenir el deterioro funcional y planificar una atención integral en el ámbito sanitario y social.

OBJETIVOS

- Analizar la evidencia científica sobre la valoración de la dependencia en la vejez.
- Identificar los instrumentos y dimensiones mas utilizados .
- Describir el papel del equipo multidiciplinar en la valoracion y la atención integral.



MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa.

Bases: PubMed, SciELO y Dialnet.

Periodo: últimos 10 años (2016–2026).

Población: personas de 65 o más años.

RESULTADOS

- La valoración geriatrica integral se asocia con mejor función, menor riego de caidas, menor institucionalización y mejor calidad de vida.
- La valoración es multidimensional: clínica, funcional, cognitiva, psicológica y social.
- Se emplean instrumentos validados (Barthel, Lawton-Brody, Mini-mental, GDS, entre otras).
- El abordaje multidisciplinar mejora la detección de necesidades, la planificación de cuidados y la continuidad asistencia entre los ambitos sanitario y social.

CONCLUSIONES

La valoración de la dependencia en la vejez debe realizarse desde un enfoque multidisplinar y multidimensional , como la valoracion geriatrica integral, que permita identificar de forma precoz las necesidades de la persona y diseñar planes de atención integral, favoreciendo la autonomía, la calidad de vida y un uso mas eficiente de los recursos saniarios y sociales.

Hipercifosis en personas mayores: postura, movilidad torácica y equilibrio



1 RESUMEN

La hipercifosis torácica es **frecuente** en personas mayores y se asocia con **alteraciones posturales, reducción de la movilidad torácica**, limitaciones funcionales y mayor riesgo de caídas.

Este trabajo propone un **programa de intervención fisioterapéutica** centrado en la mejora de la postura, la movilidad torácica y el equilibrio, con el objetivo de favorecer la funcionalidad y la calidad de vida en personas mayores con hipercifosis.

2 PALABRAS CLAVE

Hipercifosis | Personas mayores | Postura | Movilidad torácica | Equilibrio | Fisioterapia



3 ANTECEDENTES

La hipercifosis torácica aumenta con la edad y puede estar relacionada con cambios degenerativos, osteoporosis y alteraciones musculoesqueléticas.

Se asocia con una postura más encorvada, menor movilidad torácica, disminución de la función física y mayor riesgo de caídas.

Puede afectar a la expansión torácica y a la función respiratoria.

La intervención fisioterapéutica puede contribuir a mejorar la alineación postural, la movilidad, el equilibrio y la funcionalidad en esta población.

4 OBJETIVO

Diseñar un **programa de intervención fisioterapéutica** dirigido a personas mayores con hipercifosis torácica, con el objetivo de mejorar la postura, la movilidad torácica y el equilibrio.

5 MÉTODO

Diseño	Población	Intervención	Duración y frecuencia	Evaluación
Propuesta de intervención fisioterapéutica.	Personas mayores con hipercifosis torácica	• Ejercicios de movilidad torácica. • Reeducación postural. • Fortalecimiento. • Entrenamiento del equilibrio.	Programa estructurado (con duración y frecuencia específicas).	Postura, movilidad torácica, equilibrio y funcionalidad.

6 RESULTADOS

Resultados esperados tras la implementación del programa:

- Mejora de la alineación postural y reducción de la hipercifosis funcional.
- Aumento de la movilidad torácica y de la expansión torácica.
- Mejora del equilibrio y menor riesgo de caídas.
- Mayor funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

7 CONCLUSIONES

- Un programa de intervención fisioterapéutica centrado en la postura, la movilidad torácica y el equilibrio puede ser una estrategia útil en personas mayores con hipercifosis torácica.
- Se espera que la aplicación del programa contribuya a mejorar la postura, la movilidad, el equilibrio y la funcionalidad.
- La fisioterapia puede desempeñar un papel importante en la prevención de la discapacidad y en la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

EL FUTURO DE LA ONCOLOGÍA: EDICIÓN GENÉTICA Y TERAPIAS EPIGENÉTICAS

Resumen

La ingeniería genética y la epigenética ofrecen nuevas posibilidades para el tratamiento del cáncer. Herramientas como CRISPR-Cas9 permiten modificar secuencias específicas del ADN, mientras que las terapias epigenéticas buscan regular la expresión génica sin alterar su secuencia. Estas estrategias podrían favorecer tratamientos más precisos y personalizados.

Palabras clave:

Cáncer; CRISPR-Cas9; ingeniería genética; epigenética; medicina personalizada.

Antecedentes

El cáncer se caracteriza por alteraciones genéticas y epigenéticas que afectan al crecimiento celular y a la regulación de los genes. La edición genética y la modulación epigenética se investigan como herramientas para identificar nuevas dianas terapéuticas y mejorar la respuesta a los tratamientos convencionales.

Objetivos

Analizar el potencial de la ingeniería genética y las terapias epigenéticas como estrategias innovadoras para el tratamiento personalizado del cáncer.

Método

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica sobre edición genética y terapias epigenéticas en oncología. Se consultaron publicaciones indexadas en PubMed, priorizando revisiones recientes sobre CRISPR-Cas9, edición del epigenoma y aplicaciones terapéuticas. Se seleccionaron tres referencias relevantes para sintetizar los avances y las limitaciones descritos.

Resultados

La literatura revisada identifica tres líneas principales de investigación:

- Edición genética: CRISPR-Cas9 permite estudiar y modificar genes implicados en el desarrollo tumoral y explorar nuevas estrategias terapéuticas.
- Terapias epigenéticas: la modificación de marcas epigenéticas podría restaurar patrones de expresión génica alterados en células tumorales.
- Medicina personalizada: ambas aproximaciones podrían contribuir al desarrollo de tratamientos adaptados a las características moleculares de cada tumor.

Conclusiones

La edición genética y las terapias epigenéticas representan áreas prometedoras para la evolución de la oncología de precisión. Sin embargo, su potencial clínico depende de superar las limitaciones técnicas y de seguridad, así como de confirmar sus beneficios mediante estudios clínicos rigurosos. Estas herramientas complementan la investigación oncológica actual, pero no constituyen una solución universal contra el cáncer.



EFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS MAYORES: BENEFICIOS SOBRE LA FUNCIÓN COGNITIVA

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

1. RESUMEN

La estimulación cognitiva es una intervención no farmacológica orientada a mantener o mejorar el rendimiento cognitivo mediante actividades estructuradas. Esta revisión analiza su efectividad en personas mayores de 65 años, mostrando beneficios significativos sobre la función cognitiva global y en dominios como memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas, con variaciones según el tipo de programa y la población estudiada.

2. PALABRAS CLAVE

Estimulación cognitiva | Personas mayores | Función cognitiva | Memoria | Atención | Orientación | Funciones ejecutivas | Envejecimiento saludable

3. ANTECEDENTES

El envejecimiento se asocia a cambios progresivos en memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas. La estimulación cognitiva propone actividades variadas y estructuradas que favorecen la activación de procesos cognitivos y la participación activa, constituyendo una estrategia de interés para el mantenimiento del funcionamiento cognitivo en la vejez.

4. OBJETIVOS

Objetivo principal
Analizar la efectividad de la estimulación cognitiva en personas mayores de 65 años y sus beneficios sobre la función cognitiva.

Objetivos específicos
- Describir los efectos sobre la cognición global
- Identificar diferencias según el tipo de programa
- Explorar posibles moderadores del efecto cognitivo
- Reconocer las limitaciones de la evidencia disponible

5. MÉTODO

Diseño:	Revisión bibliográfica estructurada
Fuentes:	PubMed/MEDLINE y portales de revistas científicas
Periodo:	2021 – 2026
Idiomas:	Español e inglés
Población:	Personas ≥ 65 años, con cognición conservada o deterioro cognitivo leve
Tipos de estudio:	Revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos
Variables:	Cognición global, memoria, atención, orientación, lenguaje y funciones ejecutivas
Criterios de inclusión:	• Edad mínima 65 años • Intervención de estimulación cognitiva • Resultados en función cognitiva • Publicados entre 2021 y 2026 • En español o inglés
Análisis:	• Síntesis narrativa de resultados • Extracción de datos principales • Análisis por subgrupos y dominios cognitivos

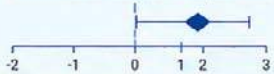
Identificación de estudios → Selección según criterios → Extracción de datos → Síntesis de resultados

6. RESULTADOS

Resultados globales

Cognición global
Metaanálisis de 33 estudios
(pre y post en diferentes corpus teóricos)

DME = 1,536
IC 95 %: 0,832 – 2,240



Mejora significativa en la cognición global.

Resultados por dominios cognitivos

Memoria
Mejora en memoria inmediata y memoria diferida.
DME = 0,365
IC 95 %: 0,172 – 0,618

Atención
Mejora en atención sostenida y atención dividida.
DME = 0,428
IC 95 %: 0,190 – 0,666

Orientación
Mejora en orientación temporal y espacial.
DME = 0,278
IC 95 %: 0,061 – 0,495

Funciones ejecutivas
Mejora en planificación, flexibilidad y velocidad de procesamiento.
DME = 0,228
IC 95 %: 0,020 – 0,435



Resultados según población

≥ 65 años con cognición conservada
- Mejoras en cognición global, memoria y orientación.
- Resultados mantenidos en algunos estudios a medio plazo.
- Programas grupales y programas informatizados.

≥ 65 años con deterioro cognitivo leve
- Beneficios significativos en cognición global y memoria.
- Mejoras en atención y funciones ejecutivas.
- Resultados variables según el tipo de intervención y la duración del programa.
- Población con mayor potencial de beneficio.

Hallazgos clave

1. La estimulación cognitiva se asocia con mejoras significativas en la función cognitiva global.
2. Los beneficios se observan en memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas.
3. Los efectos varían según el estado cognitivo inicial, las características del programa y la población estudiada.

7. CONCLUSIONES

1. La estimulación cognitiva muestra una efectividad favorable sobre la función cognitiva en personas mayores de 65 años.
2. Los beneficios más consistentes se observan en cognición global, memoria, atención, orientación y algunas funciones ejecutivas.
3. Los resultados varían según el estado cognitivo inicial, las características del programa y la población estudiada.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Soria I, Iguacel I, Aguilar-Latorre A, et al. Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: a systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2023;104:104807. doi:10.1016/j.archger.2022.104807.
2. Chen LH, Lee OL, Lee YW, et al. Effectiveness of cognitive stimulation for individuals with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2025;15:e090767. doi:10.1136/bmjopen-2024-090767.
3. Gómez-Soria I, Cuenca-Zaldívar JN, Rodríguez-Roca B, et al. Cognitive effects of a cognitive stimulation programme on trained domains in older adults with subjective memory complaints: randomised controlled trial. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(4):3636. doi:10.3390/ijerph20043636.
4. Gómez-Soria I, Ferreira C, Oliván-Blázquez B, Aguilar-Latorre A, Calatayud E. Effects of cognitive stimulation program on cognition and mood in older adults, stratified by cognitive levels: a randomized controlled trial. Arch Gerontol Geriatr. 2023;110:104984. doi:10.1016/j.archger.2023.104984.
5. Carcelén-Fraile MC, Llera-Delatorre AM, Aibar-Almazán A, et al. Cognitive stimulation as alternative treatment to improve psychological disorders in patients with mild cognitive impairment. J Clin Med. 2022;11(14):3947. doi:10.3390/jcm11143947.
6. Givon Sch compared with a control group: a randomized controlled trial. Aging Clin Exp Res. 2024;36(1):1. doi:10.1007/s40520-023-02659-6.

Cuidados de enfermería en personas mayores con demencia

Autores: Laura Bartolomé Iglesias y Carla Llera Alfageme



1. Resumen

La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro progresivo de las funciones cognitivas, como la memoria, el pensamiento, la orientación y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. En las personas mayores, puede generar una pérdida progresiva de autonomía y aumentar la necesidad de cuidados. Por ello, la enfermería desempeña un papel fundamental mediante una atención integral e individualizada, orientada a preservar las capacidades de la persona, prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida, ofreciendo también apoyo a familiares y cuidadores.

2. Palabras Clave

- Demencia
- Personas mayores
- Enfermería
- Cuidados
- Deterioro cognitivo
- Calidad de vida.

5. Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica centrada en publicaciones científicas de 2020 a 2026, utilizando PubMed como fuente principal de consulta. Se emplearon las palabras clave ya descritas mediante los operadores booleanos AND y OR.
Se priorizaron revisiones en español e inglés relacionados con los cuidados de enfermería en personas mayores con demencia, la estimulación cognitiva, la atención centrada en la persona y el apoyo a familiares y cuidadores.
Se excluyeron los artículos que no guardaban relación directa con los objetivos del trabajo.

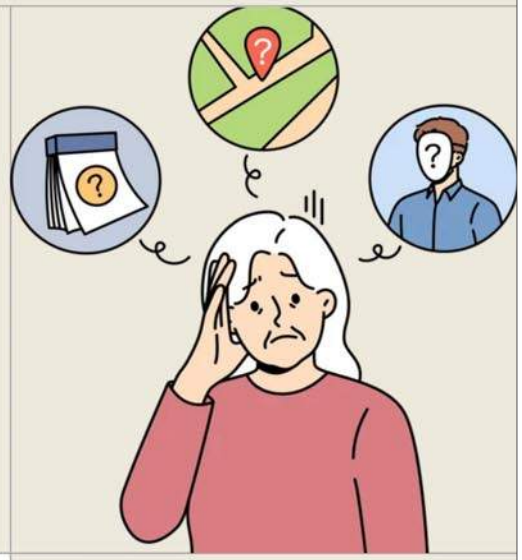
3. Antecedentes

La demencia constituye un importante problema de salud pública debido al envejecimiento de la población y a su impacto sobre la autonomía y el bienestar de las personas afectadas. La enfermedad de Alzheimer es una de sus causas más frecuentes. A medida que avanza, pueden aparecer dificultades en la comunicación, la alimentación, la higiene, la movilidad y las relaciones sociales, aumentando la dependencia y la sobrecarga familiar. Ante esta situación, resulta esencial proporcionar cuidados centrados en la persona, respetando su dignidad, sus preferencias y sus capacidades, y adaptando las intervenciones a la evolución de la enfermedad.

4. Objetivos

Objetivo general
Describir los principales cuidados de enfermería dirigidos a las personas mayores con demencia para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Objetivos específicos
- Identificar las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de estas personas.
- Describir intervenciones enfermeras para favorecer la autonomía y la seguridad.
- Destacar la importancia del apoyo y la educación a familiares y cuidadores.



6. Resultados

La revisión de la literatura destaca la importancia de una atención enfermera integral e individualizada, adaptada a las necesidades, capacidades y grado de deterioro cognitivo de cada persona mayor con demencia.
Entre las principales intervenciones se encuentran la estimulación cognitiva, mediante actividades adaptadas que favorezcan la memoria y la orientación, y el fomento de la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria. Asimismo, la comunicación clara, sencilla y tranquilizadora ayuda a reducir la confusión y la ansiedad, favoreciendo una relación terapéutica de confianza.
También resulta fundamental prevenir complicaciones mediante la adaptación del entorno para reducir el riesgo de caídas, así como la vigilancia de la alimentación, la hidratación, la higiene, la movilidad y el descanso. La detección precoz de cambios físicos o conductuales permite identificar posibles problemas y adaptar los cuidados.
Por último, la educación sanitaria y el apoyo emocional a familiares y cuidadores son esenciales para facilitar el manejo de la enfermedad, reducir la sobrecarga y favorecer la continuidad de los cuidados en el domicilio.



7. Conclusiones

Los cuidados de enfermería en personas mayores con demencia deben centrarse en sus necesidades individuales, respetando en todo momento su dignidad y sus capacidades. La comunicación terapéutica, la estimulación cognitiva, la promoción de la autonomía y la prevención de complicaciones son intervenciones esenciales para favorecer su bienestar. Además, el acompañamiento y la formación de familiares y cuidadores ayudan a afrontar las dificultades del proceso y a reducir la sobrecarga. Una atención integral y coordinada permite mejorar la calidad de vida tanto de la persona afectada como de su entorno familiar.



TELEENFERMERÍA Y ENVEJECIMIENTO:
¿Puede la tecnología mejorar los cuidados?

Una herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas mayores

Tecnología que conecta, cuidados que acompañan



1 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional aumenta las necesidades de cuidados relacionadas con las enfermedades crónicas, la fragilidad y la soledad. La teleenfermería permite complementar la atención presencial mediante las TIC, favoreciendo la continuidad asistencial, el autocuidado y la calidad de vida de las personas mayores.



2 OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la utilidad de la teleenfermería para mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de las personas mayores.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades emocionales, especialmente la soledad y el aislamiento social.
- Examinar las estrategias de seguimiento y educación sanitaria a distancia.
- Analizar los beneficios y las barreras de la teleenfermería.
- Valorar su contribución a la autonomía y la prevención de la dependencia.

3 MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Revisión bibliográfica.

Fuentes

Dialnet y Google Scholar.

Estrategia de búsqueda

Telemedicina, Enfermería, personas mayores y y España.

Criterios de selección

- Publicaciones en español e inglés.
- Texto completo.
- Periodo: 2020 – 2023.
- Relevancia para el cuidado de las personas mayores.

Dialnet 10 artículos → **Tras criterios de inclusión** 5 artículos → **Google Scholar** 6 artículos

Total: 11 artículos incluidos

4 RESULTADOS

Bienestar emocional y social

- La soledad y el aislamiento social se asocian a ansiedad, síntomas depresivos, fragilidad y peor calidad de vida.
- El contacto continuado con enfermería ofrece apoyo emocional y seguridad.

Continuidad asistencial

- Llamadas, videollamadas y telemonitorización.
- Seguimiento de enfermedades crónicas y detección precoz de complicaciones.

Autonomía y autocuidado

- Educación sanitaria personalizada.
- Mayor participación en la toma de decisiones.

Prevención de complicaciones

- Vigilancia de parámetros de salud.
- Menos descompensaciones y hospitalizaciones.

Optimización de recursos sanitarios

- Menos desplazamientos y consultas evitables.
- Mejora de la accesibilidad (especialmente en zonas rurales).

Barreras y limitaciones

- Brecha digital, falta de formación tecnológica.
- Problemas de conectividad y riesgos en la privacidad de datos.

5 CONCLUSIONES

La teleenfermería es una herramienta complementaria que mejora la continuidad de los cuidados, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

Su aplicación requiere garantizar la accesibilidad, la formación digital, la seguridad de los datos y una atención humanizada, centrada en la persona.

La tecnología debe complementar, nunca sustituir, los cuidados presenciales cuando sean necesarios.

Atención de enfermeria en anestesia general en las personas mayores

Resumen:

El envejecimiento de la población supone un reto creciente para los sistemas sanitarios . Las personas mayores presentan características fisiológicas y clínicas que pueden aumentar los riesgos asociados a la anestesia general. En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental en la valoración preoperatoria, la vigilancia intraoperatoria y la recuperación postanestésica. Una atención individualizada contribuye a prevenir complicaciones, favorecer la seguridad del paciente y mejorar su calidad de vida.

Antecedentes:

El aumento de la esperanza de vida se acompaña de una mayor demanda de intervenciones quirúrgicas en personas mayores. Los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la presencia de enfermedades crónicas y la polimedicación pueden modificar la respuesta a los fármacos anestésicos y aumenta el riesgo de hipotermia, inestabilidad hemodinámica, delirium y complicaciones respiratorias.
La atención enfermera especializada es esencial para adaptar los cuidados a las necesidades de cada paciente y promover una atención segura, eficiente y centrada en la persona.

Objetivo:

Analizar la importancia de los cuidados de enfermería durante la anestesia general en las personas mayores, identificando las principales intervenciones destinadas a prevenir complicaciones, garantizar la seguridad perioperatoria y favorecer una recuperación adecuada.

Método:

Se propone una revisión narrativa de la literatura científica sobre cuidados de enfermería perioperatorios, anestesia general y atención a pacientes mayores.
Fuentes sugeridas: PubMed, CINAHL, CUIDEN y Cochrane Library.
Palabras clave: personas mayores, anestesia general, cuidados de enfermería, seguridad del paciente, delirium y recuperación postoperatoria.
Aspectos analizados: valoración preoperatoria, monitorización intraoperatoria, prevención de complicaciones y cuidados postanestésicos.

Resultados:

Monitorización de constantes vitales, oxigenación, ventilación, temperatura y profundidad anestésica según indicación y protocolos.
Recuperación postanestésica
Evaluación de la consciencia, el dolor, la función respiratoria y la estabilidad hemodinámica, con vigilancia del delirium y de otras complicaciones.
Atención centrada en la persona
Comunicación adaptada, prevención de lesiones por presión, mantenimiento de la normotermia y movilización precoz cuando esté indicada.





Conclusiones:

La prevención de la hipotermia, el control adecuado del dolor y la detección del delirium son cuidados prioritarios.
La comunicación con el paciente, la familia y el equipo multidisciplinar favorece la continuidad asistencial.
La aplicación de cuidados basados en la evidencia contribuye a mejorar la seguridad, el bienestar y la recuperación postoperatoria.
Conclusión final: la enfermería desempeña un papel esencial en la seguridad perioperatoria de las personas mayores sometidas a anestesia general, mediante cuidados individualizados, prevención de riesgos y vigilancia continua.

Conciliación de la medicación en personas mayores residentes en centros sociosanitarios

Resumen

Se analizaron los errores de conciliación de la medicación en personas mayores en Residencias sociosanitarias registrando las transiciones asistenciales. Se detectaron errores en el 28 % de los pacientes, siendo los más frecuentes los relacionados con la dosificación (48 %) y la omisión de medicamentos (31 %).

Antecedentes

Las personas mayores suelen tomar varios medicamentos, y los cambios entre centros sanitarios pueden provocar errores o discrepancias en sus tratamientos.

Objetivo

El objetivo del estudio fue identificar y analizar los errores de conciliación de la medicación en personas mayores institucionalizadas.

Metodología

Diseño: estudio descriptivo prospectivo.

Ámbito: residencias de personas mayores.

Procedimiento: revisión y conciliación de la medicación en el ingreso inicial y tras las transiciones asistenciales, cuando el paciente regresaba a la residencia.

Fuente: PubMed.

Resultados

28 % Pacientes con al menos un error

Tipos de error más frecuente:

Dosificación incorrecta y
Omisión de medicamentos.

Conclusiones

Los resultados respaldan la importancia de establecer procedimientos sistemáticos de conciliación y mejorar la comunicación entre residencias y servicios sanitarios. Desde Enfermería, estos hallazgos son relevantes para la revisión de los tratamientos, la detección de discrepancias, la educación sanitaria y la coordinación con farmacia y medicina.

SUMAR PASOS A LOS AÑOS

Ejercicio físico como estrategia de mantenimiento de la autonomía en la persona mayor

1. RESUMEN

Introducción: El envejecimiento aumenta el riesgo de fragilidad, la pérdida de funcionalidad y la dependencia. La actividad física es un factor clave en el envejecimiento saludable.

Objetivo: Evaluar la prescripción de ejercicio físico desde una perspectiva de medicina preventiva y gerontológica para mantener la autonomía funcional, en personas mayores institucionalizadas.

Método: Revisión bibliográfica y análisis de evidencia científica. (12 artículos clave, 2015–2024).

Resultados: El ejercicio físico, especialmente el de fuerza, equilibrio y resistencia, mejora la capacidad funcional, reduce la fragilidad y previene la dependencia.

Conclusiones: El ejercicio físico debe integrarse en los planes individualizados de atención sociosanitaria en residencias.

PALABRAS CLAVE
Envejecimiento · Ejercicio físico · ↓Fragilidad · Autonomía
Capacidad funcional · Bienestar integral

2. ANTECEDENTES

1. La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo modificables en el envejecimiento.
2. El ejercicio físico mejora la función músculo-esquelética, cardiovascular y cognitiva.
3. Las intervenciones multicomponente (ejercicio + nutrición + actividad social) son más efectivas en la prevención de la fragilidad.

+MÁS actividad física, más años de autonomía:
La evidencia científica respalda el ejercicio como herramienta clave en el **envejecimiento saludable.**

3. OBJETIVO

Evaluar la eficacia de las intervenciones de **ejercicio físico basadas en la prescripción individualizada, en personas mayores** institucionalizadas, para mejorar la capacidad funcional, reducir la fragilidad y mantener la autonomía.

4. MÉTODO

Tipo de estudio	Población	Intervención	Variable de resultado
Revisión sistemática de la búsqueda de bases de datos: PubMed, Scopus, Cochrane, PEDro.	Personas mayores de 65 años institucionalizadas.	(Ejercicio físico fuerza (2-3 días/sem) + equilibrio + resistencia (2-5 días/sem), (a 30 min/sesión).	• Capacidad funcional • Fragilidad (Fried) • Calidad de vida • Dependencia (Barthel)

Análisis de datos: revisión cualitativa y síntesis de evidencias (GRADE).

5. RESULTADOS CLAVE

↑ Capacidad funcional	↓ Fragilidad	↑ Función cognitiva	↓ Dependencia
Mejora en la marcha, fuerza y equilibrio (T, 24 –40%).	Reducción del riesgo (OR 0,52–0,78).	Mejora en memoria y atención (T 5 –20%).	Aumento de la independencia en ABVD (T 15–38%).

La adherencia al ejercicio y la supervisión profesional son determinantes para la efectividad de la intervención.

6. RESULTADOS

6.1. Mejora de la capacidad funcional (Pre vs Post)



6.2. Impacto en la fragilidad (criterios de Fried)



Reducción del riesgo de fragilidad (OR 0,52–0,78).

- ✓ Peso
- ✓ Pérdida de presión
- ✓ Velocidad de la marcha
- ✓ Actividad física
- ✓ Fatiga

6.3. Funcionalidad y calidad de vida

↑ ABVD (Barthel)	↑ Cognición (MMSE)	↑ Equilibrio (Tinetti)	↑ Caídas (↓ 30%)

7. CONCLUSIONES

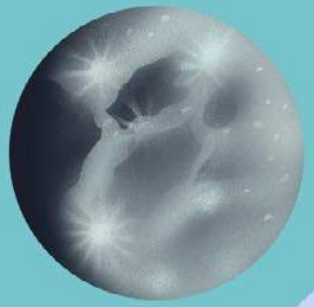
- El ejercicio físico es una intervención segura, eficaz y coste-efectiva para mantener la autonomía en personas mayores institucionalizadas.
- La prescripción individualizada y el enfoque multicomponente son esenciales.
- Integrar el ejercicio en la estrategia de **atención sociosanitaria** contribuye **a un envejecimiento activo, saludable y sostenible.**

BIBLIOGRAFÍA

1. **ACSM.** Exercise and Physical Activity for Older Adults. Med Sci Sports Exerc. 2019;51(6):1325-1359.
2. **WHO.** Global Physical Activity Guidelines. Geneva: WHO; 2020.
3. **Giallouria P.,** et al. Physical activity and frailty in older adults. Ageing Res Rev. 2018;47:1-12.
4. Liu C.J., et al. Resistance training and functional outcomes in the elderly. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017;72(8):1097-1105.
5. Clegg A., et al. Frailty in older people. Lancet. 2013;381(9868):752-762.
6. Krause M, et al. Exercise for independence in older adults: systematic review. Eur J Phys Rehabil Med. 2019;55(1):A-15.



MIGRACIÓN Y ACUMULACIÓN DE LA TINTA DE LOS TATUAJES EN LOS GANGLIOS LINFÁTICOS



Resumen

El auge sociocultural de los tatuajes suponen un foco de interés para la salud pública. El 21-30% del pigmento llega a los ganglios linfáticos alterando la homeostasis celular del tejido linfático planteando un desafío tanto diagnóstico como terapéutico en la práctica clínica.

Antecedentes

El total de la población con tatuajes estudiada presentan un ennegrecimiento de sus ganglios linfáticos confirmando así que las nanopartículas y metales pesados migran a través de las vasos linfáticos y se depositan permanentemente en los ganglios linfáticos provocando inflamación.

Método

Búsqueda bibliográfica: PubMed, ScienceDirect, Cochrane
Tiempo: últimos 12 años
Idioma: español e inglés
Crit. Exclusión: - Tatuajes caseros, tintas adulteradas contaminación cruzada
Crit. Inclusión: relación directa

Conclusiones

La tinta de los tatuajes no actúa como un agente inerte en el organismo.Su migración y depósito crónico en el tejido linfático desencadena una respuesta inflamatoria local
Aunque la relación directa con patologías oncológicas sigue en estudio, su capacidad para enmascarar diagnósticos y alterar pruebas de imagen es una realidad clínica constatable

Objetivo

Analizar la evidencia cientifica actual respecto al impacto biológico y clínico de la acumulación crónica de tinta de tatuaje en los ganglios linfáticos

Palabras clave

Tatuaje
Ganglios linfáticos
Respuesta inmune
Macrófagos
Adenopatía

Resultados

- Disminución en la producción local de anticuerpos y en la activación de linfocitos T ante vacunas
- Falsos positivos radiológicos
- Dificultad en la identificación y biopsia del ganglio centinela





La seguridad del anciano en la mesa de tracción: prevención de lesiones relacionadas con el posicionamiento durante la cirugía de fractura de cadera. Revisión bibliográfica.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

El posicionamiento en una mesa de tracción es una tecnica frecuentemente utilizada en fractura de cadera para facilitar la reducción y estabilización de la fractura. La combinación de tracción, contratracción, presión mantenida y limitación de la movilidad puede ocasionar lesiones relacionadas con el posicionamiento.

Los pacientes mayores presentan mayor vulnerabilidad debido a la fragilidad cutánea, la pérdida de masa muscular, las alteraciones de la sensibilidad y la comorbilidad. También se encuentran lesiones perineales, lesiones por presión y lesiones nerviosas por un posicionamiento inadecuado.

Esta revisión bibliográfica identifica los principales riesgos y las medidas preventivas de enfermería para mejorar la seguridad del paciente durante la cirugía traumatológica.

PALABRAS CLAVE

Fractura de cadera; mesa de tracción; persona mayor; posicionamiento quirúrgico; lesiones por presión; lesión nerviosa; lesión perineal; seguridad del paciente; enfermería de quirófano.

CONCLUSIONES

- El anciano presenta un mayor riesgo de lesiones relacionadas con el posicionamiento.
- La enfermera desempeña un papel esencial en la prevención de estas complicaciones.
- Es fundamental una valoración individualizada, una correcta elección de los apoyos y una vigilancia continua.
- Se necesitan más estudios específicos en población mayor para establecer protocolos basados en evidencia.

ANTECEDENTES

El envejecimiento conlleva cambios en la piel, en el sistema musculoesquelético y la función sensorial, aumentando la vulnerabilidad a las lesiones por presión y las lesiones nerviosas.

El apoyo perineal y la tracción pueden provocar complicaciones locales y sistémicas, descritas en la literatura cientifica.

La evidencia específica en pacientes mayores es limitada y existen diferncias en los protocolos de posicionamiento y protección.

La enfermera de quirófano desempeña un papel clave en la prevención de estas complicacones.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Revisar las lesiones asociadas al posicionamiento en mesa de tracción en pacientes mayores con fractura de cadera e identificar medidas preventivas de enfermería perioperatoria.

Objetivos específicos:

Identificar las complicaciones relacionadas con el apoyo perineal y la tracción.

Reconocer factores de riesgo relacionados con el envejecimiento.

Describir medidas de posicionamiento y protección.

Revisar las comprobaciones de enfermería antes, durante y después de la intervención.

Proponer recomendaciones para mejorar la seguridad perioperatoria.



MÉTODO

Bases de datos: PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Web of Science y Cochrane Library.

Estrategia de búsqueda: "fractura de cadera" OR "fractura femoral" AND "mesa de tracción" OR "mesa de fractura" AND "anciano" OR "personas mayores" OR "viejo" AND "posicionamiento" OR "lesión perineal" OR "lesión nerviosa" OR "lesión por presión" OR "cuidados de enfermeria".

Criterios de inclusión:

Publicaciones en los últimos 10 años (2015-2025)

Texto completo.

Pacientes mayores de 65 años.

Estudios clínicos, revisiones y guias.

Criterios de exclusión:

Textos duplicados y publicaciones sin relación directa con la pregunta de revisión.

Población no relacionada con la fractura de cadera.

Articulos sin acceso a texto completo.



RESULTADOS

Seleccionados un total de X artículos

- Riesgo de úlceras por presión en zonas de apoyo.
- Lesiones nerviosas (nervio femoral, pudendo y ciático
- Lesiones perineales y genitale.s
- Fracturas por tracción o posición inadecuada.
- Importancia de los dipositivos de protección y la vigilancia enfermera.

Del encamamiento a la movilidad:
relación entre actividad diaria y pérdida funcional en el paciente mayor frágil hospitalizado.

— UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO —



1 Introducción y justificación

La movilidad durante la hospitalización en pacientes mayores frágiles se asocia con un mayor riesgo de deterioro funcional, complicaciones y pérdida de autonomía.

La movilidad hospitalaria es una intervención sencilla, segura y medible que puede marcar la diferencia en la recuperación funcional.

2 Objetivos

- **Objetivo principal:**
  Cuantificar la movilidad diaria y estudiar su asociación con los cambios en la autonomía funcional.
- **Objetivos secundarios:**
  - Describir el nivel de asistencia necesario en cada episodio de movilización.
  - Analizar la relación entre días de ingreso y movilidad.
  - Identificar factores que puedan influir en la pérdida de funcionalidad.

3 Hipótesis

Una menor movilidad durante la hospitalización se asocia con un mayor deterioro funcional al alta.

4 Metodología

Diseño
Cohorte prospectiva.

Ámbito
Planta de hospitalización de agudos.

Población
Pacientes mayores (≥ 65 años) frágiles, ingresados ≥ 48 h.

Muestra
Muestreo consecutivo.

Periodo de recogida de datos
Durante todo el ingreso hospitalario.

Variables principales

- Movilidad diaria (episodios de levantarse, sedestación y deambulación).
- Nivel de asistencia necesario.
- Días de ingreso.
- Variación funcional (al ingreso y al alta).

Instrumento de recogida de datos

Hoja de registro diario de movilidad (incorpora escala de Barthel y escala de fragilidad).

5 Variables principales

Movilidad diaria	Nivel de asistencia	Días de ingreso	Variación funcional
• Levantarse de la cama • Sedestación en sillón • Deambulación	• Independiente • Supervisión • Ayuda física • Total	• Número de días desde el ingreso hasta el alta.	• Índice de Barthel (ingreso y alta) • Cambio en la autonomía.

6 Resultados esperados

Mayor movilidad diaria
Se espera que una mayor frecuencia de movilización se asocie a mejor evolución funcional.

Menor deterioro funcional
Los pacientes más activos presentarán una menor pérdida de autonomía al alta.

Menor tiempo de estancia
La movilidad podría estar relacionada con una estancia hospitalaria más corta.

Mejor calidad de vida
La recuperación de la movilidad favorece la independencia y el bienestar del paciente.

7 Conclusión

La movilidad no solo mejora la función, también dignifica la hospitalización.

Más movilidad, mejor funcionalidad, mayor autonomía

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

MÁS ALLÁ DE LA TÉCNICA:
Proyecto de Humanización de los Cuidados Perioperatorios Centrado en la Persona Mayor



Introducción

El envejecimiento de la población plantea **nuevos retos** en los sistemas sanitarios.

La **humanización de los cuidados** es clave para garantizar una atención **segura, de calidad y centrada** en la persona.



Objetivos

Desarrollar un proyecto de humanización de los cuidados perioperatorios en personas mayores, con el fin de:

- Mejorar la comunicación y el acompañamiento
- Respetar sus preferencias
- Evaluar su satisfacción

Metodología

Enero – Junio 2026

75 pacientes > 70 años

Quirófano

5 líneas de actuación

- Comunicación y escucha activa
- Acompañamiento emocional
- Intimidad y seguridad
- Respeto a preferencias
- Evaluación de la experiencia

Resultados

94% Satisfacción global (pacientes)

92% Satisfacción global (enfermeras)

Aspectos mejor valorados:

- Trato del personal
- Comunicación clara
- Respeto a la intimidad
- Acompañamiento

Proyecto en curso · Resultados pendientes

Una atención más humana, una mejor recuperación



Conclusiones

- La humanización de los cuidados perioperatorios es una oportunidad para integrar la atención centrada en la persona mayor.
- Mejora la experiencia del paciente y contribuye a una mayor calidad asistencial.
- Se recomienda su continuidad y extensión.

Palabras clave: humanización de la asistencia · persona mayor · enfermería perioperatoria · atención centrada en la persona · satisfacción del paciente · calidad asistencial

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Antes de la incisión, escuchar

La voz de la persona mayor en el proceso quirúrgico

Escuchar también es cuidar

1 Resumen

La seguridad perioperatoria de la persona mayor requiere considerar no solo sus necesidades clínicas, sino también sus preferencias, preocupaciones y objetivos funcionales. La comunicación centrada en la persona y la toma de decisiones compartida favorecen una atención más individualizada. Esta revisión narrativa analiza la importancia de escuchar a la persona mayor antes de la intervención y describe estrategias aplicables a la práctica enfermera.

2 Palabras clave

Persona mayor; comunicación; toma de decisiones compartida; enfermería perioperatoria; seguridad del paciente.

3 Antecedentes

- Las decisiones quirúrgicas en personas mayores pueden implicar objetivos diversos, como supervivencia, autonomía, funcionalidad y calidad de vida.
- Las barreras de comunicación, la fragmentación de la información y las dificultades sensoriales o cognitivas pueden limitar la participación del paciente en su proceso asistencial.
- La enfermería perioperatoria tiene un papel clave en la recogida de preferencias, miedos y necesidades, pero en la práctica clínica aún se observan barreras para una comunicación efectiva.

4 Objetivos

Objetivo general:
Analizar la importancia de la comunicación y la participación de la persona mayor en el proceso quirúrgico.

Objetivos específicos:
- Identificar barreras que dificultan la expresión de preferencias y preocupaciones.
- Describir estrategias enfermeras para mejorar la comunicación preoperatoria.
- Relacionar la escucha activa con una atención individualizada y centrada en la persona.

5 Método

Diseño
Revisión narrativa de la literatura.

Fuentes
PubMed, CINAHL, Scopus y Web of Science.

Criterios de inclusión
Publicaciones en español e inglés (2015–2026).

Estrategia de búsqueda
Combinación de descriptores MeSH y palabras clave.



6 Resultados

Necesidades y preferencias
La persona mayor expresa principalmente miedo a la anestesia, el dolor, la pérdida de autonomía y la institucionalización. (Cohen et al., 2018; Martins et al., 2021).

Impacto de la comunicación
Una comunicación efectiva reduce la ansiedad preoperatoria, mejora la adherencia y aumenta la satisfacción del paciente. (Fujimori et al., 2019; Smith et al., 2022).

Estrategias de enfermería
Material adaptado, lenguaje claro, apoyo emocional, implicación familiar y registro de preferencias. (Nérgaard et al., 2020; AHRQ, 2021).

Barreras identificadas
Falta de tiempo, sobrecarga asistencial, barreras sensoriales y uso limitado de herramientas adaptadas. (Lee et al., 2020; WHO, 2021).

7 Conclusiones

- Escuchar a la persona mayor antes de la incisión es una intervención segura, factible y con impacto positivo en la experiencia y en la seguridad del paciente.
- La enfermería debe reforzar la comunicación preoperatoria, adaptando el lenguaje y utilizando recursos accesibles.
- Es necesario superar las barreras organizativas y formativas para garantizar una atención centrada en la persona mayor.

La soledad no deseada también enferma:
el papel de enfermería en la detección precoz y prevención del aislamiento social en personas mayores

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

1 RESUMEN

La soledad no deseada y el aislamiento social en personas mayores representan un importante problema de salud pública, con consecuencias negativas en la salud física, mental y en la calidad de vida.

La enfermería, desde la atención primaria y comunitaria, desempeña un papel clave en la detección precoz, la prevención y la implementación de intervenciones dirigidas a reducir la soledad y favorecer la integración social.

Este trabajo analiza la evidencia científica disponible sobre las intervenciones enfermeras más efectivas para identificar y prevenir la soledad no deseada en personas mayores, así como su impacto en la salud, la autonomía y el bienestar emocional.

2 PALABRAS CLAVE

- Soledad no deseada
- Aislamiento social
- Personas mayores
- Enfermería
- Atención Primaria
- Salud mental
- Calidad de vida
- Apoyo social
- Prevención
- Integración social

3 ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional y los cambios en la estructura familiar han incrementado la prevalencia de la soledad no deseada en personas mayores, especialmente en el medio rural.

La soledad se asocia con un mayor riesgo de depresión, deterioro cognitivo, peor estado de salud, mayor utilización de servicios sanitarios e incluso aumento de la mortalidad.

La enfermería comunitaria, por su cercanía y conocimiento del entorno, se encuentra en una posición privilegiada para identificar de forma precoz a las personas en riesgo y desarrollar estrategias de intervención individual, grupal y comunitaria.

La coordinación con recursos sociales y el trabajo en red son fundamentales para abordar este problema de forma integral.

1 de cada 4 personas mayores en España se siente sola de manera significativa
(INE, 2024)

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre las intervenciones enfermeras dirigidas a identificar y prevenir la soledad no deseada y el aislamiento social en personas mayores.

Objetivos específicos

- Identificar las herramientas de detección más utilizadas en enfermería.
- Analizar la efectividad de las intervenciones en la reducción de la soledad no deseada.
- Evaluar su impacto en la salud, la calidad de vida y la autonomía.
- Explorar los factores que facilitan o dificultan su implementación desde la atención primaria y comunitaria.

5 MÉTODO

Diseño	Revisión bibliográfica narrativa.
Bases de datos	PubMed, CINAHL y Scopus.
Criterios de inclusión	Artículos originales y revisiones sobre intervenciones en personas ≥ 65 años que viven en la comunidad.
Criterios de exclusión	Estudios en población institucionalizada, artículos sin texto completo o sin relevancia para el objetivo.
Selección final	Se analizaron los artículos que cumplieron los criterios establecidos.

6. RESULTADOS

La evidencia científica muestra que las intervenciones enfermeras pueden contribuir a reducir la soledad no deseada en personas mayores, con beneficios en diferentes áreas:

Reducción de la soledad
Las intervenciones individuales, grupales y comunitarias disminuyen los niveles de soledad percibida.

Mejora de la salud mental
Se observa una reducción de síntomas depresivos y una mayor satisfacción vital.

Mejora de la salud física
Se asocia con mejor estado de salud general y menor utilización de servicios sanitarios.

Mayor autonomía
Favorece la participaciónín social y el sentimiento de pertenencia a la comunidad.

Barreras identificadas
Brecha digital, limitaciones de recursos, estigma social y dificultades de coordinación intersectorial.

7. CONCLUSIONES

La enfermería tiene un papel esencial en la detección precoz de la soledad no deseada y en el desarrollo de intervenciones efectivas para prevenir el aslamiento social en personas mayores.

Estas intervenciones contribuyen a mejorar la salud física y mental, la calidad de vida y la autonomía.

Es necesario fortalecer la coordinación con recursos comunitarios y sociales, así como promover el uso de la tecnología para facilitar la conexión social.

La implementación de estrategias sostenibles y adaptadas al contexto rural y urbano es clave para avanzar hacia un envejecimiento más saludable, activo y con mayor bienestar social.

EL SUEÑO TAMBIÉN ENVEJECE

Cambios fisiológicos del sueño durante el envejecimiento natural y cuidados desde enfermería

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

El envejecimiento natural produce modificaciones en la arquitectura y regulación del sueño. Entre ellas destacan la disminución del sueño profundo, el aumento de los despertares nocturnos y el adelanto del ritmo circadiano. Estos cambios no implican necesariamente un trastorno del sueño. El objetivo de este trabajo es describir las modificaciones fisiológicas del descanso asociadas a la edad e identificar intervenciones enfermeras para favorecerlo. La literatura científica destaca la importancia de la actividad física, la higiene del sueño y la adaptación del entorno. Se concluye que enfermería desempeña un papel esencial en la valoración del descanso y la detección de alteraciones patológicas.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento natural, sueño, ritmo circadiano, personas mayores, cuidados de enfermería



CONCLUSIONES

- El envejecimiento natural modifica la arquitectura y regulación del sueño.
- Los cambios fisiológicos no deben confundirse con trastornos patológicos.
- Las intervenciones no farmacológicas pueden favorecer la calidad del descanso.
- Enfermería desempeña un papel fundamental en la valoración, prevención y educación sobre higiene del sueño.
- Los cuidados individualizados contribuyen a preservar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.



ANTECEDENTES

El sueño experimenta cambios progresivos durante el envejecimiento, incluso en personas sanas. Los principales son:

- Sueño profundo: disminución de la fase N3.
- Continuidad: aumento de los despertares nocturnos.
- Ritmo circadiano: tendencia a acostarse y despertarse antes.
- Sueño diurno: mayor frecuencia de siestas.

Estos cambios se relacionan con modificaciones de los mecanismos circadianos y homeostáticos. No obstante, el insomnio y otros trastornos no deben considerarse consecuencias inevitables de la edad (Li et al., 2022).

METODOLOGÍA

Revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2022 y 2026

- Bases de datos: PubMed, Scopus y Web of Science
- Palabras clave/Key words: Natural Aging, Sleep, Circadian Rhythm, Older adults, Nursing Interventions
- Criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios científicos recientes relacionados con el sueño y el envejecimiento.
- Criterios de exclusión: estudios centrados exclusivamente en población joven o tratamientos sin relación con los objetivos.



OBJETIVOS

Analizar los cambios fisiológicos del sueño asociados al envejecimiento natural y su abordaje desde enfermería.

- Identificar las modificaciones de la arquitectura del sueño.
- Describir los cambios del ritmo circadiano.
- Diferenciar los cambios fisiológicos de los trastornos del sueño.
- Identificar intervenciones enfermeras para favorecer el descanso.



RESULTADOS

Se identifican dos aspectos principales

- Cambios fisiológicos que afectan al sueño a medida que aumenta la edad
  - Reducción del sueño profundo.
  - Mayor fragmentación nocturna.
  - Adelanto del horario de sueño.
  - Mayor frecuencia de siestas diurnas.
- Intervenciones no farmacológicas que mejoran la calidad del sueño
  - Actividad física adaptada.
  - Educación en higiene del sueño.
  - Exposición a luz natural.
  - Establecimiento de horarios regulares.
  - Adaptación del ambiente nocturno.





Despertar con seguridad:
el papel de enfermería en la recuperación postanestésica de las personas mayores

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

1 RESUMEN

La **población mayor** sometida a cirugía presenta características clínicas propias que aumentan el riesgo de complicaciones en el postoperatorio inmediato. La atención de enfermería en la **Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA)** es clave para garantizar una recuperación segura, prevenir eventos adversos y favorecer la vuelta al estado basal funcional.

Este trabajo analiza la evidencia científica disponible sobre las intervenciones enfermeras en la URPA dirigidas a personas mayores, su impacto en la prevención de complicaciones y en la calidad de la recuperación.

2 PALABRAS CLAVE

- Persona mayor
- Cirugía
- Reanimación postanestésica
- Complicaciones postoperatorias
- Cuidados de enfermería
- Delirium postoperatorio
- Recuperación
- Control del dolor
- Seguridad del paciente
- Movilización precoz

3 ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población ha supuesto un aumento del número de personas mayores sometidas a procedimientos quirúrgicos. Se estima que en 2050, más del 30% de las cirugías se realizarán en personas de 65 años o más (INE, 2024).

La edad avanzada se asocia a una mayor vulnerabilidad fisiológica, fragilidad y riesgo de complicaciones en el postoperatorio inmediato, como inestabilidad hemodinámica, depresión respiratoria, delirium, dolor mal controlado o náuseas y vómitos (Aldrete et al., 2022; Hovaguimian et al., 2023).

La enfermería en la URPA desempeña un papel esencial en la detección precoz de complicaciones, la implementación de intervenciones preventivas y la optimización de la recuperación del paciente mayor (Kang et al., 2021).

1 de cada 3 procedimientos quirúrgicos se realiza en personas de 65 años o más en 2050 (INE, 2024)

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre las intervenciones enfermeras en la Unidad de Reanimación Postanestésica dirigidas a personas mayores, para promover una recuperación segura y reducir la aparición de complicaciones.

Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones enfermeras más efectivas en la URPA.
- Analizar su impacto en la prevención de complicaciones postoperatorias.
- Evaluar el efecto en la recuperación funcional y la calidad de vida.
- Explorar los factores que pueden dificultar su implementación.

5. MÉTODO

Diseño	Revisión bibliográfica narrativa.
Bases de datos	PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science y Cochrane Library.
Estrategia de búsqueda	Términos combinados: "elderly", "older adults", "postanesthesia care unit", "nursing care", "postoperative complications", "delirium", "pain management", "early mobilization".
Criterios de inclusión	Artículos originales y revisiones (2021–2026) sobre intervenciones enfermeras en la URPA en personas ≥ 65 años.
Criterios de exclusión	Estudios en población no geriátrica, artículos sin texto completo o sin relevancia para el objetivo.
Selección final	Se analizaron 34 artículos que cumplían los criterios.

6 RESULTADOS

Las intervenciones enfermeras en la URPA en personas mayores muestran resultados positivos en diferentes áreas:



Estabilidad respiratoria
Vigilancia estrecha, posicionamiento adecuado y uso de oxigenoterapia segura reducen el riesgo de complicaciones respiratorias.
↓ **20–35%** en complicaciones respiratorias (Gros et al., 2022)



Estabilidad hemodinámica
Control y registro continuo de constantes vitales permiten una detección precoz de alteraciones.
↓ **25–40%** en eventos adversos cardiovasculares (Zhang et al., 2021)



Prevención del delirium
Orientación, control del dolor, ambiente tranquilo y seguimiento cognitivo disminuyen su incidencia.
↓ **30–50%** en delirium postoperatorio (Inouye et al., 2022)



Movilización precoz
Favorece la recuperación funcional, reduce complicaciones y acorta la estancia hospitalaria.
↓ **20–30%** en estancia en URPA/hospital (Miller et al., 2023)



Control del dolor y bienestar
Evaluación sistemática y analgesia individualizada mejoran el confort y la satisfacción del paciente.
↓ **25–40%** en dolor moderado-severo en URPA (Nguyen et al., 2021)

7. CONCLUSIONES

Las intervenciones enfermeras en la URPA son efectivas para prevenir complicaciones postoperatorias en personas mayores.

El abordaje integral (vigilancia clínica, control del dolor, prevención del delirium y movilización precoz) mejora la recuperación y la calidad de vida.

La detección precoz y la actuación rápida ante alteraciones permiten reducir eventos adversos y reingresos.

La formación continuada, la protocolización de cuidados y el trabajo en equipo son esenciales para garantizar una recuperación segura y personalizada.

Cuidar bien en reanimación hoy contribuye a una mayor autonomía y mejor calidad de vida en las personas mayores tras la cirugía.

Anestesia raquídea en el paciente anciano: seguridad y cuidados de enfermería.



1. RESUMEN

El envejecimiento y las comorbilidades influyen en la respuesta anestésica. Esta revisión analiza la seguridad de la anestesia raquídea en ancianos y la importancia de individualizar la técnica y los cuidados de enfermería para prevenir complicaciones y favorecer la recuperación.

2. PALABRAS CLAVE

Anestesia raquídea, anciano, fractura de cadera, cuidados de enfermería, hipotensión, delirium posoperatorio.

3. ANTECEDENTES

> La anestesia raquídea es frecuente en cirugía de pacientes mayores, pero requiere individualizar la técnica por el riesgo de hipotensión y otras complicaciones.

4. OBJETIVO

Analizar la seguridad de la anestesia raquídea en ancianos operados de fractura de cadera e identificar cuidados de enfermería para prevenir complicaciones y favorecer la recuperación perioperatoria.



5. MÉTODO



Se realizó una revisión bibliográfica de estudios sobre anestesia raquídea en pacientes mayores, especialmente en cirugía por fractura de cadera. Se analizaron distintos estudios que comparaban la anestesia raquídea o regional con la general, valorando el delirium postoperatorio, la hipotensión y la recuperación funcional. También se consideraron los cuidados de enfermería para prevenir complicaciones y favorecer una recuperación segura.



6. RESULTADOS

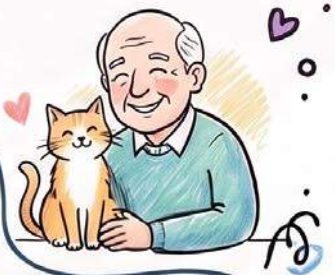
No se encontraron diferencias significativas en el delirium postoperatorio entre anestesia regional y general. Se observó menos hipotensión con dosis intratecales bajas. Se destaca la importancia de individualizar la técnica y de los cuidados de enfermería, incluyendo la monitorización hemodinámica, el control del dolor, la valoración cognitiva y la recuperación motora.

7. CONCLUSIÓN

La anestesia raquídea es una opción válida en pacientes mayores, pero debe individualizarse. La vigilancia de enfermería es esencial para prevenir complicaciones y favorecer una recuperación segura.

TERAPIA FELINA: HUELLAS DE AMOR EN BENAVENTE

Convivencia con gatos = Bienestar emocional para residentes mayores!



Humanización y AICP

Atención Integral Centrada en la Persona mediante actividades significativas y participativas.

Origen (2022): Santiago y Yuli



Datos de la Colonia Felina

- **17** GATOS ADULTOS ✓
- 13 esterilizados ✓
- **6** BEBÉS
- **5** ADOPCIONES → conseguidas

Objetivos del Proyecto

- Aportar bienestar emocional
- Combatir la soledad, fomentar apoyo social
- Controlar plagas

Alianzas de Futuro

Gerencia de Servicios Sociales ↔ Ayuntamiento Trabajo conjunto ↔ Asociación Miradas Felinas

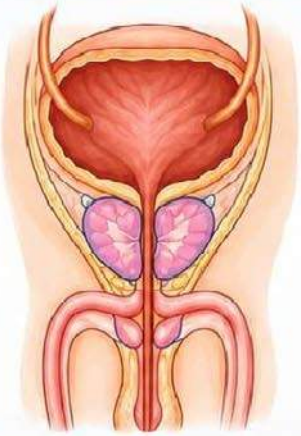
Impacto y Resultados

- Genera relajación, reducción del estrés
- Compañía, rutinas diarias
- Control ambiental

ATENCIÓN EN ENFERMERÍA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL

RESUMEN

La prostatectomía radical es un tratamiento habitual del cáncer de próstata localizado. La atención de enfermería es clave para garantizar la seguridad del paciente, prevenir complicaciones y favorecer una recuperación óptima. Este trabajo resume los cuidados enfermeros durante el proceso perioperatorio, desde la preparación hasta el alta, basándose en la evidencia científica y en guías clínicas actuales.



ANTECEDENTES

El cáncer de próstata es uno de los tumores más frecuentes en los hombres. La prostatectomía radical puede producir complicaciones físicas y emocionales, por lo que los cuidados perioperatorios y el seguimiento enfermero son esenciales para una recuperación segura y para mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS

Objetivo general:
describir los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a prostatectomía radical.

Objetivos específicos:

- Identificar las principales complicaciones;
- destacar los cuidados antes y después de la cirugía;
- y subrayar la importancia de la educación sanitaria y del apoyo emocional.

MÉTODO

Diseño:
revisión bibliográfica.

Población:
pacientes sometidos a prostatectomía radical.

Fuentes:
PubMed, CINAHL, Scielo, Cochrane y guías clínicas (ERAS, AORN, SEOR).

Procedimiento:
selección de artículos recientes y elaboración de un plan de cuidados basado en la evidencia.

RESULTADOS

Principales cuidados de enfermería:

- monitorización de constantes y estado general;
- control del dolor y confort;
- manejo del sondaje vesical y drenajes;
- prevención de infecciones;
- movilización precoz;
- apoyo emocional y educación sanitaria.

Complicaciones frecuentes:

- sangrado;
- infección;
- fístula urinaria;
- incontinencia urinaria;
- disfunción eréctil.

Un plan estructurado puede ayudar a reducir complicaciones y favorecer la recuperación.

CONCLUSIONES

- La atención de enfermería es fundamental para prevenir complicaciones y fomentar una recuperación segura y eficaz.
- La educación sanitaria y el apoyo emocional mejoran la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.
- Es necesario un enfoque individualizado, basado en la evidencia y coordinado con el equipo multidisciplinar.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

"CUIDAR DONDE SE VIVE"

EVIDENCIA SOBRE EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA RURAL EN LA POBLACIÓN SILVER

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional y la dispersión geográfica condicionan la atención sanitaria en el medio rural. En este contexto, la enfermería rural desarrolla intervenciones asistenciales, preventivas y comunitarias dirigidas a responder a las necesidades de la población Silver.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos PubMed, CINAHL y CUIDEN. Los estudios seleccionados se analizaron mediante síntesis temática sobre promoción de la salud, autonomía funcional, calidad de vida y envejecimiento saludable

OBJETIVO

Analizar la evidencia científica sobre la contribución de la enfermería rural al envejecimiento saludable, la autonomía funcional y la calidad de vida de la población Silver.

PALABRAS CLAVE

Enfermería rural; Población Silver; Envejecimiento saludable
Calidad de vida.Autonomia funcional

CONCLUSIONES

La evidencia cofirma que la enfermería rural favorece el envejecimiento saludable de la población Silver el seguimiento de la cronicidad, mantenimiento de la autonomía y la mejora de la calidad de vida. No obstante, persisten barreras relacionadas con la accesibilidad, la disponibilidad de recursos y la dispersión geográfica, que requieren modelos asistenciales integrados y adaptados al contexto rural.

RESULTADOS

- La enfermería rural favorece el envejecimiento saludable de la población Silver.
- Contribuye al mantenimiento de la autonomía funcional y la calidad de vida.
- La atención domiciliaria facilita la permanencia en el entorno habitual.
- Persisten barreras relacionadas con la accesibilidad y los recurso sanitarios.

BIBLIOGRAFIA

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

PREHABILITACIÓN QUIRÚRGICA EN LA PERSONA MAYOR



RESUMEN

La prehabilitación quirúrgica en la persona mayor busca optimizar el estado físico, nutricional y psicológico antes de una intervención. Se analizan sus principales componentes y el papel de enfermería. La evidencia sugiere mejoras en la capacidad funcional y en la recuperación postoperatoria, aunque los resultados son variables.

PALABRAS CLAVE

Persona mayor; prehabilitación; cirugía; enfermería perioperatoria; fragilidad; nutrición; ejercicio físico; recuperación funcional.

MÉTODO

Diseño: síntesis narrativa de la literatura científica.

Fuentes: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y guías de práctica clínica.

Periodo de búsqueda: publicaciones de los últimos 10 años.

Criterios de selección: estudios sobre prehabilitación en personas mayores (≥ 65 años) que evalúen intervenciones físicas, nutricionales, educativas o multimodales y sus resultados pre y postoperatorios.

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional conlleva una mayor prevalencia de fragilidad, comorbilidades, sarcopenia y malnutrición, incrementando el riesgo de complicaciones quirúrgicas y retrasando la recuperación.

La prehabilitación quirúrgica surge como una estrategia multidisciplinar que permite detectar y optimizar las necesidades del paciente mayor, promoviendo un envejecimiento activo y saludable.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las principales intervenciones de prehabilitación quirúrgica en personas mayores y analizar el papel de enfermería en la preparación preoperatoria y la recuperación funcional.

Objetivos específicos

- Identificar los componentes de la prehabilitación (físico, nutricional y educativo).
- Analizar la evidencia disponible sobre sus efectos.
- Destacar las implicaciones para la práctica enfermera.

RESULTADOS

La evidencia consultada sugiere que la prehabilitación puede aportar beneficios en diferentes ámbitos:

Capacidad funcional

Mejora de la fuerza, la resistencia y la autonomía para las actividades cotidianas.

Estado nutricional

Valoración y apoyo nutricional individualizados que pueden optimizar la preparación antes de la cirugía.

Aspectos psicológicos

La educación sanitaria y el acompañamiento pueden ayudar a reducir la ansiedad preoperatoria y mejorar la adherencia.

Recuperación postoperatoria

Algunos programas se asocian con menos complicaciones y estancias hospitalarias más cortas, aunque los resultados son variables.

CONCLUSIONES

- La prehabilitación **individualizada** puede favorecer la autonomía y la recuperación de la persona mayor.
- Enfermería es fundamental en la detección de necesidades, la educación sanitaria y la coordinación de cuidados.
- Se necesita más evidencia para confirmar su efectividad, especialmente en pacientes con fragilidad.

DE LA CELDA A LA RESIDENCIA:
TRATAMIENTO SUSTITUTIVO A OPIOIDES EN EL EX-RECLUSO.
METADONA vs BUPRENORFINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA

Fraile Sonia[1], Mallada Eloína[1], Martínez Eva[2], Fernández Mario[3]

[1]C.P. León, [2] SACYL, [3]Estudiante Grado de Medicina U. Nebrija.

Palabras Clave: Trastorno por uso de opioides; Buprenorfina depot; Metadona; Geriatría; Medio penitenciario; Polifarmacia

Resumen

Antecedentes

La transición de adultos mayores ex-reclusos con transtorno por consumo de opioides (TCO) hacia residencias geriátricas, exige adaptar el tratamiento sustitutivo de opioides (TSO). Frente a los riesgos de meetadona oral diaria, la buprenorfina de liberación prolongada (BLP), emerge como una alternativa superior en seguridad, manejo de polifarmacia y eficiencia operativa

Objetivos

Evaluar la seguridad

Manejar la polifarmacia

Mejorar la carga asistencial



Caso Clínico

Varón de 67 años con TCO severo en remisión

Ex-parenteral con VHC curado

Cardiopatia isquémica

QTc de 460 ms

Polifarmacia

Ingresado directamente

Resultados

	MTD	BLP
Criterio de Evaluación: **Seguridad Cardiovascular**	**Riesgo de prolongación QTc y arritmias**	**Sin impacto en intervalo QTc** (seguro)
Criterio de Evaluación: **Interacciones (Polifarmacia)**	**Elevadas** (dependiente de CYP3A4 / CYP206)	**Mínimas** (metabolismo vía UGT1A1)
Criterio de Evaluación: **Carga Operativa y Logística**	**Custodia y dispensación diaria** supervisada	**Administración mensual/semanal** (-20h/mes)

Libera de 15-20 horas mensuales de enfermería
La inyección subcutánea reduce la carga operativa y asegura un 100% de adherencia



Conclusiones

Seguridad Clínica y Perfil Farmacológico

- **Efecto techo protector** — Minimiza riesgo de depresión respiratoria y sedación profunda, reduciendo caídas.
- **Estabilidad cardiovascular** — No altera el intervalo QTc, eliminando riesgo de muerte súbita por arritmias ventriculares.
- **Compatibilidad con polifarmacia** — Metabolización por UGT1A1 sin interferir con fármacos cardiovasculares, metabólicos o psiquiátricos.

Eficiencia Operativa y Adherencia

- **15-20 HORAS LIBERADAS** — Tiempo mensual de trabajo directo de enfermería ahorrado por paciente tras sustituir la dosis diaria.
- **Adherencia garantizada 100%** — La administración depot semanal o mensual elimina extravíos de dosis y fluctuaciones de craving.
- **Logística y desestigmatización** — Elimina la custodia diaria de estupefacientes y suprime las filas de entrega supervisada.



BLP: BUPRENORFINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA,
TCO: TRANSTORNO POR CONSUMO DE OPIOIDES,
TSO: TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE OPIOIDES
VHB: VIRUS HEPATITIS B
MTD: METADONA

BIBLIOGRAFÍA

PROGRAMA DE TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES (TACA): HABLANDO DE UN CASO REAL

Martínez Eva[2], Fraile Sonia[1], Mallada Eloína[1], Fernández Mario[3]
[1]C.P. León, [2] SACYL, [3]Estudiante Grado de Medicina U. Nebrija,



Palabras clave *Bienestar, Compañía, Calidad de vida, Perro y Persona mayor*

Resumen

La compañía animal en personas mayores aporta clave beneficio emocional, físico y social. Asumir su cuidado devuelve el sentido de utilidad y fortalece la autoestima. El contacto físico continuo reduce la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Los paseos diarios fomentan el ejercicio físico y mantienen la movilidad personal. El perro actúa como puente socializador, disminuyendo el aislamiento y la soledad. Estas terapias destacan como una herramienta de intervención gratificante y eficaz.

Antecedentes



Objetivos

Objetivo inicial: Potenciar la afectividad, logrando una rápida complicidad y estimulación positiva con el perro.Área cognitiva: Estimula la memoria, la creatividad, la expresión oral y la agilidad mental.Área social y comunicativa: Desarrolla la empatía, la capacidad de expresión y las habilidades interpersonales.Gestión emocional: Reduce la ansiedad y la negatividad, aumentando la tolerancia a la frustración.Vínculos afectivos: Potencia la creación de amistades y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales.Impacto fisiológico: Aporta beneficios directos en el control y regulación de las constantes vitales.

Método



Resultado

Las valoraciones se realizaban trimestralmente sobre cada usuario, realizando registro oportuno en su historia clínica.
Los resultados obtenidos refuerzan la hipótesis de que las TACA resultan beneficiosas para las personas de la tercera edad con problemas cognitivos residentes en centros geriátricos.

Conclusiones



Bibliografía

Musicoterapia Activa en Demencia: Reducción de Agitación y Mejora del Bienestar

Resumen: Proyecto de investigación sobre la efectividad de la musicoterapia activa grupal para reducir la agitación psicomotriz y promover la interacción social en residentes con demencia moderada o avanzada.

Fraile Sonia1, Mallada Eloina1, Martínez Eva2, Fernández Mario3
1C.P. León, 2 SACYL, 3Estudiante Grado de Medicina U. Nebrija,

MARCO DE LA INTERVENCIÓN



ANTECEDENTES

Necesidad de reducir el uso de contenciones farmacológicas.

Los síntomas conductuales generan riesgos que exigen alternativas no farmacológicas efectivas.



OBJETIVOS

Evaluar la reducción de agitación y del aislamiento social.

Estudiar la eficacia de un programa de musicoterapia activa en estadios moderados-avanzados.



MÉTODO

Estudio cuasi-experimental con 30 residentes durante 12 semanas.

Consta de 24 sesiones evaluadas pre y post-test con la escala CMAI y MMSE.

BIBLIOGRAFIA

IMPACTO ESPERADO, CONCLUSIONES Y PALABRAS CLAVE

RESULTADOS ESPERADOS

$p < 0.05$



Reducción significativa de la agitación ($p < 0.05$).

Se prevé aumentar la interacción social y reducir psicofármacos de rescate.

CONCLUSIONES



Terapia viable, económica y Centrada en la Persona.

Respeta la dignidad del paciente facilitando la sustitución gradual de sujeciones.

PALABRAS CLAVE

Demencia
Musicoterapia
Geriátricos
Agitación Psicomotriz
Intervención No Farmacológica

Conceptos centrales del estudio.

DEPORTE Y EJERCICIO FÍSICO: CLAVE PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Más movimiento, más vida

- Autores: María Elena Fernández Escudero, María del Mar Hervás Delgado, Esperanza Carrascal Lázaro, Sonia María Ortega Alberto.
- María de las Mercedes Rodríguez Rodríguez, María de las Mercedes Vidal Sarmiento, Alicia Rodríguez Molpeceres, Ana Isabel García Álvarez.

Unidad 2.0. Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

RESUMEN

El ejercicio físico mejora la **función física y mental**, reduce el riesgo de enfermedades y favorece un envejecimiento más largo y saludable.



PALABRAS CLAVE

- Envejecimiento
- Ejercicio físico
- Salud
- Bienestar
- Prevención

ANTECEDENTES

- El sedentarismo acelera el envejecimiento biológico.
- La actividad física se asocia con mayor longevidad y mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

- Analizar el impacto del ejercicio en el envejecimiento.
- Identificar sus efectos fisiológicos, psicológicos y en la salud.
- Establecer recomendaciones de tipo, duración e intensidad.

MÉTODO

Revisión de bases de datos oficiales (OMS, PubMed, Cochrane, Ministerio de Sanidad, etc.)

Estudios clínicos y metaanálisis (últimos 10 años)

Población: adultos y mayores de 50 años

RESULTADOS

EFECTOS FISIOLÓGICOS

- Masa muscular y ósea
- Capacidad cardiorrespiratoria
- Mejor metabolismo y control glucémico

EFECTOS PSICOLÓGICOS

- Estrés y ansiedad
- Estado de ánimo
- Función cognitiva

SALUD

- Riesgo de ECV, diabetes y algunos tipos de cáncer
- Calidad y esperanza de vida

EJERCICIO RECOMENDADO

AERÓBICO	FUERZA	EQUILIBRIO	FLEXIBILIDAD
150–300 min/sem (moderado)	2–3 días/sem (2–3 series)	2–3 días/sem (10–20 min)	Diario o 2–3 días/sem (10–15 min)
Caminar, bici, natación...	Músculos grandes	Previene caídas	Movilidad y postura

CONCLUSIONES

- El ejercicio físico es una herramienta segura y eficaz contra el envejecimiento.
- Mejora la salud física y mental.
- Reduce la dependencia y aumenta la calidad de vida.
- La clave está en la constancia y la personalización.

Pequeños hábitos, grandes cambios



BIBLIOGRAFÍA (formato Vancouver)

1. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
2. WHO. Physical activity for older adults. Geneva: WHO; 2021.
3. Cunningham C, et al. Exercises are physical activity for older adults: A systematic review of reviews. Scand J Med Sci Sports. 2020;30(S):816-827.
4. Izquierdo M, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR). J Nutr Health Aging. 2021;25(7):824-853.
5. WHO. Evidence on physical activity for older adults. Geneva: WHO; 2020.
6. CDC. Physical Activity Benefits for Adults 65 or Older. Atlanta: CDC; 2025.
7. Singh NA, et al. Resistance exercise and cognition in older adults: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2020;68(11):1621-173.
8. WHO. Recommendations on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
9. Fiith J, et al. Exercise and mental health. Lancet Psychiatry. 2019,6(11):911-923.
10. WHO. Physical activity and health in older adults. Geneva: WHO; 2021.



MOVILIZAR PARA PRESERVAR LA AUTONOMÍA:
Papel de enfermería en la prevención del deterioro funcional en personas mayores hospitalizadas

Inmaculada García Carrasco, Andrea Giovanna Cárdenas Lara, Alba Ríos Zaragoza
Hospital Virgen del Valle, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo

RESUMEN

El deterioro funcional asociado a la hospitalización en adultos mayores es un problema frecuente que compromete su independencia. En esta revisión de 7 estudios recientes se evidencia que la movilización precoz y el ejercicio multicomponente preservan la capacidad funcional y reducen las complicaciones del encamamiento. El profesional de enfermería resulta clave para identificar factores de riesgo como la fragilidad o el delírium y liderar planes de cuidados que fomenten una movilidad progresiva y segura.

PALABRAS CLAVE

Movilización precoz · Personas mayores · Hospitalización · Deterioro funcional · Autonomía personal · Cuidados de enfermería

ANTECEDENTES

Problema: La hospitalización puede favorecer el deterioro funcional en las personas mayores, manifestándose como pérdida de movilidad, disminución de la autonomía y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

Factores de riesgo: La inmovilidad, unida a la enfermedad aguda, la fragilidad y las alteraciones cognitivas, puede agravar esta pérdida de capacidad funcional.

El papel de enfermería: La movilización precoz, progresiva e individualizada se plantea como estrategia clave para mantener la funcionalidad y prevenir los daños del encamamiento. En este proceso, enfermería desempeña un papel fundamental mediante la valoración funcional, el fomento de la movilidad segura y la prevención de barreras que dificultan la actividad durante el ingreso.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica sobre la movilización precoz en personas mayores hospitalizadas y el papel de enfermería en la prevención del deterioro funcional y la preservación de la autonomía.

MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa.

Bases de datos
PubMed/MEDLINE · Cochrane · Web of Science · SciELO · CUIDEN

Idiomas: Español e inglés

Periodo: 2021–2026

Ecuación central de búsqueda
("older adults" OR elderly OR aged) AND ("early mobilization" OR "early mobilisation" OR mobility) AND (hospital* OR inpatient*) AND ("functional decline" OR "functional status" OR nursing)

7 Artículos seleccionados

CONCLUSIONES

MOVILIZACIÓN PRECOZ
Estrategia prometedora para preservar la capacidad funcional.

VALORACIÓN TEMPRANA
Identificar fragilidad y delirium ayuda a orientar los cuidados y prevenir las consecuencias de la inmovilidad.

PAPEL DE ENFERMERÍA
Fundamental para promover la movilidad segura y preservar la autonomía.

Se necesitan estudios de mayor calidad que permitan determinar el impacto de estas intervenciones sobre la autonomía y la recuperación funcional a largo plazo.

RESULTADOS

Se seleccionaron siete estudios que analizaron la movilización durante la hospitalización, la capacidad funcional y el papel de enfermería en la promoción de la movilidad.

MOVILIZACIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL

- Las intervenciones de ejercicio multicomponente mostraron mejoras en determinados parámetros de fuerza, movilidad y capacidad funcional en personas mayores hospitalizadas (Ferrara et al.; Yokobatake et al.).
- El estudio REDURISK observó resultados favorables en movilidad y actividades de la vida diaria tras una intervención interdisciplinar con participación enfermera.
- La revisión Cochrane de Hartley et al. señaló que la evidencia sobre la mejora de la independencia funcional mediante ejercicio durante la hospitalización continúa siendo incierta.

FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO FUNCIONAL

- La fragilidad, el delirium y otras características clínicas se relacionaron con una menor movilidad en personas mayores hospitalizadas (Zomer et al.).

PAPEL DE ENFERMERÍA

- Nicoli et al. destacaron la importancia de la valoración individualizada, la movilización progresiva y segura y la coordinación interdisciplinar.
- King et al. observaron un incremento de la distancia recorrida por los pacientes y del porcentaje de personas movilizadas por enfermería tras implantar un programa multicomponente liderado por profesionales enfermeros.

CUIDAR DA PESSOA APÓS AVC
e da família no domicílio

Estudo de caso em Enfermagem de Saúde Familiar

AUTORES E AFILIAÇÕES

RESUMO E OBJETIVO

Descrever a avaliação e as intervenções numa pessoa após AVC e na família. Identificaram-se necessidades de autocuidado e apoio à cuidadora.

MÉTODOS

Caso descritivo; duas visitas domiciliárias; entrevista e cinco instrumentos (Zarit aplicada à filha). Consentimento para divulgação anonimizada referido. Relato orientado pela CARE [1].

CASO E CRONOLOGIA

Utente, 75 anos: hemiparésia esquerda; andarilho; ajuda na higiene e no vestir. Cognição e comunicação preservadas.

AVC há oito meses. Hospitalização e RNCCI; mudança para casa da filha quatro meses após o AVC.

Filha, cerca de 40 anos: concilia trabalho, cuidados e responsabilidades familiares. Marido e dois filhos colaboram nas tarefas domésticas.

AVALIAÇÃO INICIAL

Instrumento	Utente	Filha
APGAR familiar [2]	**5**	**4**
Holmes e Rahe [3]	**184**	**203**
Zarit (sobrecarga) [7]	**—**	**30**

APGAR: disfunção moderada percebida por ambas.
Holmes e Rahe: risco moderado em ambas (150–299).
Zarit: sobrecarga intensa da cuidadora.

FACES II: família conectada, flexível e equilibrada nas respostas da utente e da filha; igual pontuação final, com diferenças em alguns itens.
Graffar: 10 pontos; classe II, média-alta [6].

LEITURA CONJUNTA

Coesão/adaptabilidade (FACES II) e satisfação com o funcionamento familiar (APGAR) são dimensões distintas [2,4]. A sobrecarga intensa da cuidadora coexiste com uma família equilibrada, o que sugere que a coesão familiar não a protegeu. Apesar da classe Graffar II, foi referida barreira económica.

INTERVENÇÕES REALIZADAS

Autocuidado: promoção da participação.

Reabilitação: referenciação à UCC [5].

Família: identificação do stress da cuidadora; apoio e negociação de tarefas, cuidados e descanso.

Recursos: discussão de centro de dia, resposta residencial e apoio domiciliário; barreira económica referida.

Seguimento: reavaliação planeada.

CONCLUSÃO

A avaliação identificou necessidades da pessoa e sobrecarga intensa da cuidadora, com recursos familiares e barreiras ao apoio. A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) permitiu negociar cuidados e articular respostas. Os efeitos das intervenções ainda não foram avaliados.

LIMITAÇÕES

Caso único, sem reavaliação. Referenciação e discussão de alternativas não comprovam início de serviços ou melhoria clínica.

Palavras-chave: AVC; sobrecarga do cuidador; saúde da família; enfermagem familiar; relato de caso.

[1] CARE Checklist. [2] Smilkstein, 1978 • APGAR familiar. [3] Holmes & Rahe, 1967 • Social Readjustment Rating Scale.
[4] Takenaka & Ban, 2016 • doi:10.1186/s12930-016-0028-9. [5] NICE NG236, 2023 • Reabilitação após AVC.
[6] Santiago et al., 2025 • Graffar Adaptada • doi:10.32385/rpmgf.v41i2.13969. [7] Sequeira, 2010 • Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (versão portuguesa).



Inteligencia artificial y prevención de caídas en personas mayores

Nuevas herramientas para anticipar riesgos y favorecer un envejecimiento seguro



RESUMEN

Esta revisión narrativa estructurada analiza las posibilidades y limitaciones de la inteligencia artificial (IA) y de los sensores portátiles para identificar el riesgo futuro de caídas en personas mayores. La evidencia disponible muestra resultados prometedores en la estratificación del riesgo y en la monitorización funcional, aunque persisten sesgos metodológicos y escasa validación externa.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Caídas · Inteligencia artificial · Prevención · Sensores portátiles

ANTECEDENTES

Las caídas son un problema de salud pública que compromete la seguridad, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores. Su prevención requiere una valoración multifactorial y estrategias individualizadas [1,2].

OBJETIVOS

Describir las principales aplicaciones de la IA y de los sensores portátiles en la predicción del riesgo de caídas, así como valorar sus limitaciones y su aplicabilidad para la práctica clínica.

MÉTODO

Revisión narrativa estructurada de documentos publicados entre 2021 y 2026. Se consultaron la OMS y PubMed. Se seleccionaron una ficha informativa institucional, una guía internacional y dos revisiones centradas en sensores portátiles e IA aplicada a la predicción de caídas [1-4].

RESULTADOS

Aplicaciones

Modelos de aprendizaje automático para estratificar el riesgo; análisis de marcha y equilibrio mediante sensores; alertas de cambios funcionales y apoyo a decisiones preventivas [3,4].



Evidencia cientifica

La revisión sistemática de 2026 incluyó 28 estudios longitudinales en personas mayores de la comunidad. Solo un modelo presentó validación externa y la mayoría mostró alto riesgo de sesgo [4].

Oportunidades

- Detección anticipada de personas de riesgo.
- Apoyo a la valoración de enfermería.
- Seguimiento en domicilio y toma de decisiones preventivas individualizadas.



Limitaciones

- Heterogeneidad de muestras y sensores, brecha digital, privacidad y falta de estudios que demuestren reducción real de caídas en escenarios clínicos [3,4].



Aportación a la práctica de enfermería

La IA puede complementar el cribado del riesgo y el seguimiento domiciliario, pero no sustituye la valoración enfermera. Las intervenciones multifactoriales, el ejercicio, la revisión farmacológica y la adaptación del entorno siguen siendo fundamentales [2].

Innovación y aplicabilidad

La novedad de estas herramientas reside en combinar sensores, análisis automatizado y supervisión profesional para anticipar riesgos. Su valor aumenta cuando se integran en estrategias accesibles, éticas y centradas en la persona mayor.

Conclusiones

La IA es prometedora para identificar riesgo futuro de caídas, pero su utilidad clínica exige validación externa, evaluación de impacto y supervisión profesional.
La tecnología debe estar al servicio de las personas, no sustituir el cuidado.

IDEA CLAVE | Anticipar el riesgo es útil; demostrar que se evitan caídas sigue siendo esencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Falls. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls
2. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022;51(9):afac205. doi:10.1093/ageing/afac205.
3. Wang B, Liu Y, Lu A, Wang C. Application of wearable sensors in constructing a fall risk prediction model for community-dwelling older adults: a scoping review. Arch Gerontol Geriatr. 2025;129:105689. doi:10.1016/j.archger.2024.105689.
4. Gao Y, Xu D, Li X, et al. Machine learning and deep learning models for predicting future falls in community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal evidence. J Med Internet Res. 2026;28:e64444. doi:10.2196/64444.

EJERCICIO ISOMÉTRICO FRENTE A ISOTÓNICO

EN LA TENDINOPATÍA DEL MANGUITO ROTADOR

Dolor, función y fuerza muscular: análisis crítico de la evidencia disponible

RESUMEN

El ejercicio terapéutico es fundamental en el tratamiento conservador de la tendinopatía del manguito rotador. Esta síntesis analiza si el trabajo isométrico ofrece ventajas frente al isotónico en cuanto a dolor, función y fuerza. Los estudios muestran mejorías con ambas modalidades, sin superioridad consistente en dolor o función.

PALABRAS CLAVE

Tendinopatía del manguito rotador · ejercicio isométrico · ejercicio isotónico · dolor de hombro · rehabilitación.

ANTECEDENTES

La tendinopatía del manguito rotador puede causar dolor y limitación funcional. El ejercicio con cargas es un pilar clave en el tratamiento conservador. El isométrico genera tensión sin movimiento articular apreciable; el isotónico implica contracción con movimiento. No se ha establecido la superioridad general de una modalidad.

OBJETIVOS

- Comparar la evidencia disponible sobre ejercicio isométrico e isotónico.
- Analizar sus efectos sobre dolor y función.
- Examinar los resultados de fuerza y sus implicaciones clínicas.

MÉTODO

Síntesis narrativa crítica de publicaciones seleccionadas: ensayo comparativo de 2024, revisión sistemática de 2026 y guía clínica de 2025. Se consideraron diseño, intervención, dolor, función, fuerza y limitaciones.

RESULTADOS

ENSAYO COMPARATIVO · 2024

14 participantes realizaron ejercicio isométrico y 16 isotónico durante seis semanas. Ambos grupos mejoraron en dolor y función, sin diferencias significativas entre modalidades en estas variables. Algunas medidas de fuerza favorecieron al grupo isométrico.

REVISIÓN SISTEMÁTICA · 2026

Incluyó 13 ensayos aleatorizados (336 participantes) en distintas tendinopatías; solo dos estudiaron el manguito rotador. La heterogeneidad impidió el metaanálisis y 10 ensayos presentaron baja calidad metodológica. El apoyo a la superioridad isométrica fue limitado.

ORIENTACIÓN CLÍNICA

La guía clínica de 2025 respalda una rehabilitación activa e individualizada, que puede incluir control motor y ejercicios de resistencia. No establece que el ejercicio isométrico sea universalmente superior al isotónico.



CONCLUSIONES

- No se demuestra superioridad consistente del isométrico sobre el isotónico para reducir dolor o mejorar función.
- Ambas modalidades pueden integrarse en la rehabilitación.
- La elección debe adaptarse a la tolerancia, los déficits de fuerza y los objetivos funcionales, dentro de un programa de carga progresiva.
- Se necesitan ensayos con muestras mayores y de mejor calidad para identificar qué pacientes podrían beneficiarse más de cada modalidad.

REFERENCIAS

1. Barros BRS, et al. Effect of isometric and isotonic exercise on shoulder pain, function and strength in individuals with rotator cuff tendinopathy. Braz J Phys Ther. 2024;28(Suppl 1):100657. doi:10.1016/j.bjpt.2024.100657.
2. Soliman EFF, et al. Isometric Exercises for Tendinopathies: A Systematic Literature Review. Clin Ther. 2026;48(10):952–957. doi:10.1016/j.clinthera.2026.04.027.
3. Desmeules F, et al. Rotator Cuff Tendinopathy Diagnosis, Nonsurgical Medical Care, and Rehabilitation: A Clinical Practice Guideline. J Orthop Sports Phys Ther. 2025;55(4):235–274. doi:10.2519/jospt.2025.13182.
4. Clifford C, et al. Effectiveness of isometric exercise in the management of tendinopathy: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ Open Sport Exerc Med. 2020;6:e000760. doi:10.1136/bmjsem-2020-000760.

¿Quién pregunta si está solo?

Detección precoz de la soledad no deseada en personas mayores desde la consulta de enfermería

Resumen

Vivir solo no implica sentirse solo. La soledad no deseada puede pasar inadvertida en consulta. Esta síntesis de un informe OMS y tres revisiones (2022-2025) aborda su magnitud, las escalas de valoración y las intervenciones en Atención Primaria. Se identifican oportunidades para preguntar y acompañar, junto con limitaciones en el cribado y en la evaluación de resultados.

Palabras clave

- Soledad no deseada
- Personas mayores
- Aislamiento social
- Atención Primaria
- Enfermería

Objetivos

- Diferenciar soledad y aislamiento social.
- Identificar escalas utilizadas en personas mayores.
- Describir posibilidades de actuación enfermera.



Conclusiones

Preguntar por soledad puede revelar necesidades invisibles. Las escalas orientan, pero no sustituyen la entrevista. Hacen falta apoyos coordinados, adaptados a cada persona y evaluados con rigor [2-4].

Enfermería

- Preguntar sin juzgar y escuchar.
- Valorar red de apoyo y preferencias.
- Coordinar recursos comunitarios.



Resultados

11,8 %: adultos de 60 años o más experimentan soledad, según estimación mundial de la OMS [1].

18 estudios: revisión de instrumentos; UCLA fue la escala más usada para soledad y Lubben para aislamiento [2].

7 de 32 (22 %): documentos de una revisión de intervenciones en Atención Primaria describían cribado por profesionales [3].

19 revisiones: síntesis de intervenciones con resultados variables y necesidad de evaluaciones más rigurosas [4].

Antecedentes

La soledad es el malestar subjetivo ante la falta de conexión deseada. El aislamiento social describe la escasez de contactos y relaciones. No son lo mismo, aunque pueden coexistir. La OMS reconoce consecuencias relevantes de la desconexión social para la salud [1].

Método

Revisión narrativa focalizada de cuatro fuentes (2022-2025): informe de la OMS y tres revisiones sobre escalas, Atención Primaria e intervenciones. Se sintetizaron hallazgos relevantes. No se realizó una búsqueda sistemática propia.

Implicaciones para la práctica enfermera

No siempre pide ayuda quien más lo necesita. Preguntar también es cuidar.

Bibliografía

1. World Health Organization. From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies. Geneva: WHO; 2025. ISBN: 9789240112360.
2. Simo N, Godaert L, Villeneuve R, Dartigues JF, Tabue Teguo M, Dramé M, Tools for assessing social isolation and feelings of loneliness in older adults: a systematic review. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2023;21(2):241-250. doi:10.1684/pnv.2023.1102.
3. Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. BMJ Open. 2022;12(2):e057729. doi:10.1136/bmjopen-2021-057729.
4. Patil U, Braun KL. Interventions for loneliness in older adults: a systematic review of reviews. Front Public Health. 2024;12:1427605. doi:10.3389/fpubh.2024.1427605.

Cáncer de próstata y longevidad: ¿Cuándo empezar y cuándo parar?

García Santos, J.J.; Padilla Fernández, B.Y.; Mendoza Segura, Y.M.; Soto Rodríguez, J.L.; García Gómez F.; Herranz Arriero, A.; Arqued Sanagustín, J.; Gómez Aristizábal A.L.; Cruz Guerra, N.A.

Hospital Virgen de la Concha, servicio de Urología

RESUMEN

La elevada prevalencia de tumores prostáticos indolentes y su mayor detección con la edad plantean un reto en la indicación del cribado, haciendo necesario individualizar su inicio, periodicidad y suspensión en función del riesgo individual, comorbilidades y la expectativa de vida, evitando intervenciones innecesarias y favoreciendo un beneficio clínico real.

ANTECEDENTES

El cribado con antígeno prostático específico (PSA) puede reducir el diagnóstico de enfermedad metastásica y la mortalidad específica, pero también produce falsos positivos, biopsias innecesarias, sobrediagnóstico y sobretratamiento. Por ello, debe considerarse:

Antes del PSA

- Edad y expectativa de vida.
- Estado funcional, fragilidad y comorbilidad.
- Ascendencia o antecedentes familiares.
- Mutaciones germinales (*BRCA2*).
- PSA previos y preferencias del paciente.
- Disposición a realizar una biopsia y aceptar consecuencias si resultado anormal.

Si se decide realizar cribado

- PSA como prueba principal (repetir/confirmar).
- Tacto rectal complementa.
- Densidad del PSA y calculadoras de riesgo.
- Resonancia magnética previa.
- Biopsia dirigida cuando esté indicada.

OBJETIVO

Establecer criterios para optimizar la indicación y la duración del cribado del cáncer de próstata, integrando el riesgo individual y la esperanza de vida del paciente en la toma de decisiones.

MÉTODO

Revisión de la evidencia científica y de las principales guías nacionales e internacionales, identificando puntos de consenso y discrepancias en las recomendaciones de cribado.

RESULTADOS

GUÍA	RECOMENDACIÓN PRINCIPAL
EAU[1], Europa	Estrategia de detección precoz adaptada al riesgo. Inicio alrededor de los 50 años; antes en hombres de alto riesgo (AF, BRCA2 o raza afroamericana). Finalización según expectativa de vida y estado de salud.
USPSTF[2], Estados Unidos	Entre 55 y 69 años, la decisión debe ser individual e informada. A partir de los 70 años, recomienda no realizar cribado rutinario.
AUA/SUO[3], Estados Unidos	La decisión debe basarse en PSA previo, riesgo individual y salud global y esperanza de vida; en mayores de 75 años puede espaciarse o suspenderse el cribado.
PAPPS[4], España	No se recomienda un cribado poblacional sistémico. Si se plantea, debe realizarse mediante decisión compartida, explicando beneficios, incertidumbres y daños potenciales.

El screening del cáncer de próstata debe individualizarse más allá de la edad cronológica, considerando la situación clínica del paciente y el balance entre beneficio potencial y riesgos asociados[5].

CONCLUSIONES

- El programa de detección debe comenzar con una decisión compartida, no con una solicitud automática de PSA.
- La ventana de mayor beneficio potencial se sitúa aproximadamente entre los 50 y 69 años, dependiendo del riesgo individual.
- La continuidad del cribado debe basarse en PSA previo, salud global y expectativa de vida.
- Un PSA anormal no equivale a cáncer: debe confirmarse y valorarse mediante una estrategia escalonada.
- El diagnóstico de un tumor de bajo riesgo no obliga a tratamiento radical; la vigilancia activa evita el sobretratamiento en pacientes seleccionados.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata · cribado · PSA · longevidad · sobrediagnóstico · sobretratamiento

BIBLIOGRAFÍA

1. Cornford P, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. 2026 Update. European Urology. 2026.
2. US Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer. JAMA. 2018;319(18):1901-1913.
3. Lin DW, et al. Updates to Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline (2026). Journal of Urology. 2026.
4. Bartolomé-Moreno C, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. Atención Primaria. 2024;56(Supl 1):103128
5. Council of the European Union. Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: a new EU approach on cancer screening. 2022. US Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer. JAMA. 2018;319(18):1901-1913.

DESFIBRILACIÓN EXTERNA EN PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI) : REVISION Y EVIDENCIA

N. GARCIA SANTA BASILIA,
noemigsb@gmail.com
J.R. FERNÁNDEZ MAGAZ, M.T. PRIETO HERRERO
M.J. GARCIA MANGAS, M. CATALINA COELLO

RESUMEN

El incremento de pacientes portadores de desfibriladores automáticos implantables (DAI) atendidos en los servicios de emergencias extrahospitalarias obliga a los profesionales a conocer las medidas de seguridad asociadas a la desfibrilación externa. Aunque la presencia de un DAI no contraindica la aplicación de descargas eléctricas externas, es fundamental adoptar determinadas precauciones para evitar daños en el dispositivo y garantizar la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE

Desfibrilador automático implantable; DAI; desfibrilación externa; cardioversión eléctrica; enfermería de emergencias; soporte vital avanzado; emergencias extrahospitalarias; seguridad del paciente; dispositivos cardíacos implantables.

ANTECEDENTES

Los DAI, son una de las principales estrategias terapéuticas para la prevención de la muerte súbita cardíaca en pacientes con alto riesgo de arritmias ventriculares malignas. Con frecuencia, los equipos de emergencias extrahospitalarias atienden a pacientes portadores de estos dispositivos, de los que no poseen información porque el paciente está inconsciente en el momento de la atención. Sin embargo, históricamente ha existido preocupación por el posible daño del generador o de los electrodos del dispositivo tras la administración de una descarga eléctrica externa.



OBJETIVO

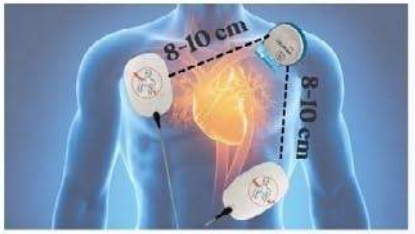
Analizar las recomendaciones basadas en la evidencia para la realización segura de la desfibrilación externa en pacientes portadores de DAI.

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica narrativa: Revisiones sistemáticas (2), metaanálisis (1), Estudios prospectivos (13), Documentos de consenso internacionales (2), declaraciones científicas sobre dispositivos cardíacos implantables(1).

RESULTADOS

- Mantener una distancia mínima de 8-10 cm del DAI.
- Evitar colocar los electrodos directamente sobre el dispositivo.
- Utilizar preferentemente la posición anteroposterior.



CONCLUSIONES

1. La presencia de un DAI no debe retrasar la desfibrilación externa cuando exista una indicación clínica urgente.
2. La colocación de los parches a más de 8-10 cm del generador y preferentemente en posición anteroposterior constituye la principal medida de seguridad recomendada.
3. Las complicaciones derivadas de la desfibrilación externa en pacientes portadores de DAI son poco frecuentes y generalmente transitorias.

BIBLIOGRAFÍA

ENVEJECIMIENTO Y SOLEDAD NO DESEADA

INTRODUCCIÓN

La soledad se define como una experiencia personal y subjetiva en la que el individuo percibe carencias cuantitativas o cualitativas en sus relaciones interpersonales (Perlman y Peplau, 1981). Los avances médicos y farmacológicos, unidos al descenso de la natalidad, han producido un notable envejecimiento de la población y, con él, un aumento de las situaciones de dependencia y de Soledad No Deseada (SND). Ello limita la participación social y genera un sufrimiento crónico en quien la padece. Se estima una prevalencia mundial de soledad en personas mayores del 27,6%, más alta en mujeres (30,9%) y en mayores institucionalizados (50,7%).

ANTECEDENTES

La soledad en las personas mayores ha evolucionado a lo largo de los años desde un problema social a reconocerla como un determinante de salud, con un efecto sobre la morbimortalidad comparable al de los factores de riesgo clásicos que se abordan a diario en atención primaria. Sus principales factores asociados, como la viudedad, la enfermedad crónica o el bajo nivel socioeconómico contribuyen a que prevalencia sea elevada tanto en personas mayores institucionalizadas como en las que viven en su domicilio. La enfermería dispone de escalas de valoración y diagnósticos NANDA que permiten detectar precozmente el riesgo de soledad.

OBJETIVOS

- Analizar el impacto clínico de la soledad no deseada en la salud biopsicosocial de las personas mayores.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la soledad.
- Identificar las intervenciones comunitarias de enfermería más eficaces sustentadas en la evidencia científica.

PALABRAS CLAVE: Soledad, Soledad No Deseada, Envejecimiento, Paciente Geriátrico, Anciano Frágil, Promoción de la Salud, Dependencia, Salud Mental.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de 13 artículos en bases de datos de Ciencias de la Salud: SciELO, Dialnet, Cuiden, LILACS.
Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

RESULTADOS

La soledad en el anciano tiene un impacto multidimensional. En el plano biológico, la soledad se asocia a deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer, eventos cardiovasculares y peor condición física, además de un mayor riesgo de mortalidad. En el plano psicológico se relaciona con ansiedad y depresión. En el plano social, es más frecuente en mujeres, viudedad, nivel socieconómico bajo, con poco apoyo social y con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.

CONCLUSIONES

Los cambios sociales han hecho que cada vez más personas mayores vivan una soledad involuntaria, una experiencia negativa con graves consecuencias para su salud física, emocional y social. Se trata de un problema de salud pública que requiere un abordaje multidisciplinar, en el que la enfermería comunitaria, junto con los servicios sociales y los recursos de la comunidad, tiene un papel esencial en la detección precoz y en una atención integral que mejore la calidad de vida y refuerce las redes de apoyo de la persona mayor.

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR

Detección precoz, impacto clínico y abordaje individualizado



1. Resumen

La apnea obstructiva del sueño (AOS) causa cierres repetidos de la vía aérea, hipoxemia intermitente y fragmentación del sueño. En el adulto mayor es frecuente y puede pasar inadvertida porque la somnolencia diurna no siempre predomina. La evaluación objetiva y un plan adaptado pueden mejorar síntomas y calidad de vida.

2. Palabras clave

Apnea obstructiva del sueño; envejecimiento; CPAP; diagnóstico; fragilidad; calidad de vida.

3. Antecedentes

Las estimaciones agrupadas sitúan la prevalencia en mayores entre el 35,9% y el 46%, con gran variación por definición y población.

En edades avanzadas pueden destacar insomnio, nicturia, cefalea matutina, deterioro cognitivo, caídas o empeoramiento cardiometabólico. La ausencia de somnolencia intensa no excluye AOS.

35,9% **prevalencia agrupada en 39 estudios y 33.353 personas mayores**

4. Objetivos

Sintetizar la frecuencia y la presentación clínica de la AOS en mayores. Revisar la utilidad del cribado, la confirmación diagnóstica y la evidencia sobre tratamiento, con atención a fragilidad y multimorbilidad.

5. Método

Revisión narrativa estructurada con búsqueda dirigida en PubMed y guías AASM (2019-octubre de 2026). Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos aleatorizados y guías clínicas sobre adultos de 65 años o más. Se seleccionaron ocho fuentes clave sobre prevalencia, diagnóstico, consecuencias y tratamiento.

Ruta clínica

1 Sospecha **2 Prueba objetiva** **3 Decisión compartida**

Los cuestionarios orientan el riesgo, pero no diagnostican. La polisomnografía es preferible cuando existen cardiopatía o neumopatía relevante, enfermedad neuromuscular, hipoventilación, uso crónico de opioides, ictus o insomnio grave.

6. Resultados

CRIBADO Y DIAGNÓSTICO

STOP-Bang tiene alta sensibilidad y baja especificidad en mayores. Orienta a una prueba de sueño, pero no la sustituye.

IMPACTO CLÍNICO

La AOS se asocia con hipertensión, fibrilación auricular, ictus, alteraciones metabólicas y peor calidad de vida. La evidencia cognitiva en edades avanzadas es heterogénea.

TRATAMIENTO

La CPAP se recomienda cuando existe somnolencia y puede mejorar calidad de vida o hipertensión. En 4 ensayos con 680 mayores redujo 2,62 puntos la escala de Epworth y mejoró la calidad de vida, con certeza baja o muy baja. En mayores de 80 años no mostró beneficio clínico global pese a normalizar el índice respiratorio, por lo que conviene individualizar.

7. Conclusiones

La AOS es común y tratable, pero su expresión clínica cambia con la edad. Conviene investigar síntomas nocturnos, caídas, cambios cognitivos y comorbilidad cardiovascular. El diagnóstico exige una prueba objetiva. El tratamiento debe integrar síntomas, gravedad, fragilidad, preferencias y capacidad de adherencia. La CPAP ofrece beneficio sintomático en pacientes seleccionados; los efectos cognitivos y cardiovasculares a largo plazo requieren más evidencia.

El control de la diabetes en las personas mayores



01 Resumen

El control de la diabetes mellitus en las personas mayores supone un importante reto para la salud pública ya que es una de las principales enfermedades crónicas.

Un adecuado control y seguimiento de la glucemias , junto con buen hábito de vida en el que se incluyan alimentacion, ejercicio, medicación y seguimiento regular, permite prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida al igual que la autonomía del paciente, ya que en este tipo de pacientes hay que tener en cuenta la fragilidad, la presencia de otras enfermedades, asi como valorar el entorno social y familiar del mismo.

02. Palabras clave

Diabetes mellitus, personas mayores, control glucémico,complicaciones,autonomía,calidad de vida



03. Antecedentes

- A partir de los 65 años la prevalencia de la diabetes tipo 2 va aumentando debido a que con la edad hay cambios fisiólogicos que van dificultando el control glucémico; menor función renal mayor riesgo de cifras de glucemia fuera de rango y polifarmacia.
- La diabetes en mayores se asocia a otro tipo de complicaciones cardiovasculares, renales, visuales y neuropaticas.
- Por tanto el abordaje tiene que ser multidisciplinar e individualizado teniendo en cuenta el estado funcional y la esperanza de vida.

04 Objetivos

El objetivo principal es identificar los factores que dificultan el control glucémico,analizando las estrategias de control de la diabetes en las personas mayores.

Analizar como influye el impacto del control de la diabetes en la prevención de las complicaciones y en la calidad de vida.

Establecer recomendaciones para que estos pacientes sean capaces de manejar su enfermedad

05. Método

Revisión bibliografica y analisis de estudios observacionales y ensayos clínicos

Población : personas mayores de 65 años tanto hombres como mujers con diabetes tipo 2

Bases de datos (PubMed, Scopus,) y guias clínicas (ADA, OMS,SEEN)

Estudios publicados en los últimos años que analizan el control de diabetes en personas mayores

06. Resultados



07. Conclusion



El control de la diabetes en las personas mayores es la clave para prevenir coomplicaciones y mantener la calidad de vida

Para ello se requiere un enfoque personalizado e integral, que tenga en cuenta la fragilidad, las comorbilidades y el entorno social.

Son muy importantes la educación diabetológica, el apoyo familiar y el seguimiento regular.

Seguir investigando y adaptando las guías clínicas a las necesidades de las personas mayores es uno de los pilares para el mejor control de la enfermedad.

Bibliografia: ADA American Diabetes Association. Standards of Care in diabetes 2024.Diabetes care. 2024; (Suppl 1) :S1 S315
SEEN Sociedad Española de Endocrinologia y Nutrición. Manejo de la diatbetes tipo 2 en el paciente anciano. 2022
OMS Orfanización Mundial de la Salud.Envejecimiento y salud: diabetes 2021
Sinclair AJ et al. Diabetes management in older people: a consensus statemente, Age Ageing. 2021;50(1):16 21

Cribado de lesiones orales en una iniciativa comunitaria de prevención del cáncer oral

Estudio observacional descriptivo **Palabras clave:** cáncer oral; cribado; lesiones de la mucosa oral; trastornos potencialmente malignos; salud comunitaria

RESUMEN

En una iniciativa comunitaria de prevención del cáncer oral realizada en 2026 en un municipio rural del interior de Portugal, se examinó a 42 adultos (66,7% mujeres; edad media de 56,5 años, entre 19 y 86). El examen clínico de la cavidad oral identificó hallazgos en 18 participantes (42,9%), todos ellos derivados. Cinco (11,9%) presentaban trastornos potencialmente malignos o lesiones sospechosas de malignidad, entre ellos un caso derivado a oncología. Los hallazgos se concentraron a partir de los 45 años (50% de los participantes de 45 o más años, frente al 12,5% de los más jóvenes). Estas iniciativas permiten detectar precozmente lesiones relevantes y conectar a la población con la atención especializada.

ANTECEDENTES

El cáncer oral se diagnostica con frecuencia en fases avanzadas, cuando el tratamiento es más agresivo y el pronóstico peor. Muchas lesiones malignas vienen precedidas de trastornos potencialmente malignos, como la leucoplasia o la queilitis actínica, detectables mediante un examen clínico sencillo, rápido y no invasivo. En territorios rurales y envejecidos, la distancia a los servicios y la escasa demanda de consultas odontológicas retrasan la detección. Los cribados comunitarios acercan el examen a la población y abren una puerta de entrada a la derivación.

OBJETIVOS

- Describir la frecuencia y el tipo de hallazgos orales en una población adulta cribada en una iniciativa comunitaria.
- Identificar trastornos potencialmente malignos y lesiones sospechosas de malignidad.
- Caracterizar el circuito de derivación de los participantes con hallazgos.

MÉTODO

Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal.

Contexto: iniciativa comunitaria de prevención del cáncer oral, en 2026, en un municipio rural del interior norte de Portugal.

Participantes: adultos que acudieron voluntariamente al cribado (n = 42).

Procedimiento: inspección visual y palpación de los labios y la cavidad oral por un odontólogo; registro de sexo, edad, hallazgos clínicos y destino de la derivación.

Análisis: estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas). Datos registrados de forma anonimizada.

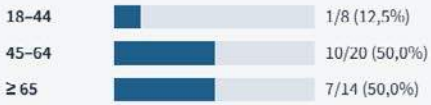
RESULTADOS

42 participantes cribados

18 con hallazgos y derivados (42,9%)

5 TPM o sospecha de malignidad (11,9%)

Participantes con hallazgos, por edad



La proporción fue igual en mujeres (12/28) y en hombres (6/14): 42,9%.

Destino de la derivación (n = 18)



Hallazgo principal (n = 18)



CONCLUSIONES

- Casi la mitad de los participantes (42,9%) presentó hallazgos orales que justificaron la derivación.
- Aproximadamente 1 de cada 8 tenía un trastorno potencialmente maligno o una lesión sospechosa de malignidad.
- Los hallazgos se concentraron a partir de los 45 años, el grupo en el que debe priorizarse el cribado.
- El cribado comunitario es viable y conecta a la población con la atención especializada; queda por seguir el resultado de las derivaciones.

TPM: trastornos potencialmente malignos. TTM: trastorno temporomandibular.

Planes de cuidados enfermeros en la Leucemia Mieloide Aguda (LMA)





Resumen

La LMA es una neoplasia hematológica de rápida progresión y que requiere cuidados enfermeros especializados y protocolarizados.
El plan de cuidados se orienta a la vigilancia clínica, prevención de infecciones y hemorragias, manejo de efectos secundarios del tratamiento, educación sanitaria y apoyo psicosocial. Las intervenciones enfermeras basadas en las quías internacionales, mejoran la seguridad, la adherencia y la calidad de vida del paciente.

Antecedentes

La LMA provoca la proliferación de blastos anómalos. El tratamiento, (basado en quimioterapia intensiva y trasplantes hematopoyéticos) conlleva un alto riesgo de neutropenia, sepsis, hemorragias y toxicidad sistémica.
El rol enfermero es fundamental en la detección precoz de complicaciones, la administración segura de fármacos y la educación del paciente pata el autocuidado y la adherecia terapeútica.

Objetivo

Sintetizar la evidencia científica sobre los planes de cuidados enfermeros en pacientes con LMA, identificando las principales intervenciones para reducir complicaciones, optimizar el tratamiento y favorecer el bienestar integral del paciente





Material y Método

Se realizó una revisión bibiográfica en bases de daros como PubMed, Scielo, y Cihanal, abarcando publicaciones entre 2015-2025. Se incluyeron revisiones, guías clínicas y estudios sobre intervnciones enfermeras en LMA.

Palabras Clave

- Leucemis mieloide aguda
- Cuidados de enfermería
- Trasfusiones
- Educación sanitaria
- Soporte oncológico

Resultados

- Prevención de infecciones: control de signos vitales y protocolos de actuación ante la fiebre en neutropenias.
- Control de sangrado.
- Manejo de efectos adversos como la mucositis, control de náuseas, apoyo nutricional y control del dolor.
- Apoyo social.
- Coordinación asistencial.

Conclusión

- Detección precoz y actuación rápida ante infecciones y sangrados.
- Prevención y manejo de efectos secundarios de la quimioterapia.
- Educación sanitaria continua y apoyo psicoemocional.
- Coordinación interdisciplinar y registro sistemático de resultados clínicos.

Cuidados de enfermería en la nefrectomía:
un abordaje integral para una recuperación segura y una mejor calidad de vida

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

1 RESUMEN

La nefrectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación total o parcial de un riñón, indicado en diversas patologías renales, tanto benignas como malignas, especialmente en personas mayores.

La enfermería desempeña un papel fundamental en todas las fases del proceso asistencial, desde la preparación preoperatoria hasta el seguimiento postoperatorio, contribuyendo a la prevención de complicaciones, la recuperación funcional y la mejora de la calidad de vida.

Este trabajo analiza la evidencia científica disponible sobre los cuidados de enfermería más efectivos en pacientes sometidos a nefrectomía, con el objetivo de identificar intervenciones basadas en la evidencia que favorezcan una recuperación segura y una atención integral.

2 PALABRAS CLAVE

Nefrectomía
Complicaciones
Cuidados de enfermería
Recuperación
Paciente renal
Educación para la salud
Preoperatorio
Calidad de vida
Postoperatorio
Autocuidado

3 ANTECEDENTES

La nefrectomía se indica en casos de tumor renal, patología litiásica complicada, traumatismo renal severo o donación de órgano, entre otras causas.

En las personas mayores, la presencia de comorbilidades y la disminución de la reserva funcional aumentan el riesgo de complicaciones y requieren un abordaje de cuidados específico y personalizado.

La enfermería, por su cercanía y conocimiento del paciente, se encuentra en una posición clave para identificar factores de riesgo, implementar intervenciones preventivas y promover la adaptación a los cambios en la función renal y en el estilo de vida.



4 OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a nefrectomía para mejorar la seguridad clínica, la recuperación funcional y la calidad de vida.

Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones enfermeras en las fases pre, intra y postoperatoria.
- Analizar su eficacia en la prevención de complicaciones.
- Evaluar su impacto en la recuperación funcional y la calidad de vida.
- Explorar las necesidades educativas del paciente y su familia.

5 MÉTODO

Diseño	Revisión bibliográfica narrativa.
Bases de datos	PubMed, CINAHL y Scopus.
Periodo de búsqueda	Estudios publicados entre 2016 y 2026.
Criterios de inclusión	Artículos originales y revisiones sobre cuidados de enfermería en pacientes adultos sometidos a nefrectomía.
Criterios de exclusión	Estudios en población pediátrica, sin texto completo o sin relevancia para el objetivo.
Selección final	Se analizaron 32 artículos que cumplieron los criterios establecidos.

6 RESULTADOS

La evidencia científica muestra que los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a nefrectomía contribuyen a:

Prevención de complicaciones
Menor incidencia de infecciones, hemorragias, trombosis y deterioro de la función renal residual.

Recuperación funcional temprana
Movilización precoz, control del dolor y fomento de la autonomía.

Mejora de la adaptación al cambio
Apoyo emocional, educación para la salud y desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Mayor calidad de vida
Mejora del bienestar físico, emocional y social.

Empoderamiento del paciente
A través de la educación sanitaria y el autocuidado en el manejo de su salud renal.

7. CONCLUSIONES

La enfermería tiene un papel esencial en la atención integral del paciente sometido a nefrectomía en todas las fases del proceso.

Las intervenciones enfermeras basadas en la evidencia contribuyen a una recuperación más segura, a la prevención de complicaciones y a una mejor calidad de vida.

La educación sanitaria y el apoyo emocional son fundamentales para favorecer la adaptación a los cambios en la función renal y promover el autocuidado.

Es necesario seguir investigando para desarrollar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de las personas mayores sometidas a nefrectomía.

Diseño del Índice Silver de Accesibilidad Cognitiva a partir del nuevo marco normativo español

VIII Congreso Internacional Silver Economy | Zamora - 26, 27 y 28 de noviembre 2025

Adrián Pérez del Olmo[1], María José Santos Pérez[2], Clara I. Delgado Santos[3], Irene Rodrigo Trujillo[4], Jonathan Delgado Hernández[5], Tatiana Romero Arias[5]

[1]Facultad de Ciencias de la Salud. Sección Logopedia. Universidad Pontificia de Salamanca.
[2]Ayuntamiento de Salamanca
[3]Investigadora independiente
[4]Apace Toledo
[5]Opto Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de la Laguna
aperezde@upsa.es

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad cognitiva constituye una dimensión de la accesibilidad universal dirigida a facilitar la comprensión, comunicación e interacción de todas las personas. La Ley 6/2022 la vincula a las características de los entornos, procesos, actividades, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos que permiten una fácil comprensión y comunicación.

Esta perspectiva resulta especialmente relevante en el envejecimiento. La propia Ley 6/2022 reconoce que los beneficios de la accesibilidad cognitiva trascienden a las personas con discapacidad y alcanzan, entre otros colectivos, a las personas mayores.

El reciente Real Decreto 707/2026 desarrolla las condiciones básicas de accesibilidad cognitiva y establece requisitos y principios que permiten avanzar desde su reconocimiento como derecho hacia su aplicación práctica. Sin embargo, su utilización sistemática requiere transformar estos principios normativos en indicadores observables y evaluables.

El **OBJETIVO** es diseñar el Índice Silver de Accesibilidad Cognitiva (ISAC), un instrumento de evaluación que operacionalice los requisitos y principios del RD 707/2026 para identificar barreras cognitivas y orientar mejoras en elementos de especial relevancia para las personas mayores.

PROCEDIMIENTO



CONCLUSIONES

- El ISAC constituye una propuesta preliminar de operacionalización del nuevo marco normativo español de accesibilidad cognitiva, transformando requisitos y principios jurídicos en indicadores observables y aplicables a diferentes elementos.
- Su arquitectura adaptativa permite seleccionar los indicadores en función del objeto evaluado y analizar la accesibilidad cognitiva desde una perspectiva multidimensional, más allá de la simplificación lingüística.
- El instrumento pretende desplazar el foco desde las dificultades individuales hacia las demandas cognitivas y comunicativas del entorno, identificando barreras susceptibles de modificación y orientando actuaciones dirigidas a favorecer la comprensión, autonomía y participación.
- Son necesarios estudios posteriores de validez de contenido, fiabilidad interevaluador y aplicabilidad, incorporando la participación de personas mayores y personas con dificultades cognitivas.

MÉTODO

Se realizó un análisis normativo y proceso de operacionalización de la Ley 6/2022 y del RD 707/2026. El desarrollo del ISAC siguió cuatro fases:

Identificación del objeto de evaluación
Categorías contempladas en la definición de accesibilidad cognitiva:
ENTORNO | PROCESO | ACTIVIDAD | BIEN | PRODUCTO | SERVICIO | OBJETO | HERRAMIENTA | DISPOSITIVO

Identificación de requisitos generales
Se operacionalizaron los requisitos relacionados con:
fácil comprensión, formatos y apoyos accesibles, ausencia de coste adicional y dilación indebida, lectura fácil, lenguaje claro y lenguaje sencillo.

Operacionalización de principios
Se transformaron en indicadores observables los principios de uso, orientación, seguridad, diversidad de necesidades, autonomía, adaptación y validación establecidos en el Reglamento.

Desarrollo del sistema de evaluación
Cada indicador se puntúa mediante una escala ordinal:
0 = No cumple
1 = Cumplimiento parcial
2 = Cumple
NA = No aplicable/no evaluable
Los indicadores NA quedan excluidos del cálculo.

RESULTADOS

1 Evaluación en Excel



2 Resultado final

El ISAC proporciona una puntuación global (0-100) y un perfil por bloques que permite identificar las principales áreas de mejora

RESULTADOS	
ISAC global (0–100)	67,1
Requisitos generales	59,1
Uso	68,8
Orientación	100,0
Seguridad	87,5
Diversidad de necesida	50,0
Autonomía	100,0
Adaptación	0,0
Validación	75,0

3 Informe automático

Genera un informe estructurado con las puntuaciones global, el perfil por bloques y las barreras detectadas con propuestas de mejora.



REFERENCIAS

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2006. *United Nations Treaty Series, 2515*, 3.

Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación. *Boletín Oficial del Estado, 78*, de 01 de abril de 2022.

Real Decreto 707/2026, de 2 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de las condiciones básicas de accesibilidad cognitiva. *Boletín Oficial del Estado, 218*, de 03 de septiembre de 2026.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado, 289*, de 03 de diciembre de 2013.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Prevalencia de la disfagia en el adulto mayor extubado. Revisión sistemática.

Palabras clave: disfagia, prevalencia, deglución, extubación, trastornos de la deglución.

Una deglución segura, mejora la calidad de vida



Resumen

La disfagia posextubación constituye un problema frecuente asociado a enfermedades como neumonía, aspiración y trastornos neurológicos. Una buena detección y tratamiento de los síntomas resulta esencial para impedir comorbilidades asociadas, así como para disminuir la estancia hospitalaria del paciente y el gasto sanitario que esto conlleva.

Antecedentes

Se define disfagia como la incapacidad de transportar de manera efectiva y segura los alimentos o líquidos desde la boca al estómago. La disfagia posextubación es el trastorno de la deglución que dificulta deglutir ciertas texturas y líquidos, o resulta imposible hacerlo sin consecuencias fonatorias o deglutorias. El factor edad influye significativamente en una peor funcionalidad de la deglución, siendo dicha edad mayor a 65 años.

Objetivos

Objetivo principal

- Conocer la prevalencia de la disfagia en pacientes adultos mayores extubados.

Objetivos específicos

- Conocer el papel de la enfermería en pacientes que estuvieron intubados.
- Conocer las consecuencias de la disfagia posextubación.

La enfermería juega un papel clave en la detección temprana y el cuidado integral.

Material y métodos

Revisión sistemática realizada de acuerdo a la declaración PRISMA (9) entre diciembre de 2022 y febrero de 2023 a través de las siguientes bases de datos: PubMed, BVS, WOS y estudios procedentes de otros métodos.

Criterios de inclusión: personas mayores de 65 años y ambos sexos y que presentaran disfagia tras la extubación.

Se realizó estadística descriptiva y metanálisis según modelo de efectos aleatorios con el paquete estadístico MAJOR de JAMOVI.

PRISMA
Declaración PRISMA 2020

Bases de datos
PubMed | BVS | WOS + otros métodos

→

Artículos seleccionados
12
(9 de bases de datos + 3 de metanálisis)

→

Análisis
Descriptivo + Metaanálisis (MAJOR - JAMOVI)

Resultados

Prevalencia de disfagia posextubación



57.13 % Hombres
33.63 % Mujeres

Probabilidad de presentar disfagia (tras intubación)
0.467 (46.7 %)
(IC 95%: 30.3%, 63.2%)

Edad media (ambos sexos)
71.7 años

Los hombres presentan más posibilidades de padecerla que las **mujeres** con una edad media de **71.7 años.**

Consecuencias más frecuentes





Conclusiones

La **prevalencia de disfagia posextubación** en los artículos seleccionados fue del **47 % (IC 95 % 30 %-63%).**

El papel del profesional de enfermería no se encuentra presente en todas las revisiones.

Las consecuencias son variadas, siendo la **traqueostomía** la más repetida, seguida del ACV y otros trastornos neurológicos y la aspiración silenciosa u otro tipo de aspiración.

El estudio realizado demuestra elevada heterogeneidad y sesgo de publicación.

Mejor detección, mejor tratamiento, mejores resultados

Bibliografía

1. Macht M, Wimbish T, Bodine C, Moss M. ICU-acquired swallowing disorders. Crit Care Med. 2013;41(10):2396-405.
2. Brodsky MB, González-Fernández M, Mendez-Tellez PA, Shanholtz C, Palmer JB, Needham DM. Ann Am Thorac Soc. 2014;11(10):1545-52.
3. Malandraki GA, Markaki V, Georgopoulos VC, Psychogios L, Nanas S. Am J SpeechLangPathol. 2015;25(2):150-6.
4. Macht M, White SD, Moss M. Chest. 2014;146(6):1681-9.
5. Schefold JC, Berger D, Zürcher P, Lensch M, Perren A, Jakob SM, et al. Crit Care Med. 2017;45(12):2061-9.
6. Sassi FC, Medeiros GC de, Zambon LS, Zilberstein B, Andrade CRF de. Rev Col Bras Cir. 2018;45(3):1-9.
7. Rassameehiran S, Klomjit S, Mankongpaisarnrung C, Rakvit A. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2015;28(1):18-20.
8. Zuercher P, Moret CS, Dziewas R, Schefold JC. Crit Care. 2019;23(1):1-11.
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. BMJ. 2021;372(71).
10. Thejamoviproject. jamovi. (Versión 2.3) [Computer Software] 2022. Disponible en: www.jamovi.org
11. Core Team. R: A Language and environment for statistical computing. (Versión 4.1) [Computer software]. 2021. Disponible en: https://cran.r-project.org/. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).
12. Viechtbauer, W. Journal of Statistical Software. 2010;36:1-48.
12. Beduneau G, Souday V, Richard JC, Hamel JF, Carpentier D, Chretien JM et al. Ann Intensive Care.

SILVER ECONOMY · TERRITORIO · INCLUSIÓN DIGITAL

La Raya digital: fragilidad digital y territorio en la vejez ibérica

Personas de 65 años o más en España y Portugal · Encuesta SHARE (n = 5.682) y Eurostat 2025

HALLAZGO PRINCIPAL

La brecha digital de la vejez rural no es geográfica: el 83% se explica por la educación y los ingresos. Es social y, por tanto, intervenible.

RESUMEN

En España y Portugal, 7 de cada 10 personas mayores del medio rural son digitalmente frágiles. La brecha con las ciudades no se redujo con el tiempo y el 83% se explica por la educación y los ingresos: es intervenible y una oportunidad para la Silver Economy del interior.

Palabras clave: fragilidad digital; brecha digital rural; envejecimiento; Silver Economy; SHARE; España; Portugal.

1 ANTECEDENTES

La falta de acceso, competencias y apoyo digitales es una nueva forma de fragilidad. No se sabe cuánto de la desventaja de las zonas rurales y fronterizas es territorial y cuánto es social.

2 OBJETIVOS

- Estimar la fragilidad digital según el territorio.
- Analizar su evolución temporal.
- Cuantificar el papel de la educación y los ingresos.

3 MÉTODO

Diseño	Datos de la plataforma SHARE, la mayor encuesta europea sobre envejecimiento: dos encuestas a personas ≥65 años que viven en su domicilio (3.747 y 1.935 participantes).
Índice	De 0 a 1, con 6 preguntas: internet, competencias, ordenador en el trabajo, vivir solo/a, red social y dificultad económica. Frágil si ≥0,50.
Territorio	El entrevistador anota el tipo de lugar. **Rural y municipio pequeño**: aldeas y pueblos. **Urbano**: gran ciudad, periferia y ciudad mediana.
Análisis	1) Porcentaje de personas frágiles por territorio, con margen de error (IC 95%). 2) Comparación rural–urbano a igual edad y sexo. 3) Igualamos también educación e ingresos para ver cuánta diferencia desaparece.
Fiabilidad	Tres análisis alternativos (solo aldeas como rural, índice de 3 preguntas y otro método de cálculo) dieron el mismo resultado.

RESULTADO 1 · PREVALENCIA

72,6%

de las personas ≥65 años de zonas rurales y pequeños municipios son digitalmente frágiles

frente al **62,9%** urbano
IC 95%: 68,1–76,8 vs. 57,3–67,7

≈ 6,5 millones

de personas ≥65 años digitalmente frágiles en la Península (estimación ponderada, 2021–22)



4 RESULTADOS 2 · Gradiente territorial

De la gran ciudad al medio rural: +19 puntos



Barras: % frágiles e IC 95%. El riesgo sube un **25% por escalón** (OR = 1,25; p < 0,001).

ACTUALIZACIÓN Eurostat 2025 · la brecha sigue hoy

Uso de internet, 65–74 años: de 2015 a 2025

España	31 → 86%
Portugal	27 → 61%

Competencias digitales básicas, 65–74 años · marca: jóvenes

España	34,3%
Portugal	20,7%

Competencias básicas según territorio, 16–74 años

ES · ciudad	70,2%
ES · rural	60,9%
PT · ciudad	65,5%
PT · rural	49,3%

Usar internet ya es habitual; tener competencias, todavía no. Y el medio rural sigue por detrás.

5 CONCLUSIONES

La brecha no se cierra sola
La digitalización avanzó en todas partes, pero la distancia rural–urbana se mantuvo.

No es geografía, son oportunidades
La educación y los ingresos explican la brecha: es evitable e intervenible.

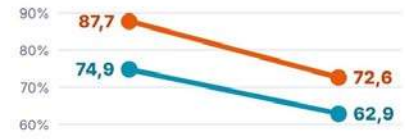
Faltan competencias, no vínculos
Las redes sociales rurales existen y pueden ser la vía de la intervención.

OPORTUNIDAD SILVER La fragilidad digital del interior es una demanda de servicios: mediación digital de proximidad, formación adaptada y tecnología accesible, con empleo local y cooperación a ambos lados de la Raya.

4 RESULTADOS 3–5

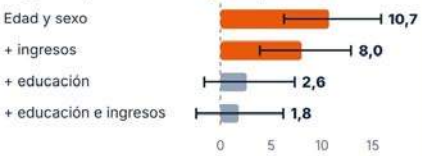
Rural y municipio pequeño (aldeas y pueblos)
Urbano (ciudades)

3 · La fragilidad baja, la brecha persiste (% frágiles)



Brecha ajustada: **8,6 → 11,1 puntos**; interacción territorio × ola: p = 0,68.

4 · ¿Qué explica la brecha? (puntos, IC 95%)



OR rural: **1,72** (1,35–2,20) → **1,12** (0,85–1,47); n = 1.334.

83% de la brecha explicada · solo la educación: 76%

5 · ¿Qué les falta? (% de personas con cada carencia)

Rural y municipio pequeño · Urbano



Referencias bibliográficas: Börsch-Supan, A. (2024). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Waves 6 and 9* (Release 9.0.0) [Conjunto de datos]. DOI: 10.6103/SHARE.w6.900; 10.6103/SHARE.w9.900 · Börsch-Supan, A., et al. (2013). Data resource profile: SHARE. *International Journal of Epidemiology, 42*(4), 992–1001. · Diana, M. G., Mascia, M. L., Tomczyk, Ł., & Penna, M. P. (2025). The digital divide and the elderly: How urban and rural realities shape well-being. *Sustainability, 17*(4), 1718. · Eurostat (2026). *Individuals' level of digital skills* (isoc_sk_dskl_i21); *Individuals – internet use* (isoc_ci_ifp_iu) [Conjuntos de datos]. · Searle, S. D., et al. (2008). A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics, 8*, 24. · Van Deursen, A. J. A. M., & Helsper, E. J. (2015). The third-level digital divide. *Communication and Information Technologies Annual, 10*, 29–52. · Wale, A., et al. (2024). *A rapid review of the effectiveness of interventions for addressing digital exclusion in older adults*. medRxiv. https://doi.org/10.1101/2024.03.21.24304670

Diseño del Índice Silver de Accesibilidad Cognitiva a partir del nuevo marco normativo español

VIII Congreso Internacional Silver Economy | Zamora - 26, 27 y 28 de noviembre 2025

Adrián Pérez del Olmo[1], María José Santos Pérez[2], Clara I. Delgado Santos[3], Irene Rodrigo Trujillo[4], Jonathan Delgado Hernández[5], Tatiana Romero Arias[5]

[1]Facultad de Ciencias de la Salud. Sección Logopedia. Universidad Pontificia de Salamanca.
[2]Ayuntamiento de Salamanca
[3]Investigadora independiente
[4]Apace Toledo
[5]Dpto Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de la Laguna
aperezde@upsa.es

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad cognitiva constituye una dimensión de la accesibilidad universal dirigida a facilitar la comprensión, comunicación e interacción de todas las personas. La Ley 6/2022 la vincula a las características de los entornos, procesos, actividades, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos que permiten una fácil comprensión y comunicación.

Esta perspectiva resulta especialmente relevante en el envejecimiento. La propia Ley 6/2022 reconoce que los beneficios de la accesibilidad cognitiva trascienden a las personas con discapacidad y alcanzan, entre otros colectivos, a las personas mayores.

El reciente Real Decreto 707/2026 desarrolla las condiciones básicas de accesibilidad cognitiva y establece requisitos y principios que permiten avanzar desde su reconocimiento como derecho hacia su aplicación práctica. Sin embargo, su utilización sistemática requiere transformar estos principios normativos en indicadores observables y evaluables.

El **OBJETIVO** es diseñar el Índice Silver de Accesibilidad Cognitiva (ISAC), un instrumento de evaluación que operacionalice los requisitos y principios del RD 707/2026 para identificar barreras cognitivas y orientar mejoras en elementos de especial relevancia para las personas mayores.

PROCEDIMIENTO



CONCLUSIONES

- El ISAC constituye una propuesta preliminar de operacionalización del nuevo marco normativo español de accesibilidad cognitiva, transformando requisitos y principios jurídicos en indicadores observables y aplicables a diferentes elementos.
- Su arquitectura adaptativa permite seleccionar los indicadores en función del objeto evaluado y analizar la accesibilidad cognitiva desde una perspectiva multidimensional, más allá de la simplificación lingüística.
- El instrumento pretende desplazar el foco desde las dificultades individuales hacia las demandas cognitivas y comunicativas del entorno, identificando barreras susceptibles de modificación y orientando actuaciones dirigidas a favorecer la comprensión, autonomía y participación.
- Son necesarios estudios posteriores de validez de contenido, fiabilidad interevaluador y aplicabilidad, incorporando la participación de personas mayores y personas con dificultades cognitivas.

MÉTODO

Se realizó un análisis normativo y proceso de operacionalización de la Ley 6/2022 y del RD 707/2026. El desarrollo del ISAC siguió cuatro fases:

Identificación del objeto de evaluación
Categorías contempladas en la definición de accesibilidad cognitiva:
ENTORNO | PROCESO | ACTIVIDAD | BIEN | PRODUCTO | SERVICIO | OBJETO | HERRAMIENTA | DISPOSITIVO

Identificación de requisitos generales
Se operacionalizaron los requisitos relacionados con: fácil comprensión, formatos y apoyos accesibles, ausencia de coste adicional y dilación indebida, lectura fácil, lenguaje claro y lenguaje sencillo.

Operacionalización de principios
Se transformaron en indicadores observables los principios de uso, orientación, seguridad, diversidad de necesidades, autonomía, adaptación y validación establecidos en el Reglamento.

Desarrollo del sistema de evaluación
Cada indicador se puntúa mediante una escala ordinal:
0 = No cumple
1 = Cumplimiento parcial
2 = Cumple
NA = No aplicable/no evaluable
Los indicadores NA quedan excluidos del cálculo.

RESULTADOS

1 Evaluación en Excel



2 Resultado final

El ISAC proporciona una puntuación global (0-100) y un perfil por bloques que permite identificar las principales áreas de mejora

RESULTADOS	
ISAC global (0–100)	67,1
Requisitos generales	59,1
Uso	68,8
Orientación	100,0
Seguridad	87,5
Diversidad de necesida	50,0
Autonomía	100,0
Adaptación	0,0
Validación	75,0

3 Informe automático

Genera un informe estructurado con las puntuaciones global, el perfil por bloques y las barreras detectadas con propuestas de mejora.



REFERENCIAS

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2006. *United Nations Treaty Series, 2515*, 3.

Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación. *Boletín Oficial del Estado, 78*, de 01 de abril de 2022.

Real Decreto 707/2026, de 2 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de las condiciones básicas de accesibilidad cognitiva. *Boletín Oficial del Estado, 218*, de 03 de septiembre de 2026.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado, 289*, de 03 de diciembre de 2013.

Los Ácidos Grasos Omega-3 como Moduladores de la Respuesta Neuroinmunitaria

1. RESUMEN

Esta revisión bibliográfica analiza cómo los ácidos grasos omega-3 participan en la regulación de la inflamación cerebral. El objetivo es analizar sus mecanismos neuroprotectores. La evidencia sugiere efectos prometedores en la respuesta neuroinmunitaria, siendo el EPA (Ácido Eicosapentaenoico) y el DHA (Ácido Docosahexaenoico) los principales ácidos grasos omega-3 estudiados.



2. ANTECEDENTES

La neuroinflamación persistente de la microglía puede dañar neuronas. Los ácidos grasos omega-3 presentan capacidad para modular esta respuesta inflamatoria. El DHA es estructural, el EPA regula la inflamación.





3. OBJETIVOS

General: Analizar el papel de EPA y DHA.

Específicos: Describir mecanismos antiinflamatorios, examinar microglía/mediadores, valorar efectos neuroprotectores.

4. PALABRAS CLAVE



Omega-3 , EPA & DHA Neuroinflamación



Microglía Mediadores Lipídicos

5. MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en: PubMed, Scopus y Google Scholar con las palabras clave.

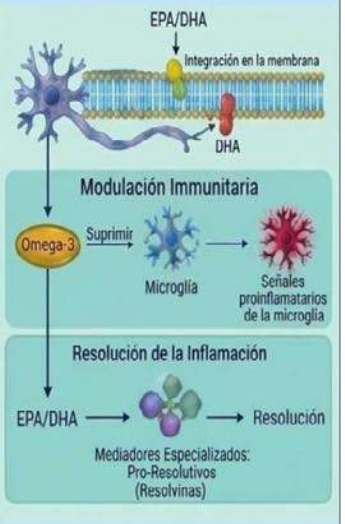
6. RESULTADOS

Los omega-3 EPA y DHA pueden ayudar a proteger el cerebro y controlar la inflamación de tres maneras:

Protección de las neuronas: se incorporan a la membrana de las células nerviosas, ayudando a mantener su estructura y funcionamiento.

Regulación de las defensas cerebrales: ayudan a regular la microglía, unas células que defienden el cerebro, reduciendo las señales que favorecen la inflamación.

Resolución de la inflamación: el EPA y el DHA contribuyen a producir sustancias llamadas resolvinas, que ayudan al organismo a controlar y finalizar la respuesta inflamatoria.



7. CONCLUSIONES



- Participación en mecanismos reguladores.
- Aporte clave para el entendimiento de la nutrición en la preservación de la función cerebral.
- Se necesita aún más investigaciones en humanos.



LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN LA POBLACION SILVER

1. INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada, puede ser definida como el sentimiento subjetivo, doloroso, causado por la discrepancia entre las características reales de nuestra red social y las deseadas, no tiene la calidad y el apoyo emocional que la persona busca.
Es un tema de creciente preocupación, tanto en el ámbito mediático como desde un punto de vista social y de salud pública.
No es solo un malestar pasajero; puede afectar gravemente a la persona.
Es uno de los principales retos sociales asociados al envejecimiento poblacional.
Conviene tener en cuenta que, pueden mostrar características muy distintas, la soledad está fuertemente asociada con la salud mental, mostrando características muy distintas.

2. PALABRAS CLAVE

Soledad; Educación; Desesperanza; Envejecimiento;Vulnerabilidad; Salud mental; Desigualdad social.

3. ANTECEDENTES

Las características de la soledad en las diferentes etapas del ciclo vital predice el aumento de los síntomas de depresión y un peor estado de salud general.
La soledad en la vejez se asocia con una disminución de la calidad de vida, por lo que es importante identificar los factores de riesgo.
Factores sociodemográficos: el género, la edad, el estado civil (siendo más frecuente entre las personas solteras o viudas), el nivel socioeconómico y educativo.
Factores psicológicos: síntomas depresivos y desesperanza influyen en la percepción de la soledad no deseada.

4. OBJETIVOS

- Analizar la soledad no deseada en nuestro contexto y su relación con la salud desde la perspectiva del ciclo vital y las desigualdades sociales
- Promover actividades sociales y educativas podría reducir el riesgo de soledad, y abordar los síntomas depresivos y los pensamientos negativos podrían mejorar el bienestar de los adultos mayores.



5. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Google Scholar, Scielo y Pubmed de artículos posteriores a 2015 en español y en inglés, encontrando 8 artículos de los cuales sólo fueron de utilidad 4 de los mismos.

6. RESULTADOS

- Literatura científica ha demostrado el impacto que la soledad no deseada tiene sobre la salud de las personas: una mayor mortalidad, mayor riesgo de hipertensión, enfermedades coronarias, problemas de salud mental (como depresión y suicidio), tener conductas perjudiciales para la salud mayor (consumo de tabaco menores niveles de actividad físico, obesidad, etc.).
- Afecta al bienestar emocional, tiene repercusiones directas sobre la salud física, el deterioro cognitivo, la autonomía personal y el uso de recursos sociosanitarios.
- Mantener relaciones sociales frecuentes no garantiza la ausencia de soledad.
- Un mayor nivel educativo se identificó como un factor protector, reduciendo la probabilidad de soledad.

7. CONCLUSIONES

- Los sentimientos de soledad afectan a todas las edades.
- Es escasa la literatura que analiza dicho impacto a lo largo del ciclo vital.
- Los estudios sobre la soledad no deseada constituyen una buena práctica de alto valor estratégico.
- Su enfoque centrado en la persona y en la comunidad permite abordar la soledad como un fenómeno social complejo, especialmente pertinente en entornos rurales, donde la escasez de recursos y la dispersión territorial incrementan el riesgo de aislamiento. Es una herramienta clave para el diseño de políticas públicas y programas sociales orientados a promover un envejecimiento digno, saludable y socialmente conectado.
- La soledad no deseada no es un fenómeno homogéneo ni estático.
- El estudio presenta escalas validadas a nivel internacional, como la Escala de Soledad UCLA o la escala de De Jong Gierveld, destacando su utilidad para evaluar tanto la soledad social como la emocional, para la planificación de políticas públicas.
- Entre las actuaciones más efectivas destacan las intervenciones grupales, los programas comunitarios, el acompañamiento social y las iniciativas que fomentan la participación activa de las personas mayores en su entorno.



Inteligencia artificial aplicada al cuidado de las personas mayores: oportunidades y desafíos

RESUMEN

La **inteligencia artificial** ofrece grandes oportunidades para favorecer un envejecimiento autónomo, seguro y saludable. Esta revisión analiza sus principales *aplicaciones* y los *factores* que influyen en su adopción.
Los estudios muestran **beneficios significativos**, aunque su éxito depende de la facilidad de uso, confianza, privacidad y apoyo social.

PALABRAS CLAVE

Inteligencia artificial, envejecimiento autónomo, personas mayores, calidad de vida.

ANTECEDENTES

El envejecimiento supone un desafío para los sistemas sanitarios y sociales. En este sentido, la inteligencia artificial ha adquirido una importancia creciente pudiendo desarrollar herramientas orientadas a mejorar la seguridad y el bienestar de las personas mayores.



OBJETIVO

Analizar las aplicaciones de la inteligencia artificial en la promoción del envejecimiento autónomo e identificar los factores que influyen en la aceptación de estas.

METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA

7 resultados

Publicaciones: 2020–2026

Idiomas: español e inglés

Cochrane · PubMed · CINAHL

RESULTADOS



CONCLUSIONES

- La IA representa una oportunidad para favorecer un envejecimiento más autónomo, seguro y saludable.
- Sus aplicaciones pueden prevenir riesgos, mejorar la adherencia terapéutica y reducir la carga de los cuidadores.
- Su aceptación depende de factores personales, tecnológicos, sociales, económicos y éticos.
- Es clave garantizar una tecnología accesible, intuitiva y respetuosa con la privacidad.
- Desde la enfermería, la IA debe ser un complemento de los cuidados, nunca un sustituto de la atención humana.

BIBLIOGRAFÍA

- McDaniel L, Essien I, Lefcourt S, Zelleke E, Sinha A, Chellappa R, et al. Aging with artificial intelligence: how technology enhances older adults' health and independence. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2025;80(7). doi:10.1093/gerona/glaf086.
- Clemson L, Stark S, Pighills AC, Fairhall NJ, Lamb SE, Ali J, et al. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2023;(3):CD013258. doi:10.1002/14651858.CD013258.pub2.
- Patient and Carer-Related Facilitators and Barriers to the Adoption of Assistive Technologies for the Care of Older Adults: Systematic Review. (2025). JMIR Aging, 8, e73917. https://doi.org/10.2196/73917.

PESSOA IDOSA, FAMÍLIA E CUIDADOR
nas políticas de saúde e envelhecimento

Análise documental (Portugal) • Implicações para a Enfermagem de Saúde Familiar

AUTORES E AFILIAÇÕES

RESUMO

Análise de conteúdo dirigida de quatro instrumentos nacionais. Contemplam autonomia, apoio ao cuidador e continuidade; o Plano de Intervenção Específico (PIE) detalha o acompanhamento. A família como unidade de cuidado está ausente em três instrumentos.

ENQUADRAMENTO E OBJETIVO

Objetivo: analisar como os instrumentos contemplam pessoa idosa, família e cuidador, identificando implicações para a ESF.

MÉTODOS

Análise de conteúdo dirigida (dedutiva) de dois planos e dois diplomas legais [1–4], em seis dimensões definidas a priori: autonomia; participação; capacitação; saúde/descanso; domicílio/articulação; monitorização. Leitura pelas competências de ESF [5]. O Dec. Reg. 1/2022 regulamenta a Lei 100/2019.

Palavras-chave: envelhecimento; saúde da família; cuidadores informais; política de saúde; enfermagem familiar.

RESULTADOS

● presente ◐ parcial — ausente

01 PNS 2030 [1]

Enquadra equidade, participação e proximidade. Inclui a capacitação dos cuidadores informais.

02 PAEAS 2023–2026 [2]

Prevê formação, apoio ao cuidador e ligação ao domicílio, com indicadores de execução e impacto.

03 Estatuto da Pessoa Idosa [3]

Autonomia, decisão informada, acompanhante escolhido e articulação saúde–apoio social.

04 Regulamentação do cuidador [4]

PIE: necessidades, formação, recursos, descanso e sobrecarga; revisão pelo menos semestral.

Dimensão	PNS	PAEAS	Estatuto	Cuidador
Autonomia	◐	●	●	●
Participação	◐	◐	◐	●
Capacitação	●	●	—	●
Saúde/descanso	—	◐	—	●
Domicílio/articulação	◐	●	●	●
Monitorização	●	●	—	●
Família (unidade)	—	—	—	◐

IMPLICAÇÕES PARA A ESF [5]

Avaliar pessoa, cuidador e família como sistema, integrando o PIE [4].

Negociar objetivos com a pessoa, respeitando a sua vontade e o acompanhante escolhido [3].

Capacitar quem cuida e avaliar sobrecarga e descanso [2,4].

Articular saúde e apoio social no domicílio; rever o plano pelo menos semestralmente [3,4].

CONCLUSÃO

A leitura conjunta sustenta avaliação articulada, objetivos partilhados e continuidade. O cuidador é participante e destinatário de apoio; a família surge como critério de elegibilidade, não como unidade de cuidado.

LIMITAÇÕES

Corpus intencional; âmbitos diferentes; sem dupla codificação ou avaliação de implementação. Medidas previstas não demonstram acesso efetivo. PAEAS em fim de vigência (2026).

REFERÊNCIAS

[1] RCM n.º 93/2023 • PNS 2030. [2] RCM n.º 14/2024 • PAEAS 2023–2026.

[3] Lei n.º 7/2026 • Estatuto da Pessoa Idosa. [4] Dec. Reg. n.º 1/2022 • Cuidador informal; texto consolidado (última alteração: 29/12/2025).

[5] Regulamento n.º 428/2018 • Ordem dos Enfermeiros; anexo II, competências de Enfermagem de Saúde Familiar.

Fontes consultadas em 08/10/2026



DERMATOPOROSIS

El síndrome de piel frágil en el anciano



Palabras clave: piel frágil, dermatoporosis, envejecimiento, prevención, fragilidad cutánea.

RESUMEN

La dermatoporosis es una fragilidad cutánea crónica asociada al envejecimiento.
Muy frecuente **(30-40%) en mayores de 65 años.**
Conlleva atrofia dérmica, fragilidad vascular y mayor riesgo de lesiones cutáneas con mínimos traumatismos. Además, conlleva cicatrización lenta pudiendo llegar a necrosis.

El **infradiagnóstico:**
- ↑ Morbilidad
- ↑ Riesgo de complicaciones
- ↓ Calidad de vida

ANTECEDENTES

El envejecimiento cutáneo no es solo un problema estético sino también funcional: la piel pierde su función protectora mecánica.
La dermatoporosis está causada por **pérdida de colágeno y elastina**, **adelgazamiento cutáneo y mayor fragilidad vascular.**
Agravada por polifarmacia, fotodaño y corticoides.







MÉTODO

Revisión bibliográfica

Scopus · PubMed® · Epistemonikos · SciELO

OBJETIVOS

- Analizar el **impacto** de la dermatoporosis en la calidad de vida y la autonomía del anciano.
- Determinar los **factores asociados** a la dermatoporosis para su prevención y tratamiento.

RESULTADOS

La dermatoporosis limita la vida diaria, causa dolor, miedo y aislamiento. Aumenta la dependencia y empeora el bienestar.

Algunos de los factores asociados a la dermatoporosis son la edad, la comorbilidad, la inmovilidad, la dependencia funcional y la hidratación y el estado nutricional deficiente.

CONCLUSIONES

La dermatoporosis afecta a la autonomía y a la calidad de vida, no solo a la piel. Detectarla a tiempo y conocer sus factores asociados permite prevenir complicaciones.

Prevenir es ganar autonomía y bienestar: hidratación regular, protección contra traumatismos, revisión de fármacos y uso de apósitos suaves.

BENEFICIOS DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN LA ARTROSIS DE RODILLA EN POBLACIÓN SILVER

Resumen

La artrosis de rodilla es una patología degenerativa de elevada incidencia en los mayores de 50 años. El PRP se posiciona como una terapia conservadora eficaz que utiliza factores de crecimiento para modular la inflamación y estimular la reparación del tejido. Logra una reducción del dolor y una mejora de la movilidad funcional durante 8-12 meses, preservando la calidad de vida y retrasando cirugías protésicas.

Objetivo

Revisar y analizar la evidencia científica actual sobre la efectividad de la inyección de PRP en la reducción del dolor y la recuperación funcional en mayores de 50 años con artrosis de rodilla de grado leve/moderado

Dolor crónico, Plasma Rico en Plaquetas (PRP), Osteoartritis de Rodilla, Medicina regenerativa

Resultados

Eficacia analgésica : Reducción del Dolor (escala EVA) Aprox. 50% de reducción media del dolor tras 3 infiltraciones cada 3 semanas. Cerca del 60% experimentan alivio sintomático clínicamente relevante

Eficacia Funcional : Mejora movilidad y rigidez (Escala WOMAC) 24% de mejora en impotencia y limitación funcional.

Duración del beneficio entre 8 y 12 meses de efecto

Impacto IMC: Factor modulador, contrarresta eficacia.
Efecto sinergico en combinación con Ácido hialurónico.

50-59 años: máximo rendimiento terapeútico. Duracion maxima (12m)

60-69 años:control sintomático y físico. Duración media 8m

>70 años: terapia conservadora . Retrasa/ evita cirugía protésica

Antecedentes

A partir de los 50 años se produce el pico de incidencia del desgaste del cartílago articular, la osteoartritis de rodilla afecta a cerca del 40% de los mayores de 65, provocando dolor crónico e impotencia funcional.

Los AINEs y analgésicos tienen elevado riesgo cardiovascular, renal y gastrointestinal en adultos y los corticoides aceleran el deterioro condral.

El PRP libera factores de crecimiento atenuando citocinas proinflamatorias y estimulando la matriz extracelular

Método

SciELO Cochrane PubMed

Búsqueda bibliográfica en Español

2020-2025

PRP Osteoartritis de rodilla

<50 años



Conclusiones

El PRP es una alternativa biológica segura que reduce significativamente el dolor articular y mejora la funcionalidad en la población Silver (>50 años), manteniendo su efecto terapéutico de 8 a 12 mses. Permite disminuir el consumo de analgésicos y AINEs, ofreciendo en mayores de 70 años una opción conservadora eficaz para retrasar cirugías de prótesis de rodilla mejorando su calidad de vida.

PREVENCIÓN DE LESIONES POR POSICIONAMIENTO INTRAQUIRÚRGICO EN PERSONAS MAYORES

Silver Economy

RESUMEN

- **Introducción:** El aumento de cirugías geriátricas exige prioridad en la seguridad perioperatoria.
- **Métodos:** Revisión narrativa (PubMed/SciELO, 2020-2025) sobre lesiones por posicionamiento quirúrgico.
- **Resultados:** La escala ELPO y superficies de alivio reducen UPP y lesiones nerviosas.
- **Conclusión:** Protocolos de enfermería basados en evidencia garantizan la recuperación funcional.



PALABRAS CLAVE



Posicionamiento quirúrgico, úlceras por presión, geriatría, enfermería quirúrgica, seguridad del paciente.

OBJETIVOS

General: Sintetizar la evidencia sobre cuidados de enfermería para prevenir lesiones por posicionamiento en ancianos.



Específicos:

- Identificar factores de riesgo fisiológicos e intraoperatorios geriátricos.
- Evaluar la escala ELPO como herramienta de valoración.
- Determinar el uso de superficies redistribuidoras de presión.

ANTECEDENTES

El aumento de cirugías en ancianos y su fragilidad tisular y vascular incrementan el riesgo de UPP y lesiones nerviosas por inmovilidad y anestesia.

La enfermería perioperatoria es clave para garantizar su seguridad quirúrgica.



MÉTODO

- **Diseño:** Revisión bibliográfica narrativa y de alcance (2020–2025).
- **Búsqueda:** PubMed y SciELO.
- **Estrategia:** Descriptores DeCS/MeSH, con operadores booleanos.
- **Criterios:** Artículos y revisiones sobre cuidados perioperatorios en adultos mayores.



CONCLUSIONES

- Las lesiones por posicionamiento son eventos evitables con protocolos enfermeros.
- La escala ELPO y la redistribución de presiones previenen el daño tisular.
- La seguridad quirúrgica geriátrica optimiza la recuperación y reduce la estancia hospitalaria.



RESULTADOS

3 Pilares asistenciales de enfermería

1 **VALORACIÓN DEL RIESGO**: Escala ELPO según tiempo quirúrgico, IMC, anestesia y comorbilidades.

2 **SUPERFICIES DE ALIVIO**: Colchones viscoelásticos y protección en prominencias óseas.

3 **CONTROL DE FRICCIÓN**: Transferencias seguras y alineación anatómica neutra .

BIBLIOGRAFÍA

Nascimento FCL, Rodrigues MCS. Risk for surgical positioning injuries: scale validation. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3261.

Garcia-Vera BE. UPP en adultos mayores en cuidados críticos. Rev Agrem Méd IESS. 2025;9:45-52.

Oliveira MCN, et al. Prevención de lesiones por presión en mayores. Rev Esc Enferm USP. 2025;59:e20240362.

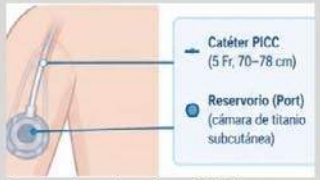
Cantos J. Valoración del riesgo de UPP y rol de enfermería. Cienc Lat Rev Cient. 2021;5(3):3210-25.

PICC-Port: inserción y cuidados de **enfermería**

Revisión bibliográfica

Resumen

El catéter central de inserción periférica con reservorio braquial subcutáneo (PICC-Port) es una alternativa para pacientes que requieren un acceso venoso central prolongado.



La inserción es ecoguiada mediante la técnica de *micro-Seldinger* y los cuidados de enfermería se basan principalmente en la asepsia, el mantenimiento de la permeabilidad y el sellado del dispositivo. El personal de enfermería debe estar formado para garantizar una inserción, manipulación y mantenimiento adecuados.

Objetivo

Describir la inserción y los cuidados enfermeros del dispositivo PICC-Port

Método

- **Búsqueda bibliográfica** en *Google Académico*, *Lnfispo* y *Dialnet*
- **DeCS**: *«cateterismo venoso central»* «catéteres implantables» *«cuidados de enfermería»*
- Operador booleano **AND**
- Publicaciones de los últimos **5 años** en **español**
- Incluida información sobre **PICC - Port**

Conclusiones

- El PICC-Port ofrece una alternativa segura, eficaz y cómoda para pacientes que requieren tratamientos intravenosos prolongados
- Su inserción ecoguiada por enfermeras entrenadas es poco invasiva y necesita menos recursos hospitalarios que otros catéteres implantables
- La prevención de complicaciones depende de una técnica de inserción y manipulación aséptica rigurosa y un mantenimiento adecuado, para ello es fundamental el entrenamiento del personal de enfermería

Palabras clave

Cateterismo venoso central | Catéteres implantables | Cuidados de enfermería

Antecedentes

- Tratamientos intravenosos prolongados como la quimioterapia, la nutrición parenteral (NPT) y la antibioterapia requieren dispositivos de acceso vascular seguros y duraderos
- El PICC-Port reduce el riesgo de extracción accidental, las curas semanales del punto de punción, facilita las actividades diarias y mejora la calidad de vida y la percepción de la imagen corporal
- Su inserción no requiere de un quirófano ni de radiación
- No está exento de riesgos como la lesión nerviosa, neumotórax, infección, tromboflebitis o trombosis venosa profunda
- Es fundamental conocer la técnica de inserción y los cuidados

Resultados

INSERCIÓN

- Valoración vascular previa (**RaPeVa**)
- Vena preferente **basílica** (> 5 mm) en el **tercio medio del brazo** (ZIM)
- Técnica **micro-Seldinger** modificada, **estéril** y **ecoguiada**
- Verificar posición con **ECG endocavitario** o fluoroscopia
- Bolsillo subcutáneo en el **bíceps**
- Sutura reabsorbible + cianocrilato
- Mantener tapado 3 días y no mojarlo durante 10 días
- **Registro** en la historia clínica

CUIDADOS

- **Lavado de manos** y desinfección del punto (**clorhexidina alcohólica al 2 %**)
- Punción con **aguja Gripper o Huber** de forma **estéril**
- Comprobar **permeabilidad** extrayendo sangre e infundiendo 10 ml de SSF
- **Apósito** estéril semipermeable y **tapón** protector con desinfectante
- **Cambio semanal de aguja y equipos**, soluciones lipídicas c/12h, NPT c/ 24h y hemoderivados una vez administrados
- Antes de cada uso: **desinfectar la luz** con clorhexidina al 2%
- Tras cada uso: lavado con técnica **Push-Stop-Push** con 10 ml de SSF y presión positiva (20 ml si NPT o hemoderivados)
- Sellado según protocolo del centro. Cada **8 semanas** en caso de no uso.
- Extracción de la aguja fijando bien la cámara, desinfección con clorexidina al 2% y apósito de gasa durante 48h
- **Registro** en la historia clínica de cualquier manipulación

Cambios fisiológicos de la cavidad oral en el mayor: abordaje preventivo

Palabras clave: Envejecimiento; Salud Bucal; Atención Primaria; Higienistas Dentales; Prevención; Odontogeriatría.

Autores

Técnicas superiores en higiene bucodental
Susana Miguel Franco · Vanesa San José Cítores
Jessica Pérez Mesa · Noelia Rodríguez Pico

Odontólogas
Ángela Martín Vaquero · Elena Fernández Nevares

Sacyl (Servicio de Salud de Castilla y León)
Valladolid Oeste
Centro de Salud Casa del Barco

VIII Congreso Silver Economy
Zamora · Nov 2026

Envejecer no equivale a enfermar

>15 días Úlcera oral: derivar

1.450-5.000 ppm (partes por millón) Flúor domiciliario

4 dominios Cribado en AP (Atención Primaria)

Resumen

La edad cambia la boca sin ser enfermedad. Guía del Sacyl para distinguir la **senescencia oral (desgaste natural)** de la patología con **ortopantomografía (radiografía panorámica)**, derivación y autocuidado.

Antecedentes

- **Desgaste natural:** menor regeneración sin ser enfermedad.
- **Polimedicación:** causa principal de xerostomía (boca seca).
- **Cartera Sacyl:** revisión, OPG (ortopantomografía), exodoncia (extracción) y EpS (educación para la salud).

Objetivos

Diferenciar senescencia oral de patología y pautar su prevención en AP.

Método

Revisión narrativa en PubMed, SciELO (Scientific Electronic Library Online) y guías Sacyl.



Figura 1. Molar joven vs. senescencia (A-C). *Imagen creada con asistencia de inteligencia artificial, con fines ilustrativos.*



Figura 2. Ortopantomografía senil normal (1-4). *Imagen creada con asistencia de inteligencia artificial, con fines ilustrativos.*

Resultados

Tabla 1. Diagnóstico diferencial y actuación en Atención Primaria (Sacyl)

Dominio	Senescencia normal (Fig. 1-2)	Patología a descartar	Actuación USBD (Unidad de Salud Bucodental) · Sacyl
1. Diente y hueso	**Reabsorción ósea (1, 4)**, atrición (2), pulpa estrecha (3).	⚠ **Caries radicular**, foco silente, quiste en OPG.	**Ortopantomografía**, exodoncia, derivar quistes, flúor.
2. Mucosa y encía	**Mucosa lisa**, varices, recesión sin sangrado (C).	⚠ **Úlcera >15 días**, placa blanca/roja, periodontitis.	**Cribado oral**, derivar biopsia, higiene protésica.
3. Saliva	**Atrofia acinar**; flujo estimulado normal.	⚠ **Xerostomía (boca seca)** por fármacos, candidiasis.	**Revisar fármacos**, agua, xilitol, sin alcohol.
4. Función motora	**Menor fuerza** masticatoria y artrosis manual.	⚠ **Higiene deficiente**, sangrado en anticoagulados.	**Cepillo eléctrico**/adaptado, pautas post-exodoncia.

Acción 1·OPG
Distingue pérdida ósea (1, 4) de quistes.

Acción 2·Derivación
Exodoncia segura y derivar a Maxilofacial.

Acción 3·Educación
Autocuidado: flúor, prótesis y xerostomía.

Conclusiones

1. **Conocer lo normal** evita sobretratar.
2. **OPG y revisión** criban quistes y tumores.
3. **La higienista** lidera el autocuidado.

Referencias: 1. Lamster IB, Asadourian L, Del Carmen T, Friedman PK. The aging mouth: differentiating normal aging from disease. Periodontol 2000. 2016;72(1):96-107.
2. SEGG (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología), SEGER (Sociedad Española de Gerodontología). Guía de buena práctica clínica en Geriatría: Salud bucal en el mayor. Madrid: IMC (International Marketing & Communication); 2019.
3. Ministerio de Sanidad. Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
4. Velasco Ortega E et al. El envejecimiento oral y su impacto clínico en el paciente geriátrico. Av Odontoestomatol. 2021;37(3):112-21.

Another Sight como recurso para concienciar sobre la discapacidad visual desde una perspectiva de género

Autoría: Ana Manzano León, Jose Miguel Rodriguez Ferrer, Carla Collazo Riobó, Jessica Fernández Solana, Rodrigo Vélez Santamaría.

Palabras clave: discapacidad visual, ceguera, perspectiva de género, videojuegos, aprendizaje basado en juegos, ODS 10, ODS 5

VIII CONGRESO INTERNACIONAL
SILVER ECONOMY

Resumen

En España, la ONCE atiende a más de 72.000 personas con ceguera o discapacidad visual (DV) grave: más de la mitad son mujeres y casi la mitad tiene 65 años o más. Se diseña una intervención educativa para el Grado en Psicología basada en *Another Sight* (2018), dentro del PID «Equality Quest» (26_27_1_49C) y alineada con los ODS 10 y 5. Combina juego guiado, análisis crítico de la representación de la discapacidad y diseño de una intervención.

Antecedentes

295 M
con DV moderada o grave (43 M personas ciegas)[1]

≈ 55 %
de quienes pierden visión son mujeres [2]

52,3 %
de las personas afiliadas a la ONCE son mujeres [3]

12,8 %
con ceguera total; el resto conserva visión [3]

Las mujeres con discapacidad sufren discriminación múltiple [4]. Los videojuegos narrarivos favorecen la reflexión[5], pero simular la discapacidad sin análisis crítico puede reforzar la idea de incapacidad[6]. El aprendizaje basado en juegos está respaldado en educación superior[7].

Objetivos

General: Diseñar una intervención educativa basada en el videojuego para sensibilizar al alumnado sobre la DV con perspectiva de género (ODS 10 y 5).

Específicos

- Identificar barreras psicosociales, del entorno y de género
- Favorecer empatía y toma de perspectiva sin mirada compasiva
- Contrastar la ceguera del juego con la realidad de la DV
- Diseñar apoyos transferibles a la práctica profesional

Método

Participantes: alumnado de Psicología y Terapia Ocupacional del PID, en grupos de prácticas. **Recurso:** *Another Sight* (2018)[8]. Se alterna entre Kit, ciega, y su gato Hodge: la discapacidad se vive como mecánica de juego.

1. **Antes del túnel:** cuestionario → mapa conceptual
2. **Escuchar el Londres de Kit:** juego por parejas → diario
3. **Leer con gafas violetas:** debate crítico → ensayo
4. **¿Qué necesita Kit hoy?:** diseño grupal → propuesta oral

Evaluación: cuestionario ad hoc pre-post (Likert), rúbrica analítica y grupo focal; análisis cuantitativo y temático.

Resultados

Productos

- Secuencia didáctica completa y replicable en el PID
- Diario de juego, guion de debate, rúbrica y cuestionario pre-post
- Banco de propuestas del alumnado, transferibles a servicios de diversidad y entidades de discapacidad visual

Resultados esperados

Mayor conocimiento de la discapacidad visual y su cruce con el género; menos estereotipos; más atención a las barreras del entorno que a las limitaciones personales; valoración positiva del videojuego como recurso formativo.

Conclusiones

Los videojuegos narrativos pueden convertir un dato en una vivencia: jugar como Kit obliga a escuchar el entorno y a confiar en apoyos. Su valor depende del análisis posterior: la ceguera del juego es súbita y casi total, pero la mayoría de las personas afiliadas a la ONCE conserva resto visual y muchas son mujeres mayores. Contrastar ficción y realidad desmonta estereotipos, visibiliza la doble discriminación y contribuye a los ODS 10 y 5.

Referencias: [1] Bourne et al. (2021); [2] Burton et al. (2021); [3] ONCE (2026); [4] Naciones Unidas (2006); [5] Daneels et al. (2021); [6] Silverman et al. (2015); [7] Manzano-León et al. (2021); [8] Lunar Great Wall Studios (2018).

ESPASMOS VESICALES Y FUGAS URINARIAS ASOCIADAS AL SONDAJE VESICAL PERMANENTE: ABORDAJE ENFERMERO.

RESUMEN

El sondaje vesical permanente es frecuente en personas mayores y pacientes críticos. Su presencia puede favorecer espasmos vesicales y fugas peri-catéter, con molestias y deterioro de la calidad de vida. La literatura describe factores relacionados con la irritación vesical, la obstrucción, el sedimento y las infecciones. La valoración enfermera y el cuidado individualizado resultan esenciales para identificar causas modificables y prevenir complicaciones.

PALABRAS CLAVE

Sonda vesical permanente, fugas urinarias, espasmos vesicales, sedimento urinario, cuidados de enfermería.

ANTECEDENTES

Las fugas peri-catéter pueden aparecer por contracciones involuntarias de la vejiga, irritación, obstrucción o infección. La evidencia consultada señala la importancia de revisar el calibre de la sonda y el volumen del balón, evitando aumentar su tamaño de forma rutinaria.

OBJETIVOS

- Identificar factores asociados a la fuga urinaria.
- Reconocer medidas preventivas y cuidados basados en la evidencia.
- Promover educación sanitaria a profesionales y pacientes para mejorar la calidad de vida.



MÉTODO

Revisión bibliográfica en Pubmed, Elsevier, Dialnet de artículos científicos publicados en los últimos cinco años. Se analizaron aspectos relacionados con los espasmos vesicales como las fugas, la obstrucción, el sedimento y las intervenciones enfermeras.

RESULTADOS

IDENTIFICAR

Las fugas pueden asociarse a espasmos vesicales, obstrucción del catéter o infección urinaria.

COMPROBAR

Revisar el sistema y la permeabilidad, mantener la bolsa colectora por debajo del nivel vesical y realizar higiene según indicación.

PREVENIR

Registrar episodios, detectar factores modificables y reforzar la formación enfermera, favorece una actuación precoz.

El sedimento puede contribuir a la obstrucción y agrava los espasmos vesicales; el uso de sondas de silicona los disminuye, al ofrecer mayor durabilidad y menor frecuencia de recambios. Los espasmos vesicales pueden tratarse con toxina botulínica o anticolinérgicos.

CONCLUSIONES

Las fugas persistentes repercuten en el bienestar y pueden aumentar la carga de cuidados. Para prevenirlos es fundamental la formación del personal de enfermería y la aplicación de medidas basadas en la evidencia científica; como la correcta fijación del catéter, el uso de una sonda de menor calibre, disminuir el volumen del globo vesical, una adecuada hidratación, la prevención del estreñimiento y la utilización de válvulas en el catéter. Así mismo, no se recomienda realizar irrigaciones vesicales profilácticas.

HIGIENE Y MANTENIMIENTO DE PRÓTESIS DENTAL

ANTECEDENTES

Más del 50% de los portadores tieen una higiene deficiente: placa, sarro, hongos y estomatitis subprotésica.

OBJETIVOS

*Educar al paciente sobre los risegos de una mala higiene bucal y protésica.
*Promover hábitos saludables: como el descanso tisular nocturno y las revisiones periódicas al odontólogo
*Establecer un protocolo para limpieza diaria mecajánica y química
*Maximizar la vida util de las prótesis

MÉTODO: PRÓTESIS REMOVIBLES

1 Limpieza mecánica



2 Limpieza química



3 Descanso tisular



4 Higiene de la mucosa



MÉTODO: PRÓTESIS FIJAS

1 Cepillado convencional



2 Seda dental



3 Irrigador bucal



RESULTADOS

Un buen protocolo de higiene se observan beneficios como reducción de halitosis, prevención de candidiasis oral, estimatitiss subprotesica y una conservación y durabilidad de la prótesis

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES
La longevidad de una prótesis dental y la salud de la boca dependen del compromiso del paciente con su higiene bucal y revision con el dentista periodicamente.

PALABRAS CLAVE

+HIGIENE BUCAL, DESINFECCION, SUBPRÓTESICA, ESTOMATITIS + PRÓTESIS DENTAL

EJERCICIO TERAPÉUTICO Y DOLOR CERVICAL EN PERSONAS MAYORES

Qué muestra la evidencia sobre beneficios, límites y aplicación clínica



RESUMEN

El dolor cervical es frecuente en personas mayores y puede asociarse a rigidez, limitación funcional, peor tolerancia a las actividades y menor calidad de vida.

El ejercicio terapéutico forma parte del tratamiento conservador y suele integrarse con educación y autocuidado. La evidencia respalda su utilidad, aunque la magnitud del beneficio es variable y no todos los pacientes mejoran por igual.

PALABRAS CLAVE

dolor cervical | persona mayor | ejercicio terapéutico | fisioterapia geriátrica | movilidad cervical | autocuidado

ANTECEDENTES

- El envejecimiento puede acompañarse de cambios posturales, pérdida de fuerza, menor movilidad y mayor sensibilidad al dolor.
- El sedentarismo y las posturas mantenidas pueden contribuir a la persistencia del dolor cervical.
- Las guías clínicas recomiendan abordajes conservadores, activos y progresivos.
- El ejercicio suele funcionar mejor cuando se combina con educación, supervisión y adaptación individual.

OBJETIVO

Presentar, de forma práctica, qué aporta el ejercicio terapéutico en el dolor cervical de personas mayores, señalando beneficios probables, limitaciones y criterios de aplicación clínica.

MÉTODO

- Síntesis narrativa de guías clínicas y revisiones sistemáticas sobre ejercicio en dolor cervical.
- Se consideraron intervenciones como movilidad cervical, fortalecimiento, control motor, ejercicios domiciliarios y ejercicios mente-cuerpo.
- En personas mayores, la aplicación clínica debe ajustarse a dolor, función, equilibrio, comorbilidad, miedo al movimiento y adherencia.
- Dosificación orientativa: 2–3 sesiones/semana, con progresión según tolerancia y objetivos funcionales.

Valoración → Dolor, función, limitaciones y contexto clínico

Selección de ejercicios → Movilidad, fortalecimiento, control motor, mente-cuerpo

Progresión → Ajuste de carga y complejidad según tolerancia

Seguimiento → Adherencia, respuesta clínica y ajuste continuo

RESULTADOS

Lo que puede mejorar

Dolor y rigidez
Mejoría clínica en parte de los pacientes.

Función y movilidad cervical
Puede aumentar la capacidad para moverse y realizar actividades diarias.

Autonomía y autocuidado
Favorece la participación activa del paciente.

Prevención
El ejercicio probablemente reduce nuevos episodios de dolor cervical.

Ejercicios tradicionales como Tai Chi o Qi Gong
Pueden aportar beneficios complementarios en dolor y discapacidad.

Lo que NO siempre ocurre / consideraciones

La respuesta no es uniforme
No todos los pacientes mejoran de la misma manera.

Beneficio modesto
El efecto suele ser modesto y puede variar según el individuo.

Evidencia específica limitada
La evidencia en población mayor puede ser menos sólida que en otros grupos.

Factores que influyen
Dolor irritativo, comorbilidades y miedo al movimiento pueden condicionar los resultados.

Adherencia
La adherencia, la fragilidad y las limitaciones físicas pueden dificultar la práctica regular del ejercicio.

CONCLUSIONES

- El ejercicio terapéutico es una herramienta útil y segura dentro del manejo conservador del dolor cervical en personas mayores.
- Su mejor aplicación es individualizada, progresiva y combinada con educación y autocuidado.
- Los resultados son heterogéneos y los beneficios suelen ser moderados, dependiendo de la respuesta individual.
- Se necesitan más estudios específicos en personas mayores para definir con mayor precisión la magnitud y duración del beneficio.





REHABILITACIÓN EN EPOC

MTeresa Gaspar Martín - Cristina Lázaro Prieto

RESUMEN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad respiratoria progresiva, cursa con síntomas respiratorios provocados por la obstrucción pulmonar. La rehabilitación reduce las exacerbaciones.

PALABRAS CLAVE

Paciente respiratorio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, rehabilitación pulmonar, exacerbación pulmonar.

ANTECEDENTES

El EPOC se asocia con comorbilidades múltiples que empeoran la calidad de vida llegando a elevar la tasa de mortalidad. La rehabilitación pulmonar ayuda a frenarlos.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la exacerbación obstructiva en pacientes EPOC y analizar influencia de la rehabilitación pumonar aplicada previa y posteriormente a la exacerbación.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed. Búsqueda en los últimos 10 años.

RESULTADOS

Se observa la influencia de la rehabilitación pulmonar en la prevención de las exacerbaciones según la intensidad del programa, manifestando mayor efecto en EPOC moderado respecto a EPOC grave. También se ve la reducción de ingresos hospitalarios. Es un problema la falta de adherencia terapéutica, la distancia al centro de salud, los problemas de salud y movilidad, la edad avanzada... dichos problemas hacen restar posibles pacientes candidatos a ser beneficiados por esta terapia.

CONCLUSIONES

La rehabilitación pulmonar reduce las exacerbaciones, el riesgo de ingreso hospitalario y ayuda en la recuperación post-exacerbación. Los beneficios son mayores si se implementa en los 90 primeros días. Es necesario desarrollar protocolos y programas de trabajo estandarizados que se adapten de forma individual a cada paciente para crear adherencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Reyes, C., Silva, R., Saldías, F. Costo-efectividad de la rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Chil Enf Respir 2011; 27:153-158.

2. Simonelli, C., Vitacca, M., Vignoni, M., Ambrosino, N., Paneroni, M. Effectiveness of manual therapy in COPD: A systematic review of randomised controlled trials. Pulmonol. 2019; 25(4): 236-247. 18.

3. Sívori, M. Rehabilitación respiratoria y exacerbaciones de EPOC ¿una utopía hecha realidad? RAMR 2016; 1: 46-55.

ÚLCERAS POR PRESIÓN

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que las "úlceras por presión son el resultado de una necrosis isquémica en el nivel de la piel, así como tejidos subcutáneos, comúnmente debido a la presión ejercida sobre una prominencia ósea". Se describen cuatro estadios, desde el eritema cutáneo (I) hasta destrucción extensa con afectación muscular y ósea (IV).

PALABRAS CLAVE:
Úlcera, Presión, Cuidados, Prevención.

ANTECEDENTES

Las UPP son el resultado del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa. La presión y el tiempo son factores inversamente proporcionales a la formación de UPP.

OBJETIVOS

La prevención de las UPP es el objetivo principal y más efectivo, incluyendo cuidados de la piel, cambios posturales, uso de superficies de apoyo, mejora de la movilidad, buen estado nutricional.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática a través de artículos científicos actualizados para desarrollar un análisis crítico reflexivo.

RESULTADOS

Las úlceras por presión (UPP) son un grave problema que representan la principal consecuencia de la inmovilidad, principalmente entre la población de edad avanzada y con problemas de movilidad. Su adecuado manejo representa un indicador de calidad asistencial.

CONCLUSIONES

La prevención de las lesiones por presión constituye una responsabilidad fundamental de enfermería y un indicador de calidad y seguridad asistencial. La formación continua de los profesionales sanitarios y la educación de pacientes y cuidadores son esenciales para mejorar la adherencia a las medidas preventivas.

NO TODO LO LEVE ES DE BAJO RIESGO: detectar fragilidad en la persona mayor

Alicia Pacho Gimare[1] · Rafael Molinero Pérez[1] · Beatriz Nieto Miguel[2] · Rebeca Santos Nieto[1] · María Asunción Jorge Martín[1]

[1] Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora · [2] Gerencia de Servicios Sociales de Zamora



Introducción

Una caída leve, debilidad, mareo o malestar inespecífico pueden ocultar fragilidad, pérdida funcional o necesidades sociales. La gravedad aparente del motivo de consulta no siempre refleja la vulnerabilidad global.

Método

Revisión narrativa de literatura científica y documentos de referencia sobre detección de fragilidad en urgencias y valoración centrada en la persona. Síntesis cualitativa; sin datos propios ni estimaciones inventadas.

Resultados

Valoración enfermera

FUNCIÓN Y AUTONOMÍA
Actividades básicas e instrumentales; comparar con el nivel habitual.

→

MOVILIDAD Y CAÍDAS
Marcha, transferencias, equilibrio y caídas recientes; valorar solo si la situación clínica lo permite.

→

COGNICIÓN Y CLÍNICA
Cambios agudos, orientación, nutrición, medicación y comorbilidad.

→

ENTORNO Y APOYOS
Vive solo/a, cuidador, barreras en domicilio y capacidad para seguir el plan.

Herramientas breves posibles según contexto:

Clinical Frailty Scale (CFS), ISAR o PRISMA-7.

Ninguna debe usarse de forma aislada ni sustituye el juicio clínico.

→

Si se detecta vulnerabilidad →

- ampliar valoración
- prevenir caídas y deterioro
- revisar medicación
- planificar alta segura
- coordinar seguimiento y apoyo social

Conclusiones

La valoración enfermera multidimensional permite reconocer necesidades que el motivo de consulta puede ocultar. Detectar fragilidad debe traducirse en acciones individualizadas, no solo en una puntuación.

Bibliografía

1. World Health Organization. *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2025.
2. Vassallo W, Jarman H. Frailty assessment of older patients in the emergency department. *Emerg Nurse*. 2024;32(2):27–31. doi:10.7748/en.2023.e2177.
3. O'Caoimh R, et al. Diagnostic Accuracy of Frailty Screening Instruments Validated for Use among Older Adults Attending Emergency Departments: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(13):6280. doi:10.3390/ijerph20136280.



Ejercicio terapéutico y dolor lumbar en personas mayores:
beneficios, límites y respuesta individual



1 Resumen

El dolor lumbar crónico es frecuente en personas mayores y puede limitar la movilidad, la autonomía y la calidad de vida. El ejercicio terapéutico estructurado puede mejorar el dolor y la discapacidad, pero la respuesta es variable y no todas las personas obtienen la misma mejoría.



2 Palabras clave

- Dolor lumbar crónico
- Personas mayores
- Ejercicio terapéutico
- Fuerza
- Movilidad
- Función
- Autonomía

3 Antecedentes

- En las personas mayores influyen cambios musculoesqueléticos, comorbilidades, miedo al movimiento, fragilidad y desacondicionamiento.
- La OMS recomienda un abordaje integrado y centrado en la persona para el dolor lumbar crónico primario, incluyendo educación y ejercicio.



4 Objetivo

Sintetizar un enfoque fisioterapéutico basado en ejercicio terapéutico para personas mayores con dolor lumbar crónico, mostrando beneficios esperables, limitaciones y variabilidad de respuesta.

5 Método

Revisión de evidencia y propuesta clínica adaptable.

- **Ejercicio aeróbico tolerado**
  Caminar, bicicleta estática u otra actividad según preferencia y condición clínica.
- **Fortalecimiento progresivo**
  Tronco y miembros inferiores (fuerza y resistencia).
- **Control motor**
  Estabilidad lumbopélvica y patrones de movimiento.
- **Movilidad**
  Ejercicios de movilidad lumbar, cadera y columna.
- **Ejercicios mente-cuerpo**
  Como yoga, tai chi o ejercicios de respiración, cuando sean apropiados.
- **Educación**
  Neurociencia del dolor, afrontamiento y estrategias de autocuidado.
- **Progresión individualizada**
  Sin una dosis universal. Adaptar a comorbilidades, tolerancia, objetivos y preferencias.

6 Resultados

Hallazgos de la evidencia



18 ensayos aleatorizados 989 participantes ≥60 años		
Dolor Mejoría media VAS **–1,75**		Mejora significativa
Discapacidad ODI **–9,42** puntos		Mejora significativa
Movilidad TUG sin mejoría clara		Sin cambio claro
La respuesta varía entre personas y programas.		Respuesta variable
Algunas intervenciones pueden provocar aumento temporal de dolor leve.		Respuesta variable

7 Conclusiones



- El ejercicio probablemente reduce el dolor y la limitación funcional en muchas personas mayores con dolor lumbar crónico, pero no existe una modalidad única eficaz para todos.
- La progresión individualizada, la adherencia, la seguridad y los objetivos funcionales deben guiar el tratamiento.
- Evitar promesas de curación.



ENTRENAMIENTO DE POTENCIA DE ALTA VELOCIDAD EN PERSONAS MAYORES

¿Mejora la función más que el entrenamiento de fuerza tradicional?

Aplicación fisioterapéutica para preservar movilidad, velocidad de respuesta y autonomía



1 RESUMEN

Con el envejecimiento disminuyen la fuerza y, especialmente, la capacidad de producir fuerza rápidamente. El entrenamiento de potencia de alta velocidad consiste en realizar la fase concéntrica del ejercicio con intención de moverse lo más rápido posible, manteniendo una ejecución controlada. La evidencia disponible indica resultados funcionales globalmente similares a los del entrenamiento de fuerza tradicional, aunque con pequeñas ventajas en algunas medidas funcionales.

2 PALABRAS CLAVE

Persona mayor · Potencia muscular · Entrenamiento de resistencia · Velocidad de movimiento · Función física · Fisioterapia

3 ANTECEDENTES

La capacidad para generar fuerza rápidamente participa en acciones cotidianas como levantarse de una silla, reaccionar ante una pérdida de equilibrio o iniciar la marcha.

Las recomendaciones internacionales para personas mayores incluyen fortalecimiento de los grandes grupos musculares al menos 2 días por semana y actividad multicomponente con énfasis en fuerza y equilibrio funcional 3 o más días por semana.

El entrenamiento de potencia modifica la ejecución del ejercicio: la fase concéntrica se realiza con intención rápida y controlada.

4 OBJETIVO

Analizar la evidencia sobre los efectos del entrenamiento de potencia de alta velocidad frente al entrenamiento de fuerza tradicional sobre la función física en personas mayores.

5 MÉTODO

Revisión narrativa de evidencia científica.

Metaanálisis principal (2023): 19 ensayos clínicos aleatorizados; 1.055 participantes mayores de 60 años.

Variables analizadas: SPPB, Timed Up and Go (TUG), sit-to-stand, velocidad de marcha, equilibrio, subida de escaleras y capacidad de marcha.

Ensayo adicional (2025): 60 personas mayores de la comunidad; 12 semanas; 2 sesiones/semana de 50 min; comparación entre ejercicio explosivo con peso corporal y velocidad tradicional.

Ensayo adicional (2024): 44 adultos mayores activos; edad media 66,3 ± 4,5 años; 5 semanas; comparación entre carga baja/alta velocidad y carga alta/menor velocidad.



6 RESULTADOS

19 ensayos · **1.055** participantes · **SPPB +0,27** · **TUG +0,35**

SPPB

Pequeña ventaja a favor del entrenamiento de alta velocidad.

SMD 0,27
(IC 95 % 0,02–0,53)

Timed Up and Go (TUG)

Pequeña ventaja a favor del entrenamiento de alta velocidad.

SMD 0,35
(IC 95 % 0,06–0,63)

La relevancia clínica de estas diferencias sigue siendo incierta.

Para el resto de resultados funcionales, existe incertidumbre sobre una posible superioridad del entrenamiento de potencia.

Ensayo 2025

El ejercicio explosivo produjo una mejora significativamente mayor en la tasa temprana de desarrollo de fuerza de los dedos del pie.

Ensayo 2024

Ambos grupos mejoraron el TUG; solo el grupo de carga alta mejoró significativamente la distancia de marcha de 6 minutos, de 514,3 ± 89,0 m a 552,6 ± 65,4 m.

Calidad de la evidencia: baja en parte de los resultados.

7 CONCLUSIONES

El entrenamiento de potencia de alta velocidad es una alternativa viable para trabajar fuerza y capacidad funcional en personas mayores. La evidencia muestra posibles ventajas pequeñas sobre el entrenamiento tradicional en SPPB y TUG, pero actualmente no permite afirmar una superioridad general. Los programas deben individualizar carga, velocidad, técnica y seguridad según la capacidad de cada persona.

DIETA Y NUTRICION PARA ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

ANTECEDENTES

La evidencia científica demuestra que una nutrición adecuada desempeña un papel fundamental en la prevención de enfermedades crónicas y en una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

Sensibilizar sobre los beneficios de una correcta alimentación.
Identificar alimentos y técnicas culinarias que contribuyan a mejorar la calidad de vida en personas con enfermedad crónica.
Concienciar de las ventajas de una adecuada alimentación.

RESUMEN

La enfermedad renal crónica se caracteriza por el deterioro progresivo e irreversible de la función de los riñones, que dejan de filtrar adecuadamente desechos y exceso de líquido.

El primer propósito de la dieta renal es ralentizar la progresión de la enfermedad y reducir el trabajo que deben realizar los riñones.

Es importante mantener un correcto estado nutricional para una buena calidad de vida.

CONCLUSIONES

Una alimentación adecuada puede ayudar a reducir la carga sobre los riñones, evitar complicaciones y retrasar la progresión de la enfermedad, mejorando la calidad de vida.

La dieta debe adaptarse a las necesidades específicas de cada persona; teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad, los resultados de la analítica, si la persona está o no en tratamiento de diálisis, si ha recibido un trasplante y otras condiciones de salud como la diabetes o la hipertensión.

La implicación del paciente y de su familia en el autocuidado es primordial para prevenir complicaciones en la enfermedad renal crónica.





RESULTADOS

Una dieta adaptada reduce la acumulación de toxinas; se debe educar al paciente y/o cuidador sobre la importancia de cuidar la dieta, con pequeños cambios en su alimentación puede haber una gran diferencia en su bienestar y en la protección de sus riñones.

-Reducir sal (cocinar usando especias, hierbas, ajo, limón, vinagre para dar sabor) y ultraprocesados.

-Ajuste de proteínas, según necesidades de cada paciente.

-Controlar la ingesta de fósforo y potasio. Se puede eliminar potasio en legumbres, verduras, hortalizas, tubérculos; poniendo a remojo varias horas los alimentos que lo permitan, cambiándoles el agua, haciendo lo mismo en la cocción (no aprovechar esa agua para caldos). La verdura congelada tiene menos potasio.

-Limitar la fruta a dos piezas al día (se aconseja comer fruta en compota, no consumiendo el jugo), chocolate y frutos secos desaconsejados.

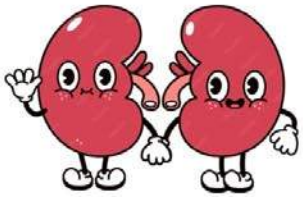
-Restricción hídrica si es necesario, se ajusta (por edemas, insuficiencia cardiaca, estadio avanzado,....), importante que haya una adecuada hidratación.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad renal crónica , educación renal, dieta renal, calidad de vida.

METODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos: Cuiden, PubMed, Scielo.





A TU CORAZÓN LE HACE FALTA MARCHA

PREVENCIÓN Y MOVIMIENTO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

Fisioterapia y ejercicio terapéutico adaptado



1 RESUMEN

La insuficiencia cardíaca limita la capacidad de esfuerzo y afecta a la calidad de vida, sobre todo en personas mayores. La fisioterapia ayuda a mejorar la función cardiorrespiratoria, aumentar la tolerancia al ejercicio y reducir episodios de descompensación. Este póster presenta un enfoque práctico para integrar el movimiento como herramienta de prevención y bienestar.

2 PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardíaca · Ejercicio terapéutico · Fisioterapia · Prevención · Capacidad funcional · Rehabilitación · Calidad de vida

3 ANTECEDENTES

Con la insuficiencia cardíaca aparecen fatiga, disnea y pérdida progresiva de fuerza, lo que limita la marcha y la autonomía. La inactividad agrava estos síntomas. El ejercicio pautado y controlado es una intervención segura y eficaz, siempre adaptada al nivel de cada persona y supervisada por profesionales.

El movimiento adaptado favorece la función y la autonomía

4 OBJETIVOS

- Mostrar cómo la fisioterapia contribuye a mejorar la condición física en pacientes con insuficiencia cardíaca.
- Fomentar la adherencia al ejercicio terapéutico como estrategia de prevención y mantenimiento de la salud.
- Proponer pautas seguras y adaptadas a las necesidades de la persona mayor.

5 MÉTODO

Revisión de la evidencia
Revisión breve de literatura actual y recopilación de protocolos utilizados en programas de rehabilitación cardíaca.

Intervención
- Ejercicio aeróbico moderado (marcha).
- Fortalecimiento suave y controlado.
- Educación en autocuidado.
- Progresión individualizada según tolerancia.

Frecuencia y duración
Programas de 8–12 semanas, con 2–3 sesiones semanales, combinados con recomendaciones de actividad diaria.

Seguimiento
Control de síntomas, tolerancia al esfuerzo, adherencia y progresión funcional.

6 RESULTADOS

- **Mayor capacidad funcional:** mejoras en la marcha, velocidad y resistencia.
- **Reducción de la disnea:** mayor autonomía para actividades diarias.
- **Aumento del bienestar general:** mejor tolerancia al ejercicio y menos episodios de descompensación.
- **Mayor confianza y seguridad:** más participación en la vida social y familiar.
- **Mejora de la calidad de vida:** mayor independencia en las actividades diarias.

7 CONCLUSIONES

- El movimiento, cuando está bien planificado, es uno de los mejores aliados en la insuficiencia cardíaca.
- La fisioterapia ofrece estrategias seguras y adaptadas para mejorar la función cardiorrespiratoria, la autonomía y la calidad de vida.
- Dar "marcha" al corazón puede marcar una diferencia real en el día a día.





Animales de compañía en terapia y rehabilitación

Terapia asistida con animales como recurso complementario en fisioterapia



1 Resumen

La terapia asistida con animales puede ser un recurso complementario en rehabilitación, especialmente en personas mayores. La presencia de un animal entrenado favorece un entorno terapéutico más motivador, reduce el estrés percibido y facilita la participación activa en ejercicios de movilidad, equilibrio, coordinación y actividades funcionales.

2 Palabras clave

Terapia asistida con animales · Fisioterapia · Rehabilitación · Personas mayores · Motivación · Bienestar emocional

3 Antecedentes

El contacto terapéutico con animales se ha asociado con beneficios emocionales, sociales y funcionales. En rehabilitación puede estimular la atención, el vínculo terapéutico y la adherencia al ejercicio. Los perros de terapia son los más utilizados por su capacidad de interacción, aunque la intervención debe adaptarse al usuario, al entorno y al animal participante.

4 Objetivo

Describir el papel de los animales de compañía como apoyo complementario en rehabilitación y proponer pautas básicas para su integración de forma segura, estructurada y centrada en objetivos funcionales.

5 Método

Revisión narrativa de programas de terapia asistida con animales aplicados en rehabilitación. Las sesiones pueden incluir interacción guiada con un perro de terapia, ejercicios de movilidad fina —acariciar, cepillar o lanzar objetos—, actividades de marcha y equilibrio, tareas de atención y memoria, y ejercicios de respiración y relajación.

La intervención debe realizarse con animales entrenados, profesional responsable, objetivos clínicos definidos y control de riesgos.

6 Resultados

De forma general, se observa mayor motivación, participación y adherencia al tratamiento. También puede favorecer la interacción social, reducir la ansiedad y mejorar la actitud durante las sesiones. A nivel funcional, las actividades guiadas pueden apoyar la movilidad, el equilibrio, la coordinación y la fuerza funcional.

7 Conclusiones

Los animales de compañía, integrados de forma profesional, segura y planificada, pueden ser un complemento valioso en fisioterapia y rehabilitación. Su principal aportación es aumentar la motivación del paciente y crear un entorno terapéutico más cálido. No sustituyen la intervención fisioterapéutica, sino que la refuerzan cuando existen objetivos clínicos adecuados.

El vínculo humano-animal puede facilitar la participación activa y el bienestar durante la rehabilitación.



APLICACIÓN MÓVIL PARA OPTIMIZAR LA MOVILIDAD Y LA FUNCIÓN FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR: INTEGRACIÓN DE TECNOLOGÍA Y FISIOTERAPIA



1 RESUMEN

El uso de aplicaciones móviles orientadas a la actividad física se ha convertido en una herramienta emergente para mejorar la función motora en la población mayor. Estas plataformas permiten monitorizar la marcha, registrar niveles de actividad y guiar programas de ejercicio terapéutico. Este póster evalúa la utilidad de una app diseñada para la prevención del deterioro funcional, mostrando mejoras en adherencia al ejercicio, equilibrio y movilidad global.



2 PALABRAS CLAVE

Aplicaciones móviles · salud digital · fisioterapia · adulto mayor · movilidad · telerehabilitación



3 ANTECEDENTES

El envejecimiento conlleva cambios neuromusculares que afectan la movilidad, el equilibrio y la fuerza. La adherencia a los programas de ejercicio suele ser baja, lo que limita su eficacia. Las herramientas digitales permiten seguimiento continuo, retroalimentación inmediata y mayor implicación del paciente. La tele-rehabilitación ha demostrado ser un complemento eficaz a la intervención presencial.



4 OBJETIVO

Describir la integración de tecnología digital en programas de fisioterapia convencional.



5 MÉTODO

Se empleó una aplicación móvil que incluía:

1. Rutinas guiadas de ejercicio terapéutico (fuerza, equilibrio y movilidad).
2. Monitorización de pasos y marcha mediante acelerómetro del dispositivo.
3. Recordatorios y retroalimentación diaria para mejorar adherencia.
4. Educación en movimiento seguro y prevención de caídas.
5. Duración del programa: 8 semanas.
6. 3 sesiones por semana.
7. Supervisión mixta: presencial y telemática.

6 RESULTADOS

- Incremento significativo en la adherencia al ejercicio (>80%).
- Aumento del número de pasos diarios y del tiempo en actividad moderada.
- Mejora del equilibrio dinámico y la estabilidad postural.
- Mayor percepción de seguridad al caminar y reducción de episodios de desequilibrio.
- Alta satisfacción del usuario debido a la accesibilidad y facilidad de uso.

7 CONCLUSIONES

El uso de aplicaciones móviles como apoyo a la fisioterapia tradicional mejora la adherencia, potencia la autonomía y contribuye a optimizar la función física en personas mayores. La integración de tecnología digital representa una oportunidad clave para ampliar el alcance de la rehabilitación y favorecer un envejecimiento activo.

Artrosis de rodilla: abordaje multimodal de la gonartrosis

Educación terapéutica, ejercicio progresivo y terapia manual



1 Resumen

La gonartrosis en personas mayores de 65 años provoca dolor mecánico, rigidez, pérdida de fuerza y limitación funcional. Un abordaje multimodal que combine educación terapéutica, ejercicio progresivo y terapia manual puede disminuir el dolor, mejorar la función y favorecer la autogestión del paciente.

2 Palabras clave

Gonartrosis | Artrosis de rodilla | Fisioterapia geriátrica | Ejercicio terapéutico | Educación terapéutica | Terapia manual

3 Antecedentes

- Dolor mecánico, reducción del rango articular y debilidad del cuádriceps.
- Menor tolerancia a la marcha y a subir o bajar escaleras.
- El miedo al movimiento favorece sedentarismo, pérdida funcional y dependencia.
- Las guías clínicas recomiendan educación, ejercicio y control de factores modificables.

4 Objetivo

Reducir el dolor y mejorar la función en personas mayores de 65 años con gonartrosis mediante un programa multimodal de fisioterapia.

Método

Diseño: intervención de 8 semanas. Frecuencia: 2-3 sesiones/semana, 45-60 min + plan domiciliario.

5.1 Educación (5-10 min/sesión)



- Desmontar la idea de "artrosis = no moverse".
- Dosificación de carga y manejo de brotes.
- Hábitos, sueño y metas funcionales: paseo, escaleras y levantarse de la silla.

5.2 Ejercicio terapéutico (25-35 min)



- Fuerza: cuádriceps, glúteo medio, isquios y gemelos.
- Movilidad: flexo-extensión suave y estiramientos tolerables.
- Funcional: sit-to-stand, step-ups, marcha y cambios de dirección.
- Aeróbico: caminar o bici suave.

5.3 Terapia manual (10-15 min)



- Movilizaciones tibiofemorales y patelofemorales suaves.
- Trabajo de tejidos blandos: cuádriceps, isquios y gemelos.
- Objetivo: analgesia y mejor movimiento para entrenar mejor.

Progresión y medidas de resultado

Aumentar repeticiones, resistencia y funcionalidad sin disparar el dolor.
Valorar: dolor (EVA), función (WOMAC/KOOS o test de silla 30 s), TUG y tolerancia a la marcha.

6 Resultados esperables

- Disminución del dolor, sobre todo en actividades.
- Aumento de fuerza y control de rodilla.
- Mejor capacidad para levantarse, caminar y subir escaleras.
- Mayor confianza y menor miedo al movimiento.
- Mejor adherencia al ejercicio domiciliario.



7 Conclusiones

En personas mayores con gonartrosis, el enfoque multimodal ofrece mejores resultados cuando combina educación terapéutica, ejercicio progresivo y terapia manual.

La clave es la progresión individualizada, la adherencia y la carga bien pautada: menos "reposo eterno" y más movimiento seguro.

El objetivo no es solo aliviar el dolor, sino recuperar función, autonomía y calidad de vida.

Atrofia Multisistémica (MSA): Abordaje fisioterapéutico del equilibrio y la hipotensión ortostática en un paciente de 85 años

1 Resumen

La Atrofia Multisistémica (MSA) combina síntomas parkinsonianos/cerebelosos con disfunción autonómica, siendo la hipotensión ortostática (HO) y la inestabilidad postural dos de los problemas más limitantes en el adulto mayor. En un paciente de 85 años, la HO aumenta el riesgo de mareos, caídas y miedo a moverse, generando un círculo de sedentarismo y pérdida funcional. La fisioterapia domiciliaria, integrada con un manejo específico de la HO, puede mejorar la seguridad en la marcha y la autonomía funcional.

2 Palabras clave

Atrofia multisistémica (MSA); hipotensión ortostática; equilibrio; rehabilitación; fisioterapia; tercera edad; prevención de caídas; marcha.

3 Antecedentes

- La MSA progresa con alteraciones del equilibrio, rigidez/bradicinesia o ataxia y disautonomía.
- La HO (descenso de la tensión arterial al ponerse de pie) provoca mareos, visión borrosa, debilidad y puede desencadenar síncope.
- En mayores, la HO se asocia a mayor riesgo de caídas, limitación de la marcha, pérdida de independencia y deterioro de la calidad de vida.
- La fisioterapia puede mejorar la estabilidad, la seguridad en las transferencias y la marcha, favoreciendo la bipedestación y la participación en las actividades diarias.

4 Objetivo

Mejorar la seguridad en la marcha y reducir episodios de mareo/caídas mediante un programa de equilibrio y estrategias posturales para controlar la hipotensión ortostática en un paciente de 85 años con MSA.

5 Método

A. Diseño y valoración

- **Diseño:** intervención clínica individualizada (8 semanas).
- **Frecuencia:** 3 sesiones/semana (45–60 min) + programa domiciliario breve (10–15 min/día).
- **Valoración inicial y final:**
  - Historia de caídas y casi caídas (últimas 4 semanas).
  - Síntomas al ortostatismo (0–10): mareo, inestabilidad, fatiga.
  - Pruebas funcionales: TUG, 5x Sit-to-Stand, equilibrio unipodal asistido (o semitándem) y observación de la marcha y giros.
  - Control de HO: presión arterial y frecuencia cardíaca en supino → sedestación → bipedestación (1 y 3 min).

B. Intervención fisioterapéutica

Control de la hipotensión ortostática

- Cambios de posición por fases: supino → sedestación (1–2 min) → bipedestación.
- Ejercicios previos: bombeo de tobillos, contracción de glúteos y cuádriceps, apretar puños y respiración controlada.
- Hidratación pautada y educación, coordinada con el equipo médico.
- Evitar cambios bruscos, calor, maniobra de Valsalva y ponerse de pie inmediatamente tras las comidas.

Entrenamiento de equilibrio, marcha y transferencias

- Base amplia y semitándem → cambios de peso → alcance funcional.
- Reacciones de equilibrio: "tocar conos", paso lateral y paso atrás con apoyo.
- Doble tarea suave (contar, nombrar objetos) si no dispara síntomas.
- Entrenamiento funcional: transferencias cama-silla-baño, giros, marcha en casa y en tramos cortos con ayudas técnicas si precisa.

Prevención de caídas y entorno

- Revisión de "puntos negros" en casa: alfombras, baño, iluminación y calzado.
- Plan de acción "si me mareo": parar, sentarse, elevar piernas, avisar.
- Coordinación sociosanitaria y reduación al paciente/cuidador.

6 Resultados

Tras 8 semanas se observó:

- Menos mareos al ponerse de pie (disminución de la intensidad y duración).
- Mejor estabilidad en bipedestación y en cambios de dirección.
- Mejor rendimiento funcional en TUG y 5x Sit-to-Stand.
- Menos episodios de "casi caída" y mayor confianza para caminar en casa.
- Mayor adherencia a pautas y rutinas cortas con señales claras (pausa – respiración – bombeo).

7 Conclusiones

- En MSA avanzada y edad muy avanzada, un programa fisioterapéutico centrado en el equilibrio y el control de la hipotensión ortostática puede mejorar la seguridad funcional en la marcha.
- La intervención debe ser flexible y individualizada, con progresión lenta, pausas planificadas y estrategias antihipotensoras.
- La educación del paciente/cuidador y la adaptación del entorno son fundamentales.
- La coordinación con servicios sociales y sanitarios favorece la continuidad de las estrategias y contribuye a reducir el riesgo de caídas y a mantener la autonomía.



Calzado y riesgo de caídas en personas mayores

Características que favorecen la estabilidad y errores frecuentes



1. RESUMEN



El calzado es un factor extrínseco relevante en la prevención de caídas en personas mayores. La evidencia disponible indica que algunas características del calzado pueden mejorar la estabilidad y la seguridad en la marcha, especialmente en el hogar y en superficies potencialmente deslizantes.

2. PALABRAS CLAVE

Personas mayores | Caídas | Calzado | Equilibrio | Marcha | Prevención

3. ANTECEDENTES



Las caídas son frecuentes en personas mayores y el calzado puede influir en el equilibrio, la marcha y la estabilidad. La evidencia reciente destaca como relevantes:

- Buen ajuste.
- Fijación segura.
- Altura adecuada del tacón y del collar.
- Resistencia al deslizamiento.
- Dureza apropiada de suela/plantilla.

4. OBJETIVO

Sintetizar la evidencia científica disponible sobre las características del calzado que pueden favorecer la estabilidad y reducir el riesgo de caídas en personas mayores, así como identificar errores frecuentes de uso.

5. MÉTODO

Se trata de una síntesis o revisión narrativa de la evidencia científica sobre calzado, equilibrio y riesgo de caídas en personas mayores.
No es un estudio propio.

Revisión de literatura científica

↓

Selección de estudios sobre calzado y estabilidad

↓

Síntesis de hallazgos clínicamente aplicables

6. RESULTADOS

Revisión de 2024



El buen ajuste, la fijación segura, una altura adecuada del tacón y del collar, la resistencia al deslizamiento y una dureza apropiada de suela/plantilla contribuyen a la prevención de caídas.

100 mujeres ≥60 años



Mejor equilibrio con calzado puesto que descalzas.

Escala de Berg (BBS)		
Con zapatos	39,07 ± 9,14	p < 0,0001
Descalzas	36,54 ± 10,39	

30 mujeres de 65–83 años

- Mejor rendimiento con zapatilla cerrada, suela firme y cierre con velcro.
- Rendimiento intermedio con calcetines.
- Peor con zapatilla destalonada y blanda.
- El 77 % consideraría usar la zapatilla cerrada para reducir el riesgo de caída.



Mejor rendimiento (con velcro)



Rendimiento intermedio (con calcetines)



Peor rendimiento (destalonada y blanda)

Mensajes prácticos



SÍ


Bien ajustado


Talón cerrado


Cierre seguro


Suela antideslizante


Suela firme y estable

EVITAR


Ir descalzo


Solo con calcetines


Zapatillas destalonadas


Suelas gastadas o resbaladizas


Calzado holgado o inestable

7. CONCLUSIONES



- El calzado adecuado puede ser una estrategia sencilla y clínicamente útil para mejorar la seguridad en la marcha y contribuir a la prevención de caídas en personas mayores.
- No todo calzado protege igual.
- Deben evitarse opciones inestables o poco seguras, especialmente en el domicilio.

CAPSULITIS ADHESIVA

RECUPERAR MOVILIDAD SIN FORZAR EL HOMBRO

Ejercicio terapéutico, progresión individualizada y límites de la evidencia en personas mayores



1 RESUMEN

La capsulitis adhesiva, o hombro congelado, cursa con dolor y pérdida marcada de movilidad activa y pasiva. El ejercicio terapéutico y la fisioterapia pueden mejorar movilidad, función y dolor, pero la respuesta es variable y la recuperación puede ser prolongada. La evidencia específica en personas mayores es limitada, por lo que la progresión debe individualizarse.

2 PALABRAS CLAVE

Capsulitis adhesiva · hombro congelado · persona mayor · ejercicio terapéutico · movilidad · función · fisioterapia

3 ANTECEDENTES

- La pérdida de movilidad glenohumeral puede limitar vestido, higiene, alcance y sueño.
- La intensidad del dolor y la irritabilidad cambian durante la evolución.
- No existe una única intervención claramente superior para todos los pacientes.
- La evidencia actual apoya un abordaje conservador activo y adaptado a síntomas y función.



4 OBJETIVO

Presentar un enfoque fisioterapéutico basado en evidencia para recuperar movilidad y función en la capsulitis adhesiva, mostrando beneficios, límites y criterios de progresión clínica.

5 MÉTODO

Síntesis narrativa de revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes.

A — Valorar
- Dolor, irritabilidad.
- Movilidad activa/pasiva.
- Función y comorbilidades.



B — Educar
- Evolución esperada.
- Autocuidado.
- Mantenimiento de actividad tolerada.



C — Ejercicio
- Movilidad activa y activa-asistida.
- Trabajo de rango tolerado.
- Fortalecimiento progresivo.



D — Movilización articular
- Posible complemento.
- Ajustado a irritabilidad.
- No sustituye al ejercicio.



E — Progresar
- Aumentar rango y carga según respuesta clínica.
- **No existe una dosis universal.**



6 RESULTADOS

LO QUE PUEDE MEJORAR

- Revisiones sistemáticas muestran que el ejercicio puede mejorar rango de movimiento, función y dolor.
- Existe evidencia preliminar de que el ejercicio supervisado puede favorecer más el rango y la función que el ejercicio domiciliario aislado.
- Combinar ejercicio con movilización articular puede aportar mejoras de movilidad en algunos pacientes.

LIMITACIONES / RESULTADOS NO ÓPTIMOS

- Un metaanálisis de 2026 encontró un efecto global pequeño del ejercicio frente a control (SMD 0,10; IC 95% 0,05–0,15) y calificó la certeza global como muy baja.
- No está bien establecida la dosis óptima ni el beneficio a largo plazo.
- La respuesta clínica no es uniforme: algunos pacientes mejoran lentamente o de forma parcial.
- La movilización escapular, por sí sola, no mostró beneficio clínico significativo frente a otros tratamientos en una revisión de 6 ensayos.

7 CONCLUSIONES

- El ejercicio terapéutico es una herramienta útil, pero no garantiza una recuperación rápida ni completa.
- La progresión debe adaptarse a dolor, irritabilidad, movilidad y objetivos funcionales.
- Las técnicas manuales pueden ser complementarias, no el eje único del tratamiento.
- En personas mayores se necesita más investigación específica y seguimiento a largo plazo.

MENOS FORZAR • MÁS DOSIFICAR • PROGRESAR SEGÚN RESPUESTA

Deterioro cognitivo leve: Dual-Task

Combinando retos cognitivos y motores para frenar el declive funcional



1 RESUMEN



El deterioro cognitivo leve (DCL) aumenta el riesgo de caídas, la pérdida de autonomía y la progresión a un deterioro mayor. En la vida diaria, caminar o levantarse se realiza "en silencio", pero en realidad requiere la combinación de tareas cognitivas y motoras.

El entrenamiento Dual-Task integra ejercicio físico y reto cognitivo simultáneo, mejorando el rendimiento funcional en situaciones reales y favoreciendo la independencia en personas mayores.

2 PALABRAS CLAVE

Deterioro cognitivo leve (DCL) · Dual-Task · Fisioterapia · Tercera edad · Equilibrio · Marcha · Prevención de caídas · Función ejecutiva

3 ANTECEDENTES

- En el DCL se alteran especialmente la atención, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas.
- Esto afecta a tareas funcionales y aumenta el "coste dual" al realizar dos acciones a la vez.
- El Dual-Task entrena el cerebro mientras el cuerpo se mueve, favoreciendo la transferencia a actividades cotidianas.

4 OBJETIVO

Mejorar la función de la marcha y el equilibrio en personas mayores con DCL mediante un programa de entrenamiento Dual-Task, reduciendo el impacto del doble reto sobre el rendimiento.

5 MÉTODO

Diseño
Intervención fisioterapéutica estructurada (estudio de casos).

Participantes
Personas ≥ 65 años con DCL, capaces de deambular con o sin ayuda.

Duración
4–8 semanas.

Frecuencia
2–3 sesiones/semana, 30–45 minutos.

Entorno
Consulta, centro comunitario o domicilio, con supervisión inicial.



1 Intervención Dual-Task (bloques)

1 Bloque motor (5 min)
- Marcha
- Cambios de dirección
- Obstáculos bajos
- Sit-to-stand
- Equilibrio estático y dinámico

2 Bloque cognitivo (5–10 min)
- Atención: nombrar animales/ciudades
- Memoria de trabajo: recordar palabras
- Función ejecutiva: alternar categorías
- Cálculo, conteo, tareas de fluidez verbal

3 Tarea Dual (20–30 min)



- Marcha + tarea cognitiva
- Circuitos con obstáculos + conteo
- Sit-to-stand + memoria
- Bimanual + decisiones
- Tareas funcionales de la vida diaria

Progresión
- Motor simple + cognitivo simple →
- Motor complejo + cognitivo complejo
- Aumentar dificultad, velocidad y precisión
- Reducir ayudas según tolerancia

Seguridad
- Supervisión y adaptación
- Silla cercana si es necesario
- Espacio despejado
- Calzado estable
- Pausas y control de fatiga

Medidas de evaluación (pre/post)
- Velocidad de marcha (p. ej. 4 m)
- Equilibrio funcional (TUG)
- Coste dual (diferencia entre tarea simple y dual)
- Función ejecutiva (según disponibilidad)
- Confianza en la marcha
- Participación en actividades diarias

6 RESULTADOS

Tras el programa Dual-Task se observa, de forma general:

Marcha más segura y con mejor ritmo ↑

Mejor equilibrio funcional con menos inestabilidad en giros y cambios de tarea ↑

Menor coste dual a la hora de caminar y pensar a la vez ↓

Mayor confianza en actividades cotidianas ↑



7 CONCLUSIONES

- El entrenamiento **Dual-Task es una estrategia útil,** segura y realista en fisioterapia geriátrica para personas con DCL.
- Integrar retos cognitivos durante tareas motoras mejora la marcha, el equilibrio, la atención y la autonomía, y puede reducir el riesgo de caídas.
- Se recomienda una progresión individualizada, con objetivos funcionales, supervisión y adaptación al nivel de cada persona.
- Su aplicación en contextos clínicos, comunitarios o domiciliarios favorece la participación social y un envejecimiento más activo y saludable.



Vulnerabilidad comunicativa en personas mayores atendidas en Urgencias

Rebeca Santos Nieto[1], Mª Asunción Jorge Martín[1], Alicia Pacho Gimaré1, Beatriz Nieto Miguel[2], Rafael Molinero Pérez[3]

(1) Enfermera. Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. GASZA. – (2) Enfermera. Residencia de Personas Mayores "Los Tres Árboles". Gerencia de Servicios Sociales de Zamora – (3) Enfermero. Centro de Salud Campos-Lampreana. GASZA.

VIII Congreso Internacional Silver Economy Zamora 26 – 28 noviembre de 2026

RESUMEN

El deterioro auditivo y visual puede dificultar la comunicación en urgencias y comprometer la seguridad.
Se propone el Código VC como estrategia de detección precoz y adaptación asistencial para garantizar una atención accesible, segura y centrada en la persona.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento; urgencias; seguridad del paciente; comunicación; deterioro sensorial; humanización.

ANTECEDENTES

La pérdida auditiva incapacitante afecta a más del 25% de las personas mayores de 60 años.
La discapacidad visual es especialmente frecuente a partir de los 50 años y se asocia a vulnerabilidad y dependencia.
En los Servicios de Urgencias, el ruido, las interrupciones y la rapidez asistencial pueden amplificar estas barreras.

OBJETIVOS

GENERAL
Diseñar e implantar el Código VC para detectar y adaptar la atención a personas ≥75 años con deterioro auditivo o visual.

ESPECÍFICOS
- Identificar dificultades de comunicación.
- Mejorar comprensión al alta.
- Favorecer la seguridad y humanización.

MÉTODO

Proyecto de mejora de calidad para implantación en el Servicio de Urgencias. Se realiza un cribado breve en triaje para pacientes ≥75 años. Si se obtiene una respuesta afirmativa, se activa el Código VC y las medidas adaptadas durante el proceso asistencial.



¿A QUIÉN?

Personas de 75 años o más atendidas en urgencias

CRIBADO

1 ¿Utiliza audífonos?
2 ¿Dificultad para seguir una conversación?
3 ¿Dificultad para leer instrucciones?

ACTIVACIÓN

Un SI a cualquiera de las preguntas

ACTIVAR CÓDIGO VC

MEDIDAS DE ADAPTACIÓN COMUNICATIVA

1. **CARA A CARA** Hablar de frente
2. **AYUDAS** Gafas y audífonos
3. **CLARIDAD** Frases breves
4. **ENTORNO** Reducir interferencias
5. **APOYO** Información escrita
6. **TEACH-BACK** Verificar comprensión

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera identificar un número relevante de necesidades comunicativas actualmente no detectadas, mediante un cribado superior al 80% de pacientes ≥75 años; mayor comprensión de la información y recomendaciones al alta; aumento de la satisfacción; y reducción de incidencias y reconsultas vinculadas a fallos de comunicación.

CONCLUSIONES

Intervención innovadora, de bajo coste y reproducible que integra detección, adaptación e indicadores para mejorar seguridad, accesibilidad y experiencia del paciente mayor.


HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)
RESUMEN
La inteligencia artificial ofrece grandes oportunidades para mejorar la atención sanitaria, especialmente en el envejecimiento. Sin embargo, su incorporación debe mantener la esencia del cuidado: la empatía, la escucha y el respeto a la dignidad de la persona.
PALABRAS CLAVE
Inteligencia Artificial; Humanización; Cuidados; Personas Mayores.
ANTECEDENTES
El envejecimiento de la población y el avance tecnológico plantean nuevos retos en el ámbito sociosanitario. La IA puede apoyar la toma de decisiones, prevenir riesgos y personalizar los cuidados, pero también puede generar riesgos de deshumanización, pérdida del contacto personal y desigualdad en el acceso.
OBJETIVOS
OBJETIVO GENERAL:
- Reflexionar sobre cómo integrar la IA en el cuidado de las personas mayores sin perder la dimensión humana.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
- Analizar los beneficios y riesgos de la IA.
- Promover la humanización de los cuidados.
- Impulsar un modelo ético y centrado en la persona
RESULTADOS
* La IA mejora la detección precoz de necesidades y la personalización de los cuidados.
* Se mantiene la importancia del contacto humano para el bienestar emocional y la calidad de vida.
* Es clave una formación adecuada de los profesionales y una regulación ética.
* Las personas mayores valoran la tecnología cuando se combina con trato cercano y respeto.
MÉTODO
Revisión de estudios y artículos científicos
Scielo
Dialnet
PubMed
CONCLUSIONES
La humanización de los cuidados en la era de la IA es posible y necesaria.
La tecnología debe ser una aliada para potenciar el cuidado, sin sustituir el vínculo humano que da sentido a la atención sanitaria.

Hipercifosis en personas mayores: postura, movilidad torácica y equilibrio



1 RESUMEN

La hipercifosis torácica es **frecuente** en personas mayores y se asocia con **alteraciones posturales, reducción de la movilidad torácica**, limitaciones funcionales y mayor riesgo de caídas.

Este trabajo propone un **programa de intervención fisioterapéutica** centrado en la mejora de la postura, la movilidad torácica y el equilibrio, con el objetivo de favorecer la funcionalidad y la calidad de vida en personas mayores con hipercifosis.

2 PALABRAS CLAVE

Hipercifosis | Personas mayores | Postura | Movilidad torácica | Equilibrio | Fisioterapia



3 ANTECEDENTES

La hipercifosis torácica aumenta con la edad y puede estar relacionada con cambios degenerativos, osteoporosis y alteraciones musculoesqueléticas.

Se asocia con una postura más encorvada, menor movilidad torácica, disminución de la función física y mayor riesgo de caídas.

Puede afectar a la expansión torácica y a la función respiratoria.

La intervención fisioterapéutica puede contribuir a mejorar la alineación postural, la movilidad, el equilibrio y la funcionalidad en esta población.

4 OBJETIVO

Diseñar un **programa de intervención fisioterapéutica** dirigido a personas mayores con hipercifosis torácica, con el objetivo de mejorar la postura, la movilidad torácica y el equilibrio.

5 MÉTODO

Diseño	Población	Intervención	Duración y frecuencia	Evaluación
Propuesta de intervención fisioterapéutica.	Personas mayores con hipercifosis torácica.	• Ejercicios de movilidad torácica. • Reeducación postural. • Fortalecimiento. • Entrenamiento del equilibrio.	Programa estructurado (con duración y frecuencia específicas).	Postura, movilidad torácica, equilibrio y funcionalidad.

6 RESULTADOS

Resultados esperados tras la implementación del programa:

- Mejora de la alineación postural y reducción de la hipercifosis funcional.
- Aumento de la movilidad torácica y de la expansión torácica.
- Mejora del equilibrio y menor riesgo de caídas.
- Mayor funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

7 CONCLUSIONES

- Un programa de intervención fisioterapéutica centrado en la postura, la movilidad torácica y el equilibrio puede ser una estrategia útil en personas mayores con hipercifosis torácica.
- Se espera que la aplicación del programa contribuya a mejorar la postura, la movilidad, el equilibrio y la funcionalidad.
- La fisioterapia puede desempeñar un papel importante en la prevención de la discapacidad y en la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

Programa preventivo de incontinencia urinaria mediante entrenamiento del suelo pélvico en mujeres mayores



1 Resumen

La incontinencia urinaria es un problema frecuente en mujeres mayores y tiene un impacto importante en la calidad de vida, la autoestima y la participación social. La fisioterapia del suelo pélvico, mediante programas de ejercicio específicos, constituye una estrategia eficaz y segura para prevenir la aparición o progresión de los síntomas. El entrenamiento supervisado, combinado con educación sanitaria y hábitos miccionales saludables, favorece el control urinario y la autonomía funcional.

2 Palabras clave

Incontinencia urinaria · Suelo pélvico · Fisioterapia · Prevención · Mujeres mayores · Ejercicio terapéutico · Calidad de vida · Autonomía funcional

3 Antecedentes

- El envejecimiento se asocia a cambios hormonales, musculares y del tejido conectivo que pueden afectar a la función del suelo pélvico.
- Factores como la multiparidad, el sedentarismo, el sobrepeso, las enfermedades crónicas y la disminución del tono muscular aumentan el riesgo de incontinencia urinaria.
- La fisioterapia del suelo pélvico es una intervención de primera línea para prevenir y reducir los síntomas, especialmente cuando incluye educación, toma de conciencia corporal y entrenamiento progresivo.

4 Objetivo

Presentar un programa preventivo de ejercicios del suelo pélvico en mujeres mayores, orientado a reducir el riesgo de incontinencia urinaria, mejorar el control miccional y favorecer la calidad de vida.

5 Método: programa por fases

Se propone un programa fisioterapéutico estructurado, individualizable y supervisado, basado en educación anatómica básica, toma de conciencia, entrenamiento progresivo y coordinación con la respiración.

Fase inicial (0–2 semanas)

Protección y educación

- Información sobre la función del suelo pélvico.
- Educación en hábitos miccionales y estilo de vida.
- Toma de conciencia corporal.
- Activación sauve del suelo pélvico (coordinación con la respiración).
- Movilidad global y posturas adecuadas.



Fase intermedia (2–6 semanas)

Movilidad progresiva

- Aumento gradual de la fuerza y resistencia.
- Contracciones mantenidas y repetidas.
- Integración en diferentes posiciones (tumbada, sentada, de pie).
- Ejercicios funcionales (carga, cambios posturales, marcha).
- Entrenamiento de la respiración y control de la presión intraabdominal.



Fase funcional (> 6 semanas)

Fuerza y autonomía

- Integración en actividades de la vida diaria.
- Ejercicios en bipedestación, marcha y situaciones funcionales.
- Incremento de la resistencia y control en esfuerzos.
- Entrenamiento de tareas específicas (levantarse, subir escaleras, cargar).
- Mantenimiento con programa domiciliario y seguimiento periódico.



Educar — Conocer y comprender. → **Activar** — Conectar y controlar. → **Entrenar** — Progresar y aplicar. → **Integrar** — Mantener en la vida diaria.

6 Resultados esperados

- Mejora del control urinario y percepción de seguridad.
- Disminución de episodios de urgencia o escapes.
- Mayor participación en actividades de la vida diaria.
- Confianza corporal y reducción del impacto emocional asociado a la incontinencia.
- Mejor adherencia al ejercicio terapéutico y a hábitos saludables.

7 Conclusiones

- La fisioterapia del suelo pélvico es una herramienta útil, segura y de primera línea en la prevención de la incontinencia urinaria en mujeres mayores.
- Un programa estructurado, individualizado y coordinado con el equipo sanitario favorece la recuperación funcional, la autonomía y la calidad de vida.
- La combinación de educación, ejercicio progresivo y hábitos miccionales saludables permite reducir el riesgo de aparición o progresión de los síntomas.
- Es fundamental una atención inclusiva, respetuosa y centrada en la persona, integrando la educación, el ejercicio y el seguimiento a medio y largo plazo.

PROTOCOLO PARA EL USO SEGURO DE MULETAS

Ajuste, marcha, transferencias y escaleras

1 Resumen

El uso correcto de las muletas mejora la seguridad, la movilidad y la autonomía durante la marcha y las transferencias. Un ajuste adecuado y una técnica correcta reducen el riesgo de caídas, sobrecargas y compensaciones innecesarias.

2 Palabras clave

Muletas · Marcha asistida · Apoyo parcial · Apoyo sin carga · Escaleras · Transferencias · Prevención de caídas · Rehabilitación

3 Antecedentes

- Las muletas de antebrazo se utilizan para descargar peso, mejorar la estabilidad y facilitar la marcha.
- La técnica depende del grado de apoyo permitido sobre la extremidad afectada.
- Los errores de ajuste o de uso pueden provocar dolor, inseguridad y riesgo de caída.

4 Objetivo

Presentar un protocolo práctico para el ajuste y uso seguro de muletas, orientado a mejorar la estabilidad, la autonomía y la prevención de caídas.

5 Método

A Ajuste inicial



1. Empuñadura a la altura del pliegue de la muñeca.
2. Codo con ligera flexión.
3. Ambas muletas a la misma altura.
4. Abrazadera justo por debajo del codo.

B Marcha



Sin carga
Adelantar ambas muletas, mantener la pierna afectada sin apoyo y avanzar con la pierna sana.

Apoyo parcial
Adelantar muletas, colocar la pierna afectada entre ellas y después avanzar la pierna sana.

Una sola muleta
Usarla en la mano contraria a la pierna afectada.

C Transferencias



Para sentarse o levantarse, juntar las muletas en una mano y usar la otra mano para apoyarse en la silla.

D Escaleras



Subir
Primero la pierna sana, después la afectada y luego la muleta.

Bajar
Primero la muleta, después la pierna afectada y al final la pierna sana.

E Seguridad

- Usar calzado cerrado y estable.
- Revisar conteras de goma.
- Evitar suelos mojados y obstáculos.
- No avanzar demasiado las muletas.

6 Resultados

- Mayor estabilidad y control postural.
- Marcha más segura y eficiente.
- Mejor autonomía en actividades diarias.
- Menor riesgo de caídas y sobrecarga.
- Mejor confianza durante la movilidad.

7 Conclusiones

El uso de muletas debe enseñarse de forma individualizada y progresiva. Un buen ajuste, una técnica correcta y medidas básicas de seguridad favorecen una movilidad más segura, funcional y autónoma.

Regla práctica:

la pierna sana sube primero; la pierna afectada baja primero.

Vendaje multicapa para el linfedema de miembro superior

una intervención clave desde enfermería



1 Resumen

El vendaje multicapa es una intervención eficaz y segura para reducir el volumen del linfedema de miembro superior, mejorar los síntomas y favorecer la funcionalidad. La enfermería desempeña un papel fundamental en su aplicación, monitorización, educación y seguimiento, dentro de un abordaje integral y personalizado.

2 Palabras clave

Linfedema | Vendaje multicapa | Miembro superior | Enfermería | Reducción de volumen | Autocuidado | Compresión | Educación sanitaria | Calidad de vida

3 Antecedentes

- El linfedema de miembro superior es frecuente, especialmente tras tratamientos oncológicos de mama, y puede generar limitación funcional, dolor, pesadez y alteraciones de la imagen corporal.
- El tratamiento descongestivo complejo es el estándar de tratamiento, donde la compresión mediante vendaje multicapa es una de las intervenciones principales en la fase intensiva.
- La correcta aplicación del vendaje requiere formación específica, valoración individualizada y seguimiento para garantizar su eficacia y prevenir complicaciones.



4 Objetivos

- Sintetizar la evidencia sobre el uso del vendaje multicapa en el linfedema de miembro superior.
- Identificar intervenciones de enfermería eficaces.
- Describir recomendaciones para su correcta aplicación, mantenimiento y educación al paciente.
- Promover un abordaje integral que mejore los síntomas, la función y la calidad de vida.

5 Método

Síntesis narrativa de la evidencia disponible en guías clínicas y revisiones sistemáticas recientes.

BÚSQUEDA Y SELECCIÓN	ANÁLISIS	SÍNTESIS	ENFOQUE
Revisión de guías clínicas y revisiones sistemáticas sobre tratamiento del linfedema de miembro superior.	Extracción de recomendaciones sobre eficacia, técnicas de vendaje, frecuencia y resultados.	Organización de la información en torno a intervenciones de enfermería, beneficios y limitaciones.	Centrado en la persona con linfedema de miembro superior y su entorno (familiar y cuidador).









6 Resultados

EFICACIA DEL VENDAJE MULTICAPA

- Reducción significativa del volumen del miembro superior.
- Disminución de la sensación de pesadez, dolor y tensión.
- Mejora de la movilidad y la funcionalidad.
- Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Valoración individualizada del linfedema y de la piel.
- Aplicación correcta del vendaje multicapa con técnica adecuada.
- Educación sobre cuidados de la piel, ejercicios y autocuidado.
- Seguimiento y ajuste del vendaje.
- Detección precoz de complicaciones.
- Coordinación con el equipo multidisciplinar.

RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN

- Utilizar materiales específicos de compresión (bandas de corta y larga elasticidad, algodón de protección).
- Aplicar con una presión decreciente de distal a proximal.
- Respetar la posición funcional del miembro.
- Revisar y renovar según tolerancia, estado de la piel y evolución clínica.
- Combinar con ejercicios y cuidados de la piel.

POSIBLES COMPLICACIONES

- Irritación o lesiones cutáneas.
- Molestias por presión.
- Mala tolerancia al vendaje.
- Deslizamiento o pérdida de efectividad.
- Necesidad de ajuste frecuente.
- Requiere formación específica para su correcta aplicación.

BENEFICIOS OBSERVADOS

- Reducción del volumen y de los síntomas.
- Mayor funcionalidad y autonomía.
- Prevención de progresión del linfedema.
- Mejor aceptación y adherencia al tratamiento.
- Impacto positivo en la calidad de vida.



7 Conclusiones

- El vendaje multicapa es una intervención eficaz en la reducción del volumen y los síntomas del linfedema de miembro superior.
- La enfermería tiene un papel esencial en su aplicación, el seguimiento y la educación de la persona.
- La formación específica, la valoración individualizada y el trabajo en equipo son claves para su éxito.
- Es necesario continuar investigando para optimizar las técnicas, mejorar la adherencia y evaluar su impacto a largo plazo.

Hipercifosis en personas mayores: postura, movilidad torácica y equilibrio



1 RESUMEN

La hipercifosis torácica es **frecuente** en personas mayores y se asocia con **alteraciones posturales, reducción de la movilidad torácica**, limitaciones funcionales y mayor riesgo de caídas.

Este trabajo propone un **programa de intervención fisioterapéutica** centrado en la mejora de la postura, la movilidad torácica y el equilibrio, con el objetivo de favorecer la funcionalidad y la calidad de vida en personas mayores con hipercifosis.

2 PALABRAS CLAVE

Hipercifosis | Personas mayores | Postura | Movilidad torácica | Equilibrio | Fisioterapia



3 ANTECEDENTES

La hipercifosis torácica aumenta con la edad y puede estar relacionada con cambios degenerativos, osteoporosis y alteraciones musculoesqueléticas.

Se asocia con una postura más encorvada, menor movilidad torácica, disminución de la función física y mayor riesgo de caídas.

Puede afectar a la expansión torácica y a la función respiratoria.

La intervención fisioterapéutica puede contribuir a mejorar la alineación postural, la movilidad, el equilibrio y la funcionalidad en esta población.

4 OBJETIVO

Diseñar un **programa de intervención fisioterapéutica** dirigido a personas mayores con hipercifosis torácica, con el objetivo de mejorar la postura, la movilidad torácica y el equilibrio.

5 MÉTODO

Diseño	Población	Intervención	Duración y frecuencia	Evaluación
Propuesta de intervención fisioterapéutica.	Personas mayores con hipercifosis torácica.	• Ejercicios de movilidad torácica. • Reeducación postural. • Fortalecimiento. • Entrenamiento del equilibrio.	Programa estructurado (con duración y frecuencia específicas).	Postura, movilidad torácica, equilibrio y funcionalidad.

6 RESULTADOS

Resultados esperados tras la implementación del programa:

- Mejora de la alineación postural y reducción de la hipercifosis funcional.
- Aumento de la movilidad torácica y de la expansión torácica.
- Mejora del equilibrio y menor riesgo de caídas.
- Mayor funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

7 CONCLUSIONES

- Un programa de intervención fisioterapéutica centrado en la postura, la movilidad torácica y el equilibrio puede ser una estrategia útil en personas mayores con hipercifosis torácica.
- Se espera que la aplicación del programa contribuya a mejorar la postura, la movilidad, el equilibrio y la funcionalidad.
- La fisioterapia puede desempeñar un papel importante en la prevención de la discapacidad y en la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

Terapia celular y medicina regenerativa.

Resumen

La medicina regenerativa y la terapia celular representan una revolución en las ciencias médicas al transicionar del tratamiento sintomático a la cura definitiva de tejidos dañados. Este trabajo analiza de forma panorámica el estado actual, las metodologías de obtención celular y sus aplicaciones clínicas emergentes. Se evaluaron las propiedades de las células madre (embrionarias, adultas e inducidas) junto con el uso de andamios biomédicos para la bioingeniería de tejidos. La evidencia actual demuestra altas tasas de eficacia en patologías hematológicas y avances prometedores en enfermedades neurodegenerativas y cardiovasculares. Sin embargo, la estandarización de los protocolos biológicos, la seguridad biológica a largo plazo y los altos costos representan las barreras críticas para su masificación clínica en los sistemas de salud mundiales.

Palabras clave

·Células madre
·Medicina regenerativa
·Terapia celular
·Bioingeniería de tejidos
·Terapia celular autóloga

Antecedentes

Históricamente, la medicina se ha limitado a retrasar el avance de las enfermedades crónicas mediante intervenciones farmacológicas o quirúrgicas de sustitución. La capacidad regenerativa natural del ser humano es limitada en órganos vitales como el corazón o el cerebro. El descubrimiento de las células madre pluripotenciales y el posterior desarrollo de las células madre pluripotentes inducidas (iPSC) por Shinya Yamanaka abrieron un nuevo paradigma. Durante las últimas décadas, la terapia celular ha pasado de simular procesos fisiológicos básicos a manipular genéticamente líneas celulares (como las células CAR-T) y combinar la biología celular con la ciencia de materiales para fabricar sustitutos tisulares viables en laboratorio.

Objetivos

·Sintetizar los principales tipos celulares utilizados en la medicina regenerativa contemporánea.
·Identificar las metodologías estándar para el aislamiento, cultivo y diferenciación celular en entornos clínicos.
·Evaluar los resultados y las limitaciones éticas, biológicas y económicas de estas terapias en la práctica médica real.

Método

Se realizó una revisión sistemática cualitativa de la literatura científica indexada en bases de datos biomédicas durante el periodo comprendido entre 2018 y 2026. Los criterios de inclusión abarcaron ensayos clínicos fase II y III, metaanálisis y guías de consenso clínico enfocadas en el uso de células madre mesenquimales (MSC), pluripotenciales y terapias de soporte acelular (factores de crecimiento). Se excluyeron reportes de casos aislados o estudios piloto con muestras inferiores a 20 pacientes.

Resultados

Los datos clínicos demuestran que el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas sigue siendo la terapia celular más exitosa y consolidada a nivel global. En medicina regenerativa de órganos sólidos, el uso de células madre mesenquimales (MSC) derivadas de tejido adiposo y cordón umbilical demostró una reducción del 35% en los marcadores inflamatorios crónicos de pacientes con osteoartritis severa y una regeneración tisular parcial visible por resonancia magnética. En el ámbito cardiovascular, los parches celulares precargados con cardiomiocitos derivados de iPSC han logrado integrarse con éxito en modelos preclínicos, aunque la aparición de arritmias transitorias sigue siendo un reto biológico crucial antes de su aprobación generalizada en humanos.

Conclusiones

La terapia celular y la medicina regenerativa han dejado de ser postulados teóricos para convertirse en realidades terapéuticas que salvan vidas. Su capacidad para restaurar la función biológica perdida supera sustancialmente a la farmacología tradicional. El futuro del campo depende directamente de resolver la variabilidad en la respuesta de los pacientes, mitigar el riesgo potencial de tumorigenicidad de las líneas pluripotenciales y optimizar los costos de manufactura bajo normativas de correcta fabricación (GMP) para garantizar un acceso equitativo global.

Bibliografía

1. Mason C, Dunnill P. A brief definition of regenerative medicine. J Regen Med. 2008;3(1):1-5.
2. Atala A, Forgacs G. Biomaterials and therapeutics in regenerative medicine. 2a ed. Nueva York: Academic Press; 2022.
3. Yamanaka S. Pluripotent stem cell induction: past, present, and future. Cell Stem Cell. 2020;27(2):181-190.
4. Trounson A, McDonald C. Stem cell therapies in clinical trials: progress and challenges. Cell Stem Cell. 2015;17(1):11-22.
5. Galipeau J, Sensébé L. Mesenchymal stromal cells: clinical challenges and therapeutic opportunities. Cell Stem Cell. 2018;22(6):824-833.



TAI CHI Y DETERIORO COGNITIVO LEVE EN PERSONAS MAYORES

Síntesis de evidencia cientifica sobre cognición global, memoria y función ejecutiva

1. RESUMEN



El Tai Chi es una intervención mente-cuerpo de bajo impacto que combina movimiento, equilibrio, atención y control respiratorio. La evidencia reciente sugiere beneficios en la cognición global, la memoria y la función ejecutiva en personas de 60 años o más con deterioro cognitivo leve, aunque los efectos varían según la duración del programa.

2. PALABRAS CLAVE

Tai Chi · deterioro cognitivo leve · personas mayores · cognición global · memoria · función ejecutiva

3. ANTECEDENTES

El deterioro cognitivo leve representa una fase intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia. Las intervenciones físicas y mente-cuerpo pueden contribuir al mantenimiento de la función cognitiva. El Tai Chi combina actividad física, coordinación, control postural y atención sostenida, por lo que se ha propuesto como estrategia no farmacológica en adultos mayores.



movimiento suave



equilibrio



atención



respiración

4. OBJETIVO

Sintetizar la evidencia científica disponible sobre los efectos del Tai Chi en la cognición global, la memoria y la función ejecutiva en personas mayores con deterioro cognitivo leve.

5. MÉTODO

- **Tipo de trabajo:** revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados.
- **Búsqueda:** 7 bases de datos.
- **Estudios incluidos:** 9 ECA.
- **Participantes:** **1.066** personas, edad media 74,1 años.
- **Población:** adultos de 60 años o más con deterioro cognitivo leve.
- **Comparación:** Tai Chi frente a controles.
- **Variables:** cognición global, memoria y función ejecutiva.
- **Duración del programa:** corto plazo: 10–24 semanas | largo plazo: 25–52 semanas



6. RESULTADOS

9 estudios · **1.066** participantes · Edad media: **74,1 años**

Cognición global (efecto global)	**SMD 0,526** IC 95% 0,184–0,869
Cognición global a largo plazo	**SMD 0,488** IC 95% 0,222–0,754
Memoria (efecto global)	**SMD 0,580** IC 95% 0,178–0,982
Memoria a corto plazo	**SMD 1,010** IC 95% 0,155–1,865
Memoria a largo plazo	sin mejora significativa **SMD 0,162** IC 95% −0,094 a 0,417
Función ejecutiva	mejora significativa **SMD −0,791** IC 95% −1,353 a −0,230



Los beneficios parecen depender, en parte, de la duración del programa.

7. CONCLUSIONES

El Tai Chi es una intervención prometedora para personas mayores con deterioro cognitivo leve. La evidencia disponible muestra beneficios en la cognición global, la memoria y la función ejecutiva, aunque no todos los dominios responden igual en el corto y el largo plazo. Se requieren más estudios con protocolos homogéneos para confirmar la magnitud clínica de estos efectos.





Cuidados de enfermería en la insuficiencia cardiaca

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Resumen

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica que suele afectar más a personas mayores, por ello es importante identificar los cuidados de enfermería que ayudan a mejorar el pronóstico de estos pacientes y la adherencia terapéutica para favorecer una mejor evolución de la enfermedad. En este contexto, enfermería desempeña un papel fundamental mediante la educación de la salud.

Insuficiencia cardíaca; Cuidados de enfermería; Personas mayores; Autocuidado

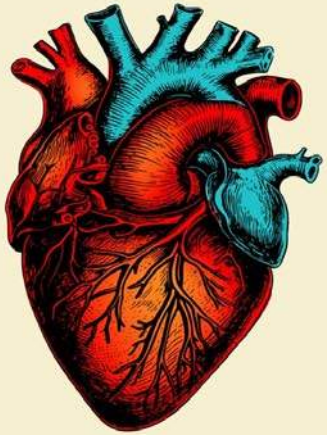
Antecedentes

La insuficiencia cardiaca es un síndrome provocado por un desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo. Puede estar causada por enfermedades cardiacas, pero también por un aumento de la demanda de sangre corporal.

Se caracteriza por la falta de aire, el cansancio o la retención de líquidos, entre otros síntomas. Su prevalencia aumenta con el envejecimiento, constituyendo un importante problema de salud en las personas mayores debido a la coexistencia de otras enfermedades crónicas que pueden aumentar el riesgo de descompensaciones y hospitalizaciones.

Objetivos

Identificar los principales cuidados e intervenciones de enfermería destinadas a mejorar el autocuidado y la educación sanitaria de las personas mayores con insuficiencia cardíaca, a través de una revisión de la literatura científica.



Método

PubMed
Dialnet
Scielo

2016 - 2026

AGE 65 +

Inglés
Español

Resultados

Los cuidados de enfermería en personas mayores con insuficiencia cardiaca, desde un modelo interdisciplinar, deben estar encaminados a la promoción del autocuidado, la educación sanitaria, la implicación del cuidador y/o la familia y la continuidad asistencial, así como a un seguimiento individualizado.

Conclusiones

Los cuidados de enfermería constituyen un componente clave en la atención integral de las personas mayores con insuficiencia cardiaca, destacando la educación de la salud.

Además, se están desarrollando nuevas intervenciones que incluyen el seguimiento telefónico y la telemonitorización domiciliaria, con la intención de mejorar el seguimiento de los pacientes, la adherencia terapéutica y la calidad de vida, así como prevenir descompensaciones.

Bibliografía

1. Saizen Y, Ikuta K, Katsuhisa M, Takeshita Y, Moriki Y, Kasamatsu M, et al. Impact of nurse-led interprofessional work in older patients with heart failure and multimorbidity: a retrospective cohort study. Am Heart J Plus. 2024;38:100361. doi:10.1016/j.ahjo.2024.100361.
2. Sarıgül SS, Ürek D, Uğurluoğlu Ö. The effect of caregivers' health literacy levels on the quality of life and self-care of patients with heart failure. Geriatr Nurs. 2024;60:491-6. doi:10.1016/j.gerinurse.2024.10.015.
3. Son YJ, Lee SJ, Kim SH. The role of patient activation in self-care behaviours of Korean older adults with heart failure. Nurs Open. 2023;10(8):5202-10. doi:10.1002/nop2.1756.
4. Liljeroos M, Andreae C, Jaarsma T, Wennerholm C. Older heart failure patients' experiences of follow-up in primary care after discharge from hospital. Geriatr Nurs. 2024;59:458-62. doi:10.1016/j.gerinurse.2024.07.036.

Pie caído en el adulto mayor:
ortesis, estimulación y reeducación de la marcha



1. RESUMEN

El pie caído en la persona mayor puede alterar la fase de oscilación, comprometer el contacto inicial y aumentar el riesgo de tropiezos, inestabilidad y limitación funcional. La combinación de ortesis, estimulación y reeducación de la marcha puede contribuir a mejorar la seguridad, la eficiencia del patrón de marcha y la participación en actividades cotidianas. La respuesta clínica depende de la causa neurológica o musculoesquelética, del nivel funcional y de la tolerancia al tratamiento.

2. PALABRAS CLAVE

- Pie caído
- Persona mayor
- Ortesis
- Estimulación eléctrica funcional
- Marcha
- Fisioterapia

3. ANTECEDENTES

- El pie caído se asocia a debilidad de dorsiflexores, arrastre del antepié y compensaciones durante la marcha.
- En personas mayores puede relacionarse con ictus, neuropatías, descondicionamiento y otras alteraciones neurológicas o funcionales.
- Las compensaciones, como la elevación excesiva de cadera o rodilla, incrementan el gasto energético y la inestabilidad.
- El abordaje fisioterapéutico debe valorar seguridad, velocidad de marcha, apoyo, equilibrio y necesidad de ayudas técnicas.

4. OBJETIVO

Sintetizar el papel de las ortesis, la estimulación y la reeducación de la marcha en el manejo del pie caído en el adulto mayor, destacando su utilidad clínica, sus indicaciones y sus limitaciones.

5. MÉTODO

Diseño	Síntesis narrativa con enfoque clínico.
Población	Personas mayores con pie caído de origen neurológico o funcional.
Valoración	Observación de la marcha, seguridad, dorsiflexión, equilibrio, fatiga y funcionalidad.
Intervención	Ortesis tipo AFO, estimulación eléctrica funcional, ejercicios de dorsiflexión, fortalecimiento, control postural y entrenamiento de la marcha.
Progresión	Práctica en suelo llano, cambios de dirección, obstáculos, doble tarea y actividades de la vida diaria.
Seguimiento	Revisión de tolerancia, ajuste de ayudas y reevaluación funcional.







6. RESULTADOS

Ortesis
Pueden mejorar el despeje del pie y el contacto inicial, favoreciendo un patrón más seguro.



Estimulación funcional
Puede facilitar la activación de dorsiflexores y mejorar el tiempo de respuesta durante la marcha en casos seleccionados.



Reeducación de la marcha
Contribuye a reducir compensaciones y a entrenar transferencias y desplazamientos funcionales.



Equilibrio y seguridad
Suele observarse una mejor percepción de estabilidad y mayor confianza para caminar.



Limitaciones clínicas
La respuesta es variable según etiología, estado cognitivo, sensibilidad, espasticidad, fatiga y adherencia.



Tolerancia y uso real
No todas las personas mayores toleran igual la ortesis o la estimulación, y algunos beneficios pueden ser parciales.



7. CONCLUSIONES

1. Las ortesis, la estimulación y la reeducación de la marcha pueden ser herramientas útiles para mejorar la seguridad y la funcionalidad en el pie caído.
2. La elección del tratamiento debe individualizarse según la causa, la capacidad funcional y los objetivos de la persona mayor.
3. No todos los pacientes obtienen la misma mejoría, y en algunos casos la ganancia en velocidad o calidad de marcha puede ser limitada.
4. La necesidad de adaptación, supervisión y adherencia puede condicionar los resultados y obliga a un seguimiento clínico continuado.

Uso correcto del andador y prevención de caídas

Guía práctica de abordaje educativo para mejorar la seguridad, la marcha y la autonomía en personas mayores

1 Resumen



El **andador** es una ayuda técnica que puede mejorar la **estabilidad**, aumentar la **seguridad durante la** marcha y favorecer la autonomía de la persona mayor. Sin embargo, un ajuste incorrecto, una técnica inadecuada o un entorno poco seguro pueden aumentar el riesgo de caída. La educación sobre el uso correcto del andador y la supervisión inicial son fundamentales para una marcha más segura y funcional.

2 Palabras clave

Andador · Prevención de caídas · Persona mayor · Marcha segura · Ayuda técnica · Autonomía · Fisioterapia

3 Antecedentes

- Las caídas son una causa frecuente de lesión y pérdida de autonomía en personas mayores.
- El andador puede ampliar la base de sustentación y mejorar la confianza durante la marcha.
- El uso inadecuado del andador puede provocar tropiezos, mala postura y sobrecarga.
- La educación, el ajuste correcto y el entrenamiento funcional son claves para su uso seguro.

4 Objetivo

Describir un protocolo práctico para el uso correcto del andador y su papel en la prevención de caídas en personas mayores.

5 Método

1 Valoración inicial

- Evaluar equilibrio, fuerza, marcha y necesidad de ayuda técnica.
- Seleccionar el tipo de andador según estabilidad y capacidad funcional.

2 Ajuste del andador

- Regular la altura para que las empuñaduras queden a la altura del pliegue de la muñeca.
- Mantener ligera flexión de codos y hombros relajados.

3 Entrenamiento de uso seguro

- Avanzar el andador a una distancia corta y estable.
- Caminar dentro de la base del andador, sin empujarlo demasiado lejos.
- Mirar al frente y mantener tronco erguido.
- Girar con pasos cortos, sin rotaciones bruscas.
- Si el modelo tiene frenos, bloquearlos antes de sentarse o levantarse.

4 Prevención en el entorno

- Retirar alfombras y obstáculos.
- Usar calzado cerrado y antideslizante.
- Asegurar buena iluminación y superficies seguras.









Errores frecuentes



Andador demasiado alto o demasiado bajo.



Empujarlo muy lejos del cuerpo.



Caminar encorvado mirando al suelo.



Usarlo en superficies inestables o con obstáculos.

6 Resultados esperables del protocolo

- **Mayor seguridad y estabilidad** durante la marcha.
- **Mejor alineación postural** y control del desplazamiento.
- **Disminución de errores** en el uso del andador.
- **Mayor confianza** para desplazarse en casa y en la comunidad.
- **Favorece la autonomía** en actividades de la vida diaria.

7 Conclusiones

- El andador debe ajustarse y entrenarse de forma individualizada.
- El aprendizaje de una técnica correcta puede reducir riesgos y mejorar la funcionalidad.
- La combinación de ayuda técnica, educación y adaptación del entorno es esencial para prevenir caídas.

La juventud interrumpida: Cuando la longevidad no se mide en años

Leucoencefalopatía vascular: repercusiones funcionales, personales y sociales





Resumen

La leucoencefalopatía de etiología vascular puede ocasionar repercusiones que trascienden la afectación neurológica. Cuando aparece en etapas tempranas de la vida adulta, la pérdida de movilidad, la alteración de la funcionalidad, las dificultades cognitivas y los cambios emocionales pueden comprometer profundamente la autonomía, la actividad laboral, las relaciones sociales y el proyecto vital. Esta revisión bibliográfica junto con un caso clínico real analiza cómo esta enfermedad interrumpe la juventud y nos invita a entender la longevidad desde una perspectiva más amplia.

Método

Se extrajeron datos de una búsqueda en MEDLINE a través de PubMed y documentación de la NIH (National Library of Medicine). Se realizó un estudio de caso clínico sobre una persona joven diagnosticada de leucoencefalopatía de etiología vascular.

Conclusiones

Las incertidumbres sobre la patogénesis han retrasado el desarrollo de tratamientos eficaces, siendo el enfoque más aceptado el control intensivo de los factores de riesgo vascular, especialmente la hipertensión.

Es fundamental adaptar el entorno, fomentar la actividad y mantener la participación social para preservar la autonomía y la calidad de vida.

La longevidad se mide también en oportunidades para seguir formando parte de la vida.

Palabras clave

Leucoencefalopatía vascular, adultos jóvenes, autonomía, calidad de vida, longevidad

Antecedentes

Las enfermedades de los vasos pequeños cerebrales afectan a las pequeñas arterias y venas del cerebro, y pueden asociarse con dificultades para caminar y mayor riesgo de caídas. La identificación temprana mediante técnicas de imagen avanzadas permite prevenir la progresión antes de los síntomas.

Objetivos

1. Analizar las repercusiones de la leucoencefalopatía de etiología vascular en la vida de personas jóvenes.
2. Explorar cómo adaptar la vida para mantener la autonomía.

Resultados

Movilidad	Funcionalidad	Cognición	Emociones	Incontinencia urinaria
Pérdida de movilidad y mayor riesgo de caídas.	Dependencia en las actividades de la vida diaria.	Dificultades cognitivas y memoria.	Ansiedad, depresión y cambios en el estado de ánimo.	Pérdida de control de esfínteres.

Adaptar la vida: recursos y estrategias


Ayudas técnicas


Movilidad


Entorno seguro


Activación mental


Red de apoyo

Porque una persona puede perder la capacidad de caminar
y seguir teniendo todo el derecho a decidir hacia dónde quiere ir.

ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA COMO BIOFEEDBACK

en la reeducación del control motor lumbopélvico

RESUMEN

La ecografía musculoesquelética en tiempo real permite visualizar la contracción del transverso abdominal, multífido lumbar y musculatura profunda. Como biofeedback puede facilitar el aprendizaje del control motor lumbopélvico, aunque la evidencia clínica sobre dolor y discapacidad sigue siendo limitada.

PALABRAS CLAVE

ecografía musculoesquelética · biofeedback · control motor · dolor lumbar · transverso abdominal · multífido lumbar

ANTECEDENTES

- El dolor lumbar es la principal causa mundial de discapacidad; el envejecimiento aumentará su carga.
- El 90% de casos son inespecíficos y requieren abordajes activos y educativos.
- La activación selectiva del TrA y multífido es difícil con instrucciones verbales.
- RUSI ofrece feedback visual seguro, sin radiación, y útil para aprendizaje motor.

OBJETIVO

Sintetizar la evidencia científica sobre el uso de la ecografía musculoesquelética como biofeedback visual en la reeducación del control motor lumbopélvico.

MÉTODO

Síntesis narrativa crítica. Búsqueda en PubMed/MEDLINE, revisiones y guías. Se priorizaron revisiones sistemáticas, ECA y estudios sobre RUSI, ejercicios de control motor, TrA, multífido y dolor lumbar.

RESULTADOS CLÍNICAMENTE RELEVANTES

Lectura rápida: RUSI puede mejorar la ejecución y la retención del gesto motor, pero no demuestra por sí sola mejores resultados clínicos a largo plazo.

11	40	90%
revisión sistemática	muestra del ECA 2021	contexto clínico
estudios sobre RUSI y MCE	adultos sanos; no dolor lumbar	dolor lumbar inespecífico

Evidencia	Hallazgo	Lectura clínica
RUSI + ejercicios de control motor	Mejor ejecución/retención en varias tareas de TrA y multífido frente a instrucciones verbales o táctiles.	Útil para aprendizaje
Ensayo preliminar 2021	En adultos sanos, mayor mantenimiento de la contracción de TrA y LM durante 15-30 s con feedback visual.	No generalizar a pacientes
Dolor y discapacidad	La transferencia a dolor, discapacidad o recurrencia no está claramente demostrada; faltan ECA clínicos homogéneos.	Efecto clínico incierto

Proceso terapéutico propuesto

1. **Ver** — contracción en tiempo real
2. **Ajustar** — calidad del patrón
3. **Retirar feedback** — pasar a función

Limitaciones: muestras pequeñas · mayoría sanos · protocolos heterogéneos · escasa evidencia específica en personas mayores · requiere formación y estandarización

CONCLUSIONES

- RUSI ayuda a visualizar y corregir la activación profunda.
- Puede facilitar aprendizaje y adherencia inicial.
- Debe integrarse con ejercicio graduado, educación y función.
- La evidencia clínica directa en dolor lumbar es limitada.
- Evitar dependencia del feedback visual.

APLICACIÓN CLÍNICA

Priorizar	Evitar
feedback corto + práctica funcional	prometer reducción rápida del dolor

Mensaje final: El valor principal es enseñar a sentir y controlar el movimiento, no depender de la pantalla.



CONSECUENCIAS DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE EN ADULTOS

Resumen

El traumatismo craneoencefálico (TCE) grave puede provocar secuelas neurológicas, cognitivas, emocionales y funcionales que afectan a la autonomía y calidad de vida. Esta revisión pretende identificar sus principales consecuencias y las implicaciones para los cuidados de enfermería.

Palabras clave

Traumatismo craneoencefálico grave; adultos; secuelas; discapacidad; enfermería.

Antecedentes

El TCE grave es una causa importante de mortalidad y discapacidad adquirida. Sus secuelas pueden persistir a largo plazo y generar dependencia y sobrecarga familiar, por lo que requiere atención integral y multidisciplinar.

Objetivos

Identificar las principales consecuencias del TCE grave en adultos y describir sus repercusiones sobre la autonomía, la calidad de vida y los cuidados enfermeros.

Método

Revisión bibliográfica estructurada en PubMed/MEDLINE y CINAHL. Se propone incluir estudios publicados entre 2015 y 2026 sobre adultos con TCE grave, seleccionados mediante criterios predefinidos. Los resultados se sintetizarán por categorías temáticas.

Resultados

Las consecuencias se agrupan en cuatro áreas:

Neurológicas y físicas: déficits motores, epilepsia y alteraciones del equilibrio.

Cognitivas: problemas de memoria, atención y funciones ejecutivas.

Emocionales y conductuales: ansiedad, depresión, irritabilidad y apatía.

Funcionales y sociales: dependencia, dificultades laborales y sobrecarga familiar.

Enfermería contribuye a la vigilancia neurológica, la prevención de complicaciones, la valoración funcional y el apoyo a pacientes y cuidadores.

Conclusiones

El TCE grave puede ocasionar secuelas multidimensionales y persistentes. La valoración integral, los cuidados individualizados y la coordinación interdisciplinar son fundamentales para prevenir complicaciones, favorecer la autonomía y mejorar la calidad de vida.

FRAGILIDAD Y POLIFARMACIA EN PERSONAS MAYORES

REPERCUSIONES SOBRE LA AUTONOMÍA, LA CALIDAD DE VIDA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Andrea Giovanna Cárdenas Lara, Inmaculada García Carrasco, Alba Rios Zaragoza . Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

RESUMEN

La fragilidad y la polifarmacia son situaciones frecuentes en las personas mayores y pueden incrementar el riesgo de problemas relacionados con la medicación, acontecimientos adversos y pérdida de autonomía. La revisión de los tratamientos y la deprescripción constituyen estrategias para mejorar la adecuación farmacológica y la seguridad del paciente.

ANTECEDENTES

- La fragilidad aumenta la vulnerabilidad de las personas mayores, el riesgo de deterioro funcional, acontecimientos adversos y pérdida de autonomía.
- La polifarmacia, aunque puede ser necesaria para tratar la multimorbilidad, incrementa el riesgo de interacciones, reacciones adversas, caídas y reingresos hospitalarios.
- La revisión de la medicación y la deprescripción individualizada permiten mejorar la adecuación de los tratamientos y la seguridad, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de cada persona.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia disponible sobre la relación entre fragilidad, polifarmacia y seguridad del paciente en personas mayores, prestando especial atención a las repercusiones de las intervenciones de revisión de la medicación y deprescripción sobre la autonomía y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Fragilidad, polifarmacia, personas mayores, deprescripción, seguridad del paciente, autonomía, calidad de vida.

MÉTODOS

Se realizó una revisión de revisiones sistemáticas y metaanálisis, con síntesis narrativa de los resultados. Como bases de datos se utilizaron PubMed, ClinicalKey, Cochrane Library y SciELO. Se incluyeron revisiones desde 2020 a 2026, en español o inglés, centradas en personas mayores a partir de 65 años. Se seleccionaron diez revisiones para la síntesis final.

RESULTADOS

Las revisiones muestran que las intervenciones de deprescripción y revisión de la medicación pueden reducir el número de medicamentos y la presencia de fármacos potencialmente inapropiados. Sin embargo, los efectos sobre la mortalidad, las caídas, las hospitalizaciones, la funcionalidad y la calidad de vida son variables y no siempre estadísticamente significativos. También se observa una relación entre determinados medicamentos potencialmente inapropiados y resultados adversos, como las caídas y los reingresos hospitalarios.

CONCLUSIÓN

La revisión periódica e individualizada de la medicación constituye una estrategia relevante para mejorar la seguridad de las personas mayores, especialmente en aquellas con fragilidad y polifarmacia. La evidencia disponible respalda la mejora de la adecuación farmacológica, aunque todavía son necesarios más estudios que evalúen sus efectos sobre la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida.

Salud en cada Copa: El Brindis que Cuida de tu Corazón

Zamora, territorio Silver
SILVER ECONOMY

Polifenoles, etanol y dieta mediterránea

INTRODUCCIÓN

Más que una tradición, el vino es un alimento natural obtenido por fermentación de la uva.

Consumido desde hace cientos de años, Hipócrates lo recomienda como tónico y digestivo.

Su interés cardiovascular se relaciona con los polifenoles y su poder antioxidante.

RESULTADOS

El etanol es el alcohol predominante del vino tinto. Se relaciona con una mejora del perfil lipídico, una mayor producción de HDL, una disminución de LDL y una menor agregación plaquetaria.

- HDL ↑ Aumenta el HDL
- LDL ↓ Disminuye la relación de LDL
- LDL ↓ Disminuye la agregación
- ↓ Disminuye la coagulación
- LDL ↑ Aumenta la fibroblásica
- ↓ Disminuye la inflamación



plaquetaria

OBJETIVOS

Una unidad de alcohol equivale a 10 gramos de alcohol.

Una copa de vino de 80-100 ml equivale aproximadamente a esa cantidad.

La dieta mediterránea y el consumo moderado de vino tinto han sido objeto de estudio por su posible relación con la salud cardiovascular.

El Escudo Protector: Los Polifenoles

- Pueden disminuir la oxidación del LDL, dificultar la adhesión del colesterol a las arterias y reducir el riesgo de infarto agudo de miocardio.
- La forma glicosilada favorece su absorción y metabolismo.

La cantidad depende de la variedad de uva, el suelo, la cosecha y el procesamiento.

CONCLUSIÓN

Los posibles beneficios cardioprotectores se relacionan con la acción combinada de polifenoles y etanol, pero la evidencia científica no es concluyente. El coagulo, si se elige, debe ser moderado, acompañado de una buena alimentación, ejercicio físico y un estilo de vida saludable.

No presentar el alcohol como una recomendación para empezar a beber ni como tratamiento médico.

Moderación, alimentación equilibrada y un estilo de vida activo

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica realizada en febrero de 2023.Bases consultadas: Puhledi, Scopus y Scieft. "Termes Sialiver" polifenoles: "ethanol" y "cardiovascular", unidos con AND, bisqueda limitada a los últimos cinco años y a texto completo gratuito. También se consultó legislación del BOE.

BIBILIOGRAFÍA:

Castaldó et al., Molecules, 2019: Weaver et al., European Journal of Nutrition, 2021; Santos-Buono et al., Molecules, 2021; Ed Niggensee et al., International Journal of Molecular Sciences, 2019; Wine in Moderation. El contenido es divulgativo y no sustituye el consejo de un profesional sanitario.

Actividad física en el pueblo



Resumen

La práctica de la actividad física en el adulto mayor tiene influencia de tipo social, cultural y demográfica. Es fundamental para favorecer un envejecimiento saludable, mantener la autonomía y prevenir la dependencia. En el medio rural, las características sociodemográficas y las dificultades de acceso a determinados recursos pueden limitar su práctica.
En este contexto, enfermería desempeña un papel importante en la promoción de hábitos activos, la educación para la salud y el fomento del ejercicio físico adaptado a las necesidades de cada persona mayor.



Antecedentes

El envejecimiento de la población en el medio rural supone un importante reto a nivel mundial. Las condiciones de vida, los factores económicos y el acceso a recursos sanitarios pueden influir en la salud y el bienestar de las personas mayores. Además, estas personas presentan un mayor riesgo de aislamiento social y desconexión de su entorno.
La promoción de la actividad física constituye una herramienta fundamental para favorecer el envejecimiento saludable, preservar la autonomía y prevenir la dependencia.

Objetivos

General: Identificar los factores que influyen en la práctica de ejercicio en las personas mayores que viven en zonas rurales y promover estrategias que faciliten su participación.
Específicos:

- Identificar las barreras que dificultan la realización de ejercicio físico.
- Promover hábitos de vida saludables y envejecimiento activo.
- Favorecer la autonomía y prevenir la fragilidad.
- Fomentar las relaciones sociales mediante actividades grupales.



Método

Búsqueda bibliográfica en bases de datos, en los últimos 10 años e idiomas español e inglés:

- Pubmed
- Scielo

Pregunta PIO
P: poblacion mayor en medio rural
I: programas de ejercicio adaptado
O: aumentar actividad física y favorecer la autonomía

Palabras clave: actividad física, personas mayores, zonas rurales, enfermería, envejecimiento saludable

Resultados

La actividad física influye en la salud a través de varios factores relacionados con la educación, los ingresos y el estado psicológico.

La enfermería tiene un papel clave en el fomento de un envejecimiento activo y saludable. Mediante la comunicación y la participación de las personas mayores, puede identificar sus necesidades, preferencias y grado de autonomía. Esto facilita la planificación de cuidados adaptados a cada uno, orientados a mantener su independencia, mejorar su calidad de vida y promover su bienestar físico y social. (2)

Conclusiones

La actividad física es fundamental para promover un envejecimiento saludable, mantener la autonomía y prevenir la dependencia. Su práctica está condicionada por factores sociales, económicos y por las dificultades de acceso a recursos en el medio rural.

El ejercicio influye en los niveles de actividad de las personas mayores, por lo que enfermería debe fomentar la incorporación del ejercicio a sus rutinas diarias, mediante actividades adaptadas a sus necesidades y capacidades. Así, contribuye a mejorar su calidad de vida y bienestar físico y social.

Bibliografía

1- Sun Y. Physical activity's impact on rural older adult health: The multiple mediating effects of education, income, and psychological capital. Front Public Health [internet]. 2023 [acceso 7 nov 2026]; 11:1173217. Disponible en https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10150060/
2- Lange C, Schülter Buss Heidemann IT, Somavila Przylynski Castro D, Hoffmann Pinto A, Weber Peters C, Kuntz Durand M. Promoting the autonomy of rural older adults in active aging. Revista Brasileira de Enfermagem [internet]. 2018 [acceso 7 nov 2026]; 71.5: 2411-2417. Disponible en https://www.scielo.br/j/reben/a/cZfgBfpr5gW9vjnvJxkhM7q/?lang=en
3- Carrasco C, Mendes F, Bravo J, Pereira C, Tomas-Carus P. Factors influencing physical activity: A cross-sectional study of the community-dwelling older adults in a Portuguese rural area. Int J Older People Nurs [internet]. 2021 [acceso 7 nov 2026];16:e12371. Disponible en https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33713556/

PUNCIÓN SECA FRENTE A TERAPIA MANUAL CONSERVADORA

en el abordaje del síndrome de dolor miofascial cervical

RESUMEN

El síndrome de dolor miofascial cervical se asocia a dolor, puntos gatillo y limitación funcional. La evidencia muestra mejoras con punción seca y con terapia manual de puntos gatillo, pero no demuestra una superioridad clara de la punción seca frente a la terapia manual conservadora. El beneficio más consistente aparece a corto plazo y dentro de abordajes multimodales.

PALABRAS CLAVE

dolor miofascial · punción seca · terapia manual · cervicalgia · puntos gatillo · fisioterapia

ANTECEDENTES

- La cervicalgia crónica puede relacionarse con puntos gatillo miofasciales y discapacidad.
- La terapia manual combinada con ejercicio es una estrategia habitual recomendada en guías de dolor cervical.
- La punción seca se usa sobre puntos gatillo, pero la respuesta depende de técnica, dosis, músculo tratado y perfil del paciente.

OBJETIVO

Sintetizar la evidencia científica sobre los efectos de la punción seca frente a la terapia manual conservadora en dolor miofascial cervical.

MÉTODO

Síntesis narrativa crítica. Búsqueda dirigida en PubMed/MEDLINE, PEDro, Cochrane y revisiones recientes. Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y ECA en adultos con dolor cervical/miofascial. Variables: dolor, discapacidad, umbral de presión, movilidad cervical y seguridad.

RESULTADOS CLÍNICAMENTE RELEVANTES

Lectura rápida: ambas opciones pueden ayudar. La punción seca no supera de forma consistente a la terapia manual conservadora.

6	d=0,41	d=-0,66
ECA incluidos	Dolor VAS	NDI
DN vs TPMT; 241 participantes	IC 95% -0,18 a 0,99	IC 95% -1,33 a 0,02

Comparación directa o próxima	Hallazgo principal	Interpretación
DN vs TPMT metaanálisis	No diferencias significativas en dolor, PPT ni NDI.	Sin superioridad clara
DN vs presión manual ECA n=42	Ambas técnicas mejoraron NDI y dolor; DN no fue superior.	Efecto similar
DN + fisioterapia revisiones	Beneficio a corto plazo en dolor/discapacidad; efectos a medio-largo plazo menos claros.	Complemento posible

Balance de la evidencia

Terapia manual con ejercicio · Ninguna opción gana claramente · Punción seca como complemento

Limitaciones comunes: Heterogeneidad de protocolos · muestras pequeñas · seguimiento corto · dificultad para cegar · dosis no estandarizada · escasa evidencia específica en personas mayores.

CONCLUSIONES

- La punción seca y la terapia manual reducen dolor y discapacidad a corto plazo en pacientes con dolor miofascial cervical.
- La evidencia comparativa no permite afirmar que la punción seca sea superior a la terapia manual conservadora.
- La terapia manual, el ejercicio y la educación deben mantenerse como base del tratamiento conservador.
- La punción seca puede considerarse complemento, no sustituto, si hay indicación clínica y profesional formado.
- En pacientes mayores: valorar anticoagulación, fragilidad, miedo a agujas, tolerancia y consentimiento informado.

APLICACIÓN CLÍNICA

Priorizar: educación + ejercicio + terapia manual

Evitar: prometer superioridad o curación rápida

Mensaje final: La elección debe basarse en exploración, preferencias, seguridad y respuesta funcional; no solo en la técnica.

MEJORANDO LA FUNCIÓN MOTORA EN EL ANCIANO

CON NEUROPATÍA PERIFÉRICA A TRAVÉS DE LA FISIOTERAPIA

Ejercicio terapéutico · propiocepción · estimulación neuromuscular



1 Resumen

La neuropatía periférica en el adulto mayor cursa con alteraciones sensitivas y motoras por deterioro axonal o desmielinización progresiva. Compromete la marcha, el equilibrio y la autonomía. Se analiza la eficacia del ejercicio terapéutico, el entrenamiento propioceptivo y la estimulación neuromuscular para optimizar la función motora y reducir la sintomatología neuropática.

2 Palabras clave

Neuropatía periférica; adulto mayor; fisioterapia; función motora; rehabilitación; equilibrio.

3 Antecedentes

Patología prevalente en personas mayores, asociada a procesos degenerativos, diabetes, déficits vitamínicos o polineuropatías de etiología mixta. Puede provocar pérdida de sensibilidad distal, debilidad muscular, menor velocidad de conducción nerviosa y mayor riesgo de caídas. La fisioterapia ayuda a mitigar el deterioro motor y conservar la capacidad funcional.

4 Objetivos

Analizar el impacto de diferentes estrategias fisioterapéuticas en la función motora del anciano con neuropatía periférica.

5 Método

Programa fisioterapéutico durante 8 a 12 semanas, con 2 a 3 sesiones semanales:

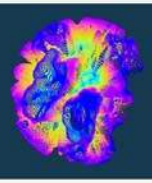
- Ejercicio terapéutico: fuerza distal, estabilización lumbopélvica y resistencia aeróbica ligera.
- Entrenamiento propioceptivo: superficies inestables, control postural y reeducación de la marcha.
- Estimulación neuromuscular: reclutamiento motor de musculatura distal debilitada.
- Educación terapéutica: manejo del dolor, prevención de caídas y autocuidado.

6 Resultados

El documento no aporta resultados cuantitativos específicos. Describe como efectos esperados la optimización de la función motora y la reducción de la sintomatología neuropática mediante ejercicio terapéutico, entrenamiento propioceptivo y estimulación neuromuscular.

7 Conclusiones

La fisioterapia desempeña un papel esencial en la optimización de la función motora del adulto mayor con neuropatía periférica. Los programas que combinan ejercicio terapéutico, entrenamiento propioceptivo y estimulación neuromuscular aportan beneficios clínicamente relevantes y contribuyen a preservar la autonomía y la calidad de vida.



MOVIMIENTO · EQUILIBRIO · AUTONOMÍA

Intervención progresiva y adaptada a la capacidad funcional de la persona mayor

EL ANCIANO FRÁGIL

Prevenir • Detectar • Cuidar

La fragilidad no es una parte normal del envejecimiento, es un estado clínico reversible o manejable.

Espera

El anciano frágil es una persona mayor con menor reserva fisiológica, más vulnerable ante el estrés y con mayor riesgo de resultados adversos en salud.

Afecta a 1 de cada 3 mayores de 70 años y su prevalencia aumenta con la edad.

No es una enfermedad, sino un síndrome multidimensional.

Qué te digo...



R — Reconnce
- Pérdida de peso involuntaria
- Fatiga y debilidad
- Lentitud en la marcha
- Baja actividad física

C — Comprueba
- Valoración geriátrica integral
- Escalas (Fried, Edmonton, FRAIL)
- Identificación de causas reversibles

P — Previene y actúa
- Ejercicio físico y nutrición adecuada
- Control de enfermedades crónicas
- Apoyo social y seguimiento

La detección precoz permite intervenir y mejorar la calidad de vida.

Resumen

El anciano frágil se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y de la capacidad de respuesta ante situaciones de estrés. Se asocia a mayor riesgo de caídas, hospitalización, discapacidad y mortalidad.
La identificación temprana y la intervención multidisciplinar pueden revertir o estabilizar la fragilidad, mejorando la autonomía y la calidad de vida.

Palabras clave

Anciano frágil; fragilidad; envejecimiento; valoración geriátrica; prevención; intervención; calidad de vida.

Antecedentes

- El concepto de fragilidad fue introducido por Fried en 2001.
- Su prevalencia oscila entre el 4–16% en mayores de 65 años, aumentando al 20–50% en mayores de 85 años.
- Se asocia con mayor riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización y mortalidad.
- La fragilidad es potencialmente reversible con intervención precoz y enfoque multidisciplinar.

Objetivos

- **General:**
  Mejorar la detección, prevención y manejo del anciano frágil para reducir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida.
- **Específicos:**
  - Identificar los factores de riesgo y signos de fragilidad.
  - Establecer estrategias de valoración y cribado.
  - Diseñar intervenciones multidisciplinares de prevención y tratamiento.

Método

- **Diseño:** revisión bibliográfica y análisis de guías de práctica clínica.
- **Fuentes:** bases de datos (PubMed, Scopus, Cochrane, Google Scholar).
- **Criterios de inclusión:** artículos en español e inglés publicados en los últimos 10 años, centrados en fragilidad en el anciano.
- **Criterios de exclusión:** estudios en población pediátrica, revisiones sin evidencia o con baja calidad metodológica.
- **Análisis:** síntesis de la evidencia y elaboración de recomendaciones.

Resultados

- La fragilidad se asocia a un aumento del riesgo de caídas (RR 1,5–3), hospitalización (RR 1,4–2,8) y mortalidad (RR 1,6–4).
- La valoración geriátrica integral mejora la detección y permite intervenciones más eficaces.
- El ejercicio físico, la nutrición adecuada y el control de comorbilidades pueden revertir o estabilizar la fragilidad en muchos casos.
- La intervención precoz se asocia con mayor autonomía y mejor calidad de vida.

Conclusiones

- La fragilidad es un síndrome frecuente, prevenible y potencialmente reversible.
- La detección precoz mediante valoración geriátrica integral es clave.
- Las intervenciones multidisciplinares (nutrición, ejercicio, control de comorbilidades y apoyo social) mejoran la autonomía y la calidad de vida.
- Es necesario implementar programas de cribado y seguimiento en Atención Primaria y en el entorno comunitario.

Más prevención, menos fragilidad

Bibliografía

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146–156.
2. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2012;60(8):1487–1492.
3. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381(9868):752–762.
4. García de Yébenes MJ, et al. Fragilidad en el anciano: diagnóstico y tratamiento. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(4):242–251.

PRINCIPALES INTERACCIONES FARMACO- NUTRIENTE.

RESUMEN

Las interacciones fármaco-nutriente (IFN) representan un factor crítico, pero frecuentemente subestimado, en la eficacia terapéutica y el estado nutricional del paciente. Este documento analiza los mecanismos biológicos y las principales manifestaciones clínicas de las IFN, clasificándolas según su impacto en la absorción, metabolismo y excreción. Se destaca cómo alimentos cotidianos (como el zumo de pomelo o los lácteos) alteran la biodisponibilidad de medicamentos esenciales, y cómo ciertos fármacos (como los diuréticos o la metformina) provocan déficits nutricionales graves a largo plazo. Se concluye la necesidad de protocolizar la práctica clínica interdisciplinar para mitigar estos riesgos.

PALABRAS CLAVE: INTERACCIÓN FÁRMACO-NUTRIENTE. BIODISPONIBILIDAD

CITOCROMO P450. MALABSORCIÓN. EFECTO TERAPÉUTICO. ESTADO NUTRICIONAL



ANTECEDENTES

El uso simultáneo de medicamentos y alimentos es inevitable en la práctica médica. Históricamente, la farmacología se centraba de forma aislada en el principio activo, ignorando el contexto dietético del paciente. Sin embargo, la evidencia clínica demuestra que los nutrientes y los xenobióticos comparten las mismas vías de transporte intestinal, unión a proteínas plasmáticas y metabolismo hepático o renal. La polifarmacia actual, especialmente en pacientes crónicos y geriátricos, multiplica exponencialmente el riesgo de interacciones, pudiendo provocar desde fallos terapéuticos por ineficacia hasta toxicidades graves por sobredosificación.

Fármaco / Grupo farmacológico	Alimento / Nutriente / Bebida	Mecanismo principal	Consecuencia clínica
Tetraciclinas y Fluoroquinolonas (antibióticos)	Lácteos (calcio), suplementos de hierro, magnesio o	Formación de **quelatos** insolubles que impiden la	Disminución de la eficacia del antibiótico
Anticoagulantes orales (ej. Warfarina)	Alimentos ricos en **Vitamina K** (espinacas, brócoli,	Antagonismo farmacodinámico (compite con el	Riesgo de trombosis o menor efecto terapéutico
Inhibidores de la MAO (IMAO)	Alimentos ricos en **tiramina** (quesos curados, embutidos,	Acumulación de noradrenalina por inhibición	**Crisis hipertensiva** grave
Estatinas, calcioantagonistas, ciclosporina	**Zumo de pomelo** (furanocumarinas)	Inhibición del citocromo **CYP3A4** en el intestino	Aumento excesivo de la concentración del fármaco en
Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) (ej.	Disminución en la absorción de **Vitamina B12,**	El aumento del pH gástrico altera la liberación/absorción	Riesgo de deficiencias nutricionales u
Ácido valproico	Descenso o alteración de **L-Carnitina**	Interferencia con el metabolismo de la carnitina	Toxicidad hepática o déficit secundario
Alcohol (etanol)	Múltiples fármacos (SNC, hipoglucemiantes,	Competencia metabólica hepática y efecto depresor	Aumento de sedación, riesgo de sangrado gástrico o

OBJETIVOS/MÉTODO

Identificar los mecanismos físico-químicos y fisiológicos subyacentes a las interacciones fármaco nutriente más comunes. ·Clasificar las IFN según su impacto clínico principal (pérdida de eficacia del fármaco vs. desarrollo de desnutrición o déficits específicos). ·Proponer pautas prácticas de administración para los fármacos de uso común que minimicen estos riesgos.

Se realizó una revisión de la literatura científica disponible en bases de datos biomédicas (PubMed, Scopus, Cochrane) enfocada en guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metanálisis publicados sobre interacciones farmacológicas y nutrición. Se seleccionaron los fármacos con mayor índice de prescripción a nivel global y aquellos con un estrecho margen terapéutico.

RESULTADOS

Las principales interacciones encontradas se dividen en dos grandes categorías:

A. Efecto del alimento/nutriente sobre el fármaco (Modificación del efecto terapéutico), como se muestra en la tabla.

B. Efecto del fármaco sobre el estado nutricional (Inducción de déficits) ·Metformina: Su uso prolongado interfiere con la absorción ileal del complejo factor intrínseco-Vitamina B12, provocando anemia megaloblástica y neuropatía periférica en un alto porcentaje de pacientes diabéticos. ·Inhibidores de la Bomba de Protones (Omeprazol, Pantoprazol): Al elevar crónicamente el pH gástrico, impiden la correcta ionización y absorción del hierro, calcio y magnesio, aumentando el riesgo a largo plazo de osteoporosis y anemia. ·Diuréticos de asa (Furosemida): Incrementan notablemente la excreción renal de potasio, magnesio y calcio, lo que puede inducir arritmias y debilidad muscular si no se pauta una suplementación o ajuste dietético.

CONCLUSIONES

Las interacciones fármaco-nutriente tienen un impacto directo en la seguridad del paciente y en el éxito de cualquier tratamiento médico. La mayoría de los fracasos terapéuticos o toxicidades leves debidos a la dieta no se reportan por falta de sospecha clínica. Resulta imprescindible integrar de forma sistemática la educación sobre la administración de medicamentos en relación con las comidas (ej. "en ayunas" o "con alimentos") tanto en la prescripción médica como en el consejo farmacéutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Silva M, García L. Interacciones alimento-medicamento en el paciente polimedicado: una revisión sistemática. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2023;27(2):145-156. 2. Martínez-Anaya J, López-Gubieda M. Manual de interacciones fármaco-nutriente en la práctica clínica habitual. 4a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022. 3. Rodriguez-Fragoso L, Martinez-Arismendi JL. Influence of citrus juices on the pharmacokinetics of calcium channel blockers. J Pharm Sci. 2024;113(3):712-720. 4. Gómez-Cantarino S, González-Sanz JD. Efectos de la supresión ácida prolongada sobre la absorción de micronutrientes: mitos y realidades de los IBP. Aten Primaria. 2025;57(1):102-109.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

Palabras Clave: envejecimiento, actividad física, enfermería y promoción de la salud.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Promover un estilo de vida saludable adaptado a las personas ancianas para promover su independencia.

Objetivo específico:

- Proponer intervenciones de enfermería para fomentar hábitos de vida saludables.
- Fomentar la educación para la salud relacionada con el deporte.

RESULTADOS

- Promoción de hábitos saludables
- Prevención de dependencia
- Educación para la salud
- Bienestar psicológico y social
- Atención al paciente individualizada



MÉTODOS

Revisión bibliográfica:



Bases de datos científicas:

- Pubmed
- CINAHL
- SciELO

Criterios:

- Últimos 10 años
- Idioma: español + inglés

CONCLUSIONES

- Se demuestra que el envejecimiento activo mejora la calidad de vida en los ancianos.
- La enfermería está directamente relacionada con la prevención y la educación sanitaria.
- Las intervenciones enfermeras individualizadas resultan clave en la mejora de la independencia.



RESUMEN

Actualmente el envejecimiento de la población resulta uno de los retos para el sistema sanitario.

En este contexto, el envejecimiento activo se fomenta como una de las principales pautas que mejoran la salud y seguridad de los ancianos. La enfermería es uno de los pilares fundamentales para conseguir dicho objetivo.

Las prácticas y objetivos individualizados a cada paciente promueven una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes, así como una disminución en el número de ingresos hospitalarios.

UTILIDAD DE NUEVAS LAS TECNOLOGÍAS EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA COMUNICACIÓN TRAS UN ICTUS

RESUMEN

Introducción: El ictus puede causar alteraciones en la comunicación, cuya rehabilitación puede mejorar mediante nuevas tecnologías.

Objetivo: Analizar el uso de nuevas tecnologías en pacientes con problemas de comunicación tras un ictus.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed y Cochrane entre febrero y abril de 2025.

Resultados: De 810 artículos, se seleccionaron seis. Se identificaron tres herramientas: telerrehabilitación, aplicaciones móviles y terapia computarizada.

Conclusiones: Las nuevas tecnologías mejoran la rehabilitación, la satisfacción y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, se necesitan más estudios y explorar el uso de la inteligencia artificial.

PALABRAS CLAVE

- Ictus
- Afasia
- Disartria
- Comunicación
- Nuevas tecnologías
- Teléfono inteligente



ANTECEDENTES

El ictus o accidente cerebrovascular es una interrupción repentina de la circulación sanguínea en el cerebro. Pueden desarrollar diversas secuelas, siendo las alteraciones en la comunicación unas de las más comunes. Las nuevas tecnologías han cobrado relevancia en el ámbito de la salud y de la enfermería. Por ello, su uso en la rehabilitación de estos pacientes puede facilitar el cuidado y la comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el papel de las nuevas tecnologías en pacientes con alteración de la comunicación tras un ictus.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Examinar las ventajas e inconvenientes, accesibilidad y facilidad de uso de las tecnologías en pacientes post-ictus.
- Definir cuál es el uso de las nuevas tecnologías en los centros sanitarios en pacientes post-ictus.

P (paciente)
Pacientes con alteración en la comunicación tras un ictus.

I (intervención)
Uso de nuevas tecnologías.

O (outcomes/resultados)
Efectivdad de la intervención.



PubMed

Cochrane Library

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	
✓	Ambos sexos, cualqueired edad, ACV con alteracion en la comunicación. Nuevas tecnologás = dispositivos digitales. Lectura crítica.
✗	Pacientes con problemas en la comunicación por otra causa.

RESULTADOS

APLICACIONES DIGITALES

- Mejor en afasia, articulación de palabras y bienestar psicologico.
- Supera barreras de distancia.
- Accesible, versatil y facilidad de uso.
- Baja adherencia.
- Problemas de conexión.

TERAPIA VIRTUAL

- Resultados igual de fiables.
- Supera barrera geografica y de movilidad.
- Menor satisfacción en la terapia a distancia.
- Problemas con Internet.
- No resultados significativos.
- No datos coste económico

TERAPIA COMUTARIZADA

- Terapia computarizada eficaz.
- Mejor en el uso del vocabulario.
- Efecto sostenido hasta 12 meses.
- NO mejoría en la comunicación ni ABVD ni calidad de vida.
- Cansancio y ansiedad.
- Mayor gasto económico

CONCLUSIONES

Los estudios destacan la efectividad de las tecnologías en la rehabilitación post-ictus. La combinación de telerrehabilitación y aplicaciones móviles mejora la satisfacción de los pacientes y adherencia a las terapias. Se necesita más información, para adaptar las tecnologías a las necesidades del paciente, además de incluir el uso de la inteligencia artificial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duricy E, Durisko C, Dickey MW, Fiez JA. Comparing the Reliability of Virtual and In-Person Post-Stroke. Neuropsychological Assessment with Language Tasks. Archives of Clinical Neuropsychology [Internet]. 2023 [citado 20 marzo 2025]; 38:557-569. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36537281/
2. Ferrete Ruiz EJ, de Torres Chacón MR, Pérez Sánchez S, et al. Rompiendo la barrera comunicativa mediante el uso de nuevas tecnologías en pacientes afásicos tras un ictus. Rev Cient Soc Enferm Neurol. 2023 [citado 30 marzo 2025]; 58:14 25 20. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2013524622000046
3. Palmer R, Dimairo M, Latimer N, et al. Computerised speech and language therapy or attention control added to usual care for people with long-term post stroke aphasia: the Big CACTUS three-arm RCT. NIHR Journals Library [Internet]. 2020 [citado 30 marzo 2025]; 24(19):1-176. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32369007/.

Reserva cognitiva y estilo de vida

María Rodríguez Lorenzo
María Begoña Diego Diego
Laura Jorge Martín

RESUMEN

La reserva cognitiva (RC) puede ayudar a mantener el rendimiento cognitivo frente a los cambios cerebrales asociados al envejecimiento o a enfermedades. La literatura relaciona esta capacidad con diferentes factores como experiencias educativas, actividades cotidianas, ocupación y participación social. Sin embargo, aunque estas asociaciones están claras la evidencia disponible sigue siendo heterogénea y no permite establecer qué hábitos ofrecen una mayor protección.

PALABRAS CLAVE

Reserva cognitiva.
Estilo de vida.
Envejecimiento saludable.
Demencia.

ANTECEDENTES



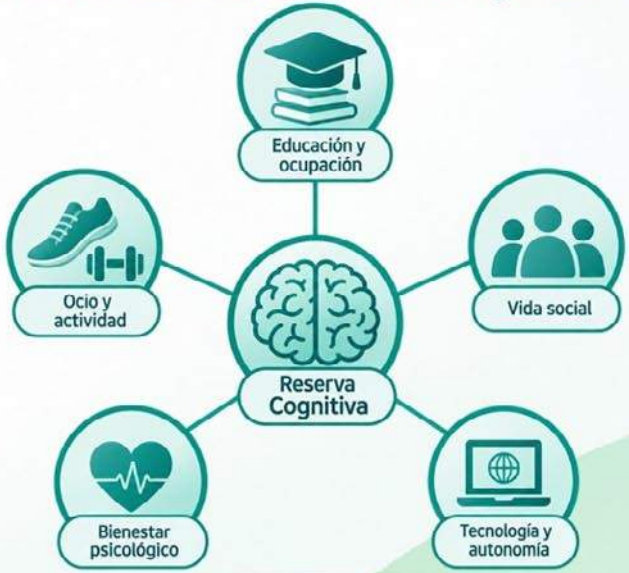
El envejecimiento de la población plantea importantes retos sociosanitarios relacionados con la prevención del deterioro cognitivo y las demencias.



La reserva cognitiva se define como la capacidad de afrontar mejor los cambios o daños cerebrales, manteniendo el funcionamiento cognitivo. Se relaciona con factores desarrollados a lo largo de la vida (educación, ocupación, actividad física, relaciones sociales...)

RESULTADOS

Los estudios revisados señalan diferentes factores que muestran asociaciones con la reserva cognitiva:



MÉTODO

Revisión bibiliográfica 2020 hasta actualidad.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica reciente sobre la relación entre el estilo de vida y la reserva cognitiva, identificando los principales factores asociados a un envejecimiento cognitivo saludable y sus posibles implicaciones prácticas.

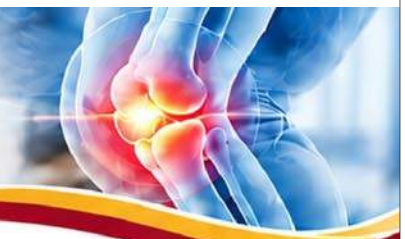
CONCLUSIONES

- El estilo de vida se relaciona con la RC, destacando la educación y la complejidad ocupacional.
- La actividad física, la estimulación cognitiva y la participación social muestran asociaciones favorables, aunque variables.
- La RC es relevante para el envejecimiento saludable, pero no se ha demostrado causalidad ni prevención garantizada de la demencia.
- Se necesitan más estudios para determinar las actividades, frecuencia, duración y etapas vitales más adecuadas.

Zamora Tertiorio Silver
SILVER ECONOMY

ENFERMERÍA Y PACIENTE SENIOR

Estrategias educativas para el control del dolor osteoarticular y la promoción de la autonomía.



RESUMEN

El dolor osteoarticular constituye un problema frecuente en las personas mayores, ya que afecta a su movilidad, autonomía y calidad de vida. La educación sanitaria por parte de enfermería es una herramienta fundamental para fomentar el autocuidado y mejorar el manejo del dolor.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, personas mayores, artrosis, dolor osteoarticular, educación para la salud, autocuidado, autonomía personal.

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población se asocia con un aumento de las enfermedades crónicas, entre ellas las patologías osteoarticulares, que pueden provocar dolor persistente, rigidez y limitación funcional. Todo ello afecta en la capacidad de las personas mayores para realizar las ABVD disminuyendo su calidad de vida e independencia. Enfermería desempeña un papel fundamental mediante la educación sanitaria, proporcionando información y herramientas para el control del dolor.



OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la importancia de las intervenciones educativas de enfermería en el control del dolor osteoarticular y la promoción de la autonomía en personas mayores.

Objetivos específicos

1. Identificar las principales estrategias educativas de enfermería para el control del dolor osteoarticular y la promoción de la autocuidado en personas mayores.
2. Analizar los beneficios de la educación sanitaria sobre funcionalidad, la calidad de vida y el mantenimiento de la autonomía en las personas mayores.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica
- Bases de datos pubMed, CINAHL y Cochrane Library.
- Artículos en español e inglés
- Publicaciones entre 2021-2026
- Estudios realizados en personas mayores con artrosis o dolor osteoarticular

RESULTADOS

1. Estrategias educativos de enfermería

- Educación sobre la enfermedad y el dolor
- Ejercicio físico adaptado
- Protección articular
- Hábitos saludables
- Uso adecuado de la medicación

2. Beneficios de la educación para la salud

- Mejora del control del dolor
- la movilidad
- el autocuidado
- y la calidad de vida
- favoreciendo la autonomía y la independencia de las personas mayores

CONCLUSIONES

La evidencia científica destaca la importancia de la educación para la salud en pacientes senior con dolor osteoarticular. Las intervenciones educativas por parte de enfermería y seguimiento individualizado combinadas con el ejercicio físico adaptado pueden mejorar el control del dolor, favorecer la autonomía y la independencia y la calidad de vida.

Senior Digital: Barreras del Acceso Digital a los Servicios Sanitarios



1. INTRODUCCIÓN

La digitalización sanitaria facilita la gestión de citas, consultas y trámites, pero puede generar desigualdades entre las personas mayores.
La falta de competencias digitales, los problemas de accesibilidad y las dificultades de conexión, especialmente en las zonas rurales, pueden limitar el acceso a la atención sanitaria.
Senior Digital propone formación y acompañamiento para avanzar hacia una atención más inclusiva y equitativa.



2. PALABRAS CLAVE

Digitalización sanitaria - brecha digital - personas mayores - accesibilidad tecnológica



3. ANTECEDENTES

La digitalización ha mejorado la gestión de las citas, consultas y otros trámites, pero la pandemia de COVID-19 evidenció las dificultades de adaptación de muchas personas mayores.
El uso de aplicaciones digitales, exige dispositivo, conexión, competencias digitales y procesos de registro y validación.
La brecha digital puede afectar a la salud y la autonomía.



4. OBJETIVOS

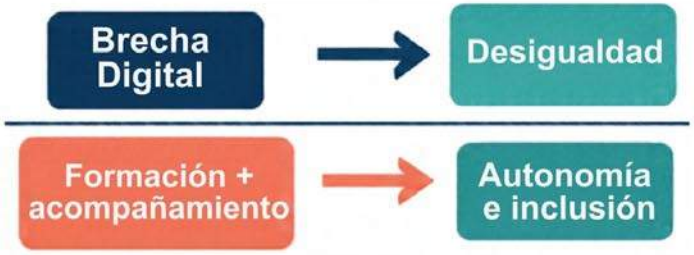
Objetivo general: Analizar las principales barreras que encuentran las personas mayores en el acceso digital a los servicios sanitarios, usando una aplicación actual como ejemplo práctico.

Objetivos específicos: identificar barreras tecnológicas, territoriales, económicas y culturales; analizar las dificultades de registro y uso; examinar el impacto en el acceso sanitario; valorar la combinación de atención presencial y digital; y conocer la utilidad de la formación Senior Digital.



5. MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones científicas y documentos institucionales publicados en los últimos seis años (2020-2026), relacionados con la brecha digital y el acceso de las personas mayores a los servicios sanitarios. Se seleccionaron cinco documentos que abordaban las competencias digitales, las barreras tecnológicas y socioeconómicas, y la accesibilidad a las aplicaciones sanitarias. Además, se evaluó una aplicación sanitaria en uso para identificar posibles dificultades en su registro y utilización.





6. RESULTADOS

Las principales dificultades son la falta de conocimientos sobre teléfonos móviles y aplicaciones, la gestión de contraseñas y códigos de seguridad, los problemas de accesibilidad, la necesidad de ayuda de familiares o cuidadores y la falta de dispositivos o conexión.
Cuando no pueden utilizar las herramientas digitales, algunas personas deben realizar los trámites presencialmente.
La formación y el acompañamiento mejoran las competencias digitales, la autonomía y el acceso.



7. CONCLUSIONES

La digitalización sanitaria ofrece ventajas, pero puede aumentar la desigualdad si no incorpora las necesidades de las personas mayores.
Es necesario simplificar el registro, mejorar la accesibilidad, facilitar dispositivos y conexión, mantener alternativas presenciales y reforzar los programas de formación.
La combinación de atención presencial y digital es fundamental para un acceso sanitario equitativo, inclusivo y adaptado a toda la población.

Atención presencial + atención digital + formación = acceso sanitario más equitativo

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA COBERTURA VACUNAL

MÁS ENFERMERÍA + MÁS VACUNAS = MÁS SALUD

La enfermera está donde la salud empieza



RESUMEN

La enfermería de atención primaria desempeña un papel clave en la promoción, administración y seguimiento de la vacunación. Las intervenciones más eficaces combinan valoración del estado vacunal, recomendación activa, educación sanitaria, recordatorios y vacunación en el mismo contacto asistencial. La evidencia española indica que la formación especifica de los equipos pediátricos mejora la comunicación y la capacidad para abordar las dudas vacunales.

PALABRAS-CLAVE

Enfermería; vacunación; cobertura vacunal; atención primaria; reticencia vacunal; educación sanitaria; Sistema Nacional de Salud.

ANTECEDENTES

En el Sistema Nacional de Salud, la vacunación se desarrolla según el calendario común vigente y los programas operativos de cada comunidad autónoma. Las enfermeras pediátricas mantienen un contacto frecuente con las familias y participan en la educación, detección de vacunas pendientes, la administración y el seguimiento de las dosis.

La enfermera, pilar en la vacunación

- Promoción de la vacunación
- Educación sanitaria
- Recordatorios
- Seguimiento de dosis
- Trabajo en equipo en atención primaria

OBJETIVOS

- Analizar el impacto de las intervenciones de enfermería sobre la cobertura vacunal.
- Identificar estrategias aplicables a los centros de salud.
- Valorar el efecto de la formación en comunicación y manejo de la reticencia vacunal.

METODOLOGÍA

Se realizó una síntesis narrativa de revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de intervención sobre vacunación y participación de enfermería. Se incorporó específicamente la evidencia española del Programa CONFIVAC, un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados en equipos pediátricos de Barcelona y Cataluña Central, con 142 profesionales sanitarios y 12 horas de formación presencial y en línea.

La cobertura debe analizarse según población diana, vacuna, temporada, comunidad autónoma y fuente de registro utilizada.

RESULTADOS

EVIDENCIA ESPAÑOLA

- El programa CONFIVAC aumentó el uso de comunicación presuntiva por parte de los profesionales sanitarios frente al control (Odds ratio ajustado (ORa), 4,05; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,30-7,15).
- También aumentó la anticipación de próximas vacunas (ORa, 2,64; IC 95%, 1,50-4,65).
- Mayor percepción de formación adecuada (ORa, 3,88; IC 95%, 2,10-7,03).
- La recomendación explícita aumentó, aunque sin significación estadística (ORa, 1,75; IC 95%, 0,89-3,44).

EVIDENCIA INTERNACIONAL APLICABLE

- La revisión Cochrane de Tomas et al. (2018): Educación + administración (OR, 3,29; IC 95%, 1,91-5,66).
- El metaanálisis de Okoli et al. (2020): formación de equipos y recordatorios.
- La revisión de Wheeler et al. (2025): aumentos del 4%-42% (intervenciones agrupadas) y del 6%-17% (contacto-presencial).
- Órdenes permanentes, recordatorios electrónicos; revisión del calendario y auditoría con retroalimentación son estrategias compatibles.

CONCLUSIÓN

La intervención de enfermería puede mejorar la cobertura vacunal, especialmente cuando se integra en un modelo organizado de atención primaria que combina formación, comunicación clínica, recordatorios, revisión del calendario y administración en el mismo contacto.

El programa CONFIVAC demuestra que la formación estructurada mejora las conductas profesionales relacionadas con la promoción de la vacunación y la gestión de la reticencia.

Sin embargo, la mejora de las habilidades comunicativas no garantiza por sí sola un aumento de la cobertura; debe acompañarse de acceso sencillo, disponibilidad de vacunas, registro fiable y seguimiento de las dosis pendientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roel E, et al. Effectiveness of CONFIVAC, an intervention to enhance paediatric nurses and paediatricians skills to promote vaccination. Vaccine. 2025.
2. Elizondo-Alzola U, et al. Vaccine hesitancy among paediatric nurses: Prevalence and associated factors. PLoS One. 2021.
3. Thomas RE, et al. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018.
4. Ökoli GN, et al. Interventions on health care providers to improve seasonal influenza vaccination rates among patients: a systematic review and meta-analysis. Family Practice. 2020.
5. Wheeler SG, et al. Interventions in primary care to increase uptake of adult vaccines: a systematic review. Journal of Public Health. 2025.
6. Ellingson MK, et al. Impact of standing orders on vaccine uptake: A systematic review. Vaccine. 2026.

PREVENCIÓN • SALUD • FUTURO

SOLEDAD Y ENVEJECIMIENTO: PREVENCIÓN DESDE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA



RESUMEN

Diversos estudios evidencian que el aislamiento social aumenta a partir de los 60 años, una problemática relacionada con el progresivo envejecimiento de la población.

El personal de Enfermería, gracias a su cercanía con el paciente, desempeña un papel fundamental en la identificación de situaciones de riesgo social.

Por ello, establecer planes de cuidados que permitan detectar precozmente estos factores resulta esencial para prevenir la exclusión social y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

PALABRAS CLAVE

Ancianos
Aislamiento social
Cuidados de enfermería
Edadismo
Soledad no deseada

1. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar intervenciones eficaces para prevenir y reducir la soledad y el aislamiento social en las personas mayores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Detección precoz del aislamiento social en el anciano.
-Analizar el impacto de la soledad y el aislamiento social en la salud de las personas mayores.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

PREGUNTA PIO		
P	I	O
PANCIENTE ANCIANO (> 69 años)	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	COMBATIR LA SOLUEDAD NO DESEADA

Búsqueda bibliográfica:

SciELO PubMed

- Estrategia de búsqueda: ancianos AND soledad AND cuidados de enfermería

3. RESULTADOS

Se identificaron como principales factores de riesgo de soledad en las personas mayores la edad avanzada, el sexo femenino, la viudedad o el divorcio, vivir solo, la falta de apoyo social y la escasa participación social.

Asimismo, se identificaron diversas intervenciones enfermeras para prevenir y reducir la soledad y el aislamiento social:

- Atención Primaria: El personal de Enfermería desempeña un papel fundamental en la detección precoz de estas situaciones y en el establecimiento de planes de cuidados individualizados.

- Terapia asistida con animales: Favorece la mejora del estado de ánimo, la socialización y la actividad física de los adultos mayores.

- Grupos de apoyo: Promueven las relaciones sociales, favorecen el bienestar emocional y disminuyen los sentimientos de soledad .



4. CONCLUSIONES

La enfermería se basa en un modelo bio-psico-social.

La detección precoz y la aplicación de intervenciones enfermeras, como la terapia asistida con animales y los grupos de apoyo, son fundamentales para reducir la soledad y el aislamiento social, favoreciendo la integración y la calidad de vida de las personas mayores.

Hallux valgus y equilibrio: cómo afecta el pie a la marcha del adulto mayor

Implicaciones funcionales y enfoque fisioterapéutico



1. RESUMEN

El hallux valgus es una deformidad frecuente del antepié en personas mayores. Puede asociarse con dolor, dificultad para el calzado, alteración del apoyo y limitación funcional. En fisioterapia geriátrica interesa por su posible impacto sobre la marcha, el equilibrio y el riesgo de caídas. La evidencia sugiere que modifica la distribución de cargas en el pie y puede contribuir a una marcha menos eficiente, aunque los cambios en todos los parámetros de equilibrio no son uniformes en todos los estudios.

2. PALABRAS CLAVE

Hallux valgus | Adulto mayor | Marcha | Equilibrio | Riesgo de caídas | Fisioterapia | Presión plantar

3. ANTECEDENTES

- El hallux valgus puede alterar la mecánica del primer radio y del despegue durante la marcha.
- Se relaciona con dolor, deformidades asociadas del antepié y cambios en la distribución de presiones plantares.
- En personas mayores, los problemas del pie se han asociado a mayor riesgo de caídas.
- La repercusión funcional no depende solo de la deformidad: también influyen el dolor, la fuerza de los dedos, el calzado y las comorbilidades.



4. OBJETIVO

Describir cómo el hallux valgus puede influir en la marcha y el equilibrio del adulto mayor, y resumir las implicaciones más relevantes para la valoración fisioterapéutica y la prevención de caídas.

5. MÉTODO

A) Tipo de trabajo
Revisión narrativa basada en revisiones sistemáticas y estudios observacionales en personas mayores.

B) Variables analizadas
Marcha, equilibrio, presión plantar, dolor, función y riesgo de caídas.

C) Claves de valoración
Observación del apoyo, dolor, calzado, movilidad del primer dedo, fuerza intrínseca del pie, TUG y pruebas funcionales de equilibrio.

D) Enfoque fisioterapéutico
Educación, ejercicio terapéutico, fortalecimiento del pie, entrenamiento del equilibrio, revisión del calzado y derivación podológica cuando sea necesario.



6. RESULTADOS

Hallazgos de la evidencia

- Se observan cambios en la distribución de presiones del antepié y del apoyo durante la marcha.
- El hallux valgus se ha asociado a caídas en personas mayores; una revisión con metaanálisis informó una asociación con **OR 1,89 (IC 95%: 1,19–3,00).**
- Puede coexistir con dolor, menor fuerza de los dedos y limitación funcional, lo que agrava la inestabilidad.
- La evidencia sobre velocidad de marcha, cadencia y oscilación postural es heterogénea.
- Algunos estudios no encuentran diferencias claras en todos los parámetros espaciotemporales o en el equilibrio estático.
- La relación con la caída es multifactorial y no depende solo del ángulo de la deformidad.

7. CONCLUSIONES

- El hallux valgus puede influir en la marcha y contribuir al riesgo de caídas en el adulto mayor, especialmente cuando se asocia a dolor y alteración del apoyo.
- La valoración fisioterapéutica debe incluir pie, calzado, equilibrio y función, no solo la deformidad visible.
- El abordaje debe ser multimodal: educación, ejercicio, trabajo del equilibrio y coordinación con podología cuando proceda.
- No todas las personas con hallux valgus presentan la misma repercusión funcional, por lo que la intervención debe individualizarse.

El pie también participa en la estabilidad: valorar el hallux valgus puede ayudar a prevenir caídas.

Déficits sensoriales en personas mayores hospitalizadas: detección, consecuencias y cuidados de enfermería

Autores: Raquel López Nieto; Rebeca Prieto Silva; Álvaro González Francés; Ana Mª Esteban Gutiérrez; Yaiza Gallego Martín
Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora. Contacto: raquellopeznieto@gmail.com

1. RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre frecuencia, consecuencias y detección de los déficits auditivos y visuales en mayores hospitalizados, e identificar intervenciones enfermeras.
Método: revisión narrativa de revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales.
Resultados: son frecuentes y pueden pasar desapercibidos. Dificultan la comunicación, la comprensión y la participación en los cuidados.
Conclusión: detectar y atender las barreras sensoriales favorece cuidados accesibles y centrados en la persona.

2. PALABRAS CLAVE

Hipoacusia; Deterioro visual; Personas mayores; Hospitalización; Comunicación; Accesibilidad; Enfermería.

3. ANTECEDENTES

Con la edad aumenta la frecuencia de problemas auditivos y visuales. En el hospital, el ruido, la iluminación inadecuada y un entorno desconocido pueden agravar las dificultades. Si no se detectan, pueden limitar la comunicación, la autonomía y la participación en los cuidados.



4. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia sobre frecuencia, consecuencias y detección de los déficits sensoriales en mayores hospitalizados e identificar cuidados de enfermería.

Objetivos específicos

- Describir su frecuencia en unidades de agudos.
- Analizar consecuencias sobre comunicación y participación.
- Revisar métodos sencillos de detección.
- Identificar intervenciones para mejorar la accesibilidad.

5. MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa (octubre de 2026). Búsquedas en PubMed, Web of Science, CUIDEN y CINAHL. Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales en personas mayores hospitalizadas. Selección no exhaustiva; sin metaanálisis propio.

6. RESULTADOS

6.1. Frecuencia y detección en el hospital

48 % **Dificultades auditivas**

32,3 % **Dificultades visuales**

Pacientes ≥75 años ingresados en medicina de agudos. Estudio multicéntrico con valoración funcional.

Las valoraciones habituales pueden pasar por alto estas dificultades. **Preguntar no siempre es suficiente.**

6.2. Principales consecuencias:

- **Dificultan la comunicación** con profesionales y familiares.
- Pueden **afectar a la comprensión y participación**.
- Se asocian con **desorientación y delirium**, sin demostrar causalidad.
- Pueden aumentar la **sensación de vulnerabilidad** y pérdida de control.

6.3. Evidencia sobre intervenciones:

- Los programas multicomponente con adaptación sensorial pueden mejorar los resultados clínicos.
- La amplificación auditiva y las gafas facilitan la comunicación y la evaluación, pero no se ha demostrado su efecto independiente sobre el delirium, las caídas o la autonomía.

6.4. Detección sencilla

- ❑ Preguntar por dificultades para oír o ver.
- ❑ Comprobar el uso y funcionamiento de gafas y audífonos.
- ❑ Observar si necesita repetir la información o acercarse para comprender.
- ❑ Realizar comprobaciones funcionales sencillas.

6.5. ¿Qué pueden hacer las enfermeras?

- ✓ **Detectar:** identificar barreras auditivas y visuales desde el ingreso.
- ✓ **Facilitar:** asegurar que las gafas y los audífonos estén disponibles y funcionen.
- ✓ **Comunicar:** hablar de frente, reducir ruido y verificar la comprensión.
- ✓ **Orientar:** mejorar la iluminación, el acceso al timbre y adaptar el entorno.
- ✓ **Implicar:** contar con la familia sin sustituir al paciente.

7. CONCLUSIONES

- Los déficits sensoriales son frecuentes y pueden pasar desapercibidos.
- Dificultan la comunicación y la participación.
- Las adaptaciones del entorno y la comunicación son cuidados fundamentales.
- La detección temprana favorece una atención accesible y centrada en la persona.

«Oír y ver mejor facilita comprender, participar y sentirse seguro».



EJERCICIO ACUÁTICO Y EQUILIBRIO EN PERSONAS MAYORES:
EVIDENCIA ACTUAL PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Síntesis de evidencia científica sobre fisioterapia acuática, control postural y función física



1 RESUMEN

El ejercicio acuático se utiliza como alternativa terapéutica para mejorar el equilibrio y la función física en personas mayores. La evidencia disponible indica beneficios en varias medidas de equilibrio y función, con especial interés para la prevención de caídas. Sin embargo, no siempre demuestra superioridad clara frente al ejercicio terrestre en todas las pruebas funcionales y parte de la evidencia presenta limitaciones metodológicas.

2 PALABRAS CLAVE

ejercicio acuático | personas mayores | equilibrio | prevención de caídas | fisioterapia acuática | función física

3 ANTECEDENTES

El envejecimiento se asocia a disminución del control postural, fuerza y movilidad, lo que aumenta el riesgo de caídas. El medio acuático reduce la carga articular, facilita el movimiento y permite trabajar equilibrio, fuerza y marcha en un entorno seguro. Por ello, la fisioterapia acuática se considera una estrategia de interés para mantener la función y la autonomía.

flotación — Reduce la carga articular

\+

resistencia del agua — Facilita el movimiento y fortalece

=

seguridad — Entrenamiento funcional

4 OBJETIVO

Sintetizar la evidencia científica disponible sobre los efectos del ejercicio acuático en el equilibrio, la función física y la prevención de caídas en personas mayores.

5 MÉTODO

Tipo de trabajo:	síntesis narrativa de evidencia científica.
Fuentes principales:	revisiones sistemáticas y metaanálisis.
Población:	personas mayores.
Comparación:	ejercicio acuático frente a ejercicio terrestre o control.
Variables analizadas:	equilibrio, función física, marcha y riesgo de caída.
Base destacada:	revisión sistemática y metaanálisis de 2024 con 29 estudios y 1,486 participantes (edad media 66,2 años).



6 RESULTADOS

29 estudios | **1.486** personas mayores | Edad media **66,2 años**

Equilibrio (Berg Balance Scale)
Mejora con ejercicio acuático
SMD 1,13
IC 95 % 0,25 a 2,00

30-second chair stand test
Mejora
SMD 2,02
IC 95 % 0,50 a 3,54

Timed Up and Go
Sin diferencias significativas frente a ejercicio terrestre
SMD 0,44
IC 95 % −0,44 a 0,91

6-minute walk test
Sin diferencias significativas
SMD 0,13
IC 95 % −0,16 a 0,43

Revisión previa
Efecto positivo moderado frente a control sobre función física **0,70** [0,48 a 0,92] y pequeño efecto positivo frente a ejercicio terrestre 0,39 [0,12 a 0,66].

Otra revisión reciente
El ejercicio acuático puede contribuir a la prevención de caídas al mejorar equilibrio, fuerza de miembros inferiores y estabilidad de la marcha.





Mensaje clave:
mejora varias medidas de equilibrio y función, pero no muestra superioridad en todas las pruebas.

Limitaciones:
heterogeneidad de protocolos, diferencias en el estado de salud de los participantes y calidad metodológica variable.

CONCLUSIONES

El ejercicio acuático es una opción útil dentro de la fisioterapia para mejorar el equilibrio y la función física en personas mayores, con posible contribución a la prevención de caídas. Sus beneficios parecen especialmente relevantes en algunas medidas de equilibrio, aunque no siempre supera al ejercicio terrestre en todas las variables funcionales. La prescripción debe individualizarse y siguen siendo necesarios estudios con mayor calidad metodológica.

Fisioterapia en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)

Manejo respiratorio y calidad de vida en pacientes de larga supervivencia

1 Resumen

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva del sistema motor, caracterizada por la afectación de la primera y segunda motoneurona.
Su evolución puede producir debilidad muscular generalizada, atrofia, disfunción bulbar e insuficiencia respiratoria restrictiva.
La fisioterapia, como parte del abordaje multidisciplinar, contribuye a preservar la función respiratoria, mantener la movilidad, prevenir complicaciones y favorecer la participación en las actividades de la vida diaria, con impacto positivo en la calidad de vida.

2 Palabras clave

- Esclerosis lateral amiotrófica
- Fisioterapia
- Función respiratoria
- Rehabilitación neurológica
- Insuficiencia respiratoria
- Calidad de vida

3 Antecedentes

- La afectación respiratoria es uno de los principales factores pronósticos en la ELA.
- La debilidad de la musculatura inspiratoria y espiratoria puede provocar hipoventilación, acumulación de secreciones e infecciones respiratorias.
- En pacientes de larga supervivencia, la disminución de la capacidad ventilatoria, la ineficacia tusígena y la limitación de la movilidad incrementan la dependencia.
- La fisioterapia se integra en un abordaje multidisciplinar para optimizar la función respiratoria, preservar la capacidad funcional y favorecer la calidad de vida.

4 Objetivo

Describir el abordaje fisioterapéutico dirigido al manejo de la función respiratoria y su repercusión sobre la calidad de vida en pacientes con ELA de larga supervivencia.

5 Método: abordaje fisioterapéutico

Programa individualizado, adaptado al estado clínico y en coordinación con el equipo multidisciplinar.

Valoración
- Función respiratoria (capacidad vital, disnea, tos, saturación).
- Función motora y movilidad.
- Fatigabilidad y tolerancia al esfuerzo.
- Impacto en las actividades de la vida diaria y calidad de vida.

Movilidad y ejercicio terapéutico
- Movilización activa-asistida.
- Prevención de rigidez y retracciones.
- Trabajo de control postural y equilibrio.
- Adaptación del ejercicio a la fatigabilidad.

Entrenamiento respiratorio
- Ejercicios de respiración diafragmática y control ventilatorio.
- Entrenamiento de la musculatura inspiratoria (según indicación).
- Técnicas de expansión torácica y mejora de la movilidad costal.

Educación y autocuidado
- Pautas de ahorro de energía.
- Conservación de la función.
- Adaptación del entorno y ayudas técnicas.
- Entrenamiento en transferencias y posición en cama.

Higiene de vías aéreas
- Técnicas de tos asistida.
- Drenaje de secreciones.
- Educación al paciente y familia.
- Uso de dispositivos de asistencia a la tos (según necesidad).

Coordinación interdisciplinar
- Seguimiento con el equipo de salud.
- Ajuste de intervenciones según evolución clínica.
- Apoyo a la persona cuidadora.
- Planificación anticipada de necesidades.







6 Resultados esperados

- Mejor manejo de secreciones.
- Mayor eficiencia ventilatoria y tolerancia a las actividades.
- Menor disnea durante las actividades básicas.
- Mantenimiento de la movilidad y de la funcionalidad el mayor tiempo posible.
- Mayor autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Mayor confianza y seguridad en el manejo de los síntomas.

7 Conclusiones

- La fisioterapia, integrada en un abordaje multidisciplinar, puede contribuir a preservar la función respiratoria y motora en pacientes con ELA de larga supervivencia.
- Las intervenciones respiratorias, la higiene de vías aéreas, la movilización y la educación favorecen la autonomía y reducen complicaciones.
- Un programa individualizado y centrado en la persona permite adaptar las intervenciones a la evolución clínica y a sus objetivos.
- El acompañamiento a la persona cuidadora y la coordinación con el equipo de salud son esenciales para mantener la calidad de vida durante la evolución de la enfermedad.



Polifarmacia y fisioterapia

Ejercicio terapéutico e higiene del sueño como apoyo para reducir el uso de benzodiazepinas en el adulto mayor



1 RESUMEN

El uso de **benzodiazepinas** en el adulto mayor es frecuente para el insomnio, pero se asocia a **somnolencia diurna, caídas, deterioro cognitivo y dependencia.** La **fisioterapia**, mediante ejercicio terapéutico y educación en higiene del sueño, puede mejorar la calidad del sueño sin añadir fármacos y favorecer una reducción del consumo cuando esta se coordina con el equipo médico.



2 PALABRAS CLAVE

Polifarmacia | benzodiazepinas | higiene del sueño | adulto mayor | ejercicio terapéutico | fisioterapia

3 ANTECEDENTES

En personas mayores, las **benzodiazepinas** se prescriben con frecuencia por insomnio, ansiedad o dificultad para dormir.

Se asocian a mayor riesgo de **caídas, confusión, dependencia** y peor equilibrio y rendimiento funcional.

El **ejercicio regular** puede mejorar el sueño mediante regulación del ritmo circadiano, reducción de ansiedad y mejora de la condición física.

La **fisioterapia** puede integrar ejercicio y educación de hábitos sin «sumar pastillas».

4 OBJETIVO

Mejorar la **calidad del sueño** en adultos mayores mediante un programa de ejercicio terapéutico y educación en higiene del sueño, favoreciendo una posible reducción del uso de benzodiazepinas siempre coordinada con el equipo médico.

5 MÉTODO

DISEÑO
Intervención práctica de fisioterapia de **8 semanas.**

POBLACIÓN
Adultos ≥65 años con insomnio y uso habitual de benzodiazepinas o hipnóticos similares.

INTERVENCIÓN
3 días/semana, 45-60 min.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

1 FUERZA (20 min)



- Tren inferior y core
- Sentarse-levantarse
- Puente
- Elevación de talones
- Remo con banda

2 AERÓBICO (20 min)



- Caminar o bicicleta estática
- Intensidad moderada

3 RESPIRACIÓN / RELAJACIÓN (10 min)



- Respiración diafragmática
- Relajación progresiva
- Estiramientos suaves

4 EDUCACIÓN (5 min)



- Horarios regulares
- Luz diurna
- Siestas cortas
- Evitar pantallas y estimulantes por la tarde

MEDICIONES PRE/POST

- **Calidad del sueño** (escala simple 0-10 o PSQI si se usa).
- Somnolencia diurna.
- Equilibrio funcional TUG y autorreporte del consumo de benzodiazepinas (dosis/frecuencia).

6 RESULTADOS

Tras el programa puede observarse:

Mejor calidad del sueño y menos despertares.



Menor somnolencia diurna.



Mejor estabilidad y movilidad funcional.



En parte de los participantes, **reducción progresiva del uso de benzodiazepinas** cuando se coordina con el equipo médico.



7 CONCLUSIONES

El **ejercicio terapéutico** combinado con educación en higiene del sueño es una estrategia útil para mejorar el descanso en adultos mayores y puede ayudar a reducir la carga de polifarmacia.

Cualquier disminución de benzodiazepinas debe realizarse bajo supervisión médica; la fisioterapia puede apoyar el proceso mejorando sueño, función y hábitos.

IA, DATOS Y PERSONAS:
Hacia una hospitalización más segura y funcional

Predicción del deterioro funcional en personas mayores mediante inteligencia artificial

Un enfoque predictivo para anticipar riesgos, personalizar cuidados y preservar la autonomía.

1 RESUMEN

El deterioro funcional durante la hospitalización es una de las principales causas de pérdida de autonomía en personas mayores. La inteligencia artificial (IA) permite analizar grandes volúmenes de datos clínicos y funcionales para identificar, de forma precoz, aquellos pacientes con mayor riesgo de deterioro. Este póster presenta un modelo predictivo basado en IA que integra información multidimensional (clínica, funcional, sociodemográfica y de contexto) para anticipar el deterioro funcional durante la hospitalización, facilitando intervenciones personalizadas y mejorando los resultados en salud y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Inteligencia artificial · Deterioro funcional · Personas mayores · Hospitalización · Predicción · Atención centrada en la persona

2 INTRODUCCIÓN

La hospitalización, aunque necesaria, supone un entorno de alto riesgo para la pérdida de funcionalidad en las personas mayores. El deterioro funcional se asocia con mayor dependencia, estancias más largas, mayor uso de recursos y peor calidad de vida. La IA ofrece la oportunidad de pasar de un modelo reactivo a uno predictivo y preventivo.

La pregunta clave:
"¿Podemos anticiparnos al deterioro funcional antes de que sea irreversible?"

3 OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar y validar un modelo de predicción del deterioro funcional durante la hospitalización en personas mayores, utilizando técnicas de inteligencia artificial.

Objetivos específicos

1. Identificar los factores predictivos del deterioro funcional.
2. Integrar datos clínicos, funcionales y contextuales en un modelo de IA.
3. Evaluar la precisión del modelo y su capacidad de anticipación.
4. Diseñar un sistema de alerta temprana para el equipo asistencial.
5. Analizar el impacto en la toma de decisiones y en la continuidad de cuidados.

4 MÉTODO

Fuente de datos
- Historia clínica
- Pruebas funcionales
- Datos sociodemográficos
- Datos de contexto (hospital, servicio, etc.)

Procesamiento
- Limpieza y anonimización
- Integración de datos
- Ingeniería de variables

Modelo de IA
- Algoritmos de aprendizaje automótico
- Validación cruzada
- Interpretabilidad (IA explicable)

Resultados
- Riesgo individualizado
- Alertas tempranas
- Recomendaciones de intervención



5 RESULTADOS

Principales hallazgos (modelo conceptual)

Alta precisión en la identificación de riesgo
El modelo integra variables clínicas, funcionales y contextuales, mejorando la capacidad predictiva frente a modelos tradicionales.

Anticipación de la intervención
Permite actuar antes de que se produzca el deterioro, facilitando intervenciones personalizadas y preventivas.

Mejora de la toma de decisiones
Proporciona alertas claras y comprensibles para el equipo asistencial, integradas en la práctica clínica.

Impacto en la calidad de vida
Se asocia a menor pérdida de funcionalidad, estancias más cortas y mayor probabilidad de retorno a su entorno habitual.

La IA no sustituye al profesional: lo potencia.
Tecnología al servicio de un cuidado más humano, seguro y eficiente.

6 DISCUSIÓN

Innovación con propósito
La IA no solo optimiza recursos, sino que ayuda a mejorar la experiencia y los resultados de las personas mayores hospitalizadas.

Ética y responsabilidad
Es fundamental garantizar la transparencia, la privacidad de los datos y la equidad en el acceso a estas tecnologías.

Integración en la práctica clínica
El éxito depende de la colaboración entre profesionales, la calidad de los datos y la adaptación a cada contexto asistencial.

Limitaciones
Se requiere validación en entornos reales, con muestras diversas y evaluación del impacto en la práctica clínica y en la calidad de vida.

7 CONCLUSIONES

- La IA permite predecir el deterioro funcional durante la hospitalización en personas mayores con alta precisión.
- Facilita la personalización de los cuidados y la prevención de la dependencia.
- Contribuye a una hospitalización más segura, eficiente y centrada en la persona.
- Es una herramienta clave en la construcción de sistemas sanitarios más sostenibles y adaptados al envejecimiento de la población.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381(9868):752-762. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
2. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. Nat Med. 2019;25(1):44-56. doi:10.1038/s41591-018-0300-7.
3. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017. ISBN: 978-92-4-155010-9.
4. McCusker J, Kakuma R, Abrahamowicz M. Predictors of functional decline in hospitalaed elderly patients: a systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002;57(9). doi:10.1093/gerona/57.9.m569.

Personas | Salud | Innovación | Sociedad

¿PODEMOS HACKEAR EL ENVEJECIMIENTO?

BIOHACKING SOCIAL® Y EDAD SOCIAL

Una propuesta de innovación aplicada desde el Trabajo Social Sanitario para promover la longevidad saludable.

Proyecto profesional | Diseño de un modelo piloto de valoración e intervención social.

1 RESUMEN

La longevidad es uno de los grandes retos sociales y sanitarios del siglo XXI [1,2]: no basta vivir más años, hay que vivirlos con **autonomía, participación y sentido** [3]. Desde el Trabajo Social Sanitario se propone el **Biohacking Social®**: identificar y potenciar factores sociales modificables que favorecen una longevidad más activa y significativa. Como herramienta, el **Medidor de Edad Social (MES)**, una propuesta piloto para explorar conexión, participación, autonomía, inclusión digital y propósito vital.

2 PALABRAS CLAVE

Longevidad saludable · Biohacking Social · Edad Social · Trabajo Social Sanitario · Envejecimiento activo · Participación comunitaria

3 ANTECEDENTES

Vivimos más años que nunca, pero eso no garantiza autonomía, participación ni vínculos: el aislamiento y la soledad se asocian a peor salud y mayor riesgo de mortalidad [4,5].

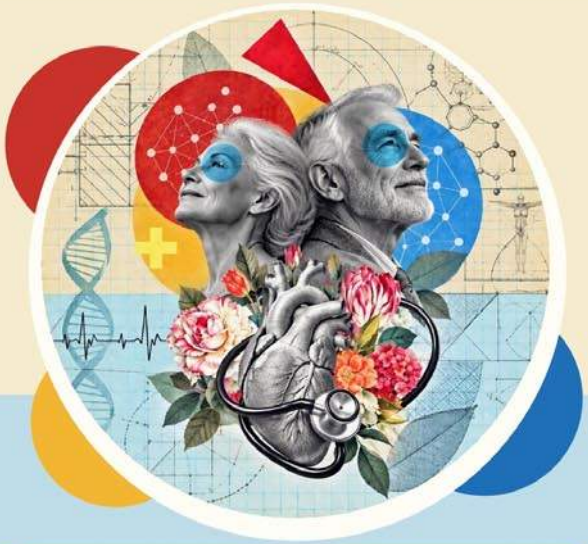
Dos personas de 85 años, dos realidades:

- Una mantiene relaciones, actividades, tecnología y proyectos.
- Otra vive aislada, con poco apoyo y pérdida de participación.

Misma edad cronológica, pero posiblemente no la misma **EDAD SOCIAL**.

Edad Social: nivel de conexión, participación, autonomía relacional y vinculación comunitaria, independiente de la edad cronológica.

*«La medicina ha conseguido añadir años a la vida. **El siguiente reto es añadir vida, vínculos y participación a esos años».***



4 OBJETIVOS

General: diseñar un piloto de valoración de la Edad Social que identifique fortalezas, necesidades y oportunidades de intervención en personas mayores atendidas en el ámbito sanitario.

- ✓ Incorporar lo social a la valoración integral del envejecimiento
- ✓ Identificar vulnerabilidad social potencialmente occulta
- ✓ Reconocer capacidades, recursos y apoyos disponibles
- ✓ Orientar intervenciones individualizadas desde el Trabajo Social
- ✓ Sentar la base para futuras validaciones y evaluaciones

5 MÉTODO

Proyecto profesional de innovación del Trabajo Social Sanitario, en 4 fases:

Diseño → Aplicación exploratoria → Plan de intervención → Evaluación (utilidad, comprensión, viabilidad).

MEDIDOR DE EDAD SOCIAL (MES) · 5 dimensiones OMS [6-8] y su intervención.

1 Red de apoyo (familia, amistades, vecindario)
→ **Fortalecer vínculos y activar apoyos**
2 Participación social (asociaciones, voluntariado)
→ **Vincular con recursos comunitarios**
3 Autonomía social (gestión cotidiana, decisiones)
→ **Reforzar la autodeterminación**
4 Conectividad digital (móvil, mensajería, videollamadas)
→ **Alfabetización e inclusión digital**
5 Propósito vital (objetivos, utilidad, proyectos)
→ **Recuperar intereses y roles significativos**

Propuesta exploratoria: no es una escala validada ni sustituye instrumentos existentes.

6 RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Mayor visibilidad de los factores sociales del envejecimiento
- ✓ Detección precoz de aislamiento o fragilidad relacional
- ✓ Fortalezas y recursos comunitarios infrautilizados
- ✓ Mejor planificación social en hospitalización y alta
- ✓ Marco estructurado para futuras investigaciones

7 CONCLUSIONES

- ✓ No todas las personas envejecen socialmente al mismo ritmo
- ✓ La longevidad saludable es biológica, funcional y social
- ✓ La Edad Social aporta una nueva mirada a las personas mayores
- ✓ El Biohacking Social actúa sobre factores modificables
- ✓ El Trabajo Social Sanitario: clave para una longevidad conectada y activa

BIBLIOGRAFÍA **1.** World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015. **2.** Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet. 2016;387(10033):2145-54. **3.** Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Gerontologist. 1997;37(4):433-40. **4.** Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):227-37. **5.** National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington (DC): National Academies Press; 2020. **6.** World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO; 2020. **7.** World Health Organization. Measuring the progress and impact of the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030): framework and indicators recommended by WHO Technical Advisory Group. Geneva: WHO; 2025. **8.** World Health Organization. Healthy ageing and functional ability [Internet]. Geneva: WHO; 2020 Oct 26 [cited 2026 Oct 21]. Available from: https://www.who.int/philippines/news/q-a-detail/healthy-ageing-and-functional-ability

IMPACTO DEL EJERCICIO DE FUERZA EN EL ENVEJECIMIENTO

RESUMEN:

A partir de la tercera década de la vida, y por causas multifactoriales, se pierde masa y fuerza muscular de forma progresiva, afectando a la funcionalidad del aparato locomotor.
A esta pérdida combinada de masa y fuerza muscular que aparece con el envejecimiento se le denomina sarcopenia, asociada a una mayor morbimortalidad en el sujeto anciano, por lo que el tratamiento precoz es fundamental, siendo el ejercicio físico la estrategia terapéutica que mejores resultados ha demostrado.

PALABRAS CLAVES: Sarcopenia, Ejercicio en anciano, Deporte en anciano, Envejecimiento activo

ANTECEDENTES:

A partir de los 50 años, el cuerpo humano entra en una fase en la que las decisiones relacionadas con el movimiento dejan de ser una cuestión estética o deportiva y pasan a convertirse en un determinante central de la salud ,la autonomía y la calidad de vida futura.

El ejercicio de fuerza sigue siendo uno de los grandes olvidados en esta etapa de la vida. Muchas personas asocian el entrenamiento de fuerza con la juventud, el culturismo o el riesgo de lesiones, y optan por limitar su actividad a caminar, nadar de forma ocasional o, directamente, reducir el movimiento por miedo a poderse lesionar.

METODOLOGÍA: Revisión de guías geriátricas para elaborar unas pautas adecuadas para un correcto entrenamiento :

- **FRECUENCIA:** 2–3 sesiones por semana, descanso mínimo de 48 h entre sesiones.
- **VOLUMEN**: 2–3 series de 8–12 repeticiones por grupo musculares principales; piernas, brazos, espalda, pecho
- **DESCANSO**: Aproximadamente 2 minutos entre series. sesiones de 20–30 minutos.
- **PROGRESIÓN:** Aumenta gradualmente la resistencia a medida que mejora la fuerza.
- La intensidad debe permitir completar las repeticiones sin dolor y sin llegar al fallo muscular extremo.
- Se puede usar el propio peso corporal, bandas elásticas, mancuernas ligeras (de 0,5 kg a 2 kg) o botellas de agua/arena.



OBJETIVOS:

- Reversión de la Sarcopenia y ganancia de masa magra
- Prevención de caídas y fracturas
- Optimización neuromuscular y cerebral
- Salud metabólica e inflamatoria
- Autonomía y calidad de vida.



RESULTADOS: El envejecimiento produce una involución de las capacidades físicas que origina un deterioro del estado físico y una reducción de las capacidades para realizar actividades básicas del día a día .
El entrenamiento de fuerza es una necesidad médica para garantizar un envejecimiento activo y digno.

CONCLUSIONES:

El entrenamiento de fuerza es la intervención no farmacológica más eficaz para mitigar y revertir el deterioro físico y neuromuscular del envejecimiento.
Fomenta la autonomía , previene los accidentes graves y disminuye la mortalidad.
Reduce los síntomas de depresión y ansiedad, elevando la autoestima, la percepción de autoeficacia y la calidad del sueño.

Abordaje fisioterapéutico tras artroplastia reversa de hombro

DE LA PROTECCIÓN A LA AUTONOMÍA FUNCIONAL



Control del dolor
Recuperación funcional
Mayor autonomía
en la vida diaria

1 Resumen



La artroplastia reversa de hombro se indica en artropatía por rotura masiva e irreparable del manguito rotador, fracturas complejas del húmero proximal, secuelas traumáticas y determinados casos de revisión protésica. La fisioterapia se centra en el control del dolor, la recuperación funcional y la mejora de la autonomía en las actividades de la vida diaria.

2 Palabras clave

Artroplastia reversa de hombro | Fisioterapia | Rehabilitación postoperatoria | Dolor | Función del miembro superior | Autonomía

3 Antecedentes



La artroplastia reversa medializa y distaliza el centro de rotación glenohumeral, aumentando el brazo de palanca del deltoides y permitiendo la elevación del miembro superior cuando el manguito rotador es insuficiente.

4 Objetivo

Describir un abordaje fisioterapéutico centrado en la recuperación funcional, el control del dolor y la mejora de la autonomía en las actividades de la vida diaria tras una artroplastia reversa de hombro.

RECUPERACIÓN FUNCIONAL
CONTROL DEL DOLOR
MAYOR AUTONOMÍA

5 Método

Caso clínico descriptivo y revisión clínica aplicada. La valoración incluyó dolor, rango de movilidad, función del miembro superior, control escapular, tolerancia funcional y repercusión en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Fase inicial
- Protección articular
- Educación
- Control del dolor
- Movilidad distal

Fase intermedia
- Movilidad pasiva y activo-asistida según criterio clínico

Fase funcional
- Reeducación del deltoides y musculatura periescapular
- Elevación funcional
- Entrenamiento de tareas

6 Resultados



La rehabilitación se asocia con reducción del dolor, recuperación progresiva de la elevación funcional y mayor participación en las actividades cotidianas.

7 Conclusiones

Un abordaje bien dosificado, progresivo, funcional e individualizado puede disminuir el dolor, optimizar la función del miembro superior y mejorar la autonomía del paciente. La intervención debe adaptarse a las necesidades y objetivos de cada persona.



SARCOPENIA Y MIOPATÍA ESTATÍNICA

Recuperación de la fuerza tras ajuste farmacológico y carga progresiva

1 Resumen

Abordaje interdisciplinar basado en ajuste farmacológico y fisioterapia, con entrenamiento de fuerza de carga progresiva y seguimiento de síntomas y función. Tras el ajuste terapéutico y la progresión del ejercicio se observó mejoría de fuerza y rendimiento funcional, reducción de mialgias y mayor adherencia a la actividad física. Modelo aplicable en consulta y comunidad, priorizando seguridad, progresión y educación.

2 Palabras clave

Sarcopenia; estatinas; miopatía; fuerza; entrenamiento de resistencia; fragilidad; adulto mayor; rehabilitación.

3 Antecedentes

- La sarcopenia reduce fuerza y autonomía y aumenta el riesgo de caídas.
- Algunos pacientes presentan mialgias, calambres, debilidad o fatiga asociadas a estatinas, lo que limita el ejercicio.
- En mayores es frecuente el círculo de dolor, inactividad, pérdida de fuerza y mayor fragilidad.
- La revisión farmacológica coordinada con un entrenamiento de fuerza progresivo puede revertir el deterioro funcional.

4 Objetivo

Evaluar la recuperación de fuerza y función en una persona mayor con sarcopenia y síntomas compatibles con miopatía estatínica tras ajuste farmacológico y un programa de fuerza con carga progresiva.

5 Método

Diseño
Seguimiento clínico funcional con intervención interdisciplinar.

Valoración
Dolor y fatiga de 0 a 10, test Sit-to-Stand, velocidad de marcha de 4 m, equilibrio, prensión manual si está disponible y tolerancia al esfuerzo.

Intervención
Ajuste farmacológico coordinado con medicina y fisioterapia durante 8 a 12 semanas, con 2 a 3 días semanales de fuerza, movilidad y marcha.

Ejercicios base
Levantarse de la silla, sentadilla a silla, step-up, elevación de talón, bisagra de cadera y remo con banda. Progresión gradual con monitorización de síntomas. Ante dolor intenso nuevo o debilidad marcada, reevaluar.

6 Resultados

- Disminución de mialgias y fatiga percibida.
- Aumento de la fuerza funcional, con menos pausas o ayuda al levantarse de la silla.
- Mejor desempeño en la marcha y mayor seguridad en las actividades.
- Mayor adherencia al ejercicio y confianza para moverse.

7 Conclusiones

- En mayores con sarcopenia y síntomas musculares bajo estatinas, la revisión farmacológica puede ser clave.
- La combinación de ajuste terapéutico y fuerza progresiva mejora la fuerza y la función, reduce síntomas y favorece la adherencia.
- Un programa estructurado, seguro y educativo ayuda a romper el círculo entre dolor, inactividad y fragilidad.

MEJORANDO LA FUNCIÓN MOTORA EN EL ANCIANO
CON NEUROPATÍA PERIFÉRICA A TRAVÉS DE LA FISIOTERAPIA

Ejercicio terapéutico · propiocepción · estimulación neuromuscular



1 Resumen

La neuropatía periférica en el adulto mayor cursa con alteraciones sensitivas y motoras por deterioro axonal o desmielinización progresiva. Compromete la marcha, el equilibrio y la autonomía. La fisioterapia, mediante el ejercicio terapéutico, el entrenamiento propioceptivo y la estimulación neuromuscular, puede optimizar la función motora, reducir la sintomatología neuropática y mejorar la calidad de vida.

2 Palabras clave

Neuropatía periférica · Adulto mayor · Fisioterapia · Función motora · Rehabilitación · Equilibrio · Propiocepción · Estimulación neuromuscular

3 Antecedentes

La neuropatía periférica es una patología prevalente en personas mayores, asociada a procesos degenerativos, diabetes, déficits vitamínicos o polineuropatías de etiología mixta. Puede provocar pérdida de sensibilidad distal, debilidad muscular, menor velocidad de conducción nerviosa y mayor riesgo de caídas. La fisioterapia contribuye a mitigar el deterioro motor y a conservar la capacidad funcional mediante programas específicos y adaptados.

4 Objetivos

- Analizar el impacto de diferentes estrategias fisioterapéuticas en la función motora del anciano con neuropatía periférica.
- Identificar los beneficios del ejercicio terapéutico, el entrenamiento propioceptivo y la estimulación neuromuscular.
- Proponer pautas de intervención seguras y adaptadas a las necesidades de esta población.

5 Método

Diseño Programa fisioterapéutico de 8 a 12 semanas, con 2 a 3 sesiones semanales.

Componentes de intervención

- Ejercicio terapéutico: fuerza distal, estabilización lumbopélvica y resistencia aeróbica ligera.
- Entrenamiento propioceptivo: superficies inestables, control postural y reeducación de la marcha.
- Estimulación neuromuscular: reclutamiento motor de musculatura distal debilitada.
- Educación terapéutica: manejo del dolor, prevención de caídas y autocuidado.

Medidas de resultado

- Función motora: Test de Marcha de 10 m, TUG, SPPB.
- Equilibrio: escalas de equilibrio específicas.
- Adherencia: porcentaje de sesiones realizadas.

6 Resultados

Mejora de la marcha
Mayor fluidez, seguridad y velocidad.

Mejor equilibrio
Más control postural y menos oscilación.

Incremento de la fuerza
Mayor activación y rendimiento muscular.

Reducción de la sintomatología
Menor dolor y molestias neuropáticas.

Mayor autonomía
Más participación en las actividades de la vida diaria.

Mejora del estado de ánimo
Aumento de la motivación y la confianza.

7 Conclusiones

- La fisioterapia desempeña un papel esencial en la optimización de la función motora del adulto mayor con neuropatía periférica.
- Los programas que combinan ejercicio terapéutico, entrenamiento propioceptivo y estimulación neuromuscular aportan beneficios clínicamente relevantes.
- Estas intervenciones ayudan a preservar la autonomía, reducir el riesgo de caídas y mejorar la calidad de vida.



Moverse para levantar el ánimo: fisioterapia en la enfermedad de Parkinson y depresión en personas mayores



1 Resumen

En personas mayores con enfermedad de Parkinson, la depresión es frecuente y puede empeorar la movilidad, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. La fisioterapia basada en ejercicio terapéutico, que incluye marcha, fuerza, equilibrio y capacidad aeróbica, puede mejorar la funcionalidad y ayudar a reducir síntomas depresivos cuando se integra con objetivos significativos, progresión individualizada y apoyo grupal.

2 Palabras clave

rehabilitación · fisioterapia · personas mayores · enfermedad de Parkinson · depresión · ejercicio terapéutico · marcha

3 Antecedentes

Parkinson: bradicinesia, rigidez, inestabilidad postural y posibles bloqueos de la marcha.

Depresión: menor motivación, más fatiga, aislamiento y menor participación en rehabilitación.

Círculo negativo: me muevo menos, empeoro, me deprimo más y vuelvo a moverme menos.

La interacción entre síntomas motores y estado de ánimo puede reducir la actividad física, la autonomía y la participación social. Un abordaje fisioterapéutico estructurado puede ayudar a romper este círculo y favorecer la función.

5 Método

Diseño: propuesta de intervención de 8 semanas, adaptable al estado clínico.

Frecuencia: 3 sesiones/semana, 45–60 min.

Formato: individual + 1 sesión grupal semanal cuando sea posible, para favorecer motivación y adherencia.

Contenido por sesión:

Aeróbico (10–15 min): caminar continuo o bicicleta estática a intensidad suave-moderada que permita hablar.

Fuerza (15 min): sentarse y levantarse, step-ups, gemelos y extensores de cadera y rodilla, con progresión.

Equilibrio (10–15 min): cambios de peso, tándem, apoyo unipodal asistido, giros controlados y transferencias.

Marcha y bloqueos (10–15 min): pasos amplios, giros por segmentos, obstáculos bajos y señales externas, como líneas o metrónomo, con doble tarea muy gradual.

Cierre (2 min): registrar un logro y proponer un objetivo domiciliario pequeño y realista.

Medidas de resultado simples:

Motor: TUG, test de marcha de 10 m o SPPB.

Estado de ánimo: GDS-15 o escala breve equivalente.

Adherencia: porcentaje de sesiones realizadas y minutos activos/semana.

6 Resultados esperados

Tras 8 semanas, de forma habitual se espera observar:

- Mejor marcha, con mayor fluidez y seguridad.
- Mejor equilibrio y mayor control en giros y cambios de apoyo.
- Mayor actividad diaria y participación funcional.
- Mejor estado de ánimo o menor apatia, con más motivación y energía percibida.

7 Conclusiones

En personas mayores con enfermedad de Parkinson y depresión, un programa estructurado de fisioterapia que combine ejercicio aeróbico, fuerza, equilibrio y entrenamiento de la marcha puede contribuir a mejorar la función y apoyar el estado de ánimo.

Trabajar con objetivos significativos, progresión individualizada y apoyo grupal favorece la adherencia, ayuda a romper el círculo de inactividad-empeoramiento-depresión y contribuye a mantener autonomía y calidad de vida.

Debe aplicarse como complemento del y psicológico cuando sea necesario.



PACIENTES CON RIESGO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES

Detección precoz e intervención desde el Trabajo Social Sanitario

Una mirada social
para una atención integral
y un envejecimiento con más salud

RESUMEN

El riesgo social constituye un determinante relevante de la salud en las personas mayores. Factores como la soledad no deseada, la ausencia de apoyos, la fragilidad o las dificultades funcionales pueden comprometer la continuidad asistencial y aumentar la vulnerabilidad social. La valoración social hospitalaria permite identificar estas situaciones y planificar intervenciones coordinadas orientadas a garantizar una atención integral.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento • Riesgo social • Trabajo Social Sanitario
Continuidad asistencial • Fragilidad • Coordinación sociosanitaria

OBJETIVOS

Objetivo principal

Identificar situaciones de riesgo social en adultos mayores hospitalizados.

Objetivos específicos

- Detectar factores de vulnerabilidad.
- Facilitar la planificación del alta.
- Promover la coordinación sociosanitaria.
- Favorecer la continuidad asistencial.

MÉTODO

VALORACIÓN SOCIAL HOSPITALARIA

Entrevista social → Historia sociosanitaria → Coordinación interdisciplinar → Valoración del entorno domiciliario → Contacto con recursos comunitarios → Plan de intervención social

Enfoque centrado en la persona | Coordinación intersectorial | Continuidad asistencial

ANTECEDENTES

- Incremento progresivo del envejecimiento poblacional.
- Aumento de situaciones de soledad y aislamiento social.
- Impacto de los determinantes sociales en la salud.
- Necesidad de coordinación entre sistemas sanitario y social.
- Importancia de identificar situaciones de vulnerabilidad durante la hospitalización.

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS

- Vivienda inadecuada
- Ausencia de apoyos familiares
- Dependencia funcional
- Deterioro cognitivo
- Fragilidad
- Aislamiento social

RESULTADOS

Distribución de principales factores de riesgo social



Principales efectos de la intervención

- Mejora de la continuidad asistencial
- Mayor seguridad en el alta hospitalaria
- Optimización de recursos sanitarios y sociales
- Reducción de estancias prolongadas evitables
- Incremento de la coordinación entre niveles asistenciales

CONCLUSIONES

- El riesgo social influye directamente en los resultados de salud.
- La detección precoz permite intervenciones más eficaces.
- La valoración social hospitalaria facilita altas seguras.
- La coordinación sociosanitaria mejora la continuidad asistencial.
- El Trabajo Social Sanitario desempeña un papel esencial en la atención integral de las personas mayores.

MENSAJE CLAVE

"Detectar el riesgo social a tiempo mejora la calidad asistencial y la calidad de vida de las personas mayores".

PERSONAS MAYORES
COMUNIDADES MÁS FUERTES
SISTEMAS MÁS HUMANOS

TRABAJO SOCIAL SANITARIO
POR UNA SOCIEDAD QUE CUIDA

ENTRENAMIENTO MUSCULAR INSPIRATORIO EN PERSONAS MAYORES CON FRAGILIDAD

Fisioterapia respiratoria para mejorar la fuerza de la tos y la función respiratoria



1. RESUMEN

El envejecimiento y la fragilidad se asocian con **reducción** de la fuerza muscular respiratoria. Una tos menos eficaz puede dificultar la eliminación de secreciones. El entrenamiento muscular inspiratorio utiliza una resistencia controlada durante la inspiración y puede mejorar la fuerza de los músculos respiratorios. La evidencia reciente muestra una mejoria importante de la fuerza de la tos en personas mayores frágiles.

2. PALABRAS CLAVE

Fragilidad | Adulto mayor | Entrenamiento muscular inspiratorio | Fisioterapia respiratoria | Fuerza de la tos | Rehabilitación

3. ANTECEDENTES

- La fuerza de los músculos respiratorios puede disminuir con la edad y la fragilidad.
- Una revisión sistemática encontró que el entrenamiento muscular inspiratorio mejora la fuerza inspiratoria en adultos mayores.
- Todavía existe incertidumbre sobre sus efectos en capacidad funcional y calidad de vida.



4. OBJETIVO

Analizar la evidencia sobre la utilidad del entrenamiento muscular inspiratorio para mejorar la fuerza respiratoria y la capacidad de tos en personas mayores con fragilidad.

5. MÉTODO

Revisión narrativa de evidencia científica

- Ensayo clínico aleatorizado 2024.
- 60 personas mayores con fragilidad; 52 participantes analizados.
- Edad media: 82,6 años.
- **Intervención:** entrenamiento muscular inspiratorio + ejercicio general.
- Duración: 8 semanas.
- **Intensidad:** 30 % de la presión inspiratoria máxima (PImax).
- **Dosis:** 30 respiraciones, 2 veces al día.
- **Evidencia complementaria:** metaanálisis en adultos mayores de 60 años (7 estudios).

6. RESULTADOS

Pico de flujo de tos (IMT)
+28,7 ± 44,4 L/min

Pico de flujo de tos (control)
−7,4 ± 26,6 L/min

Diferencia entre grupos
36,3 L/min
IC 95 %: 16,7–55,9

Tamaño del efecto
0,99

Adherencia media
87,3 %

No se notificaron eventos adversos relacionados.

El metaanálisis mostró mejora de la fuerza inspiratoria máxima.

No se demostraron mejoras estadisticamente significativas en capacidad funcional en los 3 estudios que la evaluaron.

El ensayo demuestra mejora de la fuerza de la tos; no demuestra por sí mismo una reducción de neumonías.

7. CONCLUSIONES

El entrenamiento muscular inspiratorio puede ser una intervención fisioterapéutica útil para mejorar la fuerza de la tos en personas mayores con fragilidad. También existe evidencia de mejora de la fuerza muscular inspiratoria en adultos mayores. Sin embargo, todavía se necesita más investigación para determinar con mayor certeza su efecto sobre capacidad funcional, calidad de vida y resultados clínicos.

BARRERAS DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PERSONAS MAYORES DE ZONAS RURALES DESPOBLADAS

Madrigal Ferrero, Amaya. Madrigal Madrigal, Alba

RESUMEN

El envejecimiento y la dispersión rural plantean retos para garantizar la continuidad asistencial en mayores. Analizando la accesibilidad, la coordinación sociosanitaria y el seguimiento domiciliario se intentan reconocer estrategias que fomenten una atención integral, equitativa y centrada en la persona en las zonas rurales de Castilla y León

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento. Medio rural. Despoblación. Coordinación sociosanitaria

ANTECEDENTES

DISPERSIÓN GEOGRÁFICA

DEPENDENCIA

COORDINACIÓN:
At. Primaria
At. Hospitalaria
Servicios sociales

CRONICIDAD

DESPOBLACIÓN

OBJETIVOS

General: Identificar barreras y facilitadores de la continuidad de cuidados

Específicos: Identificar barreras geográficas, organizativas, conocer factores que facilitan el seguimiento y valorar estrategias para mejorar la calidad asistencial

MÉTODO

P: >65 residentes en zonas despobladas

I: Seguimiento domiciliario, cuidados equipo enfermería, coordinación asistencial

C: Atención habitual recibida

O:Continuidad asistencia, accesibilidad, coordinación

CONCLUSIONES

La continuidad de los cuidados enfermeros en el medio rural requiere una atención integral, coordinada y adaptada.

Adaptar el seguimiento domiciliario es parte clave para conseguirlo

RESULTADOS

- **Barreras geográficas**

La dispersión territorial, las distancias a los centros de salud y hospitales y las dificultades de transporte condicionan la asistencia y el seguimiento periódico.

Municipios pequeños, de población envejecida son los más afectados.

Estas barreras desembocan en dificultad para realizar valoraciones presenciales, mantener seguimiento o garantizar cuidados domiciliarios.

- **Barreras organizativas**

La coordinación entre los diferentes servicios de salud se complica en estos ámbitos. La fragmentación de la información y la falta de mecanismos de coordinación repercuten en la falta de identificación y el tratamiento de necesidades

- **Facilitadores**

Planificación individualizada, comunicación entre niveles asistenciales, atención domiciliaria.

Teleenfermeria y herramientas digitales.



ENTRENAMIENTO CON RESTRICCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO EN PERSONAS MAYORES

Una alternativa de baja carga para mejorar fuerza y masa muscular cuando las cargas altas no son bien toleradas



1 RESUMEN

El entrenamiento con restricción del flujo sanguíneo (Blood Flow Restriction, BFR) combina ejercicio con cargas bajas y la aplicación de un manguito neumático proximal que limita parcialmente el flujo sanguíneo durante el ejercicio. En personas mayores, esta estrategia se ha estudiado como alternativa cuando las cargas altas no son apropiadas o bien toleradas. La evidencia disponible sugiere beneficios sobre fuerza, hipertrofia y algunos resultados funcionales, aunque la calidad metodológica global de parte de la evidencia es baja.

2 PALABRAS CLAVE

BFR · adulto mayor · fuerza muscular · hipertrofia · fisioterapia · función física · rehabilitación

3 ANTECEDENTES

- El envejecimiento se asocia a pérdida de fuerza, masa muscular y capacidad funcional.
- El entrenamiento de alta carga es eficaz, pero no siempre resulta adecuado o tolerable.
- El BFR busca estimular adaptaciones musculares con cargas bajas.
- Su interés clínico radica en su posible aplicabilidad en personas mayores y en contextos de rehabilitación.

4 OBJETIVO

Analizar la evidencia científica sobre la utilidad del entrenamiento de baja carga con restricción del flujo sanguíneo para mejorar la fuerza, la masa muscular y la función física en personas mayores.

5 MÉTODO

1. Revisión narrativa basada en revisiones sistemáticas y metaanálisis.
2. Revisión paraguas 2025: 23 revisiones sistemáticas y 53 ensayos únicos.
3. Metaanálisis en mayores de 60 años: comparación entre BFR + baja carga, baja carga sin BFR y entrenamiento de alta carga.
4. Metaanálisis 2024 de movilidad y marcha: 9 estudios.
5. Análisis de variables: fuerza muscular, hipertrofia, Timed Up and Go (TUG), SPPB y velocidad de marcha.

Seguridad y aplicación clínica

- La presión del manguito no debe fijarse igual para todos.
- Se recomienda individualizarla en relación con la presión de oclusión arterial.
- La técnica debe aplicarse con supervisión y prescripción clínica adecuada.



6 RESULTADOS

Revisión paraguas 2025

23 revisiones sistemáticas + 53 ensayos únicos



Fuerza muscular:
SMD 0,44
(IC 95 % 0,28–0,60)
BFR + baja carga vs baja carga sin BFR

Hipertrofia:
SMD 0,51
(IC 95 % 0,06–0,96)
BFR + baja carga vs baja carga sin BFR

Frente al entrenamiento de alta carga: **hipertrofia similar; ganancia de fuerza algo menor con BFR.**

Metaanálisis 2024 (9 estudios): **TUG −0,71 s** (IC 95 % −1,05 a −0,37) **y mejora en SPPB.**

No se observaron diferencias significativas en **velocidad de marcha**.

La calidad metodológica de las revisiones incluidas fue baja o críticamente baja.

7 CONCLUSIONES

El entrenamiento con restricción del flujo sanguíneo puede ser una alternativa útil para personas mayores cuando las cargas altas no son apropiadas o bien toleradas. La evidencia muestra beneficios sobre fuerza, hipertrofia y algunos resultados funcionales; sin embargo, no debe presentarse como claramente superior al entrenamiento convencional y su prescripción debe individualizarse.

ROL DEL TCAE: APLICACIÓN TERAPÉUTICA DEL FRÍO Y CALOR AL PACIENTE ONCOLÓGICO.

POBLACIÓN DIANA

TCAE que desarrollan su actividad en unidades de oncología, hospitales de día oncológicos y otros entornos donde se administran tratamientos de quimioterapia.

CRIOTERAPIA
Vasoconstricción

- Prevención de la neuropatía periférica.
- Calcetines, bolsas, guantes fríos.
- Se aplica antes, durante y después de la infusión de la quimioterapia.
- Reduce la exposición al fármaco.

CUIDADOS

Revisar y vigilar la piel.



TERMOTERAPIA
Vasodilatación

- Alivio del dolor.
- Mejora la circulación.
- Se emplean bolsas, compresas calietes mediante calor superficial.



CUIDADOS

- Control de temperatura.
- Evitar zonas lesionadas.

OBJETIVO

Evaluar eficacia de crioterapia y los efectos terapéuticos de la termoterapia.

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

DIPUTACIÓN ZAMORA

Complejo Asistencial de Zamora | Sacyl | Junta de Castilla y León

ENTRENAMIENTO DEL EQUILIBRIO REACTIVO PARA PREVENIR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

Fisioterapia basada en perturbaciones para mejorar la seguridad funcional

Más equilibrio
Más autonomía
Menos caídas
Mejor calidad de vida



1 RESUMEN

Las caídas son una causa importante de lesión, pérdida de autonomía y miedo a caer en las personas mayores. El entrenamiento del equilibrio basado en perturbaciones (Perturbation-Based Balance Training, PBT) expone de forma controlada al paciente a pérdidas inesperadas de estabilidad para entrenar respuestas compensatorias rápidas. La evidencia reciente indica que esta estrategia puede mejorar el equilibrio reactivo y reducir las caídas y las lesiones relacionadas.

2 PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Prevención de caídas · Equilibrio reactivo · Fisioterapia · Perturbaciones · Control postural

3 ANTECEDENTES

Con el envejecimiento disminuye la capacidad para responder con rapidez ante tropiezos, resbalones o desplazamientos inesperados del centro de masas. A diferencia del entrenamiento convencional, el PBT practica específicamente la recuperación del equilibrio tras perturbaciones externas. Las recomendaciones internacionales para personas mayores incluyen actividad física multicomponente con equilibrio funcional y fortalecimiento al menos 3 días por semana.

4 OBJETIVO

Analizar la utilidad del entrenamiento del equilibrio basado en perturbaciones como intervención fisioterapéutica para mejorar el equilibrio reactivo y reducir el riesgo de caídas en personas mayores.

5 MÉTODO

Revisión narrativa de evidencia reciente sobre PBT en personas mayores.

1. **Fuentes:** revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos.
2. **Intervención:** perturbaciones externas controladas durante bipedestación o marcha.
3. **Protocolos heterogéneos:** 1 sesión a 12 semanas.
4. **Frecuencia habitual:** 1–3 sesiones/semana.
5. **Duración habitual:** 20–60 min por sesión.
6. **Seguridad:** progresión individualizada y medidas de protección.

Secuencia de respuesta ante una perturbación

Perturbación → paso reactivo → recuperación

6 RESULTADOS

↓ 23% tasa de caídas
RR 0,77 (IC 95% 0,60–0,99)

↓ 24% caídas con lesión
RR 0,76 (IC 95% 0,58–0,98)

≥ 6 h de entrenamiento acumulado:
↓ 33% de caídas

Mejor equilibrio reactivo y función física

Ensayo clínico 2024: 127 participantes, **81 ± 6** años; diferencia de **0,9 puntos** en **SPPB** ($p < 0,001$) a favor del entrenamiento con perturbaciones.

La certeza de parte de la evidencia fue baja.

7 CONCLUSIONES

El entrenamiento del equilibrio basado en perturbaciones es una estrategia fisioterapéutica prometedora para la prevención de caídas en personas mayores. La evidencia disponible muestra mejoras del equilibrio reactivo y reducciones en las tasas de caídas y de caídas con lesión. Su aplicación debe ser progresiva, individualizada y realizada en condiciones de seguridad.






ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA FUNCIONAL (FES)

Mejora de la fase de balanceo de la marcha en un adulto mayor con pie equino neurógeno

1 Resumen

El pie equino neurógeno en el adulto mayor provoca alteraciones en la fase de balanceo de la marcha, lo que aumenta el riesgo de tropiezos y caídas. La Estimulación Eléctrica Funcional (FES), aplicada sobre el nervio peroneo común, favorece la dorsiflexión durante la fase de balanceo, mejorando el patrón de marcha y la seguridad funcional.

2 Palabras clave

- Estimulación Eléctrica Funcional
- Pie equino neurógeno
- Marcha
- Adulto mayor
- Dorsiflexión
- Prevención de caídas



3 Antecedentes

El pie equino neurógeno aparece con frecuencia tras:

- Ictus
- Lesión medular incompleta
- Neuropatía periférica
- Esclerosis múltiple

En la fase de balanceo, la ausencia de dorsiflexión produce:

- Arrastre del antepié
- Marcha en steppage
- Aumento del gasto energético
- Mayor riesgo de caídas

La FES actúa estimulando el nervio peroneo en el momento preciso del ciclo de la marcha, facilitando una dorsiflexión funcional sincronizada.

4 Objetivo

Evaluar la eficacia de la Estimulación Eléctrica Funcional en la mejora de la fase de balanceo de la marcha en un adulto mayor con pie equino neurógeno.



Configuración de la FES: electrodos sobre el nervio peroneo común.

5 Método

- **Paciente:** varón de 78 años con hemiparesia postictus.
- **Intervención:** FES sobre el nervio peroneo común.
- **Frecuencia:** 3 sesiones por semana durante 6 semanas.

Parámetros:

- **Frecuencia:** 30-40 Hz
- **Duración del pulso:** 200-300 µs
- **Intensidad:** suficiente para conseguir dorsiflexión visible
- Activación sincronizada con la fase de balanceo mediante sensor de talón

Evaluaciones realizadas:

- Velocidad de la marcha (10MWT)
- Timed Up and Go (TUG)
- Observación cinemática

6 Resultados

Tras 6 semanas:

- Mejora de la dorsiflexión activa durante la fase de balanceo
- Disminución del arrastre del antepié
- Reducción del tiempo en el TUG
- Incremento de la velocidad de la marcha
- Mayor seguridad percibida por el paciente

Además, se observó una reducción del patrón en steppage y una mejora en la simetría del paso.



7 Conclusiones

La FES es una herramienta eficaz y segura en el adulto mayor con pie equino neurógeno.

Permite:

- Mejorar la fase de balanceo
- Reducir el riesgo de caídas
- Optimizar el patrón de marcha
- Favorecer la autonomia funcional





CADA PASO CUENTA

Fisioterapia para la prevención de caídas en personas mayores



1. Resumen

Las caídas son frecuentes en personas mayores y se asocian a lesiones, pérdida de autonomía, miedo a caer y mayor dependencia. Los programas de ejercicio terapéutico multicomponente, individualizados y supervisados, contribuyen a mejorar el equilibrio, la fuerza, la marcha y la confianza, reduciendo el riesgo de nuevas caídas.

2. Palabras clave

Riesgo de caídas · Fisioterapia geriátrica · Ejercicio terapéutico · Equilibrio · Marcha · Prevención · Autonomía funcional

3. Antecedentes

El envejecimiento se asocia a cambios neuromusculares y sensoriales, menor fuerza, peor control postural, reducción de la velocidad de reacción y alteraciones visuales o vestibulares. El miedo a caer favorece la limitación del movimiento, el desacondicionamiento y la fragilidad. Por ello, se recomienda un abordaje preventivo mediante ejercicio terapéutico y estrategias funcionales adaptadas a la persona y a su entorno.

4. Objetivo

Presentar un abordaje preventivo basado en la fisioterapia para reducir el riesgo de caídas y mejorar la seguridad, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

5. Método

Revisión narrativa de la literatura y de guías clínicas sobre prevención de caídas en personas mayores que viven en la comunidad. Se priorizan intervenciones con evidencia en equilibrio, fuerza, marcha, doble tarea, ejercicios funcionales y modalidades mente-cuerpo, como el Tai Chi.

Propuesta de programa preventivo

Valoración inicial
Antecedentes de caídas, miedo a caer, medicación, entorno, calzado y pruebas funcionales.

Ejercicio multicomponente
Fuerza, equilibrio, marcha, doble tarea y ejercicios funcionales.

Dosis recomendada
Fuerza: 2–3 días/semana.
Equilibrio y marcha: 3 o más días/semana.
45–60 minutos por sesión, con progressión individualizada.

Componentes clave
Equilibrio desafiante, fortalecimiento de miembros inferiores, entrenamiento de la marcha, cambios de dirección, transferencia y doble tarea.

Modalidades complementarias
Tai Chi adaptado y ejercicios mente-cuerpo.



6. Resultados

La evidencia muestra resultados clínicamente relevantes:

- Mejora del equilibrio dinámico y del control postural.
- Aumento de la fuerza de miembros inferiores y de la capacidad funcional.
- Marcha más segura, con menor miedo a caer.
- Mayor confianza, autonomía y participación en las actividades de la vida diaria.
- Reducción del riesgo de caídas en personas con adherencia y progresión del ejercicio.
- El Tai Chi adaptado puede mejorar equilibrio, coordinación, confianza y control corporal.

7. Conclusiones

La prevención de caídas debe ser una prioridad en la atención a las personas mayores. La fisioterapia, mediante programas multicomponente, individualizados y progresivos, contribuye a reducir el riesgo de caídas y a mantener la autonomía funcional. Las intervenciones deben adaptarse al estado funcional, al entorno y a los objetivos de cada persona.



Hipoterapia en personas mayores

Efectos sobre el equilibrio y la movilidad funcional

1 RESUMEN

La hipoterapia utiliza el **movimiento rítmico y tridimensional del caballo** como estímulo terapéutico. En personas mayores, la evidencia disponible sugiere mejoras en el **equilibrio y la movilidad funcional**, con resultados prometedores para la **prevención de caídas.** Los estudios siguen siendo heterogéneos, por lo que debe considerarse una intervención complementaria dentro de programas de fisioterapia.

2 PALABRAS CLAVE

Hipoterapia | Personas mayores | Equilibrio | Marcha | Movilidad funcional | Prevención de caídas | Fisioterapia

3 ANTECEDENTES

El envejecimiento se asocia con **pérdida de equilibrio**, menor control postural y **mayor riesgo de caídas.** Durante la monta terapéutica, la pelvis y el tronco realizan **ajustes continuos** para mantener la estabilidad, generando un **estímulo sensoriomotor** relacionado con el control postural y la movilidad.









4 OBJETIVO

Analizar la evidencia científica sobre los efectos de la hipoterapia y otras intervenciones asistidas con caballos en el **equilibrio y la movilidad funcional** de las personas mayores.

5 MÉTODO

- **Diseño:** revisión narrativa de evidencia científica.
- **Fuentes:** revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos.
- **Población:** personas mayores.
- **Intervención:** hipoterapia / terapia asistida con caballos.
- **Variables analizadas:** Timed Up and Go (TUG), equilibrio y movilidad funcional.

6 RESULTADOS

Metaanálisis 2025:
27 estudios en la revisión;
15 aportaron datos para metaanálisis.

En el subgrupo de personas mayores, **3 estudios** evaluaron TUG.

TUG: −0,60 s

IC 95 %: **−1,04 a −0,16**

p = 0,007

I^2 = 0 %

Interpretación: mejora significativa de la movilidad funcional en personas mayores.

La evidencia global es prometedora, pero está limitada por muestras pequeñas y protocolos heterogéneos.

7 CONCLUSIONES

La hipoterapia puede ser una **herramienta complementaria** dentro de la fisioterapia geriátrica para **mejorar el equilibrio y la movilidad funcional.** Los datos disponibles apoyan una mejoría del TUG en personas mayores, pero todavía se necesitan estudios de mayor tamaño y protocolos más homogéneos para confirmar su efecto sobre la **prevención de caídas.**

Interreg España – Portugal
Cofinanciado por la Unión Europea
Cofinanciado pela União Europeia

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

healthy fit
Universidade de Vigo



Buenas prácticas en el medio rural de Galicia y Portugal

Análisis de experiencias para el envejecimiento activo, la salud y los cuidados

Paula Lorenzo-Estévez, Pedro Bezerra, Elena Vila, Adriana López-Rodriguez, José M. Cancela-Carral

1 RESUMEN

Se analizaron **297** buenas prácticas identificadas en Galicia y Portugal, con el fin de describir sus caracterísiticas, principales ámbitos de actuación y resultados, así como identificar factores de éxito y su potencial de replicabilidad en **otros territorios rurales**.

2 PALABRAS CLAVE

- Buenas prácticas
- Medio rural
- Envejecimiento activo
- Cooperación transfronteriza
- Cuidados

3 ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional y la despoblación son retos estratégicos en los territorios rurales de Galicia y Portugal. Las buenas prácticas constituyen iniciativas innovadoras para mejorar la salud, la autonomía y la participación social, reforzando la cohesión comunitaria y la calidad de los cuidados.

4 OBJETIVOS

- Analizar las experiencias de buenas prácticas en Galicia y Portugal.
- Identificar sus principales ámbitos de actuación y resultados.
- Determinar los factores de éxito.
- Explorar su potencial de transferencia a otros territorios rurales.

5 MÉTODO

Recogida de experiencias
Revisión documental y consulta a entidades.

→ **Análisis y clasificación**
Según dimensiones y áreas de actividad.

→ **Síntesis de resultados**
Análisis comparativo y lecciones aprendidas.

6 RESULTADOS



161 (54,2%) Portugal

76 (25,6%) España

Principales ámbitos de actuación
(% sobre el total de experiencias)

Participación	85,2 %
Inclusión	84,5 %
Salud	74,1 %
Autonomía	64,3 %

Tipologías de iniciativas
(destacadas)

- Actividad física y ejercicio
- Convivencia intergeneracional
- Promoción de la salud y bienestar
- Innovación y uso de tecnología

7 CONCLUSIONES

- Las buenas prácticas contribuyen a un envejecimiento activo, saludable y participativo en el medio rural.
- La participación y la inclusión social son ejes transversales y determinantes de su éxito.
- Existen modelos transferibles y con alto potencial de replicabilidad en otros territorios rurales.
- La cooperación transfronteriza Galicia–Portugal enriquece el intercambio de experiencias y favorece el desarrollo de soluciones innovadoras y sostenibles.

Más personas, más comunidades, más futuro

Acompañamiento del médico de familia al final de la vida: continuidad, domicilio y cuidados paliativos

Autora: Elvira Fernandez Galindo · Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria · Valenciennes, Nord, Francia

RESUMEN

En la práctica diaria como médico de familia existen momentos difíciles como profesional, entre ellos el acompañamiento en el final de la vida de pacientes a los que se ha seguido durante años y con los que existe un vínculo. Se ha experimentado la importancia que tiene para los pacientes, habitualmente mayores, disponer de un profesional de referencia con quien comunicar sus miedos, dolores, preocupaciones y ansiedad. Tanto los pacientes como sus cuidadores valoran enormemente que dicho profesional sea su médico de familia y que la atención se realice en el domicilio.

PALABRAS CLAVE

Acompañamiento • Continuidad • Atención primaria • Médico de familia • Final de vida • Paciente terminal • Cuidados paliativos

Accompaniment • Continuity of care • Primary care • Family physician • End-of-life • Terminal patient • Palliative care

OBJETIVOS

General: Valorar la importancia del acompañamiento por parte del médico de familia en pacientes mayores al final de su vida y de sus cuidadores y familiares en el domicilio.

Específicos:
• Valorar la importancia que tiene para los pacientes pasar el final de su vida en el domicilio.
• Valorar la disminución de hospitalizaciones de estos pacientes gracias al seguimiento de su médico de familia.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica sistemática de los últimos 5 años de estudios publicados en inglés, español o francés en PubMed y Elsevier. Se utilizó la aplicación Consensus para una búsqueda más amplia.

Se seleccionaron 63 artículos de Europa, América y Asia según:
• Criterios de inclusión: atención primaria domiciliaria, pacientes adultos >18 años, pacientes en final de vida.
• Criterios de exclusión: artículos que no traten sobre pacientes al final de la vida, que no aborden la atención primaria, o pacientes pediátricos.

ANTECEDENTES

Los principales focos de ansiedad al final de la vida no tienen una sola causa. La evidencia es consistente en que las causas se agrupan en: miedo al sufrimiento físico, preocupación por el impacto de la muerte en los seres queridos, y miedo a la pérdida de autonomía y a la dependencia funcional. La incertidumbre y una comunicación inconsistente o limitada aumentan la ansiedad, mientras que una comunicación sutil, temprana y continua la reduce.

Otra dimensión poco atendida es la espiritualidad. En estos pacientes (religiosos o no) es alta y muy relevante (71-99 %), especialmente ante enfermedad grave, final de vida o sufrimiento físico. Una mayor espiritualidad se asocia a menor ansiedad y depresión, y la atención a dicha dimensión mejora la satisfacción de pacientes y familias. Sin embargo, aún no existe una atención clínica proporcionada a estas necesidades.

RESULTADOS (1/2)

1. Continuidad en atención primaria se asocia con:
a. Mejor calidad percibida del cuidado (paciente y cuidadores).
b. Menor hospitalización o visitas a urgencias.
c. Mayor probabilidad de muerte en el domicilio.

2. Cuidados paliativos domiciliarios preferibles, con papel central de la atención primaria:
a. Garantiza continuidad del equipo, planificación proactiva, coordinación de soporte especializado y formación a familiares para el confort en el hogar.
b. Los pacientes prefieren cuidados y fallecer en el hogar.
c. La preparación del paciente mejora su sentido de vida y disposición a conversar sobre el final de la vida.

3. Elevada sobrecarga del cuidador familiar (tensión física, emocional y financiera). A menudo se sienten sin apoyo o abandonados.
a. Perciben falta de preparación y necesitan orientación práctica e información detallada.
b. Requieren involucrarse en decisiones y planificación anticipada de cuidados.
c. Relación con el paciente, experiencia, tiempo de cuidado y nivel educativo influyen en la sobrecarga.

RESULTADOS (2/2)

4. Peor calidad del cuidado según enfermedad, nivel socioeconómico, áreas de privación y grupos étnicos minoritarios.
a. Cuidados paliativos en cáncer mucho más estudiados que en fallo multiorgánico o demencias.

5. Evidencia de coste-efectividad de la atención domiciliaria en final de vida: escasa o ausente.

6. No existe suficiente evidencia sobre la importancia que otorgan los profesionales de la salud a la espiritualidad al final de la vida.

CONCLUSIONES

La continuidad en atención primaria se asocia a mejor calidad percibida del cuidado, menos hospitalizaciones y urgencias, y mayor probabilidad de muerte en el domicilio.

Los cuidados paliativos domiciliarios son preferibles y se asocian a mejores resultados, con papel central de la atención primaria (continuidad, planificación proactiva, coordinación y formación a familiares). Los pacientes prefieren el hogar y morir en él; su preparación mejora el sentido de vida y la disposición a hablar del final de la vida.

Existe elevada sobrecarga física, emocional y financiera de los cuidadores, que a menudo se sienten sin apoyo. Necesitan conocimientos prácticos, información y participación en decisiones y planificación anticipada. Factores como la relación con el paciente, experiencia, tiempo de cuidado y nivel educativo influyen en la sobrecarga.

La calidad del cuidado es peor según la enfermedad, nivel socioeconómico, áreas de privación y grupos étnicos minoritarios. Los cuidados en cáncer están mucho más estudiados que en fallo multiorgánico o demencia.

La evidencia de coste-efectividad de la atención domiciliaria al final de la vida es escasa o ausente. Tampoco hay suficiente evidencia sobre la importancia que dan los profesionales a la espiritualidad en el final de la vida.

Revisión bibliográfica sistemática • Atención primaria y cuidados paliativos domiciliarios • 63 artículos (Europa, América, Asia)

CUANDO EL CONTROL DE LA CALIDAD FALLA: PROTEOSTASIS, AGREGACIÓN PROTEICA Y SU VÍNCULO CON LA ELA.

1 INTRODUCCIÓN

La proteostasis (homeostasis proteica) es el proceso por el que las células regulan el equilibrio, la concentración, el plegamiento y la correcta degradación de sus proteínas. Este proceso se sostiene sobre unos pilares esenciales:
-Síntesis y plegamiento: las proteínas, gracias a las células chaperonas, se pliegan para su funcionamiento.
-Tránsito celular: el transporte preciso de proteínas al lugar exacto de la célula donde cumplen su tarea.
-Degradación selectiva: degradación de proteínas viejas, dañadas o mal plegadas a través de los sistemas:
· Ubiquitina-proteasoma.
·Autofagia-lisosoma.

2 PALABRAS CLAVE

Proteostasis, envejecimiento, enfermedades neurodegenerativas, ELA.

3 ANTECEDENTES

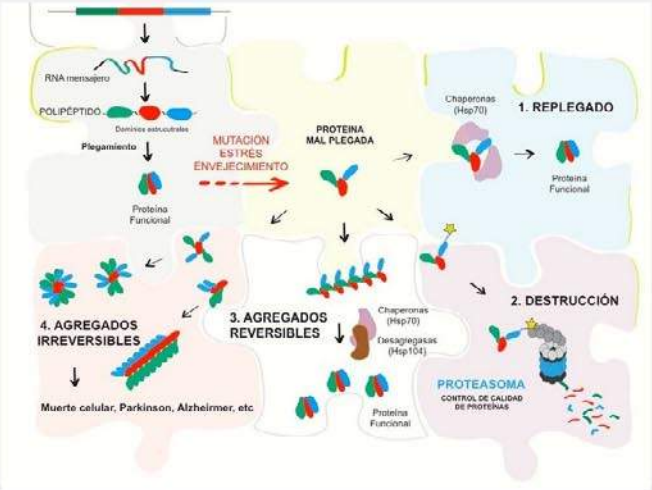
El envejecimiento es un factor de riesgo para muchas enfermedades, la alteración de la proteostasis en relación con la edad, provoca acumulación de proteínas anormales y la alteración de los sistemas de degradación selectiva. Esta acumulación puede ser compatible con un envejecimiento normal. Sin embargo, en enfermedades neurodegenerativas como la ELA se produce una acumulación anormal de agregados proteicos tóxicos y organizados.

4 OBJETIVOS

Describir como el envejecimiento disminuye la capacidad de las células para eliminar proteínas dañadas provocando su acumulación, así como una acumulación anormal y excesiva puede contribuir al desarrollo de enfermedades neurodegenerativas.

05 MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos de los últimos 3 años en las bases de datos Pubmed y Scopus.



06 RESULTADOS

-La alteración de los sistemas de eliminación de proteínas (ubiquitina-proteasoma y autofagia-lisosoma) favorece la acumulación de proteínas anómalas.
-La acumulación generalizada de proteínas durante el envejecimiento, puede crear un entorno favorable para que aparezcan agregados específicos asociados a enfermedades neurodegenerativas.
-Mejorar en funcionamiento de los proteasomas puede ayudar a alargar la vida y retrasar enfermedades.
-No hay estudios concluyentes que asocien el uso de medicación como tratamiento terapéutico.

07 CONCLUSIONES

La proteostasis depende del equilibrio entre síntesis, plegamiento y degradación de proteínas. Al envejecer, esta red se va deteriorando, acumulándose proteínas anómalas y aumentando la vulnerabilidad a la neurodegeneración.
Se están estudiando estrategias terapéuticas en estos sistemas de eliminación para el control y la restauración de la homeostasis del proteoma.

NO ERA LA CERVEZA: SHOCK SÉPTICO ENMASCARADO EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY - ZAMORA

1. RESUMEN

Paciente varón de 72 años institucionalizado que acude a urgencias por caída e hipotensión marcada (66/37 mmHg). Atribuido inicialmente a intoxicación etílica, los marcadores analíticos y de imágen confirmaron un shock séptico de origen respiratorio, revertido con éxito mediante antibioterapia y sueroterapia.

2. Palabras clave

sepsis; shock séptico; anciano institucionalizado; sesgo diagnóstico; enfermería de urgencias

3. ANTECEDENTES

La sepsis en el anciano se presenta con frecuencia de forma atípica (astenia, caídas, confusión), lo que retrasa su reconocimiento. Los sesgos cognitivos, como atribuir el cuadro al primer dato disponible, contribuyen al error diagnóstico en urgencias.

4. OBJETIVOS

Describir un caso de shock hipotensivo en un anciano institucionalizado, atribuido inicialmente a intoxicación etílica, cuya causa real fue un proceso infeccioso respiratorio grave, y destacar el riesgo de sesgo diagnóstico y la importancia de la valoración sistemática de enfermería en el paciente geriátrico con clínica atípica.

6. RESULTADOS



SOSPECHA INICIAL: Intoxicación etílica con síncope vagal

Cuadro atribuido al antecedente de ingesta de alcohol tras caída en la vía pública con palidez e hipotensión.



REALIDAD CLÍNICA: Shock séptico de origen respiratorio

Hipotensión persistente, hipovemia (SpO 89%, acidosis metabólica con hipocalcemia, reactantes elevados y foco infeccioso pulmonar.

Perfil del Paciente y Constantes de Entrada

Varón de 72 años institucionalizado con antecedentes de EPOC, dislipemia, poliglobulia y ansiedad.

Llegada a urgencias: TA 66/37 mmHg (PAM 47 mmHg), FC 94 lpm, SpO_2 89%, palidez y astenia de varios días.

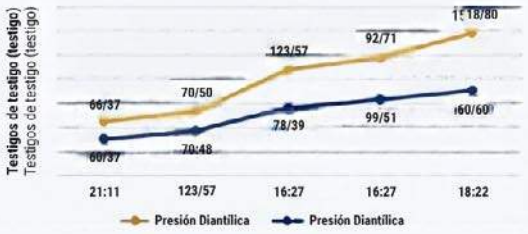
ECG: Sin hallazgos agudos.

PCR 36 mg/L

Lactato 6,2 mmol/L

pH 7,25

Evolución de la Tensión Arterial en Urgencias



5. MÉTODO

Estudio descriptivo de caso clínico único mediante revisión retrospéctica del episodio de urgencias hospitalarias (condanten vitales, analítica, prueba y de imagen, diagnóstico inicial y evolución).

7. CONCLUSIONES

Un dato anamnésico inespecífico (consumo de alcohol) puede condicionar el razonamiento clínico y retrasar la identificación de un shock séptico en el anciano. La hipotensión marcada, la hipoxemia y los reactantes de fase aguda debieron alertar de una causa infecciosa.

La Enfermería, por su valoración inicial y monitorización continua, ocupa una posición clave para detectar estas discordancias y evitar el sesgo diagnóstico, favoreciendo una respuesta terapéutica más precoz y segura en el paciente geriátrico institucionalizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Shige M, Daddahwa G, Sapanw CK et al. The Turi International Convoicy Defeates for Replids and Saptic Stack 2016; 31 (24): 31 (21:10) [2016-01-01].
- Lan J, Higuera, pami et la one way department: physical presentation of espis in aticly patients. Eneeg Med Ota 4, art. on, 2017 (8/2) 201-106.

VOLVER A CASA CON SEGURIDAD

Continuidad de cuidados enfermeros tras el alta hospitalaria en personas mayores

AUTORES: Ana M.ª Esteban Gutiérrez, Raquel López Nieto , Rebeca Prieto Silva, Álvaro González Francés, Yaiza Gallego Martín

Enfermeros del Complejo Asistencial de ZAMORA. Contacto:ameguti@hotmail.es

RESUMEN

El alta hospitalaria es un momento vulnerable para las personas mayores. Enfermería contribuye a preparar el regreso al domicilio mediante educación sanitaria y coordinación.

ANTECEDENTES

El envejecimiento y la complejidad de los cuidados requieren coordinación entre hospital, atención primaria y familia.

OBJETIVO

Analizar intervenciones enfermeras que favorecen seguridad y autonomía tras el alta.

MÉTODO

Síntesis narrativa preliminar de tres publicaciones: una revisión Cochrane (2022), un ensayo clínico (Naylor et al., 2004) y un metaanálisis (Leppin et al., 2014).

RESULTADOS

La revisión Cochrane (2022; 33 ensayos) encontró que planificar el alta probablemente reduce ligeramente los reingresos. Leppin et al. (2014; 42 ensayos) observaron menos reingresos a 30 días (RR: 0,82). Naylor et al. (2004) describieron resultados favorables de un programa de transición dirigido por enfermeras en mayores con insuficiencia cardíaca.

CONCLUSIONES

ENFERMERÍA, CLAVE EN LA VUELTA A CASA

Enfermeria identifica riesgos y facilita una transición segura al domicilio..

EDUCAR, COORDINAR Y ACOMPAÑAR

La educación sanitaria, la revisión de la medicación y la coordinación con atención primara favorecen la continuidad asistencial

SEGURIDAD Y AUTONOMÍA

Una planificación estructurada del alta puede reducir los reingresos hospitalarios

PALABRAS CLAVE: continuidad asistencial,cuiados de enfermería,alta hospitalaria, personas mayores ,seguridad del paciente

LA EFICACIA DEL EJERCICIO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

Revisión bibliográfica

RESUMEN

Las caídas constituyen un problema relevante de salud en las personas mayores y pueden comprometer su autonomía. La evidencia muestra que los programas de ejercicio, especialmente los que desafían el equilibrio e incorporan tareas funcionales y fuerza, reducen la tasa de caídas en personas mayores que viven en la comunidad.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Caídas · Ejercicio físico · Equilibrio postural · Enfermería

ANTECEDENTES

El envejecimiento puede acompañarse de cambios en fuerza, equilibrio y marcha. El ejercicio es una intervención modificable que contribuye a mantener la capacidad funcional.

OBJETIVO

Analizar la evidencia sobre la eficacia del ejercicio para prevenir caídas en personas mayores que viven en la comunidad.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica narrativa. Fuentes de referencia: Cochrane Library, PubMed y guías internacionales.
Se priorizan revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y recomendaciones clínicas sobre ejercicio y prevención de caídas.



RESULTADOS

23 %
menos tasa de caídas con programas de ejercicio en general

24 %
menos tasa de caídas con ejercicios de equilibrio y funcionales

34 %
menos tasa de caídas con programas que combinan varios tipos de ejercicio, habitualmente equilibrio, función y fuerza

Reducciones relativas de la tasa de caídas, no del porcentaje de personas que se caen.

RECOMENDACIONES

- Programas individualizados y progresivos.
- Incluir equilibrio desafiante y tareas funcionales (levantarse de una silla, pasos y cambios de dirección
- Añadir fuerza progresiva cuando sea posible.
- Orientación de las guías: ≥3 sesiones semanales durante ≥12 semanas, adaptadas a capacidad y seguridad, con reevaluación periódica.

PAPEL DE ENFERMERÍA

- Valorar antecedentes de caídas, marcha y equilibrio.
- Identificar factores modificables.
- Educar y motivar.
- Favorecer la adherencia.
- Vigilar tolerancia y seguridad.
- Coordinar seguimiento y derivación cuando proceda.

CONCLUSIONES

El ejercicio reduce la tasa de caídas en personas mayores que viven en la comunidad. Los programas que incluyen equilibrio y tareas funcionales, combinados con fuerza progresiva, cuentan con evidencia favorable. La prescripción debe individualizarse y revisarse periódicamente.

Centro de salud sobre ruedas: una unidad sanitaria móvil multidisciplinar para acercar la atención integral a las personas mayores del medio rural

Propuesta de innovación asistencial basada en la atención de proximidad, la promoción de la salud y la coordinación sociosanitaria mediante tecnologías de comunicación.

Autores: Rebeca Prieto Silva; Raquel López Nieto; Álvaro González Francés; Ana Mª Esteban Gutiérrez; Yaiza Gallego Martín
Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora. Contacto: aceber_88@hotmail.com

Resumen:

Las barreras geográficas de las zonas rurales, las dificultades de desplazamiento y el aislamiento social pueden limitar el acceso de las personas mayores a determinados servicios sanitarios. Se plantea un modelo de atención móvil orientado a acercar prestaciones asistenciales, prevención y detección de necesidades sociosanitarias.



El modelo incorporaría atención clínica programada, actividades preventivas, detección de necesidades sociosanitarias, visitas domiciliarias cuando estuvieran indicadas y coordinación multidisciplinar mediante tecnologías de comunicación.



Un centro sanitario móvil autónomo, integrado por medicina, enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que acerque determinadas prestaciones sanitarias a localidades rurales sin consultorio local.



Palabras clave:

Envejecimiento rural; unidad sanitaria móvil; atención primaria; personas mayores; accesibilidad sanitaria; atención integral; coordinación sociosanitaria; prevención; atención domiciliaria; continuidad asistencial; telemedicina; Silver Economy.

Propuesta de modelo:

1. **Análisis de necesidades:** identificar localidades, población destinataria, barreras de desplazamiento y recursos sanitarios existentes.
2. **Diseño de la unidad:** definir equipamiento, accesibilidad física, prestaciones, distribución de tareas y protocolos de seguridad.
3. **Diseño del circuito asistencial:** establecer rutas programadas, criterios de visita domiciliaria, coordinación clínica y procedimientos de derivación.
4. **Plan de evaluación piloto:** medir la utilización del servicio, necesidades detectadas, continuidad asistencial, satisfacción, costes y posibles dificultades de implementación.

Objetivos:

Objetivo general:
Diseñar un modelo de centro sanitario móvil autónomo y multidisciplinar que acerque la atención sanitaria integral a las personas mayores de zonas rurales con barreras de acceso, mediante asistencia presencial, prevención, detección de necesidades y coordinación profesional a distancia.

Objetivos específicos:

- Definir una cartera de prestaciones clínicas y preventivas adaptada al medio rural.
- Establecer las funciones del equipo compuesto por médico, enfermero y TCAE.
- Incorporar una valoración sistemática de necesidades clínicas, funcionales y sociofamiliares.
- Diseñar circuitos seguros de atención domiciliaria, interconsulta, derivación y seguimiento.
- Proponer indicadores para evaluar accesibilidad, actividad, continuidad asistencial, satisfacción y viabilidad económica.

Antecedentes:

La cartera de servicios de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad contempla la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la valoración integral de las personas mayores, la atención domiciliaria y la coordinación con otros niveles asistenciales y servicios sociales.
En 2025 se publicó una Guía del Real Patronato sobre Discapacidad sobre atención primaria en entornos rurales. Esta guía ofrece medidas para mejorar, especialmente en tres ámbitos:

- Accesibilidad sanitaria: propone medidas para facilitar el acceso a los servicios de atención primaria de las personas con discapacidad que viven en pueblos y aldeas.
- Comunicación accesible: aborda herramientas y ajustes para que la información sanitaria sea comprensible y la interacción entre pacientes y profesionales resulte más accesible.
- Tecnología y atención a distancia: incluye telemedicina, consultas remotas, seguimiento de pacientes crónicos y herramientas digitales que pueden facilitar la atención sin necesidad de desplazarse.

Bibliografía:

1. Real Patronato sobre Discapacidad. Accesibilidad a la Atención Primaria en Entornos Rurales. Guía para facilitar la información y la comunicación a pacientes con discapacidad [Internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030; 2025 [citado 24 oct 2026]. Disponible en: https://www.rpdiscapacidad.gob.es/estudios-publicaciones/2025_AccesAttPRural.htm
2. Ministerio de Sanidad. Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad [citado 24 oct 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-ServiciosEspecificos.htm

Conclusión:

La atención sanitaria no debería depender del lugar donde se vive. El centro de salud sobre ruedas propone acercar la atención integral a las personas mayores del medio rural, facilitando la prevención, la detección de necesidades y la coordinación de cuidados. Una nueva forma de cuidar, más accesible, cercana y adaptada a las necesidades de cada persona.

POLIMEDICACIÓN EN PERSONAS MAYORES: ¿CÓMO PREVENIR LOS RIESGOS Y GARANTIZAR UN USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS?

Autores: Yaiza Gallego Martín, Raquel López Nieto, Rebeca Prieto Silva, Álvaro González Francés, Ana Mª Esteban Gutiérrez
Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora. Contacto: yaizaagm@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Analizar los riesgos asociados a la polimedicación en personas mayores e identificar estrategias para mejorar la seguridad del tratamiento farmacológico.

Método: Se realizó una revisión bibliográfica consultando bases de datos como PubMed

Resultados: La polimedicación puede asociarse a interacciones farmacológicas, problemas de adherencia y hospitalizaciones. La revisión de la medicación permiten identificar problemas relacionados con los tratamientos.

Conclusión: La valoración individualizada, la revisión periódica de los tratamientos y la educación sanitaria son fundamentales para favorecer un uso seguro de los medicamentos.

PALABRAS CLAVE

Polimedicación; Personas mayores; Seguridad del paciente; Reacciones adversas; Revisión farmacológica; Deprescripción; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

- El envejecimiento se relaciona con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y, por tanto, con una mayor utilización de medicamentos.
- Se considera polimedicación al uso simultáneo de cinco o mas medicamentos
- Los cambios fisiológicos asociados a la edad pueden modificar la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los medicamentos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar los riesgos asociados a la polimedicación en personas mayores e identificar intervenciones que favorezcan la seguridad farmacológica desde enfermería.

Objetivos específicos:

- Describir los riesgos derivados del uso simultáneo de múltiples medicamentos.
- Identificar estrategias de revisión y optimización de tratamientos.
- Destacar el papel de enfermería en la prevención de problemas farmacológicos.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en noviembre de 2026, consultando bases de datos como PubMed, CINAHL y Scopus. Se priorizaron publicaciones recientes y documentos de referencia por su relevancia para el tema.

RESULTADOS

1.PRINCIPALES RIESGOS ASOCIADOS A LA POLIMEDICACIÓN



Interaccion farmacologíca



Falta de adherencia terapeutica



↑ utilizacion servicios sanitarios

2. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA: CRITERIOS STOPP/START

- STOPP: identifica medicamentos potencialmente inapropiados.
- START: identifica tratamientos necesarios que podrían estar omitidos.

3. PAPEL DE ENFERMERÍA:

- Educación sobre dosis, horarios y administración.
- Identificación de dificultades para seguir el tratamiento.
- Detección y comunicación de posibles efectos adversos.
- Apoyo mediante sistemas de organización de medicamentos.
- Seguimiento de la adherencia terapéutica.
- Coordinación con médicos y farmacéuticos.
- Implicación de familiares y cuidadores.

CONCLUSIÓN

- El uso de múltiples medicamentos puede aumentar el riesgo de acontecimientos adversos y hospitalizaciones.
- La revisión periódica individualizada permite detectar prescripciones potencialmente inapropiadas.
- Enfermería desempeña un papel esencial en la educación sanitaria, la adherencia y la seguridad del paciente.

APLICACIÓN CLÍNICA DE FOTOBIOMODULACIÓN EN POBLACIÓN GERIÁTRICA

Daniel García-García, Rocío Llamas-Ramos, Jorge Juan Alvarado-Omenat, Laura Casas-Prieto, Inés Llamas-Ramos

BIBLIOGRAFÍA

1. ANTECEDENTES

- **Envejecimiento Fisiológico:**

  Senescencia celular, disfunción mitocondrial, estrés oxidativo e inflamación crónica baja (sarcopenia, osteoartritis, deterioro cognitivo) (1).

- **Mecanismo Acción fotobiomodulación (FBM):**

  Absorción fotónica en cadena respiratoria mitocondrial (2,3).

Efectos Biológicos Clave:

- ↑ síntesis de ATP (2)
- ↓ citocinas pro-inflamatorias (3)
- ↑ angiogénesis + microcirculación (4)
- Equilibrio balance sistema redox (5)

2. OBJETIVOS

Principal:

Sintetizar los efectos clínicos y fisiológicos de la FBM en personas mayores.

Secundario:

Describir los parámetros dosimétricos y técnicos aplicados en la literatura actual.

3. METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica cualitativa siguiendo las pautas PRISMA 2020 (6).

Estrategia de búsqueda

- Bases de datos: PubMed, Scopus, WoS y PEDro.
- Palabras clave/MeSH: *Photobiomodulation Therapy, Low-Level Laser Therapy, Aged, Older Adults, Geriatrics, Cognitive Dysfunction, Sarcopenia, y Osteoarthritis*

Criterios de selección

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
-Ensayos clínicos y estudios observacionales -Sujetos > 60 años -Tto con FBM aislado o coadyuvante -Variables: dolor, cognición, fuerza, cicatrización	-Idioma ≠ inglés o castellano -No indicación de parámetros

Selección y extracción de los datos

Filtros de búsqueda + lectura título y resumen
↓
Lectura de texto completo
↓
Datos extraídos

Características muestra | Patología tratada | Efectos de intervención | Dosis de aplicación

4. RESULTADOS – EFECTOS CLÍNICOS

Afecciones Neurocognitivas (2)
- ↑ Vel. procesamiento, memoria y ritmos alfa/gamma.
- ↓ neuroinflamación.
- **Aplicación: Deterioro cognitivo leve y demencia temprana.**

Sistema Musculoesquelético y Dolor (3-5)
- Analgesia, retraso aparición de fatiga.
- ↑ masa y fuerza muscular.
- **Aplicación: Sarcopenia, fragilidad, gonalgia y dolor crónico.**

Reparación Tisular y Cutánea (7,8)
- Síntesis de colágeno y fibroblastos.
- Cicatrización temprana de heridas y úlceras.
- **Aplicación: Pacientes institucionalizados o con movilidad reducida.**

4. RESULTADOS – DOSIMETRÍA (2-5,7,8)

Parámetro	Visible	NIR
Longitud onda	630–670 nm	808–904 nm
Dens. Potencia	10–50 mW/cm²	30–100 mW/cm²
Dens. Energía	1–6 J/cm²	4–10 J/cm²
Emisión	Continuo	Cont./Pulsado
Frecuencia	2–3 ss/sem	2–3 ss/sem
Duración/ses.	1–3 min/pto	10–20 min/zona

5. CONCLUSIONES

Eficacia y Seguridad: La FBM es una terapia física no invasiva, muy segura y con beneficios demostrados a nivel neurocognitivo y musculoesquelético.

Necesidad Clínica: Es imprescindible estandarizar los parámetros de dosificación para garantizar la reproducibilidad.

PREVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA DEL DELIRIUM EN CIRUGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR CON BLOQUEO PERIFÉRICO

1.RESÚMEN:

- El delirium e inquietud en pacientes conscientes o levemente sedados bajo bloqueo nervioso periférico constituye **un reto de seguridad.**
- El entorno quirúrgico (ruidos, aislamiento sensorial, frío) incrementa el estrés cerebral agudo.
- Este trabajo analiza un protocolo no farmacológico liderado por enfermería perioperatoria enfocado en el confort térmico, la modulación acústica/visual y la comunicación terapéutica.

2. PALABRAS CLAVE: Delirium; Atención de enfermería; Anestesia de Conducción; Extremidad Superior; Quirófanos; Aislamiento Acústico.

3.JUSTIFICACIÓN:

- La disfunción cerebral aguda perioperatoria se asocia a peores resultados clínicos y mayor estancia hospitalaria.
- Su gestión preventiva en el bloque quirúrgico con paciente consciente sigue siendo un área de oportunidad clave para el rol autónomo de enfermería.

4.OBJETIVOS:

- **General:** Reducir incidencia del delirium intraoperatorio.
- **Específico:** Aplicar intervenciones para disminuir éste riesgo.

5. MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo y transversal de la práctica clínica asistencial en el bloque quirúrgico en pacientes adultos intervenidos de cirugía de miembro superior bajo bloqueo nervioso periférico aplicando estas medidas:

- **Gestión Acústica y Sensorial:** Música elegida por el paciente o aislamiento sonoro activo; contención de ruidos metálicos.
- **Confort Térmico y Posicional:** Calentamiento activo (manta de aire) desde la acogida para evitar temblores y vasoconstricción; postura ergonómica.
- **Acompañamiento y Reorientación Continuos:** La enfermera circulante actúa como "ancla sensorial", informando en momentos críticos sobre el avance de la cirugía.

6.RESULTADOS: Se establece una reducción efectiva del estrés cerebral agudo y de la incidencia de delirium intraoperatorio en pacientes conscientes mediante la aplicación sistemática de estas medidas por parte de enfermería.

7.CONCLUSIONES:

•El entorno quirúrgico representa un factor de riesgo importante (ruidos, aislamiento, bajas temperaturas) que favorece la disfunción cerebral aguda en pacientes bajo bloqueo nervioso periférico.

•La intervención activa y autónoma de la enfermería perioperatoria a través de la gestión acústica/sensorial, el confort térmico/posicional y el acompañamiento como "ancla sensorial" demuestra ser una estrategia no farmacológica viable y clave para mejorar la seguridad del paciente.

EJERCICIO FISICO DE FUERZA EN PERSONAS MAYORES MAS AUTONOMÍA Y CALIDAD DE VIDA

RESUMEN: El aumento de actividad de fuerza en personas mayores ayuda a retrasar la aparición de sarcopenia y preserva la función física

ANTECEDENTES: A partir de los 60 años se pierde entre un 3-5 % de masa muscular al año.
La pérdida de fuerza es la principal causa de caídas, dependencia y fragilidad.

CLAVES:PALABRAS:
Ejercicio de fuerza; Sarcopenia; Envejecimiento saludable; Ejercicio físico; Autonomía.



OBJETIVO: Promoviendo la práctica de ejercicios de fuerza en mayores de 65 años, prevenimos la sarcopenia , mejoramos la capacidad funciona y mantenemos la autónoma.

METODO:Revisión bibliográfica en PubMed SciELO y CUIDEN(2020-2026)
Selección de 15 documentos para elaboración de material educativo basado en evidencia OMS y Virifrail.

RESULTADOS:
.Aumento de fuerza muscular
.Mejora entre un 20 y30% en equilibrio y velocidad de
marcha.
.Reducción de caídas.

CONCLUSION :El envejecimiento activo no sólo es caminar, sin fuerza no hay funcionalidad.

CONÉCTA-TE: mayores conectados, cuidados sin barreras

Un programa de Educación para la Salud centrado en la alfabetización digital sanitaria de las personas mayores.



1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN



La **digitalización sanitaria** (citas en línea, receta electrónica, carpetas de salud) ofrece grandes oportunidades, pero genera barreras en adultos mayores por dificultades técnicas y falta de confianza (1).

Factores personales, tecnológicos y sociales condicionan su **eHealth Literacy** alfabetización sanitaria. La educación sanitaria y el acompañamiento enfermero son clave para superar la brecha digital y promover la autonomía (2).

Palabras clave: Personas mayores; alfabetización digital en salud; Enfermería; salud digital; autonomía.

2. OBJETIVOS



General:

Diseñar una propuesta educativa de Enfermería para favorecer la alfabetización digital sanitaria de las personas mayores.

Específicos:

- Identificar las principales barreras digitales de acceso y uso.
- Reconocer estrategias educativas pedagógicas adaptadas al colectivo senior.
- Proponer talleres prácticos que fomenten la autonomía y la ciberseguridad.

3. METODOLOGÍA



Para el diseño de la intervención se analizó la evidencia científica disponible.

- **Bases consultadas**: PubMed. CINAHL y SciELO
- **Descriptores (MeSH/DeCS)**: *older, adults, digital health literacy, eHealth literacy, nursing, health education.*

En base a la evidencia encontrada se estrutura el

- **Modelo de equipo**: Co-liderazgo (Enfermería + Informática). Enfermería asume la capacitación pedagógica y cuidados digitales, mientras que el perfil informático ofrece asistencia técnica in situ para resolver bloqueos, configurar conectividad y reforzar la ciberseguridad sin interrumpir el acompañamiento sanitario.

4. RESULTADOS: PROPUESTA "CONÉCTA-TE"

Programa estructurado en **3 módulos** teórico-prácticos **liderados por Enfermería**:

Módulo	Enfoque y Dinámica Práctica
1. Pierde el miedo a la pantalla	**Familiarización** técnica con el móvil y práctica guiada de herramientas y carpetas sanitarias digitales
2. Detectives de la salud digital	**Capacitación** para identificar fuentes fiables, detectar bulos sanitarios y prevenir estafas/*phishing*
3. Mi salud, mis decisiones	**Uso seguro** de datos personales, firma digital, privacidad y canales oficiales de consulta.

FLUJO PEDAGÓGICO DE LA INTERVENCIÓN



ELEMENTO INNOVADOR: PASAPORTE DE AUTONOMÍA DIGITAL



Tarjeta individualizada donde **el usuario registra los hitos alcanzados** (ej. "*Sé pedir cita previa*", "*Sé identificar un mensaje sospechoso*").

100%
RESPETO AL RITMO INDIVIDUAL

+ AUTOEFICACIA
REFUERZO POSITIVO CONTINUO

5. DISCUSIÓN Y APLICABILIDAD



La literatura confirma que las intervenciones comunitarias de salud digital sufren alta deserción si no adaptan el lenguaje y el ritmo a la población senior (3,4).

Impacto en Silver Economy:

- **Reducción de dependencia**: Disminuye la sobrecarga de cuidadores e intermediarios familiares para trámites habituales (5).
- **Escalabilidad:** Propuesta de bajo coste exportable a Centros de Atención Primaria, Aulas de Tercera Edad y Residencias.

6. CONCLUSIONES



1. La **alfabetización digital** sanitaria constituye una herramienta indispensable de **empoderamiento** e inclusión social en la población mayor.
2. La formación en salud digital debe centrarse en **dinámicas participativas** y **personalizadas** que **reduzcan la ansiedad tecnológica.**
3. **Enfermería** actúa como **conector** clave mediante el modelo de cuidados seguro y evaluable que proporciona el *Pasaporte de Autonomía Digital.*

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

1. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. J Med Internet Res. 2006;8(4):e27. doi:10.2196/jmir.8.4.e27
2. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Smith B, et al. eHealth literacy and health outcomes in older adults: A systematic review. J Med Internet Res. 2022;24(4):e34112.
4. Gómez-Ramos M, Pérez-García A. Alfabetización digital en salud y brecha de género en mayores. Rev Esp Salud Pública. 2023;97:e202301004.
5. Wildenbos GA, et al. Older adults using eHealth: Especially when, how, and why? A systematic review. Int J Med Inform. 2018;118:59-70.

VIII Congreso Internacional Silver Economy - Zamora, España



TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CADERA

El papel esencial de la Enfermería en su recuperación

RESUMEN

Las fracturas de cadera pueden limitar la movilidad y la autonomía. El abordaje es multidisciplinar; Enfermería valora, controla el dolor, previene complicaciones, promueve la movilización y prepara el alta.

PALABRAS CLAVE

Fractura de cadera · Enfermería · Personas mayores · Rehabilitación · Caídas

ANTECEDENTES

La edad, la fragilidad y la osteoporosis elevan el riesgo. La fractura puede causar dolor, complicaciones y pérdida de independencia; requiere atención precoz y coordinada.

OBJETIVOS

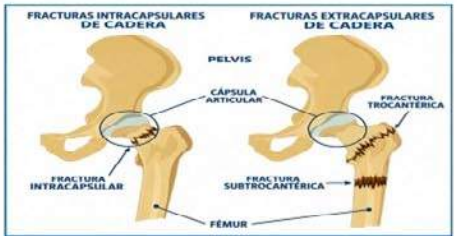
- Resumir tratamiento y recuperación.
- Identificar cuidados pre y postoperatorios.
- Destacar educación y prevención.

MÉTODO

Revisión narrativa con finalidad de síntesis clínica y educativa.

Fuentes: NICE CG124 (actualizada en 2023), guía AAOS para personas mayores (2021) y guía de buena práctica clínica de la SEGG (2022).

Se agruparon recomendaciones sobre tratamiento, cuidados enfermeros, prevención de complicaciones, movilización y rehabilitación.



TIPOS DE FRACTURAS DE CADERA

CONCLUSIONES

Enfermería integra la valoración individualizada, el control del dolor, la vigilancia clínica, la prevención de complicaciones, la movilización precoz y la educación sanitaria.

La continuidad de los cuidados, con comunicación entre hospital, rehabilitación y domicilio, coordinación del equipo y participación de la familia, favorece un seguimiento seguro, mejora la recuperación funcional y ayuda a preservar la autonomía.

RESULTADOS · ACCIONES CLAVE DE ENFERMERÍA

1. **Valoración y planificación individualizada**
   Valorar función, cognición, dolor, constantes, medicación, piel y riesgo de caídas; acordar objetivos con la persona.
2. **Cuidados preoperatorios**
   Reevaluar dolor y analgesia; vigilar estado neurovascular, hidratación y piel; preparar según protocolo e informar.
3. **Cuidados postoperatorios**
   Controlar constantes, dolor, herida y sangrado; vigilar delirium, infección, tromboembolismo y lesiones por presión; aplicar medidas prescritas.
4. **Movilización y rehabilitación**
   Facilitar fisioterapia y movilización temprana —al día siguiente si procede—; respetar carga indicada y prevenir caídas.
5. **Educación, alta y prevención secundaria**
   Enseñar cura de la incisión quirúrgica, medicación, ejercicios y señales de alarma; implicar a cuidadores, adaptar el hogar y evaluar osteoporosis y riesgo de caídas.

Atención integral: del ingreso a la recuperación funcional

Ansiedad y depresión tras una fractura de cadera en personas mayores

Del estado independiente a la dependencia: revisión bibliográfica y papel de enfermería

RESUMEN

Tras la fractura, necesitar ayuda puede afectar al ánimo y a la recuperación.

PALABRAS CLAVE

Fractura de cadera · Ansiedad · Depresión
Persona mayor · Dependencia · Enfermería

ANTECEDENTES

Vida independiente
↓
Fractura de cadera
↓
Posible necesidad de ayuda

OBJETIVOS

Estimar la frecuencia de ansiedad y depresión e identificar cuidados que favorezcan la recuperación.

MÉTODO

Revisión de metaanálisis, revisiones sistemáticas y estudios observacionales. Síntesis narrativa de los resultados.

RESULTADOS

23 %

Casi 1 de cada 4 presenta depresión.

Metaanálisis · IC 95 %: 18–29 (2).

Tras la cirugía

36,7 % ansiedad
38,5 % depresión

En un estudio (4).

A los 3 meses

La ansiedad y la depresión se asociaron con más dolor y peor función de la cadera (4).

CONCLUSIONES Atención integral: cuidar el cuerpo y el ánimo



Desde el ingreso

Valorar el ánimo y escuchar cómo vive la pérdida de autonomía (5).



Durante la recuperación

Fomentar la rehabilitación. El ejercicio podría aliviar los síntomas depresivos (6).

REFERENCIAS

1. Milton-Cole R, et al. Prognostic factors of depression after hip fracture surgery. BMC Geriatr. 2021;21:537.
2. Heidari ME, et al. Prevalence of depression in older people with hip fracture. Int J Orthop Trauma Nurs. 2021;40:100813.
3. Qin HC, et al. New-onset depression after hip fracture surgery among older patients. World J Psychiatr. 2021;11:1129–46.
4. Jing P, et al. Postoperative anxiety and depression in elderly hip fracture patients. Psychiatry Clin Psychopharmacol. 2025.
5. Charles-Lozoya S, et al. Depression and geriatric assessment in older people admitted for hip fracture. Rev Med Chile. 2019;147:1005–12.
6. Milton-Cole R, et al. Exercise rehabilitation interventions on depressive symptoms post hip fracture. Osteoporos Int. 2024;35:227–42.

VIII Congreso Internacional Silver Economy

Zamora · 26, 27 y 28 de noviembre de 2026

SARCOPENIA COMO SINDROME GERIÁTRICO: SU ABORDAJE DESDE ENFERMERÍA

RESUMEN- ANTECEDENTES: La sarcopenia es un síndrome geriátrico caracterizado por la pérdida progresiva de masa y fuerza muscular, con implicaciones funcionales y metabólicas, asociado a un bajo rendimiento físico, mayor riesgo de caídas, discapacidad, dependencia y mortalidad. Su prevalencia aumenta con la edad, pudiendo pasar desapercibida en fases iniciales, lo que retrasará su diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Sarcopenia, Enfermería, Síndrome geriátrico

OBJETIVO: Analizar la evidencia científica sobre la sarcopenia como síndrome geriátrico y el papel de la enfermería en su detección y abordaje.

METODOLOGIA: Se realizó una revisión bibliografía sobre la sarcopenia como síndrome geriátrico y su abordaje desde la enfermería, en bases de datos como Pub-Med, Scielo y google académico, seleccionando artículos entre 2016 y 2026.

RESULTADOS: La literatura científica muestra que las intervenciones multicomponentes son las más efectivas para prevenir o retrasar la progresión de la sarcopenia. El ejercicio de fuerza y la actividad física mejoran la masa y la fuerza muscular. La suplementación con proteínas y vitamina D contribuyen a la ganancia o mantenimiento muscular. Los programas educativos y de apoyo fortalecen la adherencia al tratamiento. La intervención precoz reduce el riesgo de caídas, dependencia y hospitalización. Existen métodos de cribado y diagnostico como el cuestionario SARC-F, dinamometría, prueba de velocidad de la marcha, y el índice de masa muscular.



DISCUSION Y CONCLUSIONES: La sarcopenia aumenta la vulnerabilidad y la pérdida de autonomía en las personas mayores. La detección precoz y la valoración integral son esenciales para un abordaje efectivo. Las intervenciones enfermeras basadas en el ejercicio, nutrición, y educación pueden prevenir o retrasar su progresión. La enfermería contribuye a mejorar la funcionalidad, la calidad de vida y la seguridad del paciente. La enfermería debe implicarse en incorporar la valoración de la fuerza y la funcionalidad en la atención habitual, identificar factores de riesgo y establecer un plan individualizado, promover la actividad física y la nutrición adecuada, educar y motivar a la persona mayor y a su entorno, y coordinar recursos comunitarios y servicios de apoyo.

Juntos contra a solidão: modelos de cooperação intersetorial na assistência a pessoas idosas

Revisão integrativa da literatura

Ana Raquel Carvalho Lemos[1] **Tiago Henrique Moura Marinho**[1] **Kleiver Alexis Sanchez Rodriguez**[2,3*]

[1] Universidade Politécnica de Bragança (UPB), Portugal [2] Escola Superior de Saúde, Universidade Politécnica de Bragança (UPB), Portugal [3] Grupo de Investigación PSIQUE-Ex, Facultad de Educación y Psicología, Universidad de Extremadura, España * Autor correspondente: anarclemos@hotmail.com

1 Introdução

Distinta do isolamento social, a solidão é uma experiência subjetiva de desconexão emocional, associada a depressão, declínio cognitivo e perda de qualidade de vida (Cardoso et al., 2026) e a um aumento de 26% do risco de mortalidade (Holt-Lunstad et al., 2015). O apoio à pessoa idosa assenta em redes informais (família, vizinhança) e formais (saúde, respostas sociais, Estado) (Monteiro et al., 2026); quando a rede familiar é reduzida, o risco de solidão aumenta (Marcelino et al., 2024). Permanece, contudo, pouco sistematizado *como* estes atores cooperam entre si.

1 em 6	até 1 em 3	871 000
pessoas no mundo afetadas pela solidão	pessoas idosas em isolamento social	mortes por ano associadas à solidão

Fonte: World Health Organization (2025).

Palavras-chave: *idoso; solidão; isolamento social; apoio social; colaboração intersetorial.*

2 Objetivo e questão de investigação

Identificar e caracterizar os modelos de cooperação entre atores formais e informais no combate à solidão em pessoas idosas e sintetizar a evidência disponível sobre os seus resultados.

P	I	Co
Pessoas idosas	Cooperação entre atores formais e informais	Contextos comunitários e institucionais

3 Metodologia

Desenho: revisão integrativa (Whittemore & Knafl, 2005), reportada segundo a declaração PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

Fontes: PubMed, SciELO e Google Académico; pesquisa em outubro de 2026.

Descritores (DeCS/MeSH): Idoso [Aged]; Solidão [Loneliness]; Isolamento Social [Social Isolation]; Apoio Social [Social Support]; Colaboração Intersetorial [Intersectoral Collaboration], combinados com AND/OR.

Inclusão: publicação entre 2017 e 2026; português, inglês ou espanhol; texto integral; respostas à solidão em pessoas idosas.

Exclusão: duplicados; ausência de foco na solidão ou de contributo para modelos de cooperação.

Seleção: triagem sequencial por título, resumo e texto integral, com registo dos motivos de exclusão (Figura 1).

Análise: extração para matriz padronizada (desenho, contexto, atores, resultados) e síntese temática por modelo de cooperação.

4 Seleção dos estudos (PRISMA 2020)

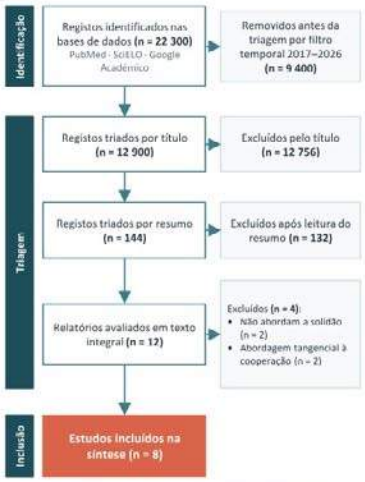


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos, adaptado da declaração PRISMA 2020.

5 Caracterização da amostra



6 Síntese dos estudos incluídos

Tabela 1. Características e principais resultados dos estudos incluídos (n = 8).

ID	Estudo	Desenho · contexto	Principais resultados
E1	**Cardoso et al. (2026)**	Revisão sistemática (k = 45)	Eixos intergeracional, tecnológico, de políticas públicas e comunitário, com efeitos positivos; baixa sustentabilidade e cobertura rural desigual.
E2	**Monteiro et al. (2026)**	Revisão integrativa (k = 7)	A equipa de saúde deteta precocemente a solidão, organiza grupos de apoio e articula com a família e a comunidade.
E3	**Santos (2025)**	Comparativo; institucionalizados · BR/PT	Solidão moderada/elevada: 40,7% no Brasil vs. 3,7% em Portugal, onde as visitas familiares são mais frequentes.
E4	**Santos & Godoy-Dolcinotti (2025)**	Resumo de revisão integrativa · BR	Grupos de apoio coordenados por enfermeiros reduzem a solidão e os sintomas depressivos e reforçam a autoestima.
E5	**Marcelino et al. (2024)**	Transversal, ELSI-Brasil (n = 7 163; > 50 anos) · BR	Cônjuge e filhos protegem da solidão; os serviços públicos devem priorizar quem tem rede familiar reduzida.
E6	**Peri Guedes (2024)**	Ensaio teórico · PT/Reino Unido	Estratégia britânica intersetorial e acolhimento familiar (SCML); defende o poder local como eixo da resposta.
E7	**Sanches (2021)**	Estudo de caso (Azambuja) · PT	A articulação entre IPSS, família e Rede Social manteve o apoio na pandemia; propõe parcerias com centros de saúde e a formação de cuidadores.
E8	**Oliveira (2017)**	Exploratório · PT	A tecnologia aproxima seniores, cuidadores e médicos: exige literacia digital e desenho conjunto com as instituições.

Figura 2. Atores envolvidos nos modelos de cooperação descritos em cada estudo.

	Cuidados de saúde	Família / cuidadores	Respostas sociais	Comunidade	Poder local / Estado	Tecnologia	Σ
E1 Cardoso et al. (2026)	○	○	○	●	●	●	3
E2 Monteiro et al. (2026)	●	●	○	●	○	○	3
E3 Santos (2025)	○	●	●	○	○	○	2
E4 Santos & Godoy-D. (2025)	●	○	○	●	○	○	2
E5 Marcelino et al. (2024)	○	●	○	○	●	○	2
E6 Peri Guedes (2024)	○	○	●	○	●	○	2
E7 Sanches (2021)	●	●	●	●	●	○	5
E8 Oliveira (2017)	●	●	●	○	○	●	4
Total n (%)	4 (50%)	5 (62,5%)	4 (50%)	4 (50%)	4 (50%)	2 (25%)	

7 Modelos de cooperação identificados

M1 **Cuidados de saúde primários como ponte:** deteção precoce e grupos de apoio articulados com a família e a comunidade (E2, E4)

M2 **Rede local integrada sob governação municipal:** IPSS, família, Rede Social e centros de saúde coordenados à escala local (E1, E6, E7)

M3 **Complementaridade entre família e serviços:** apoio formal priorizado para pessoas com rede familiar reduzida (E3, E5)

T **Tecnologia como eixo transversal:** aproxima idosos, cuidadores e profissionais; depende da literacia digital (E1, E8)

8 Discussão

Nenhum ator, isoladamente, responde à natureza multifatorial da solidão (E1), em linha com o apelo da OMS ao envolvimento de todos os setores (World Health Organization, 2025). A família é o recurso mais referido (5/8), mas não substitui o apoio formal (E3, E5). Só um estudo descreve uma rede que integra cinco dos seis atores (E7), sugerindo que a escala local favorece a cooperação. **Nenhum estudo primário incluído avaliou a efetividade de um modelo de cooperação com desenho controlado**; persistem a baixa sustentabilidade e a cobertura rural desigual (E1).

Limitações

- Amostra reduzida (n = 8), lusófona e com metade de literatura cinzenta.
- Inclusão de um resumo (E4), apesar do critério de texto integral, e de três revisões, com possível sobreposição de evidência.
- Sem avaliação formal da qualidade metodológica; o Google Académico limita a reprodutibilidade.

9 Conclusões e implicações

Combater a solidão na pessoa idosa é uma questão de organização dos cuidados, e não apenas de boa vontade.

A evidência, ainda escassa e descritiva, aponta as **redes locais integradas** (M2) como o modelo mais promissor.

Gestão: parcerias intersetoriais formais, formação de profissionais e cuidadores, financiamento sustentável e cobertura rural.

Investigação: estudos controlados com medidas validadas de solidão.

Referências

* Estudo incluído na revisão

*Cardoso, B., Vaz, C., & Carvalho, H. M. (2026). A solidão na terceira idade: Uma revisão sistemática de estratégias de intervenção. Revista Ibero-Americana de Gerontologia, 9, e283. https://doi.org/10.61415/riage.283

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227–237. https://doi.org/10.1177/1745691614568352

*Marcelino, K. G. S., Braga, L. S., Lima-Costa, M. F., & Torres, J. L. (2024). Características da família e solidão entre adultos mais velhos: Evidências do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Revista Brasileira de Epidemiologia, 27, e240054. https://doi.org/10.1590/1980-549720240054.2

*Monteiro, A. V. S., Lima, N. M., Lima, I. M. S., Silva, J. I., Costa, A. R. S., & Lira, I. M. (2026). Impactos do isolamento e solidão na saúde mental da pessoa idosa e a atuação da equipe de saúde: Revisão integrativa. Educação Ciência e Saúde, 13(1), 4863. https://doi.org/10.20438/ecs.v13i1.4863

*Oliveira, J. S. C. S. (2017). Combater a solidão através do serviços de base tecnológica: Um estudo exploratório no contexto português [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

*Peri Guedes, M. A. (2024). Estado, modernidade, amparo aos idosos e a solidão: Reflexões sobre um mal-estar secular. In V. Moreira, J. Machado, C. M. Gomes, C. Gomes, C. A. K. Nunes, & L. R. Soares (Orgs.), Anais de artigos completos do VIII CIGHCampina 2024 (Vol. 9, pp. 122–134). Editora Realize. Editora Brasílica. Ceará Brasil.

*Sanches, Q. M. F. (2021). Reinventar respostas sociais para combater a solidão dos mais velhos: Um estudo de caso na vila de Azambuja [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte.

*Santos, A. M. R. (2025). Solidão em pessoas idosas institucionalizadas nos contextos brasileiro e português [Relatório de estágio de pós-doutoramento, Universidade Federal do Piauí].

*Santos, V. H. C., & Godoy-Dolcinotti, M. M. (2025). Solidão em idosos: Análise dos benefícios dos grupos de apoio na ESF [Resumo]. Revista Diálogos em Gerontologia, 1(1), 29. https://revista.redegaroto.com.br/index.php/dialogos/article/view/11

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. Journal of Advanced Nursing, 52(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

World Health Organization. (2025). From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies. Report of the WHO Commission on Social Connection. https://www.who.int/publications/i/item/9789240112360

Envelhecimento Ativo na Era Digital

Que evidência recente existe sobre o contributo das tecnologias digitais para a autonomia, a inclusão, a participação social e a empregabilidade das pessoas idosas? Uma revisão narrativa de revisões (2022–2026)

Universidade Politécnica Bragança
Escola Superior de Saúde

Congresso Silver Economy · 26 de novembro de 2026

Autores: Ana Rita Teixeira Pereira · Luana Bento Morais · Kleiver Sanchez · Licenciatura em Gerontologia, Escola Superior de Saúde, Universidade Politécnica de Bragança · ana875527@gmail.com

RESUMO

Revisão narrativa de 10 documentos (8 revisões e 2 estudos qualitativos, 2022–2026) sobre o contributo das tecnologias digitais para quatro domínios do envelhecimento ativo. A evidência é convergente, mas de certeza baixa: sensores e ambientes assistidos apoiam a autonomia; TIC e videochamada reduzem a desconexão social; as intervenções de literacia digital funcionam (SMD = 0,47); o teletrabalho favorece a participação laboral dos 45+. Os ganhos dependem de literacia digital, implementação planeada e respeito pela privacidade e pela autodeterminação.

PALAVRAS-CHAVE envelhecimento ativo; tecnologias digitais; literacia digital; isolamento social; silver economy.

ANTECEDENTES

O envelhecimento demográfico coincide com a digitalização dos serviços, do trabalho e das relações. Sensores, ambientes assistidos (AAL), robôs de assistência social e TIC são apresentados como resposta, mas a evidência sobre o seu efeito no envelhecimento ativo, e sobre as condições éticas do seu uso, está dispersa por revisões de áreas distintas.

60,7% das pessoas de 65–74 anos em Portugal usam a Internet

99,8% das pessoas de 16–24 anos

INE, Inquérito à Utilização de TIC pelas Famílias, 2025 (PORDATA). O fosso digital é, em si, um determinante de participação.

OBJETIVOS

1. Sintetizar a evidência de revisão (2022–2026) sobre o contributo das tecnologias digitais para a **autonomia**, a **inclusão e literacia digital**, a **participação social** e a **empregabilidade** das pessoas idosas.
2. Identificar as condições de implementação e as salvaguardas éticas que a literatura recomenda.

MÉTODO

10 INCLUÍDOS

Revisão narrativa de revisões. Fontes: PubMed/Europe PMC, Frontiers, SpringerLink, MDPI, JMIR, BMC; 2022–2026. **Inclusão:** revisões sistemáticas, scoping, umbrella ou meta-análises e estudos qualitativos revistos por pares; pessoas 60+; tecnologia digital; resultados em autonomia, literacia, isolamento ou emprego. **Exclusão:** sem revisão por pares; populações clínicas específicas; tecnologias sem componente digital. **Extração:** autor/ano, tipo, n, domínio, resultado-chave; síntese temática por domínio. **Limitações:** sem protocolo registado nem avaliação formal da qualidade; evidência primária de certeza baixa (GRADE).

RESULTADOS. TABELA 1. ESTUDOS INCLUÍDOS (N = 10)

Autor (ano)	Tipo · N	Domínio	Resultado-chave
Requena et al. (2024)	Revisão sistemática · 37 estudos	Autonomia	Sensores evoluíram da deteção de quedas para monitorização preditiva (física, cognitiva, social); falta de padronização.
Hu et al. (2024)	Revisão sistemática · 32 publicações, 44 tecnologias	Autonomia	Monitorização individual, do ambiente doméstico e wearables; poucos estudos quantitativos.
Jutai et al. (2024)	Scoping review · 26 estudos	Implementação	TIC (7), AAL (6), robôs (5), wearables (2); falhas de desenho atrasam a implementação domiciliária.
Slane & Pedersen (2024a)	Qualitativo · 2 estudos	Privacidade	Robôs sociais implicam a privacidade de forma complexa; pessoas idosas ausentes da governação da IA.
Slane & Pedersen (2024b)	Qualitativo · 2 estudos	Autonomia (ética)	Autonomia entendida nos planos individual, coletivo e societal, não só como independência funcional.
Balki et al. (2022)	Umbrella review · 24 revisões, 326 estudos, 79 538 pessoas	Isolamento social	A tecnologia melhora a conectividade social; TIC e videoconferência com maior efeito; certeza baixa.
Gunnes et al. (2024)	Scoping de revisões · 39 revisões	Isolamento social	Redes sociais, videochamadas, agentes conversacionais, robôs e exergames: impacto sobretudo positivo.
Khan et al. (2026)	Scoping review · 22 estudos	Literacia digital	Sete barreiras interligadas: saúde, apoio, facilidade de uso, conhecimento, perceções, recursos, grupos específicos.
Xie et al. (2026)	Meta-análise · 23 estudos, 3 702 pessoas	Literacia digital	Intervenções melhoram a literacia digital em saúde (SMD = 0,47; IC 95% 0,08–0,86).
Adegoke et al. (2025)	Scoping review · 33 estudos	Empregabilidade	Teletrabalho e flexibilidade melhoram bem-estar e participação laboral dos 45+; barreiras: exclusão digital, idadismo.

Porta de entrada: literacia digital, eficaz se responder a barreiras interligadas (Khan et al., 2026; Xie et al., 2026) → **Condições éticas transversais:** dignidade, privacidade, autodeterminação, co-desenho (Slane & Pedersen, 2024a, 2024b)

RESULTADOS POR DOMÍNIO

37 + 32 estudos

Autonomia e segurança em casa

Sensores e tecnologias de *aging in place* passaram de alarmes a monitorização preditiva; a adoção depende mais da implementação do que do dispositivo (Jutai et al., 2024).

0,47 SMD (IC 95% 0,08–0,86)

Inclusão e literacia digital

A formação funciona, sobretudo quando junta competências digitais a conteúdos de saúde; as sete barreiras co-ocorrem, pelo que cursos isolados não bastam (Khan et al., 2026; Xie et al., 2026).

79 538 pessoas, 326 estudos

Participação social e isolamento

TIC e videochamada têm o maior efeito na conectividade social; a certeza é baixa e o digital deve complementar, não substituir, o presencial (Balki et al., 2022; Gunnes et al., 2024).

33 estudos (45+ anos)

Empregabilidade e Silver Jobs

Teletrabalho e flexibilidade melhoram o bem-estar e a permanência no trabalho; competências digitais são o facilitador-chave, idadismo e exclusão digital as barreiras (Adegoke et al., 2025). O projeto Silver Jobs (Interreg VI-A Espanha–Portugal/POCTEP) atua nestas duas frentes.

CONCLUSÕES

As tecnologias digitais podem apoiar a autonomia, reduzir o isolamento social e abrir novas formas de participação profissional, **se** houver literacia digital, implementação planeada e respeito pela privacidade e pela autodeterminação.

Tecnologia	co-desenho com pessoas idosas e privacidade por defeito.
Instituições	literacia que combine saúde e competências digitais; videochamada como intervenção de baixo custo.
Economia sénior	mediação digital, mentoria e teletrabalho sénior rendem mais do que investir só em dispositivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lista completa (APA 7, com DOI) pelo código QR. Adegoke et al., 2025 · Balki et al., 2022 · Gunnes et al., 2024 · Hu et al., 2024 · Jutai et al., 2024 · Khan et al., 2026 · Requena et al., 2024 · Slane & Pedersen, 2024a, 2024b · Xie et al., 2026 · INE/PORDATA, 2025

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ANCIANOS



1.RESUMEN

- **Introducción**: Las caídas en pacientes de la tercera edad institucionalizados representan un grave problema de salud pública con repercusiones físicas, psicológicas y sociales que disminuyen drásticamente su calidad de vida. La enfermería ejerce un rol clínico y educativo fundamental en su prevención.
- **Objetivo**: Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería multifactoriales en la reducción del índice de caídas y la mejora de la calidad de vida en ancianos residentes en centros geriátricos.
- **Método**: Revisión sistemática y análisis de datos retrospectivos basados en la implementación de planes de cuidados estandarizados (NANDA-NOC-NIC) durante un periodo de 12 meses en una muestra de pacientes institucionalizados.
- **Resultados**: Se observó una reducción del 35% en la tasa de caídas anuales. Asimismo, los indicadores de calidad de vida percibida y autonomía funcional registraron un incremento estadísticamente significativo.
- **Conclusiones**: Las intervenciones de enfermería protocolizadas, multidisciplinares y personalizadas son herramientas coste-efectivas esenciales que mitigan los riesgos ambientales y físicos, promoviendo un envejecimiento institucional seguro y con mayor bienestar.

2.PALABRAS CLAVE

- Anciano frágil
- Institucionalización
- Prevención de caídas
- Cuidados de enfermería
- Calidad de vida



3.ANTECEDENTES

Alta prevalencia: Se estima que aproximadamente el 50% de las personas mayores institucionalizadas sufren al menos una caída al año, duplicando la tasa de los ancianos que viven en la comunidad.
Síndrome post-caída: El miedo a volver a caer provoca un aislamiento voluntario, pérdida de movilidad, dependencia funcional acelerada y depresión.
Institucionalización como factor: El cambio de entorno, la polimedicación, el deterioro cognitivo y las patologías crónicas concurrentes multiplican los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos en las residencias.
Vacío operativo: A menudo se carece de protocolos unificados y proactivos de enfermería que vinculen directamente la prevención física con la evaluación de la calidad de vida.

4.OBJETIVOS

General

Determinar el impacto de un programa integral de intervenciones de enfermería en la **prevención de caídas** y en la **calidad de vida** de los pacientes de la tercera edad institucionalizados.

Específicos

- **Identificar** los principales **factores de riesgo** modificables en el entorno residencial
- **Cuantificar** la reducción de la **incidencia** de caídas tras la implantación del protocolo.
- **Evaluar** el nivel de **autonomía y bienestar** subjetivo de los residentes post-intervención.

5.MÉTODOS

- **Diseño**: Estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal.
- **Población**: Pacientes mayores de 65 años institucionalizados en centros de larga estancia de forma permanente.
- **Procedimiento e Intervenciones (NIC):**
- **Manejo ambiental: seguridad (6486):** Modificación de barreras físicas, iluminación adecuada y uso de calzado idóneo.
- **Prevención de caídas (6490):** Valoración sistemática mediante la Escala de Tinetti y la Escala de J. Downton al ingreso y de forma trimestral.
- **Manejo de la medicación (2380):** Revisión de fármacos psicótropos y sedantes junto a farmacia clínica.
- Educación sanitaria: Talleres de fortalecimiento muscular, equilibrio y uso correcto de productos de apoyo (andadores, bastones).
- **Variables analizadas:** Tasa de caídas mensuales, nivel de dependencia (Índice de Barthel) y calidad de vida (Cuestionario SF-36 o EuroQol-5D).

6.RESULTADOS





7.CONCLUSIONES

- Las estrategias multifactoriales lideradas por profesionalesde enfermeria son altamente efectivas para minimizaar los accidentes en entornos institucionalizados.
- Prevenir las caidas no solo evita el daño físico directo,sino que preserva la confianza,dignidad e independencia funcional del anciano, impactando de forma directa y positiva en su calidad de vida.
- Es imprescindible estandarizar estos programas de prevencion dentro de las carteras de servicios de todos los centros residenciales y sociosanitarios.

Fisioterapia en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)

Manejo respiratorio y calidad de vida en pacientes de larga supervivencia

1 Resumen

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva del sistema motor, caracterizada por la afectación de la primera y segunda motoneurona.
Su evolución puede producir debilidad muscular generalizada, atrofia, disfunción bulbar e insuficiencia respiratoria restrictiva.
La fisioterapia, como parte del abordaje multidisciplinar, contribuye a preservar la función respiratoria, mantener la movilidad, prevenir complicaciones y favorecer la participación en las actividades de la vida diaria, con impacto positivo en la calidad de vida.

2 Palabras clave

- Esclerosis lateral amiotrófica
- Fisioterapia
- Función respiratoria
- Rehabilitación neurológica
- Insuficiencia respiratoria
- Calidad de vida

3 Antecedentes

- La afectación respiratoria es uno de los principales factores pronósticos en la ELA.
- La debilidad de la musculatura inspiratoria y espiratoria puede provocar hipoventilación, acumulación de secreciones e infecciones respiratorias.
- En pacientes de larga supervivencia, la disminución de la capacidad ventilatoria, la ineficacia tusígena y la limitación de la movilidad incrementan la dependencia.
- La fisioterapia se integra en un abordaje multidisciplinar para optimizar la función respiratoria, preservar la capacidad funcional y favorecer la calidad de vida.

4 Objetivo

Describir el abordaje fisioterapéutico dirigido al manejo de la función respiratoria y su repercusión sobre la calidad de vida en pacientes con ELA de larga supervivencia.

5 Método: abordaje fisioterapéutico

Programa individualizado, adaptado al estado clínico y en coordinación con el equipo multidisciplinar.

Valoración
- Función respiratoria (capacidad vital, disnea, tos, saturación).
- Función motora y movilidad.
- Fatigabilidad y tolerancia al esfuerzo.
- Impacto en las actividades de la vida diaria y calidad de vida.

Movilidad y ejercicio terapéutico
- Movilización activa-asistida.
- Prevención de rigidez y retracciones.
- Trabajo de control postural y equilibrio.
- Adaptación del ejercicio a la fatigabilidad.

Entrenamiento respiratorio
- Ejercicios de respiración diafragmática y control ventilatorio.
- Entrenamiento de la musculatura inspiratoria (según indicación).
- Técnicas de expansión torácica y mejora de la movilidad costal.

Educación y autocuidado
- Pautas de ahorro de energía.
- Conservación de la función.
- Adaptación del entorno y ayudas técnicas.
- Entrenamiento en transferencias y posición en cama.

Higiene de vías aéreas
- Técnicas de tos asistida.
- Drenaje de secreciones.
- Educación al paciente y familia.
- Uso de dispositivos de asistencia a la tos (según necesidad).

Coordinación interdisciplinar
- Seguimiento con el equipo de salud.
- Ajuste de intervenciones según evolución clínica.
- Apoyo a la persona cuidadora.
- Planificación anticipada de necesidades.







6 Resultados esperados

- Mejor manejo de secreciones.
- Mayor eficiencia ventilatoria y tolerancia a las actividades.
- Menor disnea durante las actividades básicas.
- Mantenimiento de la movilidad y de la funcionalidad el mayor tiempo posible.
- Mayor autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Mayor confianza y seguridad en el manejo de los síntomas.

7 Conclusiones

- La fisioterapia, integrada en un abordaje multidisciplinar, puede contribuir a preservar la función respiratoria y motora en pacientes con ELA de larga supervivencia.
- Las intervenciones respiratorias, la higiene de vías aéreas, la movilización y la educación favorecen la autonomía y reducen complicaciones.
- Un programa individualizado y centrado en la persona permite adaptar las intervenciones a la evolución clínica y a sus objetivos.
- El acompañamiento a la persona cuidadora y la coordinación con el equipo de salud son esenciales para mantener la calidad de vida durante la evolución de la enfermedad.

Síndrome de Pusher postictus

1 Resumen

El síndrome de Pusher, o lateropulsión, es un **trastorno postural** que **puede aparecer tras un ictus.** La persona **empuja activamente hacia el lado parético** y rechaza la corrección porque su **percepción interna de la verticalidad** está alterada. Esto **aumenta el riesgo de caídas** y dificulta la sedestación, la bipedestación y la marcha.

Se propone una intervención basada en **información visual, feedback postural y referencias externas de verticalidad** para **recalibrar la percepción de la vertical** y mejorar el control postural. Este abordaje puede reducir la lateropulsión, mejorar la transferencia de cargas y favorecer una mayor autonomía en las tareas funcionales.



2 Palabras clave

Ictus; síndrome de Pusher; lateropulsión; verticalidad **subjetiva**; **feedback visual**; control postural; rehabilitación neurológica; equilibrio.

3 Antecedentes

- **En el síndrome de Pusher** existe un **desajuste entre:**
  - La verticalidad postural: cómo la persona percibe su cuerpo en vertical.
  - La verticalidad visual: lo que interpreta como vertical.
- La persona suele sentirse "recta" cuando en realidad está inclinada hacia el lado afecto.
- **Empuja** con el lado no afecto hacia el lado parético y resiste la corrección externa.
- **La información visual externa** —como líneas verticales, espejo y referencias del entorno— ayuda a entrenar al sistema nervioso una referencia de verticalidad más fiable, reduciendo el empuje y mejorando el equilibrio.

4 Objetivo

- Presentar un abordaje fisioterapéutico basado en información visual y control postural para mejorar la percepción de la verticalidad y la función en pacientes con síndrome de Pusher postictus.



5 Método

Diseño
Intervención clínica estructurada de rehabilitación neurológica con evaluación pre-post.

Evaluación
- Gravedad de la lateropulsión: Scale for Contraversive Pushing (SCP) o Burke Lateropulsion Scale (BLS).
- Equilibrio: Berg Balance Scale.
- Función y transferencias: FIM u otras medidas funcionales, sit-to-stand y transferencia cama-silla.
- Marcha, si procede: TUG y velocidad de marcha.

Intervención principal: terapia de información visual
- Feedback visual con espejo o vídeo: línea media, hombros y pelvis.
- Referencias externas verticales: línea vertical en pared, "plomada visual", marcos de puerta, barras verticales y cinta adhesiva vertical.
- **Tareas progresivas con objetivo visual:**
  1. Sedestación: alineación tronco-pelvis y alcance hacia el lado no afecto.
  2. Bipedestación: carga simétrica con guía visual.
  3. Transferencias: sit-to-stand con foco en "subir recto" mirando una referencia.
  4. Marcha: pasos cortos y mirada a una referencia vertical en entorno estructurado.

Dosificación orientativa
3-5 sesiones/semana, 30-45 minutos, durante 3-6 semanas, adaptable a la fase clínica y tolerancia.

6 Resultados esperados

- Disminución de la **lateropulsión** y menor empuje activo hacia el lado parético.
- Mejor alineación del tronco en sedestación y bipedestación, con tronco más centrado.
- Mejor transferencia de carga hacia el lado afecto.
- Mejora del equilibrio funcional, con mayor estabilidad en transferencias y marcha.
- Mayor independencia en actividades básicas: levantarse, realizar transferencias y marcha asistida, si procede.

7 Conclusiones

- El entrenamiento de la verticalidad mediante información visual, feedback postural y referencias externas puede **reducir la lateropulsión** y mejorar el **control postural** en el síndrome de Pusher postictus.
- La progresión individualizada desde la sedestación hasta la marcha favorece una postura más segura y una mayor autonomía funcional.
- Se trata de un abordaje clínicamente relevante que puede integrarse en los programas de rehabilitación neurológica.

ESTRATEGIAS COMUNITARIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES

01 RESUMEN

La soledad no deseada en la vejez representa un desafío prioritario de salud pública y bienestar en el marco de la Silver Economy. Este estudio evalúa la efectividad de las estrategias de intervención comunitaria para mitigar el aislamiento social en adultos mayores. Mediante una revisión sistemática, se analizan programas basados en talleres grupales, voluntariado de acompañamiento y redes de apoyo barrial. Los resultados confirman que el fortalecimiento del tejido comunitario reduce significativamente la soledad percibida, promueve la autonomía personal y mejora la calidad de vida en la vejez

02 PALABRAS CLAVE

Soledad no deseada; Estrategias comunitarias; Envejecimiento activo; Silver Economy; Redes de apoyo.

03 ANTECEDENTES

Desafío sanitario y social: El aislamiento social aumenta hasta un 50% el riesgo de demencia y eleva la incidencia de patologías cardiovasculares y depresión (1) .
Prevalencia alta: Más del 60% de los adultos mayores integrados en programas de atención afirman experimentar soledad en algún grado (2) . Marco Silver Economy: Prevenir la fragilidad mediante redes comunitarias impulsa municipios amigables y reduce los costes sociosanitarios derivados de la dependencia.

04 OBJETIVOS

- **Objetivo General:** Evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias en la reducción de la soledad no deseada en personas mayores de 65 años.
- **Objetivos Específicos:** Identificar los componentes metodológicos con mayor impacto funcional y emocional. Analizar el papel del entorno barrial en el fomento del envejecimiento activo y saludable

05 RESULTADOS

Diseño del estudio: Revisión sistemática de la literatura científica y de informes sociosanitarios oficiales publicados entre 2020 y 2025.
Estrategia de búsqueda: Bases de datos: PubMed, SciELO, Dialnet y repositorios institucionales (OMS, Observatorio Soledades).
Criterios de inclusión: Estudios en adultos ≥ 65 años, intervenciones grupales o de acompañamiento vecinal e indicadores validados de soledad (Escala UCLA).

FASES DEL PROCESO:

FASE	ACCIÓN METODOLÓGICA
1. IDENTIFICACIÓN	CRIBADO DE 142 REGISTROS INICIALES.
2.SELECCIÓN	FILTRADO POR DUPLICADOS Y PERTINENCIA (N=48)
3. INCLUSIÓN	ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO FINAL (N=18)

06 CONCLUSIÓN

Las estrategias comunitarias son herramientas eficaces, sostenibles y de alto impacto para prevenir la soledad en la población sénior. La integración sociosanitaria a nivel municipal prolonga la autonomía personal y consolida los pilares de la Silver Economy. Se requiere mayor inversión pública en programas de detección precoz y dinamización comunitaria en entornos urbanos y rurales

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA:

REFERENCIAS: 1. Organización Mundial de la Salud. Aislamiento social y soledad en la vejez: un problema de salud pública. Ginebra: OMS; 2023. 2. Yanguas J, et al. La soledad no deseada en las personas mayores. Barcelona: Fundación "la Caixa"; 2020. 3. Báguena Sancho L, et al. Personas mayores y soledad no deseada: intervención desde los servicios comunitarios. Rev Sanit Investig. 2025; 6(8)

LA ESPERA TAMBIÉN INMOVILIZA

INMOVILIDAD EVITABLE EN URGENCIAS Y PÉRDIDA DE AUTONOMÍA EN PERSONAS MAYORES

RESUMEN

El envejecimiento poblacional incrementa la atención a personas mayores en Urgencias, un entorno con alta vulnerabilidad al deterioro funcional.

La permanencia prolongada en camillas, la inmovilidad y los tiempos de espera favorecen la pérdida de autonomía, deterioro de la fragilidad.

- **Objetivo**: Identificar la evidencia científica sobre la relación entre inmovilidad en Urgencias y deterioro de la capacidad funcional, describiendo intervenciones para preservar la autonomía.
- **Metodología**: Revisión sistemática según declaración PRISMA. Búsqueda en PubMed, CINAHL, Scopus, WOS y Cochrane.
- **Resultados preliminares**: Se asocian esperas prolongadas con peor evolución funcional y se observan beneficios en intervenciones de movilidad, si bien existe marcada heterogeneidad.

PALABRAS CLAVE

- Personas mayores
- Urgencias
- Inmovilidad
- Deterioro funcional
- Autonomía
- Fragilidad
- Cuidados de enfermería

ANTECEDENTES

La atención urgente prioriza la **estabilización clínica** y **rapidez asistencial**, omitiendo a menudo la *dimensión funcional*.

Factores clave de inmovilidad en Urgencias:

- Permanencia prolongada en camillas o sillones (esperas/boarding).
- Falta de acompañamiento para la deambulación segura.
- Interrupción de rutinas de movilidad y entorno no adaptado.



Estudios recientes señalan que la **permanencia ≥ 24h** en esperas se asocia con **deterioro funcional a 6 meses**, mientras que el *entrenamiento locomotor* precoz logra mejoras significativas en movilidad.

OBJETIVOS

Objetivo General

- **Analizar la evidencia sobre la inmovilidad en Urgencias y su relación con el deterioro funcional en mayores de 65 años.**

Objetivos Específicos

- Identificar factores de inmovilidad durante la atención urgente.
- Analizar la relación entre tiempo de permanencia y capacidad funcional.
- Describir intervenciones dirigidas a mantener/recuperar la movilidad.
- Identificar actuaciones de Enfermería para preservar la autonomía.
- Detectar lagunas de conocimiento en la literatura actual.

MÉTODO

Criterio PICO	Definición
P	Personas ≥ 65 años atendidas en Servicios de Urgencias.
I	Movilización precoz, de ayudas y cuidados de autonomía.
C	Atención habitual / inmovilidad prolongada en camilla.
O	Cambios en escala Barthel, capacidad de marcha y caídas.



BIBLIOGRAFÍA



RESULTADOS

Tiempo y Deterioro: Tiempos de estancia ≥24h (boarding) se asocian a deterioro en Barthel y escala de fragilidad a 6 meses.

Intervención Activa: Entrenamiento locomotor y provisión de ayudas técnicas en Urgencias reducen el miedo a caídas y mejoran la movilidad a 90 días.

Valoración y Cuidados: Se constata variabilidad en herramientas de valoración de movilidad y la necesidad de alinear los indicadores de rapidez asistencial con las necesidades geriátricas multidimensionales.

CONCLUSIONES

- La estancia urgente es una **ventana crítica** para prevenir la pérdida de autonomía evitable.
- Existe asociación entre **esperas prolongadas** y **peor evolución funcional**; requiere mayor clarificación causal.
- Enfermería lidera la *valoración precoz*, *movilización segura* y *adaptación de cuidados geriátricos*.

«No basta con que la persona mayor salga de Urgencias clínicamente estable. Importa cómo sale: con cuánta autonomía y capacidad funcional.»

VALORACIÓN BASAL:
Estado funcional previo (Índice de Barthel / Fragilidad).

EXPOSICIÓN / INTERVENCIÓN:
Tiempo en Urgencias vs. Protocolo de movilidad precoz.

SÍNTESIS SISTEMÁTICA:
Análisis del riesgo de sesgo e impacto en resultados.

MEDIDA DE EFECTO:
Preservación de la capacidad funcional al alta.

LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) y su Impacto en la Calidad de Vida

01 RESUMEN

La institucionalización en personas mayores suele vincularse a la pérdida de autonomía y despersonalización. Este estudio evalúa la efectividad de la implantación del modelo de **Atención Centrada en la Persona (ACP)** en centros residenciales.

Mediante una revisión sistemática, se analizan las intervenciones de enfermería orientadas al respeto de las decisiones individuales, eliminación de contenciones y la integración familiar, demostrando un incremento significativo en el bienestar global del residente.

02 PALABRAS CLAVE

Humanización | Residencias de ancianos | Atención Centrada en la Persona | Enfermería geriátrica | Autonomía personal | Silver Economy | Calidad de vida

03 ANTECEDENTES

- **Despersonalización:** Los modelos tradicionales supeditan la autonomía del mayor a las rutinas rígidas de la institución.
- **Riesgo de contenciones:** El uso prolongado de sujeciones mecánicas o farmacológicas incrementa el deterioro físico y cognitivo.
- **Entorno tipo "Hogar":** Modificar la estructura organizacional favorece la adaptación y preserva la historia de vida del residente.

04 OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar el impacto de los cuidados humanizados en la calidad de vida y autonomía de los mayores institucionalizados.

Objetivos Específicos:

- Identificar intervenciones enfermeras clave dentro del marco ACP.
- Analizar la reducción del distrés en el equipo asistencial y familias.

05 RESULTADOS

Revisión sistemática basada en la metodología PRISMA (2020-2025) en PubMed, SciELO, Dialnet y CUIDEN.

Fase	Cribado / Acción
1. Identificación	138 registros iniciales evaluados.
2. Selección	Filtrado por relevancia y duplicados (n=42).
3. Inclusión	Análisis cuali/cuantitativo final (n=16).

06 CONCLUSIONES

- Mejora significativa en la calidad de vida y reducción de síntomas afectivos y conductuales.
- Disminución del estrés en los cuidadores y mayor satisfacción familiar.
- Es imprescindible la formación continuada del equipo interdisciplinar para afianzar el cambio de modelo asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez T. La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos. Madrid: Fundación Pilares; 2021.
2. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment. Geneva: WHO; 2022.
3. Villar F, et al. Transformación de residencias hacia modelos centrados en la persona. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2024; 59(2):101-109.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY — MODALIDAD PÓSTER DIGITAL

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL CONTROL DEL ASMA PEDIÁTRICA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA



01. RESUMEN

El asma pediátrica es una patología crónica prevalente que impacta en la calidad de vida del niño y su familia. El objetivo de este trabajo es analizar la efectividad de las intervenciones enfermeras en el control del asma pediátrica, a través de una revisión de la evidencia científica reciente.

02. PALABRAS CLAVE

Asma; Pediatría; Enfermería; Educación en salud; Autocuidado; Control de síntomas.

03. ANTECEDENTES

- El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia.
- Su control insuficiente se asocia a exacerbaciones, mayor uso de recursos sanitarios y limitación de la actividad diaria.
- La enfermería desempeña un papel clave mediante la educación terapéutica, el fomento del autocuidado y el seguimiento continuo.

04. OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la efectividad de las intervenciones enfermeras en el control del asma en población pediátrica.

Objetivos específicos

- Analizar el efecto de la educación sanitaria en el control de síntomas.
- Valorar el impacto de la enseñanza de la técnica inhalatoria.
- Determinar la influencia del seguimiento enfermero en exacerbaciones, visitas a urgencias y calidad de vida.

05. MÉTODO

- **Diseño:** revisión bibliográfica de la literatura científica.
- **Fuentes:** PubMed, Scopus y Web of Science.
- **Periodo de búsqueda:** 2021–2026.
- **Población:** niños y adolescentes con asma.
- **Criterios de inclusión:** estudios originales, revisiones y metaanálisis en inglés o español, acceso abierto.

06. RESULTADOS

35 estudios incluidos

Exacerbaciones	↓ −32%
Visitas a urgencias	↓ −28%
Técnica inhalatoria correcta	↑ +41%
Calidad de vida	↑ +26%

07. CONCLUSIONES

- Las intervenciones enfermeras (educación sanitaria, entrenamiento en técnica inhalatoria y seguimiento) mejoran significativamente el control del asma pediátrica.
- Contribuyen a reducir exacerbaciones y visitas a urgencias, y a aumentar la calidad de vida del niño y su familia.
- La implementación de programas de educación y seguimiento enfermero debería formar parte del abordaje estándar del asma infantil.

INTERVENCIONES ENFERMERAS CLAVE → Educación sanitaria → Enseñanza de la técnica inhalatoria → Seguimiento y refuerzo → **Mejor control del asma y calidad de vida**

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA:

1. Zhang Y, et al. Nurse-led interventions for pediatric asthma: a systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2025;81(3):e41224369.
2. Bittencourt AP, et al. Impact of asthma education on asthma control in children: a systematic review. Pediatr Pulmonol. 2024;59(7):1854-1865.
3. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2025 Update.

Estenosis del canal lumbar y claudicación neurógena en personas mayores

Enfoque fisioterapéutico para mejorar la marcha y la función



1 Resumen

La estenosis del canal lumbar puede provocar claudicación neurógena y limitar de forma importante la bipedestación y la marcha en las personas mayores. El abordaje conservador desde fisioterapia se orienta a mejorar síntomas, **capacidad funcional** y **autonomía** mediante **educación, ejercicio terapéutico y rehabilitación individualizada.**

2 Palabras clave

Estenosis lumbar · Claudicación neurógena · Marcha · Fisioterapia · Ejercicio terapéutico · Persona mayor · Función

3 Antecedentes

- La **claudicación neurógena** se caracteriza por dolor, pesadez, debilidad o hormigueo en glúteos y/o piernas al estar de pie o caminar.
- Los síntomas suelen aliviarse al **sentarse o inclinar el tronco hacia delante.**
- La repercusión clínica no depende solo de la resonancia: los hallazgos radiológicos **no siempre** se correlacionan con los síntomas.
- La limitación para caminar repercute en **autonomía, participación y calidad de vida.**

4 Objetivo

Describir un enfoque fisioterapéutico conservador y basado en evidencia para mejorar la marcha, la función y la autonomía de las personas mayores con estenosis lumbar y claudicación neurógena.

5 Método Enfoque fisioterapéutico

Valorar → Educar → Movilizar → Fortalecer → Entrenar la marcha → Progresar

Valoración	Síntomas, tolerancia a bipedestación y marcha, fuerza, equilibrio, movilidad y objetivos funcionales.
Educación	Comprensión del problema, mantenimiento de actividad y dosificación del esfuerzo.
Ejercicio	Trabajo de tronco y extremidades, fortalecimiento progresivo, movilidad y estiramientos cuando sean necesarios.
Aeróbico	La bicicleta suele ser bien tolerada y aparece con frecuencia en los programas estudiados.
Marcha	Progresión individualizada de la capacidad para caminar.





6 Resultados Datos clave

259 pacientes
Edad media: **72,4 años**

65,3 %
mejoró ≥30 % la capacidad **de caminar** a corto plazo con terapia manual + ejercicio individualizado.

438 personas mayores
Edad media: **74,9 años**

+21,7 m
en la prueba de marcha de **6 minutos** a 12 meses.

OR 0,60
menor **probabilidad de caídas** frente a consejo fisioterapéutico.

No existe un único protocolo ni una **dosis universal de ejercicio.**

Estenosis del canal lumbar



Relación síntomas y postura



7 Conclusiones

- El abordaje conservador puede **mejorar marcha y función** en algunas personas con estenosis lumbar.
- La estrategia más razonable es **multimodal, individualizada y guiada** por la respuesta clínica.
- La educación y el **ejercicio terapéutico** son pilares del tratamiento fisioterapéutico.
- La **progresión** debe centrarse en tolerancia, objetivos funcionales y autonomía.

PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO TRAS MASTECTOMÍA

1. RESUMEN

La fisioterapia oncológica integra la atención al cáncer de mama en todas sus etapas. El fisioterapeuta adapta y dosifica el ejercicio según la fase del tratamiento, las contraindicaciones, los síntomas y la condición física de la paciente.

2. PALABRAS CLAVE

Fisioterapia; cáncer de mama; mastectomía; ejercicio físico.

3. ANTECEDENTES

La intervención temprana identifica necesidades y síntomas, orienta los cuidados y favorece la recuperación y la calidad de vida. Permite prevenir o tratar complicaciones posoperatorias: linfedema, dolor, retracción de la cicatriz, adherencias, limitación del hombro, infecciones y dificultades respiratorias.

4. OBJETIVOS

Sintetizar la literatura y describir un programa de fisioterapia dirigido a mejorar la movilidad, la fuerza y la estabilidad del hombro tras mastectomía.

5. MÉTODO

Revisión bibliográfica en octubre de 2025 en PubMed, MEDLINE, SciELO, Google Scholar y ClinicalKey.

6. RESULTADOS

El programa organiza los ejercicios en cuatro fases según sus objetivos:

FASE 1 · MOVILIDAD

- Retracción de escápulas.
- Flexión de hombro con las manos juntas.
- Elevación del brazo en la pared.
- Arquero con torsión de tronco.
- Deslizamientos sobre mesa con pelota para movilizar el hombro en diferentes direcciones.
- Ejercicio postural para la flexión de hombro.
- Elasticidad del hombro en rotación interna.

FASE 2 · ESTABILIDAD

- Activación del trapecio inferior en decúbito prono.
- Activación del serrato anterior con codos extendidos.
- Plancha de pie, con apoyo en mesa o en prono con las rodillas apoyadas.

FASE 3 · POTENCIACIÓN

- Elevación de hombro con banda elástica.
- Fortalecimiento de flexores, abductores, extensores y rotadores externos e internos del hombro.

FASE 4 · ESTIRAMIENTO

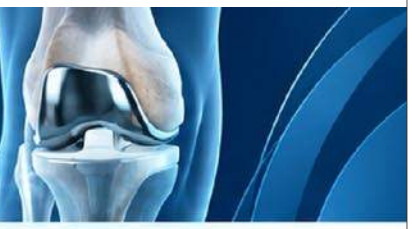
- Cápsulas anterior y posterior del hombro.

7. CONCLUSIONES

La fisioterapia temprana tras la mastectomía puede favorecer la movilidad del miembro superior afectado y aumentar la fuerza muscular.
El programa requiere una valoración posoperatoria del rango de movimiento, orientación verbal y escrita, demostración y ejecución de los ejercicios y una revaloración al finalizar.



Prótesis de rodilla en la práctica actual: configuraciones más implantadas y consideraciones para la fisioterapia postoperatoria



1 Resumen

La artroplastia total de rodilla (ATR) constituye una intervención de alta prevalencia en el tratamiento de la gonartrosis avanzada y otras artropatías degenerativas incapacitantes. En la práctica actual, las configuraciones más utilizadas incluyen prótesis cementadas, de bearing fijo y con distintos grados de constreñimiento (cruciate-retaining (CR), posterior-stabilized (PS) y de forma creciente). La elección protésica depende de la estabilidad ligamentosa, la calidad ósea, la deformidad, el balance de partes blandas y la experiencia del cirujano. Los registros contemporáneos muestran además un incremento progresivo de la fijación cementless en determinados perfiles de pacientes.

2 Palabras clave

- Artroplastia total de rodilla
- Prótesis de rodilla
- Cementada
- Cementless
- Cruciate-retaining
- Posterior-stabilized
- Fisioterapia



3 Antecedentes

La ATR ha evolucionado hacia diseños con mayor individualización biomecánica y mejor supervivencia protésica. Según registros internacionales, la configuración más frecuente sigue siendo la prótesis cementada, con un aumento progresivo de los diseños posterior-stabilized. En paralelo, la fijación cementless ha ganado relevancia en determinados grupos de pacientes. Esta evolución exige una fisioterapia postoperatoria adaptada al tipo de implante, a las características del paciente y a los objetivos funcionales actuales.



4 Objetivos

- Describir las configuraciones protésicas de rodilla más implantadas en la actualidad.
- Analizar su relevancia para la planificación fisioterapéutica postoperatoria.



5 Método

- Revisión narrativa basada en registros contemporáneos, artículos originales y revisiones recientes sobre tendencias de implantación en ATR.
- Análisis de variables de uso clínico actual: tipo de fijación, grado de constreñimiento, diseño del inserto y orientación biomecánica del implante.
- Integración de las implicaciones de cada configuración en la valoración y en la progresión del tratamiento fisioterapéutico postquirúrgico.



6 Resultados

- Las prótesis más implantadas continúan siendo las cementadas de bearing fijo, especialmente en Europa, mientras que en Estados Unidos aumenta la utilización de diseños cementless en pacientes seleccionados.
- El diseño posterior-stabilized es el más frecuente, seguido del cruciate-retaining.
- Las diferencias en diseño y fijación implican variaciones en la estabilidad, el control del dolor, la carga y el rango de movilidad tolerado en las primeras fases.
- La fisioterapia debe individualizar los objetivos en función del tipo de implante, de la calidad ósea, de las partes blandas y de las comorbilidades del paciente.

Cruciate-retaining (CR)	Posterior-stabilized (PS)	Mayor constreñimiento
		
Conserva el ligamento cruzado posterior.	Sustituye la función del ligamento cruzado posterior.	Indicado en inestabilidad o grandes deformidades.

7 Conclusiones

- La prótesis total de rodilla cementada, fixed-bearing y de baja constreñimiento continúa siendo la configuración de referencia en gran parte de la práctica clínica actual, aunque existen alternativas relevantes entre registros nacionales.
- El aumento de los diseños cementless en pacientes seleccionados y la diversidad de configuraciones exigen una fisioterapia postoperatoria personalizada.
- El tipo de implante y su lógica biomecánica condicionan la progresión de cargas, la recuperación funcional y las estrategias de ejercicio.
- La fisioterapia, basada en la evidencia y adaptada al paciente, contribuye a mejorar la toma de decisiones clínicas y a optimizar los resultados tras la ATR.



Terapia de restricción del lado sano (CIMT/mCIMT) en post-ictus

Recuperar el uso real del brazo afecto en personas mayores

1 Resumen



Tras un ictus, muchas personas dejan de usar el brazo afecto ("no me sirve") y lo sustituyen por el sano, lo que frena la recuperación. La CIMT, o su versión modificada (mCIMT), busca forzar el uso funcional del brazo afecto mediante práctica repetida de tareas, restricción parcial del lado sano y objetivos concretos.

2 Palabras clave

ictus | CIMT | mCIMT | miembro superior | fisioterapia neurológica | práctica orientada a tareas | funcionalidad

3 Antecedentes



- Problema típico: "aprendizaje del no uso"; el cerebro reduce la participación del brazo afecto por falta de práctica.
- La recuperación mejora cuando hay repetición, tareas reales y progresión.
- En personas mayores, la versión modificada (mCIMT) suele ser más tolerable y segura.

4 Objetivo

Presentar un protocolo práctico de mCIMT para aumentar el uso funcional del miembro superior afecto tras ictus en personas mayores.

5 Método (programa práctico)

Duración
2–4 semanas

Frecuencia
5 días/semana

Sesión clínica
45–60 min/día
(o 3–5 días/semana según recursos).



Restricción del lado sano
Mitón o guante en actividades seleccionadas **1–3 h/día** (seguro y supervisado).

Criterios básicos

- Algo de movimiento activo en muñeca/dedos.
- Comprensión suficiente.
- Dolor controlado.

Entrenamiento (tareas orientadas a AVD)



1. **Alcanzar y soltar:** conos, botellas, esponja.
2. **Pinza y destreza:** monedas, pinzas, botones grandes.
3. **Agarre funcional:** vaso, cubiertos, toalla, mando.
4. **Secuencias reales:** coger–llevar–colocar en diferentes alturas.

Progresión
Más repeticiones, menos ayuda, objetos más pequeños, más precisión y más velocidad controlada.

Plan domiciliario



- 10–20 min/día.
- 3 tareas concretas.
- Registro simple ("lo hice / no lo hice").
- Objetivo semanal.

Medidas pre/post rápidas

- MAL (Motor Activity Log) o escala 0–10 de uso del brazo.
- Test funcional de alcanzar–agarrar–soltar (tiempo y calidad).
- ARAT si está disponible.

6 Resultados esperados

- Aumenta el uso real del brazo afecto en el día a día.
- Mejora de destreza y control en tareas funcionales.
- Más confianza al usar la mano afectada.
- Requiere selección adecuada, progresión realista y control de fatiga/dolor.



7 Conclusiones

La mCIMT es una estrategia potente para "reenganchar" el brazo afecto tras ictus: menos compensación, más práctica funcional y más autonomia.

En personas mayores, funciona mejor cuando se adapta en tiempo, tareas y seguridad.





Terapia espejo en rehabilitación post-ictus (personas mayores)

Una herramienta sencilla y eficaz para mejorar la función del miembro superior



1 RESUMEN



La terapia espejo utiliza una ilusión visual (ver el brazo sano reflejado "como si fuera" el afecto) para facilitar el control motor y apoyar la recuperación del miembro superior tras un ictus. Es una técnica simple, barata y útil como complemento a la fisioterapia.

PALABRAS CLAVE

Terapia espejo · Ictus · Fisioterapia neurológica · Miembro superior · Neuroplasticidad · Tercera edad

3 ANTECEDENTES



- Tras un ictus es frecuente la hemiparesia y la baja destreza de mano y brazo.
- La retroalimentación visual del espejo puede activar redes motoras y mejorar la ejecución, sobre todo cuando se combina con práctica funcional repetida.

4 OBJETIVO

Presentar la terapia espejo como complemento para mejorar la función del miembro superior en personas mayores post-ictus.

5 MÉTODO (programa práctico)

Duración
4–8 semanas.

Frecuencia
5 días/semana, 10–20 min/sesión.

Colocación
Espejo en línea media.
Brazo sano visible (reflejo), brazo afecto oculto y cómodo.



Progresión de ejercicios

1	Simples	Abrir/cerrar mano, extensión de muñeca, pinza.
2	Funcionales	Coger/soltar objetos, monedas, esponja, pasar páginas.
3	Simulación AVD	Doblar toalla, llevar vaso, tareas bimanuales adaptadas.

Seguridad

- Evitar dolor de hombro y compensaciones.
- Realizar pausas si aparece fatiga o aumenta la espasticidad.
- Mantener la atención fija en el reflejo.

6 RESULTADOS (esperables)

- Mejor control mano-muñeca y destreza.
- Más participación del brazo en tareas diarias.
- Buena aceptación por ser visual y motivadora.
- Mejores cambios cuando se combina con tareas funcionales repetidas.

7 CONCLUSIONES

La terapia espejo es un complemento accesible para la rehabilitación post-ictus del miembro superior: aporta feedback visual, mejora la práctica motora y puede aumentar el uso funcional del brazo si se aplica de forma progresiva y segura en personas mayores.



SOLEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEL ANCIANO

Complejo Asistencial de Zamora | Sacyl | Junta de Castilla y León | SILVER ECONOMY

1. RESUMEN

La soledad es la percepción subjetiva de falta de afecto o cercanía relacional deseada. Afecta directamente al estado de ánimo, incrementando los síntomas depresivos y reduciendo la calidad de vida en adultos mayores. Su abordaje requiere un enfoque biopsicosocial integrador.

2. PALABRAS CLAVE

Anciano • Soledad • Estado de ánimo • TIC • Salud mental

3. ANTECEDENTES

El envejecimiento demográfico actual se acompaña de un incremento notable del aislamiento social.

Entre un 30% y un 50% de las personas mayores manifiestan sentimientos de soledad no deseada, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de depresión severa y mayor morbimortalidad.



4. OBJETIVOS

• Analizar el impacto de la soledad sobre el estado de ánimo y la depresión en mayores.
• Identificar los factores de vulnerabilidad afectiva en el ámbito comunitario.
• Evaluar la eficacia de las TIC y los programas grupales de prevención.

5. MÉTODOS

Revisión bibliográfica sistemática en la biblioteca virtual del Sacyl (PubMed, CINAHL, Scopus) utilizando términos DeCS/MeSH y operadores booleanos (AND/OR) enfocados en geriatría y salud mental.



6. RESULTADOS

- Elevada correlación entre la soledad percebidamente involuntaria y el deterioro del estado de ánimo.
- Mayor riesgo de sintomatología depresiva, angustia y deterioro cognitivo acelerado.
- El mantenimiento de interacciones sociales significativas actúa como un potente factor protector de la salud mental.
- El uso de TIC disminuye el aislamiento social en el anciano.

.

7. CONCLUSIONES

• La soledad condiciona gravemente el estado de ánimo y la salud integral del anciano.
• Es indispensable la detección precoz desde los equipos de atención primaria.
• Las políticas comunitarias, el apoyo familiar y la alfabetización digital son herramientas clave para restaurar el bienestar emocional.

Fisioterapia en el Síndrome de Diógenes

Retos de la intervención domiciliaria en la movilidad del anciano con aislamiento social extremo

1 Resumen

El Síndrome de Diógenes en personas mayores se asocia a aislamiento extremo, abandono del autocuidado y vivienda con barreras y riesgos (acumulación, suciedad, falta de espacio). Esto impacta directamente en la movilidad: descondicionamiento, miedo a moverse y caídas. La fisioterapia domiciliaria debe priorizar seguridad, función y vínculo terapéutico, trabajando en un entorno real y a menudo hostil. Un enfoque progresivo y muy concreto (micro-objetivos) mejora transferencias, marcha y tolerancia al esfuerzo, reduciendo riesgo de caídas y favoreciendo la continuidad con apoyo sociosanitario.

2 Palabras clave

Aislamiento social; Fragilidad; Caídas; Intervención domiciliaria; Adherencia; Transferencias; Descondicionamiento.

3 Antecedentes

- El entorno domiciliario puede convertirse en un "obstáculo terapéutico": pasillos bloqueados, iluminación pobre y superficies inestables.
- Alta frecuencia de fragilidad/sarcopenia, dolor crónico y comorbilidad (EPOC, IC, depresión, deterioro cognitivo).
- Barreras típicas: rechazo a la ayuda, baja confianza, dificultades de comunicación y riesgo biosanitario.
- La movilidad se deteriora por inactividad + miedo + malnutrición → círculo de caída funcional.



4 Objetivo

Mejorar la movilidad funcional segura (levantarse–caminar–sentarse) en domicilio mediante un plan progresivo de ejercicio y adaptación del entorno, aumentando la adherencia.



5 Método

- Valoración inicial breve y funcional: TUG, 5x Sit-to-Stand, equilibrio estático simple, dolor (EVA) y miedo a caer.
- Plan de 4–6 semanas (2–3 sesiones/semana + tareas diarias):
  1. **Seguridad primero**: "ruta segura" (1–2 metros despejados), iluminación y puntos de apoyo estables.
  2. **Ejercicio mínimo viable** (10–15 min): fuerza de EEII (sentarse-levantarse asistido), marcha en casa por tramos, respiratorio si precisa.
  3. **Entrenamiento funcional real:** transferencias cama–silla–baño, giros, pasos cortos en espacios reducidos.
  4. **Estrategias de adherencia:** micro-metas, elección guiada ("hoy solo 3 repeticiones"), registro visual simple.
- **Coordinación sociosanitaria:** trabajo social/enfermería para higiene, riesgos y continuidad.

6 Resultados

- Mejora esperable en transferencias y marcha intradomiciliaria (↑ velocidad/seguridad, ↓ pausas).
- ↓ miedo a caer y ↑ tolerancia al esfuerzo con progresión por "dosis pequeñas".
- Mayor adhesión cuando se usan micro-objetivos y se reduce la fricción ambiental (espacio mínimo y rutina fija).
- Identificación de "puntos críticos" del domicilio que condicionan la movilidad (baño, cama, pasillos).



7 Conclusiones

La fisioterapia en Diógenes requiere un enfoque funcional, flexible y centrado en el vínculo. En domicilio, el tratamiento es inseparable del entorno: despejar una ruta mínima + ejercicios simples y repetibles suele ser más efectivo que planes complejos. La coordinación con servicios sociales es clave para sostener la mejora y reducir riesgos.

Soledad no deseada en personas mayores:

¿puede el ejercicio grupal mejorar la conexión social?

El ejercicio grupal como herramienta de fisioterapia para favorecer la participación, el apoyo social y el bienestar en el adulto mayor.



1 RESUMEN

La soledad no deseada es un problema frecuente en la vejez y se asocia con peores resultados en salud física y mental. El ejercicio físico grupal puede generar oportunidades de interacción, apoyo social y participación. La evidencia disponible sugiere posibles beneficios sobre la conexión social y la soledad, especialmente en personas que viven en residencias, aunque los efectos en la comunidad son más modestos y aún inciertos.

2 PALABRAS CLAVE

- Soledad no deseada
- Ejercicio grupal
- Personas mayores
- Conexión social
- Fisioterapia
- Apoyo social
- Calidad de vida

3 ANTECEDENTES

La soledad no deseada afecta **aproximadamente** al **11,8 %** de las personas mayores a nivel mundial.

Se asocia con mayor riesgo de deterioro cognitivo, depresión, peor calidad de vida y mayores problemas de salud física.

El ejercicio grupal, además de sus beneficios físicos, puede favorecer la interacción social, el sentimiento de pertenencia y la participación en la comunidad.

4 OBJETIVO

Analizar la evidencia científica sobre el efecto del ejercicio físico grupal en la soledad no deseada, el apoyo social y la conexión social de las personas mayores.

5 MÉTODO

Revisión de la literatura científica
(revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados).

Población
Personas mayores (≥ 60 años).

Intervención
Programas de ejercicio físico grupal (fuerza, equilibrio, marcha, danza, yoga, tai chi u otros).

Variables analizadas
Soledad no deseada, conexión social, apoyo social, calidad de vida y resultados psicológicos.

6 RESULTADOS

Efecto sobre la soledad no deseada

Personas que viven en la comunidad	**SMD -0,15** IC 95 %: -0,44 a 0,15 Efecto pequeño, no concluyente.
Personas en residencias y centros de larga estancia	**SMD -0,53** IC 95 %: -0,86 a -0,20 Efecto moderado y significativo.

Tratamientos grupales en general

60 estudios
en personas mayores que viven en la comunidad.

SMD -0,27
IC 95 %: -0,48 a -0,08
Reducción de la soledad en ensayos aleatorizados.

Ejercicio grupal específicamente

4 estudios
en personas mayores que viven en la comunidad.

SMD -0,52
IC 95 %: -1,20 a 0,16
Resultado positivo, pero no concluyente.

7 CONCLUSIONES

- El ejercicio grupal puede crear oportunidades de interacción, apoyo social y participación, y podría contribuir a reducir la soledad no deseada, especialmente en personas que viven en residencias.
- En personas mayores que viven en la comunidad, los efectos sobre la soledad son más modestos y aún inciertos.
- El ejercicio grupal se asocia con mejoras en la calidad de vida, el apoyo social y algunos resultados psicológicos.
- Se necesitan más ensayos clínicos de alta calidad que evalúen específicamente la soledad no deseada y la conexión social en intervenciones de ejercicio grupal.

PRESBIACUSIA Y DISFONÍA EN EL ADULTO MAYOR

Abordaje desde la fisioterapia mediante recursos visuales, gestuales y táctiles

1 RESUMEN

En el adulto mayor es frecuente la combinación de presbiacusia (pérdida auditiva relacionada con la edad) y disfonía (alteración de la voz). Esta dualidad puede suponer un reto en la comunicación y generar consecuencias en la seguridad, la participación social y la calidad de vida. La fisioterapia geriátrica puede contribuir a mejorar la comunicación mediante el uso de recursos visuales, gestuales y táctiles, favoreciendo la comprensión, la interacción y la adherencia al tratamiento.

2 PALABRAS CLAVE

Presbiacusia · Disfonía · Comunicación · Apoyo visual · Comunicación no verbal · Fisioterapia geriátrica · Adherencia · Seguridad

3 ANTECEDENTES

- La presbiacusia se caracteriza por una disminución progresiva de la capacidad auditiva, especialmente en entornos con ruido.
- La disfonía limita la comunicación verbal y puede disminuir la claridad del mensaje.
- La combinación de ambas condiciones aumenta el riesgo de errores en la comprensión, la inseguridad, la frustración y el abandono del tratamiento.
- Es necesario adaptar la comunicación mediante recursos visuales, gestuales y táctiles para garantizar una interacción eficaz y segura.

4 OBJETIVOS

Mejorar la comunicación terapéutica en fisioterapia con adultos mayores con presbiacusia y disfonía mediante el uso de recursos visuales, gestuales y táctiles.

5 MÉTODO

Aplicación de estrategias de comunicación adaptadas en el contexto de la fisioterapia geriátrica:

Apoyo visual	Uso de imágenes, demostración y gestos.
Consignas claras	Mensajes cortos, simples y pausados.
Contacto táctil	Guía manual para orientar el movimiento.
Confirmación	Verificar la comprensión antes del ejercicio.







6 RESULTADOS

Resultados esperados con estas estrategias:

- Mejor comprensión de las consignas.
- Menos errores en los ejercicios.
- Mayor seguridad del paciente.
- Más participación activa.
- Mejor adherencia al tratamiento.

7 CONCLUSIONES

- La comunicación influye directamente en la rehabilitación del adulto mayor.
- La presbiacusia y la disfonía aumentan el riesgo de errores, la inseguridad y el abandono.
- El uso de estrategias visuales, gestuales y táctiles mejora la comprensión y facilita la participación.
- Adaptar la comunicación en fisioterapia geriátrica favorece la seguridad, la adherencia y la calidad de la intervención.



USO DE EXOESQUELETOS EN LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR: AVANCES Y APLICACIONES CLÍNICAS

Tecnología asistida para mejorar marcha, fuerza y autonomía



1 RESUMEN

Los exoesqueletos asistidos representan una herramienta emergente en fisioterapia para mejorar la movilidad, la fuerza y la autonomía funcional en personas mayores. Su tecnología permite facilitar patrones de marcha, reducir el esfuerzo muscular y promover la neuroplasticidad mediante asistencia progresiva.



2 PALABRAS CLAVE

- exoesqueletos
- rehabilitación
- adulto mayor
- movilidad asistida
- fisioterapia avanzada
- robótica en salud

3 ANTECEDENTES



El envejecimiento se asocia a una disminución de fuerza, pérdida de estabilidad y alteraciones de la marcha que afectan a la autonomía. Los exoesqueletos robóticos permiten asistir el movimiento de forma controlada, reproducible y segura, ofreciendo un entorno de entrenamiento intensivo que favorece la recuperación funcional. Su uso se está expandiendo en rehabilitación neurológica y musculoesquelética, especialmente en pacientes con limitaciones moderadas o severas.

4 OBJETIVOS

- Describir la utilidad de los exoesqueletos en la mejora de la marcha y la fuerza en mayores.
- Analizar su papel en programas intensivos de rehabilitación.

5 MÉTODO

Intervención de 6–10 semanas combinando terapia convencional y sesiones con exoesqueleto.

Evaluación inicial	Análisis de marcha, fuerza muscular y nivel funcional.
Intervención con exoesqueleto	Sesiones asistidas con exoesqueleto: entrenamiento de patrones de marcha, progresión de asistencia y trabajo de propulsión.
Trabajo de estabilidad	Activación de musculatura estabilizadora mediante apoyo parcial de peso.
Entrenamiento de resistencia	Sesiones progresivas centradas en incremento de tolerancia al esfuerzo.
Reevaluación final	Comparación de velocidad de marcha, simetría, autonomía y percepción funcional.
Frecuencia	2–3 sesiones semanales de 30–45 minutos.

6 RESULTADOS

- Aumento de la velocidad y regularidad de la marcha.
- Mejora de la fuerza de miembros inferiores y de la estabilidad postural.
- Mayor confianza funcional y reducción del miedo a caer.
- Incremento de la autonomía en actividades básicas.
- Alta tolerancia y buena adaptación al dispositivo.





7 CONCLUSIONES

El uso de exoesqueletos en la rehabilitación del adulto mayor constituye una herramienta eficaz para mejorar la función motora, potenciar la independencia y ofrecer un entrenamiento seguro e intensivo. Su integración en fisioterapia geriátrica representa un avance prometedor para abordar limitaciones de movilidad y promover un envejecimiento activo.



Exergame y envejecimiento activo

Una alternativa motivadora como complemento de la rehabilitación tradicional



1 RESUMEN

El envejecimiento suele acompañarse de pérdida de fuerza, equilibrio y velocidad de marcha, aumentando el riesgo de caídas y dependencia. Los exergames (videojuegos activos) que implican movimiento, combinan ejercicio físico con estímulos cognitivos y feedback inmediato, lo que puede mejorar la motivación y la adherencia a la rehabilitación en personas mayores.

2 PALABRAS CLAVE

Rehabilitación · Fisioterapia · Tercera edad · Envejecimiento activo · Exergame · Equilibrio · Adherencia

3 ANTECEDENTES

- Con la edad aparecen sarcopenia, menor control postural y menor velocidad de reacción.
- La rehabilitación tradicional puede presentar baja adherencia por aburrimiento, fatiga o miedo al movimiento.
- Los exergames aportan un reto progresivo, refuerzo positivo y componente lúdico, facilitando la constancia en el ejercicio.
- Combinan ejercicio físico, estimulación cognitiva y feedback inmediato, favoreciendo la motivación y la participación.

4 OBJETIVO

Aumentar la adherencia al ejercicio y mejorar el equilibrio y la movilidad mediante un programa de exergames en personas mayores.

5 MÉTODO

Diseño
Intervención práctica (estudio de casos).

Población
Personas ≥ 65 años, con distintos niveles de funcionalidad (independientes, frágiles o con patologías crónicas).

Duración
6–8 semanas.

Frecuencia
2–3 sesiones/semana, 30–45 minutos.

Entorno
Consulta, centro comunitario o domicilio, con supervisión inicial.



Estructura de sesión

1 Calentamiento (5 min)
- Movilidad articular
- Respiración

2 Exergame (20–30 min)
- Desplazamientos de peso
- Alcances y posturas dinámicas
- Marcha/coordinación
- Reacción/doble tarea

3 Vuelta a la calma (5 min)
- Estiramientos suaves
- Respiración

Progresión
- Aumentar dificultad de las tareas.
- Variar tiempo, velocidad y precisión.
- Reducir ayudas según tolerancia.

Seguridad
- Espacio despejado
- Calzado estable
- Silla cercana
- Pausas y control de fatiga

Medidas de evaluación (pre/post)
- Equilibrio: TUG, SPPB o Berg.
- Movilidad: velocidad de marcha, alcance funcional.
- Adherencia: asistencia y satisfacción percibida.
- Función cognitiva (opcional): atenciónon o doble tarea.

6 RESULTADOS

Tras el programa, suele observarse:

Mayor adherencia y participación
Los exergames aumentan la motivación y la constancia.

Mejor equilibrio y control postural
Menos inestabilidad y mayor seguridad en la marcha.

Mejor movilidad funcional
Más confianza al levantarse, caminar y girar.

Mayor confianza
Menor miedo al movimiento y mejor percepción de capacidad.





7 CONCLUSIONES

- Los exergames son un complemento eficaz y seguro a la rehabilitación tradicional en personas mayores.
- Favorecen la adherencia al ejercicio, mejoran el equilibrio y la movilidad, y contribuyen a un envejecimiento activo y saludable.
- Su naturaleza lúdica y el feedback inmediato aumentan la motivación y la participación, reduciendo el miedo al movimiento.
- No sustituyen todo el tratamiento, pero se integran en un abordaje multidisciplinar y centrado en la persona.



Uso de wearables en programas de fisioterapia geriátrica personalizados



1 RESUMEN

El avance de la tecnología ha permitido incorporar wearables (pulseras y relojes inteligentes) en el ámbito de la salud. En fisioterapia geriátrica, estos dispositivos abren nuevas posibilidades para monitorizar la actividad física, ajustar la intensidad del ejercicio y mejorar la adherencia al tratamiento. Este póster presenta cómo los wearables pueden funcionar como herramienta complementaria para diseñar y adaptar programas de rehabilitación personalizados en personas mayores, siempre con acompañamiento profesional.

2 PALABRAS CLAVE

Wearables | Fisioterapia geriátrica | Rehabilitación personalizada | Tecnología en salud | Envejecimiento activo | Actividad física

3 ANTECEDENTES

- Las personas mayores presentan gran variabilidad en su estado funcional (fuerza, movilidad, equilibrio, resistencia).
- Los wearables permiten registrar de forma continua datos objetivos (pasos, frecuencia cardíaca, tiempo de actividad, patrones de movimiento y sueño).
- Su uso, especialmente si es supervisado, puede ayudar a:

Ajustar las cargas de ejercicio	Detectar precozmente descensos de actividad	Aumentar la implicación del paciente	Favorecer el seguimiento y la continuidad del programa

4 OBJETIVO

Analizar el uso de wearables como herramienta complementaria en programas de fisioterapia geriátrica para monitorizar, adaptar y personalizar el tratamiento, favoreciendo la adherencia y un seguimiento más objetivo en personas mayores.

5 MÉTODO

Diseño
Revisión de estudios recientes y análisis de experiencias clínicas con wearables en fisioterapia geriátrica.

Participantes
Personas ≥ 65 años con distintos niveles de funcionalidad (independientes, frágiles y con patología crónica).

Dispositivos analizados
Pulseras y relojes inteligentes comerciales (p. ej., acelerómetros, frecuencia cardíaca, GPS).

Variables registradas

- Pasos diarios
- Tiempo de actividad
- Frecuencia cardíaca
- Patrones de sueño
- Sedentarismo
- Calorías
- Alertas de inactividad



Ejemplo de registro de datos



- 8.420 pasos
- 72 lpm
- 56 min actividad
- 7 h 12 min sueño
- 380 kcal

6 RESULTADOS

El uso de wearables en programas de fisioterapia geriátrica se asoció a:

Mayor adherencia al ejercicio
Incremento del tiempo de actividad diaria y cumplimiento del programa.

Mejor implicación del paciente
Mayor motivación al visualizar sus propios avances.

Mejor control de la intensidad del entrenamiento
Ajuste individualizado según frecuencia cardíaca y nivel de actividad.

Detección temprana de bajadas de actividad
Alertas de sedentarismo e inactividad prolongada.

Buena aceptación
Fáciles de usar, cómodos y bien tolerados por las personas mayores.

7 CONCLUSIONES

- Los wearables son un complemento útil y seguro en fisioterapia geriátrica personalizada.
- Permiten un seguimiento más preciso y objetivo de la actividad física, adaptando el tratamiento a las necesidades individuales.
- Aumentan la motivación y la adherencia al ejercicio, favoreciendo un envejecimiento más activo y saludable.
- Su uso debe integrarse dentro de un abordaje global, con supervisión profesional y educación al paciente y cuidadores.

SILVER ECONOMY
Zamora Territorio Silver

Cuatro preguntas para volver a casa:

una estrategia enfermera para una transición segura y centrada en la persona mayor desde Urgencias



RESUMEN

El reto
El alta hospitalaria en mayores desde Urgencias puede comprometer su ceguridad y continuidad de cuidados.

Objetivo
Identificar necesidades de apoyo y facilitar una transición más segura a su domicilio.

Método
Lista de comprobación enfermera con 4 preguntas clave.

Recomendaciones · Medicación · Funcionalidad · Apoyo social

Intervención
Refuerzo de la información, revisión del tratamiento, adaptación de recomendaciones y coordinación con otros recursos.

LAS 4 PREGUNTAS

1. ¿Comprende qué debe hacer en casa y cuándo consultar?
2. ¿Sabe cómo seguir el tratamiento prescrito?
3. ¿Puede desenvolverse con seguridad en su domicilio?
4. ¿Dispone de ayuda suficiente si la necesita?

RESULTADOS

- **50** pacientes evaluados (100%)
- **30** necesidades de apoyo (60%)
- **27** intervenciones adaptadas (54%)
- **30** planes de alta individualizados (60%)

Principales necesidades detectadas

- 36% Recomendaciones
- 24% Medicación
- 20% Apoyo familiar o social

(% excluyentes)

Mejora de resultados

Reconciliación	76% → 47%
Dificultad para localizar	64% → 32%
Comentarios positivos sobre la atención	54% → 88%

CONCLUSIONES

- **Detecta necesidades** clínicas, funcionales y sociales frecuentemente infradetectadas.
- **Permite individualizar** la recomendación y favorece la continuidad de cuidados.
- Refuerza una atención centrada en la persona.
- **Sencilla y viable** en la práctica habitual.

Palabras clave | Anciano • Atención de Enfermería • Alta del Paciente • Continuidad de la Atención al Paciente • Servicios Médicos de Urgencia

VELOCIDAD DE LA MARCHA
EN PERSONAS MAYORES

Un indicador clave de salud y funcionalidad


VALORACIÓN FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA

01 Resumen

La velocidad de la marcha habitual es una medida sencilla del rendimiento físico en personas mayores. Su disminución se asocia con limitaciones funcionales y mayor riesgo de eventos adversos. En fisioterapia permite detectar cambios, orientar la valoración y seguir la evolución, sin sustituir una evaluación clínica integral.

02 Palabras clave

Velocidad de la marcha · Geriatría · Funcionalidad · Fisioterapia · Fragilidad

03 Antecedentes

- Caminar requiere fuerza, equilibrio, coordinación y salud general.
- La marcha lenta se asocia con fragilidad, discapacidad y eventos adversos.
- Los umbrales dependen de la población y del contexto clínico.

04 Objetivos

Describir la utilidad clínica de la velocidad de la marcha habitual en mayores de 65 años y su aplicación a la valoración y el seguimiento fisioterapéuticos.

05 Método

Síntesis narrativa de tres publicaciones: análisis de 9 cohortes (34.485 personas mayores), revisión sistemática de 95 artículos sobre medición y revisión exploratoria del valor pronóstico.

No se realizaron mediciones propias.

PRUEBA PRÁCTICA: 4 METROS

Marcha habitual · cronómetro · recorrido seguro

VELOCIDAD (m/s) = 4 ÷ tiempo (s)

Ejemplo: 4 m en 5 s = 0,8 m/s

06 Resultados

0,88 HR de mortalidad por cada +0,1 m/s de velocidad habitual*

En 9 cohortes, una mayor velocidad se asoció con mejor supervivencia; no demuestra causalidad.

La prueba de 4 m fue la distancia más utilizada en una revisión de 95 artículos. Velocidades inferiores a 1,0 m/s pueden alertar sobre mayor riesgo.

07 Conclusiones

Medir y registrar la marcha facilita el seguimiento. Interpretar siempre junto a fuerza, equilibrio, autonomía y situación clínica.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL MEDIO RURAL:
EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y LA CALIDAD DE VIDA

Álvaro González Francés · Raquel López Nieto · Rebeca Prieto Silva · Ana M.ª Esteban Gutiérrez · Yaiza Gallego Martín
Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Resumen

Contexto: El aumento de la esperanza de vida en Castilla y León pone de manifiesto la necesidad de promocionar el envejecimiento activo de manos de la enfermería.

Objetivo: Identificar qué puede hacer la enfermera, con qué recursos cuenta y qué barreras existen para implementar el envejecimiento activo.

Método: Revisión bibliográfica narrativa.

Resultados: La enfermería comunitaria interviene educando a pacientes, realizando seguimientos y coordinando recursos de Castilla y León.

Conclusión: La enfermería comunitaria desempeña un papel fundamental en el envejecimiento activo en el medio rural, con fuertes limitaciones.

Palabras clave

Envejecimiento rural, autonomía, recursos comunitarios y papel de enfermería.

Antecedentes

En los últimos años la esperanza de vida ha aumentado en Castilla y León. El vasto territorio de la comunidad pone de manifiesto las desigualdades en salud entre las poblaciones rurales. La enfermería comunitaria se posiciona como un pilar para la promoción del envejecimiento activo.

Objetivos

- Identificar las intervenciones enfermeras dirigidas promover un envejecimiento activo en zonas rurales.
- Describir los recursos comunitarios para fomentar la actividad física, la participación social y el autocuidado.
- Analizar los beneficios, las barreras y las necesidades de mejora.

Método

- Revisión bibliográfica narrativa (Noviembre 2026).
- Bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN y Scopus.
- Publicaciones recientes (<5 años) y consulta de recursos en Castilla y León.



Resultados

Educación para la salud
Autocuidado, ejercicio físico, prevención de la fragilidad, manejo de medicamentos.

Seguimiento terapéutico
Acompañamiento a personas mayores con multimorbilidad.

Visitas domiciliarias
Valoración del entorno y adaptación de recomendaciones.

Recursos digitales
Facilitan la comunicación y el aprendizaje.

Programa ENACYL
Actividades y servicios de envejecimiento activo en Castilla y León.

Barreras identificadas

- Metodológicas: falta de instrumentos unificados.
- Estructurales: sobrecarga y escasez de recursos.
- Socioculturales: resistencia al cambio.
- Tecnológicas: brecha digital.

Conclusiones

- La enfermería comunitaria desempeña un papel fundamental en el envejecimiento activo.
- La coordinación con los recursos comunitarios impulsa la participación y la calidad de vida.
- Persisten barreras: disponibilidad de profesionales, sobrecarga, brecha digital.
- Se requiere reforzar la coordinación sociosanitaria y evaluar el impacto de las intervenciones.

LA SORDERA Y PERSONAS MAYORES: IMPACTO, DESAFIOS Y CALIDAD DE VIDA

1 Resumen

- La pérdida auditiva asociada a la edad **(presbiacusia)** es una de las condiciones crónicas más comunes en adultos mayores, afectando severamente su capacidad de comunicación. Este trabajo analiza el impacto de la sordera en la población de la tercera edad, su relación con el aislamiento social, el deterioro cognitivo y las intervenciones actuales. A través de una revisión sistemática, se evidencia que el diagnóstico temprano y el uso de audífonos o implantes cocleares no solo mejoran la audición, sino que preservan la salud mental y la autonomía del paciente.

2 Palabras clave

- Presbiacusia; personas mayores; aislamiento social; calidad de vida; audiología

3 Antecedentes

- La pérdida de audición es una de las condiciones crónicas más comunes en el envejecimiento.
- A menudo se infravalora o se asume como una consecuencia inevitable y normal de la edad.
- La falta de audición deteriora la comunicación y acelera la desconexión con el entorno social y familiar.
- Estudios recientes vinculan la hipoacusia severa no asistida con un mayor riesgo de demencia y depresión de aparición tardía.

SORDERA Y PERSONAS MAYORES: IMPACTO, DESAFIOS Y CALIDAD DE VIDA

4 Objetivos

- **Identificar el impacto** de la sordera en la salud mental y cognitiva de los adultos mayores.
- **Evaluar la eficacia** del uso temprano de audífonos y terapias de adaptación auditiva.
- **Proponer recomendaciones** prácticas para familiares y cuidadores que optimicen la comunicación diaria.

5 Métodos

- **Diseño:** Revisión bibliográfica sistemática de literatura científica publicada entre 2020 y 2026.
- **Bases de datos:** Búsquedas exhaustivas en PubMed, PsycINFO y Cochrane Library.
- **Criterios de inclusión:** Estudios enfocados en población mayor de 65 años con diagnóstico de presbiacusia y su seguimiento clínico o social.
- **Muestra analizada:** Análisis cualitativo de 25 artículos científicos que cumplieron con los estándares de rigor metodológico.

6 Resultados

- **Aislamiento:** El 68% de las personas mayores con sordera no tratada manifiesta sentimientos crónicos de soledad y tendencia al aislamiento social.
- **Beneficio técnico**: El uso adaptado de audífonos reduce de forma estadísticamente significativa la ansiedad y mejora los niveles de participación en actividades grupales en un 45%.
- **Entorno:** Las intervenciones que incluyen la educación del cuidador (hablar de frente, vocalizar sin gritar) duplican el éxito de la adaptación a las prótesis auditivas.

7 Conclusión

- La detección temprana y el tratamiento de la sordera en personas mayores son fundamentales para preservar su autonomía y salud cognitiva. No se trata únicamente de un problema médico u otológico, sino de un desafío social y relacional. Implementar soluciones audiológicas a tiempo, combinadas con un entorno familiar empático y capacitado, es una de las estrategias más coste-efectivas para garantizar un envejecimiento saludable, digno y conectado con el mundo.

IMPACTO Y ESTRATEGIAS FRENTE A LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL ADULTO MAYOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Introducción
La soledad no deseada se define como la discrepancia entre las relaciones sociales reales y las deseadas. En 2026, tras la aceleración tecnológica post-pandemia, este fenómeno se ha consolidado como un determinante crítico de la salud pública. No es solo un estado emocional, sino un factor de riesgo que incrementa la morbilidad cardiovascular y acelera el deterioro cognitivo,

Objetivos
Identificar los principales factores de riesgo (biopsicosociales) asociados a la soledad.
Analizar la efectividad de las intervenciones tecnológicas y comunitarias actuales.
Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para la práctica clínica y social.

Metodología
Búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, SciELO) utilizando descriptores DeCS: "Soledad", "Anciano", "Aislamiento Social", "Apoyo Social". Se usaron estudios publicados entre 2019 y 2024,

Palabras clave: soledad ,adulto mayor ,relaciones sociales



Resultados
La revisión revela que la soledad no deseada tiene un carácter multidimensional:
Factores Predictores: La viudedad, la baja capacidad funcional y la brecha digital son los mayores precursores.
Intervenciones: Los programas de acompañamiento intergeneracional y el uso asistido de técnologias de información y comunicación muestran redución de los niveles de depresión
Impacto: Existe una correlación directa entre la soledad crónica y el aumento de visitas a atención primaria

Conclusión
La soledad en la tercera edad requiere un enfoque proactivo y multidisciplinar.
La evidencia sugiere que las intervenciones más eficaces no son las que solo ofrecen compañía, sino las que empoderan al mayor, fomentando su participación activa en la comunidad y reduciendo la brecha digital.

Caminar y pensar: Prevención del Síndrome Poscaída

Entrenamiento de doble tarea mediante exergames y aplicaciones móviles

1. Resumen

La ptifobia o miedo a caer limita severamente la autonomía del anciano y aumenta el riesgo de fragilidad. El abordaje fisioterápico con doble tarea (motora y cognitiva) ha demostrado alta eficacia, pero su adherencia a domicilio es baja. Los exergames y las apps móviles superan esta barrera, ofreciendo estimulación simultánea y gamificada con excelentes resultados clínicos.

2. Palabras clave

Ptifobia, Exergames, Doble Tarea, Prevención de Caídas, Telerehabilitación Geriátrica.

3. Antecedentes

El síndrome poscaída altera el patrón de marcha, volviéndolo rígido y cauteloso. Los programas clásicos requieren recursos y supervisión constante. La gamificación emerge como una herramienta capaz de automatizar el aprendizaje motor mientras se resuelven retos cognitivos simultáneos.

4. Objetivos

Principal: Determinar la eficacia clínica de los exergames para disminuir el riesgo de caídas en ancianos.

Secundarios: Evaluar la viabilidad, motivación y adherencia al uso de estas aplicaciones en comparación con la terapia convencional.

5. Método

Revisión integradora de la literatura.
- Población: Pacientes >65 años con síndrome poscaída.
- Intervención: Uso de exergames y apps (ej. Clock Yourself).
- Variables: Escala FES-I (miedo a caer), test TUG (Timed Up and Go) y adherencia.

6. Resultados

- Equilibrio y Marcha: La realidad virtual no inmersiva reduce hasta un 25% el tiempo de ejecución en el TUG bajo doble tarea.

- Miedo a Caer: Se evidencia una reducción clínicamente significativa en la puntuación del FES-I tras 6 a 8 semanas.

- Adherencia Terapéutica: Supera el 85% en grupos con exergames, impulsada por el componente lúdico y el biofeedback visual continuo.

7. Conclusiones

Las tecnologías móviles democratizan el acceso al entrenamiento de doble tarea. Reducen eficazmente el síndrome poscaída y devuelven la confianza al paciente anciano. Su prescripción debe integrarse activamente en los programas de fisioterapia geriátrica para maximizar la funcionalidad.

Reactivación motora temprana en geriatría

Estrategias de fisioterapia para combatir el síndrome de desuso en el entorno sociosanitario



1. Resumen

El síndrome de desuso en el entorno sociosanitario provoca un rápido deterioro funcional y pérdida de autonomía. Esta revisión analiza estrategias de reactivación motora temprana implementadas desde la fisioterapia. Los resultados evidencian que la movilización precoz y el ejercicio terapéutico adaptado revierten significativamente el declive funcional, previniendo complicaciones graves derivadas del sedentarismo institucional.

2. Palabras clave

Síndrome de desuso, Reactivación motora, Fisioterapia geriátrica, Entorno sociosanitario, Movilización precoz.

3. Antecedentes

La institucionalización suele asociarse al sedentarismo. El encamamiento prolongado o el uso excesivo de sillas de ruedas desencadenan un ciclo de deterioro neuromuscular sistémico. Romper esta inercia requiere intervenciones fisioterapéuticas estructuradas en el día a día del centro.

4. Objetivos

Principal: Sistematizar las intervenciones de fisioterapia más efectivas para revertir el síndrome de desuso en residentes mayores.

Secundarios: Evaluar el impacto sobre la prevención de complicaciones secundarias (úlceras, contracturas articulares).

5. Método

Revisión bibliográfica.
• Inclusión: Programas de movilización activa en centros geriátricos.
• Variables: Ganancia de fuerza, rango articular, incidencia de complicaciones por inmovilidad y nivel de dependencia (Índice de Barthel).

6. Resultados

• Reducción de Complicaciones: La movilización activa precoz disminuye hasta en un 40% la incidencia de úlceras por presión y rigideces articulares severas.

• Autonomía Funcional: El ejercicio multicomponente incrementa de forma significativa la puntuación en las escalas de actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

• Equipo Interdisciplinar: La formación del personal auxiliar sociosanitario en transferencias activas es clave para mantener las capacidades residuales del residente.

7. Conclusiones

La reactivación motora temprana es indispensable en el ámbito sociosanitario para frenar el deterioro asociado al síndrome de desuso. Requiere un enfoque continuo liderado por el fisioterapeuta, priorizando el ejercicio terapéutico funcional frente a la asistencia pasiva y el sedentarismo.

PHYSITRACK EN FISIOTERAPIA GERIÁTRICA

Prescripción digital de ejercicio, adherencia y seguimiento funcional · Revisión narrativa focalizada

1 Resumen

Physitrack permite prescribir ejercicio domiciliario mediante vídeos, registrar la práctica comunicada por el paciente y ajustar el programa a distancia. Se revisa su aplicación específica en adultos mayores, diferenciando viabilidad de eficacia clínica.

2 Palabras clave

Physitrack; PhysiApp; fisioterapia geriátrica; ejercicio domiciliario; adherencia; telerehabilitación; usabilidad.

3 Antecedentes

El ejercicio en el domicilio requiere instrucciones comprensibles y seguimiento. Physitrack ofrece prescripción individualizada, vídeos y registros de síntomas y cumplimiento mediante PhysiApp.

4 Objetivos

Describir las funciones de Physitrack para personas mayores.
Sintetizar la evidencia directa sobre adherencia, aceptabilidad, seguridad y función física, señalando sus límites.

5 Método

Síntesis narrativa del estudio piloto SMART (Daly et al., 2021) y documentación oficial de la plataforma.
No se efectuó una búsqueda sistemática, metaanálisis ni estudio propio.

6 Resultados · Estudio SMART: adultos ≥65 años, 8 semanas, sin grupo control

20
participantes incluidos

95 %
retención (19 de 20)

84 %
adherencia media al ejercicio

86/100
usabilidad (SUS)

Función (SPPB): +0,3 puntos; cambio no significativo (p=0,17). No prueba superioridad frente al papel.



Orientación digital



Ejercicio guiado



Programa en tableta



Seguimiento clínico



Entrenamiento funcional

7 Conclusiones

Physitrack resulta viable y bien aceptado en el pequeño piloto estudiado. La adherencia fue alta, pero sin comparación controlada no puede atribuirse a la aplicación. Son necesarios ensayos mayores, seguimiento prolongado y apoyo a la alfabetización digital.

LA FUERZA DE UNA PINZA

Fisioterapia y recuperación funcional en la rizartrosis del adulto mayor

Ejercicio terapéutico · Ortesis · Protección articular | Revisión narrativa de la evidencia

1. Resumen

La rizartrosis afecta a la articulación trapeciometacarpiana del pulgar. El dolor y la debilidad de pinza limitan actividades cotidianas. Esta revisión sintetiza la evidencia sobre ejercicio, ortesis y educación para aliviar síntomas y preservar la función manual.

2. Palabras clave

Rizartrosis · Pulgar · Ejercicio · Ortesis · Función manual · Fisioterapia

3. Antecedentes

- La base del pulgar soporta cargas elevadas durante la pinza y la prensión.
- El dolor, la rigidez y la debilidad pueden reducir la independencia en actividades de la vida diaria.
- Las guías EULAR y ACR recomiendan intervenciones conservadoras, especialmente ejercicio y ortesis de la primera CMC.
- La atención debe adaptarse a síntomas, preferencias y capacidad funcional.

4. Objetivos

Principal: sintetizar la evidencia sobre el abordaje conservador de la rizartrosis en adultos mayores.

Específicos:
- Describir efectos del ejercicio en dolor y función.
- Examinar el uso de ortesis.
- Identificar beneficios, límites y aplicaciones clínicas.

5. Método

- Revisión narrativa de guías clínicas y síntesis de evidencia publicada.
- Fuentes: recomendaciones EULAR (2018), ACR/AF (2019) y metaanálisis en red (2024).
- Variables examinadas: dolor, función, fuerza de prensión/pinza y tolerancia al tratamiento.
- No se realizó una revisión sistemática propia ni un estudio con pacientes.

6. RESULTADOS: QUÉ APOYA LA EVIDENCIA

EJERCICIO TERAPÉUTICO

- Se recomiendan movilidad, fortalecimiento y estabilidad de la base del pulgar.
- Los efectos sobre dolor y función suelen ser modestos y dependen de la continuidad.

ORTESIS DEL PULGAR

- Las ortesis de la primera CMC cuentan con recomendación fuerte en ACR/AF.
- Su uso prolongado puede aliviar dolor; no hay un modelo claramente superior.

TRATAMIENTO MULTIMODAL

- La combinación de educación, ejercicios y apoyos puede mejorar síntomas a corto plazo.
- El plan debe adaptarse a actividades relevantes para cada persona.

FUNCIÓN Y AUTONOMÍA

- Se busca facilitar pinza, agarre y tareas domésticas mediante entrenamiento y ayudas.
- No puede asegurarse la reversión de la degeneración articular.

LIMITACIONES

- Estudios con protocolos y seguimientos heterogéneos.
- Efectos a largo plazo todavía inciertos; resultados no siempre extrapolables a todos los mayores.



1. Actividades que provocan dolor



2. Movilización y educación



3. Ortesis de apoyo



4. Entrenamiento de pinza



5. Ayudas para la autonomía

7. Conclusiones

El ejercicio individualizado, las ortesis y la educación son pilares del tratamiento conservador. Pueden aliviar dolor y mejorar la función, pero sus efectos varían y la evidencia a largo plazo es limitada. La prioridad clínica es conservar la autonomía y adaptar el tratamiento a cada persona.

ENTRENAMIENTO DE POTENCIA MUSCULAR EN PERSONAS MAYORES

Efectos sobre la capacidad funcional y la autonomía

Revisión narrativa de la evidencia científica



1 Resumen

Con la edad disminuyen la fuerza y la capacidad de producirla rápidamente. Esta revisión compara el entrenamiento de potencia con la fuerza tradicional en mayores. Los estudios indican mejoras modestas en algunas pruebas funcionales, con certeza limitada.

2 Palabras clave

Potencia muscular · Fisioterapia geriátrica
Envejecimiento · Fuerza · Funcionalidad

3 Antecedentes

La pérdida de potencia muscular dificulta levantarse de una silla, subir escalones o reaccionar ante una pérdida de equilibrio.

La fuerza tradicional suele trabajarse con velocidad controlada. El entrenamiento de potencia incorpora una fase de esfuerzo rápida y segura, adaptada a cada persona.

Los estudios comparan ambas modalidades para valorar la movilidad y la función física.

4 Objetivos

Objetivo general

Analizar los efectos del entrenamiento de potencia sobre la capacidad funcional en mayores.

Objetivos específicos

Comparar con la fuerza tradicional y examinar movilidad, rendimiento y limitaciones de la evidencia.

5 Método

Revisión narrativa exploratoria sobre entrenamiento de potencia en mayores.

Se consultaron publicaciones y registros de PubMed, priorizando revisiones sistemáticas y metaanálisis comparativos.

Sin búsqueda exhaustiva, evaluación independiente del sesgo ni datos propios.

¿QUÉ CAMBIA EN EL ENTRENAMIENTO?

FUERZA TRADICIONAL	→	POTENCIA MUSCULAR
Movimiento controlado Énfasis en la fuerza		Fase de esfuerzo rápida Ejecución segura

6 Resultados

Síntesis de revisiones y metaanálisis publicados

Balachandran et al., 2022 Ventaja funcional modesta frente a la fuerza tradicional; certeza baja.	20 Ensayos	566 Participantes
Revisión de 2022 Mejoras en potencia muscular y determinadas pruebas de rendimiento.	15 Ensayos	583 Participantes
Kite et al., 2023 Pequeñas ventajas en SPPB y TUG; sin superioridad funcional general clara.	19 Ensayos	1.055 Participantes

Limitaciones: heterogeneidad y certeza limitada.

7 Conclusiones

El entrenamiento de potencia puede mejorar algunas capacidades funcionales en personas mayores.

Sus ventajas frente a la fuerza tradicional parecen modestas y no son uniformes. La intervención debe individualizarse; se necesitan estudios de mayor calidad.

MIEDO A CAER TRAS UNA PRIMERA CAÍDA

Intervención fisioterapéutica para recuperar la confianza

EQUILIBRIO · SEGURIDAD · AUTONOMÍA · PARTICIPACIÓN

1 Resumen

El miedo a caer puede surgir tras una primera caída y favorecer la evitación de actividades, la pérdida de confianza y el deterioro funcional.
La fisioterapia combina ejercicio progresivo, educación y afrontamiento de situaciones cotidianas para mejorar la movilidad, la seguridad percibida y la autonomía.

2 Palabras clave

Miedo a caer · Caídas · Fisioterapia · Equilibrio · Personas mayores · Confianza · Ejercicio terapéutico

3 Antecedentes

- Las caídas son una causa importante de lesiones y pérdida de autonomía en la vejez.
- Tras una caída puede aparecer temor a repetirla, incluso sin lesión grave.
- La restricción de actividad favorece desacondicionamiento, debilidad y menor participación social.
- El miedo a caer se relaciona con alteraciones del equilibrio y la marcha y con mayor dependencia.
- La valoración funcional y la intervención individualizada permiten abordar factores físicos y conductuales.



METAS DE LA INTERVENCIÓN

01 Equilibrio y marcha

02 Fuerza y actividad física

03 Confianza y seguridad

04 Participación diaria

PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PROGRESIVO

1 Equilibrio	2 Fuerza	3 Marcha	4 Exposición
Retos graduados y seguros	Miembros inferiores	Tareas funcionales	Retorno a actividades

Educación + estrategias de afrontamiento + seguimiento

4 Objetivos

- Analizar el papel de la fisioterapia para reducir el miedo a caer en personas mayores.
- Describir intervenciones que mejoran confianza, equilibrio, movilidad y participación.

5 Método

Síntesis narrativa de la evidencia sobre ejercicio terapéutico, educación, entrenamiento funcional y estrategias de afrontamiento del miedo a caer en mayores. No se presentan datos de una muestra propia.

6 Resultados

- Los programas multicomponente pueden reducir el miedo a caer y mejorar el equilibrio y la capacidad funcional.
- La educación y la exposición gradual complementan el entrenamiento físico.
- La respuesta varía según la fragilidad, las comorbilidades y el contexto; no todas las intervenciones muestran igual eficacia.

7 Conclusiones

La intervención debe ser temprana, individualizada y progresiva. Recuperar la confianza requiere abordar tanto la capacidad física como el temor, con seguimiento y objetivos significativos.

LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS CON SOLUCIÓN JABONOSA

Las evidencias actuales recomiendan el uso de soluciones alcohólicas y/o solución jabonosa de gluconato de clorhexidina frente a soluciones a base de yodo.

01. Introducción

El conocimiento y la correcta aplicación del lavado quirúrgico de manos han sido transmitidos de generación en generación dentro de la enfermería, consolidándose como un pilar esencial en la prevención de infecciones nosocomiales. La infección del sitio quirúrgico sigue siendo una de las complicaciones más frecuentes en los hospitales, afectando entre el 2 y 5% de los pacientes operados según el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE), aunque se estima que hasta un 60% de estos casos son evitables. Estudios como ENEAS confirman que estas infecciones representan el principal evento adverso hospitalario relacionado con la asistencia sanitaria. La experiencia acumulada por generaciones de enfermeras y enfermeros demuestra que la correcta higiene de manos es el primer paso para garantizar la seguridad del paciente, combinando conocimientos científicos con la enseñanza práctica en entornos clínicos.

02. Objetivos

- Fomentar la comunicación intergeneracional para la transmisión del conocimiento.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica entre profesionales, basándose en la evidencia científica.
- Desarrollar una guía de lavado de manos con solución jabonosa, que sea de utilidad tanto para profesionales de nueva incorporación como para alumnos de prácticas en la unidad quirúrgica.
- Dar a conocer e implementar una técnica adecuada.
- Evitar y/o reducir las infecciones del sitio quirúrgico.

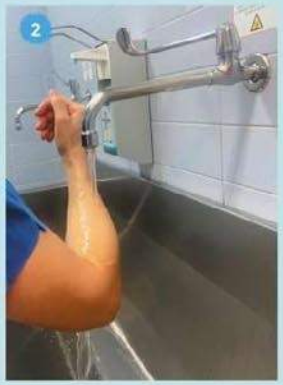
03. Metodología

- Revisión bibliográfica.
- Búsqueda en base de datos online: Dialnet, OMS y Google académico.
- Artículos científicos de los últimos 10 años.
- Palabras clave: Lavado quirúrgico de manos, gluconato de clorhexidina, procedimiento estandarizado.
- La metodología que se ha utilizado para realizar esta revisión bibliográfica han sido diferentes bases de datos entre las que se encuentran:

04. RESULTADOS Y PROCESO DE LAVADO



Retirar de dedos y manos anillos, pulseras y relojes. Mantener las uñas correctamente cortadas y sin esmaltes. Abrir paquete del cepillo-esponja. Abrir el grifo (dispositivo de apertura no manual: pedal, manilla de codo, célula fotoeléctrica). Mantener siempre las manos por encima de los codos.



Humedecer manos y antebrazos.



Lavar manos y antebrazos durante unos minutos para quitar la suciedad.



Utilizar el cepillo para limpiar las uñas y lechos ungueales, desecharlo al terminar.



Iniciar el lavado de manos con la esponja. Éste se llevará siempre a cabo desde la zona más distal hacia la más proximal: dedos y espacios interdigitales uno a uno, palma, dorso y antebrazos. El proceso durará de 2 a 5 min según recomendaciones del fabricante.



Aclarar con abundante agua manteniendo las manos siempre por encima de los codos y separados del cuerpo. Si durante el lavado de manos o tras éste , tocamos alguna superficie, objeto o parte de nuestro cuerpo, debemos repetir todo el proceso.



El secado de manos se llevará a cabo con toallas estériles, una para cada mano, comenzando a secar desde la parte distal y desechándola al llegar al antebrazo, nunca volver de nuevo hacia la mano. Debemos recordar que el lavado quirúrgico no esteriliza, por lo que no debemos manipular el instrumental, ni el campo hasta no colocarnos la bata y los guantes.

05. Conclusiones

La enfermería intergeneracional juega un papel clave en la enseñanza de esta práctica entre profesionales. En la unidad quirúrgica es de vital importancia el conocimiento de esta técnica y su correcta aplicación por parte de todo el equipo sanitario, así como, el tomar conciencia de que está en nuestras manos, y nunca mejor dicho, la prevención de gran parte de las infecciones nosocomiales.



ENVEJECER A KILÓMETROS DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

Brecha geográfica y vulnerabilidad geriátrica.



RESUMEN

El envejecimiento de la población supone un reto para los sistemas sanitarios, especialmente en zonas rurales y dispersas, donde la distancia a los centros de salud y hospitales puede dificultar el acceso a la atención. Este trabajo analiza cómo la brecha geográfica puede afectar a las personas mayores, tanto en Atención Primaria como en los servicios de urgencias, y qué consecuencias puede tener sobre su salud, autonomía y vulnerabilidad geriátrica.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento; población rural; accesibilidad sanitaria; distancia geográfica; Atención Primaria; urgencias; fragilidad; vulnerabilidad geriátrica.

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional se acompaña frecuentemente de multimorbilidad, fragilidad, dependencia y necesidad de seguimiento sanitario continuado. Estas necesidades hacen que las personas mayores dependan especialmente de unos servicios sanitarios accesibles y cercanos.
Sin embargo, vivir lejos de un centro de salud o de un hospital puede dificultar las consultas periódicas, el control de enfermedades crónicas y la atención urgente. Estas barreras pueden agravarse cuando existen dificultades de movilidad, falta de transporte o ausencia de apoyo familiar.

OBJETIVOS

Objetivo general:
Analizar cómo la distancia y las barreras geográficas a los servicios sanitarios pueden influir en la atención y la vulnerabilidad geriátrica de las personas mayores.
Objetivos específicos:
Identificar las dificultades de acceso a Atención Primaria en zonas rurales o alejadas.
Examinar cómo la distancia puede afectar a la atención urgente y a los tiempos de respuesta.
Relacionar las barreras geográficas con fragilidad, dependencia y pérdida de autonomía.
Identificar posibles medidas para mejorar la equidad y accesibilidad sanitaria.

RESULTADOS

La revisión se centrará en tres ámbitos:

- Atención Primaria:

Dificultades para acudir a consultas y revisiones.
Menor continuidad asistencial y seguimiento de enfermedades crónicas.
Retrasos en la detección de fragilidad y otros problemas de salud.

- Servicios de urgencias:

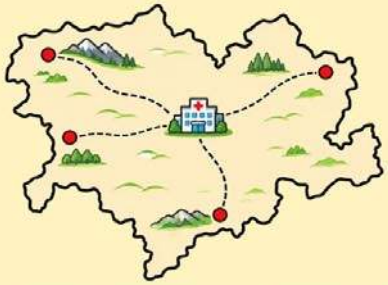
Mayor tiempo de desplazamiento y posibles retrasos en la asistencia.
Dificultades de transporte sanitario.
Posibles consecuencias en hospitalizaciones, complicaciones y evolución clínica.

- Vulnerabilidad geriátrica:

Mayor riesgo de pérdida de autonomía.
Dificultades para controlar enfermedades crónicas.
Posible agravamiento de la fragilidad, aislamiento y dependencia.

METODO

Se plantea una revisión de alcance (scoping review) de publicaciones científicas.
Bases de datos: PubMed,, CINAHL y SciELO.



CONCLUSIONES

La distancia a los servicios sanitarios puede constituir una barrera importante para el envejecimiento saludable, especialmente en personas mayores con movilidad reducida, enfermedades crónicas o escaso apoyo social.
La accesibilidad a Atención Primaria y a urgencias debe considerarse un elemento fundamental de la atención geriátrica. Mejorar el transporte sanitario, reforzar la atención domiciliaria, facilitar el seguimiento de pacientes y desarrollar recursos de telemedicina que podrían contribuir a reducir las desigualdades territoriales.
Por lo tanto, envejecer lejos de la asistencia sanitaria puede aumentar la vulnerabilidad de las personas mayores; garantizar la proximidad y la accesibilidad de los servicios es también una forma de proteger su autonomía y calidad de vida.

PREVENCIÓN DE SARCOPENIA Y CAÍDAS MEDIANTE FUERZA EXCÉNTRICA





RESUMEN

Las caídas y la sarcopenia amenazan la autonomía en la vejez. El entrenamiento tradicional se centra en levantar peso (concéntrico), pero las **actividades diarias** (bajar escaleras, sentarse) dependen de "frenar" (fuerza excéntrica).

La evidencia demuestra que la fuerza excéntrica logra mayores ganancias de masa muscular y equilibrio con menor esfuerzo cardiovascular, siendo **clave para prevenir caídas de forma segura.**

OBJETIVOS

- Evaluar la **eficacia** de la fuerza excéntrica en la ganancia muscular en adultos mayores.
- Analizar su **impacto** en la reducción de caídas.
- Comprobar su **seguridad** cardiovascular y grado de adherencia.

PALABRAS CLAVE

Sarcopenia,
Fuerza excéntrica,
Prevención de caídas,
Frenado muscular,
Envejecimiento activo

MÉTODO

- **Diseño**: Revisión sistemática (2019-2025) en PubMed, Scopus y PEDro.
- **Muestra:** Mayores de 65 años con sarcopenia o riesgo de caída.
- **Intervención:** Ejercicios de frenado (control de bajada en sentadillas, escalones o cicloergómetro excéntrico).

ANTECEDENTES

- ***Mecánica de caídas***: Ocurren por fallo al absorber impactos (fase de frenado), no por falta de impulso.
- ***Fisiología***: La sarcopenia destruye rápido las fibras muscular Tipo II (encargadas del frenado).
- ***Ventaja metabólica***: La contracción excéntrica genera más fuerza con menor consumo de oxígeno y menor fatiga.

RESULTADOS

+ 28%
De ganancia en fuerza y masa muscular frente al +15% del método tradicional.

-42%
En la tasa de caídas gracias a un mayor control postural.

88%
De adherencia por menor sensación de fatiga

Frecuencia cardiaca y presión arterial.

CONCLUSIONES

Mayor eficiencia
Estimula mejor las fibras musculares clave sin agotar al paciente.

Transferencia real
Entrenar el "frenado" protege directamente ante tropiezos cotidianos.

Seguridad
Es la opción ideal para personas mayores frágiles o con patología cardiovascular.

APLICACIÓN PRÁCTICA: EJERCICIOS DE FRENADO MUSCULAR

1. **Control de bajada en sentadilla**

Sentarse en la silla de forma lenta (4-5 segundos) para activar la retención de cuádriceps y glúteos.



2. **Frenado en escalones**

Descender de manera muy pausada escalones, entrenando la absorción de impacto y el equilibrio a una pierna para evitar tropezones.



3. **Cicloergómetro excéntrico**

El usuario resiste el empuje de los pedales, logrando alta carga muscular sin fatiga cardiovascular.



BIBLIOGRAFIA

- Beato & Dello Iacono (2020). Eccentric vs. Traditional Exercise in Older Adults.
- Cruz-Jentoft & Sayer (2019). Sarcopenia. The Lancet, 393(10191).
- Chen et al. (2017). Eccentric Training & Functional Fitness in Seniors.
- LaStayo et al. (2009). Eccentric Ergometry in Frail Elderly.





Dolor musculoesquelético crónico y ejercicio terapéutico en la población silver

1. Resumen

El dolor musculoesquelético crónico afecta a una proporción elevada de personas mayores y constituye una causa frecuente de limitación funcional y disminución de la calidad de vida. Tradicionalmente se recomendaba el reposo como estrategia terapéutica; sin embargo, la evidencia científica actual demuestra que el ejercicio terapéutico supervisado es una de las herramientas más efectivas para controlar el dolor y mejorar la funcionalidad.

El objetivo de esta comunicación es analizar el papel de la fisioterapia mediante el ejercicio en el abordaje del dolor crónico asociado al envejecimiento.

2. Palabras clave

Dolor crónico; Ejercicio terapéutico; Artrosis; Envejecimiento; Fisioterapia.

3. Antecedentes

Las enfermedades degenerativas como la artrosis de rodilla, cadera o columna constituyen una de las principales fuentes de dolor crónico en la población silver.

El dolor persistente genera restricción de la movilidad, disminución de la actividad física, pérdida de masa muscular y dependencia progresiva. Además, suele relacionarse con alteraciones del sueño, ansiedad y depresión.

La fisioterapia moderna propone un enfoque basado en movimiento, educación terapéutica y ejercicio físico adaptado como tratamiento de referencia.

4. Objetivos

- **Analizar los efectos del ejercicio terapéutico sobre el dolor musculoesquelético crónico en personas mayores (Disminución del dolor, mejora de la función física…)**
- **Incrementar la participación social.**
- **Favorecer la autonomía funcional.**

5. Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar y PEDro) durante los últimos diez años centrados en el tratamiento fisioterapéutico del dolor crónico en mayores de 65 años.

Se analizaron estudios relacionados con:

- Artrosis.
- Lumbalgia crónica.
- Dolor cervical.
- Ejercicio terapéutico supervisado.

6. Resultados

La mayoría de las investigaciones muestran una disminución significativa del dolor tras programas de ejercicio de entre 8 y 24 semanas.

Se observaron mejoras en movilidad articular, fuerza muscular y capacidad funcional.

Los pacientes también manifestaron una mayor confianza para realizar actividades diarias y una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.

7. Conclusiones

El ejercicio terapéutico constituye una intervención segura, efectiva y eficiente para el tratamiento del dolor musculoesquelético crónico en la población silver.

La fisioterapia debe considerarse una herramienta fundamental para promover la funcionalidad y reducir las limitaciones derivadas del dolor.

Edadismo y ejercicio físico

Nunca es tarde para empezar

1. Resumen

El edadismo engloba los estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias basadas en la edad. Estas creencias pueden dificultar la promoción de la actividad física en personas mayores, favorecer el sedentarismo y limitar el acceso a programas de ejercicio. La evidencia disponible indica que también en edades avanzadas es posible mejorar la capacidad funcional mediante ejercicio adaptado. Esta comunicación revisa el papel de la fisioterapia frente al edadismo y en la promoción de un envejecimiento activo.

2. Palabras clave Edadismo; Envejecimiento activo; Actividad física; Fisioterapia geriátrica; Salud funcional.

3. Antecedentes

Persisten creencias erróneas sobre la capacidad física en edades avanzadas, especialmente después de los 80 años. Estas ideas limitan la participación en programas de promoción de la salud.

El envejecimiento no implica necesariamente dependencia. Existe capacidad de adaptación y mejora funcional.

4. Objetivo

Sintetizar la evidencia sobre el edadismo y la práctica de ejercicio físico en personas mayores, y analizar el papel de la fisioterapia en la promoción de hábitos activos.

5. Método

Revisión bibliográfica en PubMed, Google Scholar y PEDro de estudios sobre personas mayores de 65 años, envejecimiento saludable, estereotipos asociados a la edad y programas de ejercicio físico.

6. Resultados

La evidencia descrita señala mejoras en la fuerza, el equilibrio, la movilidad y la autonomía con programas de ejercicio adaptados, también cuando se inician en edades avanzadas.

También se describen mejoras en la autopercepción de capacidad física.

7. Conclusiones

Combatir el edadismo favorece estilos de vida activos. La fisioterapia contribuye con educación sanitaria y ejercicio adaptado a las capacidades y necesidades individuales.

Entrenamiento de doble tarea

Integración de funciones motoras y cognitivas en la población silver

1. Resumen

El entrenamiento de doble tarea combina simultáneamente ejercicios motores y actividades cognitivas para mejorar la funcionalidad global. Esta estrategia ha despertado interés por la relación entre deterioro cognitivo, alteraciones de la marcha y riesgo de caídas. La presente comunicación revisa la evidencia disponible sobre los efectos de este entrenamiento en personas mayores.

2. Palabras clave Doble tarea; Función cognitiva; Equilibrio; Prevención de caídas; Fisioterapia.

3. Antecedentes

La realización simultánea de tareas cognitivas y motoras es habitual en la vida diaria. Con la edad, la capacidad para gestionar estas situaciones puede disminuir y aumentar el riesgo de errores y caídas.

El entrenamiento de doble tarea busca mejorar la atención dividida y la automatización de la marcha.

4. Objetivo

Sintetizar la evidencia disponible sobre los efectos del entrenamiento de doble tarea en la movilidad, el equilibrio y el rendimiento cognitivo de las personas mayores.

5. Método

Revisión bibliográfica de los últimos diez años en PubMed, Google Scholar y PEDro, en personas mayores con y sin deterioro cognitivo leve. Intervenciones analizadas:
Marcha con cálculo mental.
Circuitos funcionales con memoria.
Equilibrio con tareas atencionales.

6. Resultados

Los estudios describen mejoras en la marcha, el equilibrio dinámico y algunas medidas de atención y funciones ejecutivas.

Algunos registran menos caídas, pero los resultados no son uniformes ni demuestran superioridad en todas las poblaciones.

7. Conclusiones

La doble tarea permite integrar el entrenamiento físico y cognitivo en personas mayores. Su aplicación requiere adaptar la dificultad a la capacidad individual y a la seguridad de la marcha.

Entrenamiento de fuerza
como estrategia para prevenir la sarcopenia en la población silver



1 Resumen

La sarcopenia es un trastorno musculoesquelético progresivo asociado al envejecimiento caracterizado por la pérdida de masa muscular, fuerza y rendimiento físico. Se estima que su prevalencia aumenta considerablemente a partir de los 65 años, constituyendo uno de los principales factores de riesgo para la dependencia funcional, las caídas y la institucionalización.

El ejercicio terapéutico basado en el entrenamiento de fuerza ha demostrado ser una de las intervenciones más efectivas para prevenir y revertir parcialmente sus efectos.

El objetivo de esta comunicación es revisar la evidencia científica disponible sobre los beneficios del entrenamiento de fuerza en personas mayores y su impacto sobre la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida.

2 Palabras clave

Sarcopenia · Fisioterapia geriátrica · Entrenamiento de fuerza · Envejecimiento activo · Funcionalidad

3 Antecedentes

- El aumento de la esperanza de vida ha provocado un crecimiento progresivo de la población mayor de 65 años, planteando desafíos para el mantenimiento de la funcionalidad y la independencia.
- A partir de la quinta década de vida, la masa muscular puede disminuir entre un 1% y un 2% anual, acompañándose de una reducción de la fuerza, lo que favorece limitaciones funcionales, dificultad para la marcha, disminución de la movilidad y mayor riesgo de caídas.
- Organismos internacionales como la European Working Group on Sarcopenia in Older People consideran el déficit de fuerza muscular como el principal criterio para la identificación de la sarcopenia.
- El entrenamiento de fuerza presenta el mayor nivel de evidencia científica entre las intervenciones no farmacológicas, siendo recomendado como tratamiento de primera elección.

4 Objetivos

- Analizar la efectividad del entrenamiento de fuerza como intervención fisioterapéutica para prevenir y combatir la sarcopenia en personas mayores de 65 años.
- Analizar las mejoras en la capacidad funcional.
- Determinar el efecto sobre el equilibrio y la movilidad.
- Valorar su influencia sobre la autonomía personal y la calidad de vida.

5 Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Scopus y PEDro) durante los últimos diez años.

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 65 años.
- Intervenciones basadas en entrenamiento de fuerza.
- Estudios experimentales o revisiones sistemáticas.
- Evaluación de variables funcionales relacionadas con la sarcopenia.

Criterios de exclusión

- Estudios realizados en poblaciones institucionalizadas.
- Personas con patologías neurológicas graves.
- Protocolos no supervisados.

Variables analizadas

Fuerza muscular · Velocidad de la marcha · Equilibrio · Timed Up and Go · Capacidad funcional · Calidad de vida

6 Resultados

Mejoras significativas en fuerza muscular	Incrementos significativos de la fuerza de las extremidades inferiores, especialmente en cuádriceps y glúteos, tras programas de 2–3 sesiones semanales durante un mínimo de 12 semanas.
Mejor rendimiento en la marcha	Mejora en la velocidad de la marcha, el levantarse de una silla y el Timed Up and Go.
Mejor equilibrio y menor riesgo de caídas	Disminución del riesgo de caídas y mayor independencia en las actividades básicas de la vida diaria.
Programas multicomponente más efectivos	Los programas que incluyen ejercicios de fuerza, equilibrio y entrenamiento funcional muestran resultados superiores a las intervenciones aisladas.
Mayor percepción de salud y calidad de vida	Los participantes manifestaron una percepción positiva de su estado de salud, con mayores niveles de confianza para realizar actividades cotidianas.





7 Conclusiones

- El entrenamiento de fuerza constituye una herramienta terapéutica esencial en la prevención y tratamiento de la sarcopenia en la población silver.
- La evidencia científica indica que los programas supervisados por fisioterapeutas mejoran la fuerza muscular, la movilidad, el equilibrio y la capacidad funcional, contribuyendo a mantener la independencia y reducir el riesgo de discapacidad.
- La incorporación sistemática de programas de fuerza en los servicios de fisioterapia geriátrica puede favorecer un envejecimiento activo, saludable y sostenible, convirtiéndose en una estrategia clave de promoción de la salud en las personas mayores.

Fisioterapia de suelo pélvico en la incontinencia urinaria en la población silver



Más control
Más bienestar
Más calidad de vida

1 Resumen

La incontinencia urinaria es una condición frecuente en personas mayores y supone una importante limitación física, emocional y social. A pesar de su elevada prevalencia, continúa siendo infradiagnosticada y normalizada como consecuencia del envejecimiento.
La fisioterapia especializada en suelo pélvico representa una intervención conservadora efectiva recomendada por las principales guías de práctica clínica.
Esta comunicación revisa la evidencia disponible sobre sus beneficios en la población silver.

2 Palabras clave

Suelo pélvico | Incontinencia urinaria | Fisioterapia | Envejecimiento | Calidad de vida

3 Antecedentes

- La prevalencia de incontinencia aumenta con la edad y afecta a millones de personas en todo el mundo.
- Las pérdidas urinarias generan limitación de la participación social, disminución de la autoestima y repercusiones sobre la salud física y emocional.
- La fisioterapia ofrece tratamientos no invasivos basados en entrenamiento muscular, educación comportamental y modificación de hábitos.



4 Objetivo

Analizar la **efectividad de la fisioterapia del suelo pélvico** en personas mayores con incontinencia urinaria.

5 Método

Revisión bibliográfica de estudios publicados en los últimos diez años.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar y PEDro) durante los últimos diez años sobre:

- Entrenamiento muscular del suelo pélvico.
- Biofeedback.
- Técnicas conductuales.
- Educación vesical.

Principales intervenciones analizadas

Entrenamiento muscular del suelo pélvico | Biofeedback | Técnicas conductuales | Educación vesical

6 Resultados

Reducción de los episodios de incontinencia	La evidencia demuestra una **reducción** significativa de los episodios de incontinencia.
Mejora de la función muscular perineal	Se observa una mejora de la función muscular del suelo pélvico.
Mayor seguridad y autonomía	Los participantes experimentaron una mayor seguridad para participar en actividades sociales.
Mejor calidad de vida	Se observa una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.





7 Conclusiones

- La fisioterapia del suelo pélvico constituye una intervención de primera línea para el manejo conservador de la incontinencia urinaria en la población silver.
- Favorece la autonomía y el bienestar, contribuyendo a mantener la participación social y una mejor calidad de vida.

Fisioterapia respiratoria
como herramienta para un envejecimiento saludable

Respirar mejor para vivir con más autonomía



1 Resumen

El envejecimiento produce cambios fisiológicos en el sistema respiratorio que pueden afectar a la capacidad funcional y limitar la participación en actividades de la vida diaria.
La fisioterapia respiratoria engloba diferentes técnicas dirigidas a mejorar la ventilación pulmonar, la eficiencia respiratoria y la tolerancia al esfuerzo.
Esta comunicación analiza la evidencia científica sobre sus beneficios en la población silver.

2 Palabras clave

Fisioterapia respiratoria · Envejecimiento · Función pulmonar · Capacidad funcional · Ejercicio

3 Antecedentes

- Con el envejecimiento se producen cambios anatómicos y fisiológicos que afectan al sistema respiratorio, incluyendo disminución de la elasticidad pulmonar, reducción de la fuerza muscular inspiratoria y menor movilidad de la caja torácica.
- Estos cambios pueden generar fatiga precoz, intolerancia al ejercicio y reducción de la actividad física.
- La fisioterapia respiratoria ha demostrado beneficios tanto en personas sanas como en aquellas con patologías respiratorias crónicas.



4 Objetivo

Analizar la eficacia de las intervenciones de fisioterapia respiratoria en la mejora de la función pulmonar de los adultos mayores.

5 Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar y PEDro) durante los últimos diez años sobre:

- Entrenamiento inspiratorio.
- Ejercicios respiratorios.
- Reeducación ventilatoria.
- Ejercicio aeróbico supervisado.

Las principales variables fueron disnea, capacidad funcional y tolerancia al esfuerzo.

Principales variables analizadas

Disnea · Capacidad funcional · Tolerancia al esfuerzo · Función pulmonar

6 Resultados

Mejora de la fuerza muscular respiratoria	Los programas realizados muestran mejoras significativas en la fuerza muscular respiratoria.
Mayor capacidad en la marcha	Se observan mejoras en la distancia recorrida en pruebas de marcha.
Menor percepción de disnea	Los participantes refieren una disminución de la disnea.
Mejor capacidad funcional	Se observa una mayor capacidad para realizar actividades cotidianas.
Mejor calidad de vida	Los programas se asocian a una mejor calidad de vida relacionada con la salud.






7 Conclusiones

- La fisioterapia respiratoria contribuye al mantenimiento de la capacidad funcional durante el envejecimiento.
- Puede desempeñar un papel relevante en la promoción de la autonomía y la participación social.
- Los programas de ejercicio respiratorio y aeróbico, junto con técnicas de reeducación ventilatoria, son herramientas eficaces para mejorar la función pulmonar, la tolerancia al esfuerzo y la calidad de vida en la población silver.

Fragilidad y ejercicio multicomponente:
el papel de la fisioterapia en el envejecimiento activo



Más fuerza · Mejor equilibrio · Más autonomía · Mayor calidad de vida

1 Resumen

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por una disminución de las reservas fisiológicas que incrementa la vulnerabilidad frente a eventos adversos. Actualmente se considera una condición potencialmente reversible cuando se detecta precozmente.

Los programas de ejercicio multicomponente dirigidos por fisioterapeutas representan una de las estrategias más efectivas para su abordaje.

El objetivo de esta comunicación es revisar la evidencia sobre los efectos de estos programas en personas mayores.

2 Palabras clave

Fragilidad · Ejercicio multicomponente · Fisioterapia geriátrica · Envejecimiento activo · Funcionalidad

3 Antecedentes

- El síndrome de fragilidad afecta a un porcentaje importante de la población mayor y se relaciona con discapacidad, hospitalización y dependencia.
- Entre sus manifestaciones destacan disminución de fuerza, lentitud de la marcha, fatiga y reducción de la actividad física.
- La detección precoz permite intervenir antes de que aparezcan situaciones de dependencia irreversible.



4 Objetivo

Analizar la efectividad de los programas multicomponente sobre el síndrome de fragilidad en adultos mayores.

5 Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar y PEDro) durante los últimos diez años.

Las intervenciones analizadas incluyeron:

- Entrenamiento de fuerza.
- Equilibrio.
- Resistencia aeróbica.
- Flexibilidad.
- Ejercicio funcional.

Principales componentes del ejercicio multicomponente

Entrenamiento de fuerza · Equilibrio · Resistencia aeróbica · Flexibilidad · Ejercicio funcional

6 Resultados

Mejora de la velocidad de la marcha	Los programas multicomponente mostraron mejoras relevantes en la velocidad de la marcha.
Aumento de la fuerza de miembros inferiores	Se observaron mejoras significativas en la fuerza de miembros inferiores.
Mejor equilibrio	Los programas contribuyeron a una mejora del equilibrio.
Mayor capacidad funcional	Se incrementó la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria.
Disminución de la fragilidad	Se observó una reducción de indicadores de fragilidad y un aumento de la independencia funcional.







7 Conclusiones

- El ejercicio multicomponente constituye la intervención con mayor respaldo científico para el abordaje de la fragilidad en personas mayores.
- La fisioterapia desempeña un papel esencial en el diseño y supervisión de estas intervenciones, contribuyendo a un envejecimiento activo, saludable y con mayor calidad de vida.

Kinesiofobia en personas mayores: una barrera silenciosa para el envejecimiento activo

1. Resumen

La kinesiofobia se define como el miedo excesivo al movimiento debido a la creencia de que este puede causar dolor, lesión o empeoramiento de una condición física.

Este fenómeno es frecuente en personas mayores y puede contribuir al sedentarismo, la pérdida de funcionalidad y la dependencia.

Esta comunicación revisa el papel de la fisioterapia en la identificación y tratamiento de la kinesiofobia.







2. Palabras clave

Kinesiofobia; Miedo al movimiento; Ejercicio terapéutico; Envejecimiento activo; Fisioterapia.

3. Antecedentes

Muchos adultos mayores evitan actividades cotidianas por miedo a sufrir una caída o aumentar su dolor.

Este comportamiento conduce a una reducción progresiva de la actividad física y favorece el desacondicionamiento muscular.

La evidencia actual destaca la importancia de abordar tanto los componentes físicos como psicológicos asociados al movimiento.

4. Objetivos

Analizar la influencia de la kinesiofobia sobre la funcionalidad y el papel de la fisioterapia en su abordaje.

5. Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar y PEDro) durante los últimos diez años en la población silver.

Los estudios se centraron en:

- Dolor crónico.
- Miedo a las caídas.
- Kinesiofobia.
- Programas de exposición gradual al ejercicio.

6. Resultados

Las intervenciones basadas en educación terapéutica y ejercicio progresivo mostraron mejoras en niveles de actividad física, movilidad y autoconfianza.

Asimismo, disminuyeron las conductas evitativas relacionadas con el movimiento.

7. Conclusiones

La detección precoz de la kinesiofobia es fundamental en fisioterapia geriátrica, ya que su tratamiento puede mejorar significativamente la funcionalidad y la participación social.

Prevención de caídas mediante programas de ejercicio terapéutico en personas mayores

Revisión bibliográfica sobre equilibrio, fuerza, marcha y funcionalidad



1. Resumen

Las caídas constituyen uno de los principales problemas de salud pública en las personas mayores por su elevada prevalencia y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Aproximadamente un tercio de las personas mayores de 65 años sufre al menos una caída al año, y la frecuencia aumenta con la edad.

La evidencia científica indica que el ejercicio dirigido por fisioterapeutas puede reducir la incidencia de caídas y mejorar la capacidad funcional. Esta comunicación analiza los beneficios del entrenamiento terapéutico del equilibrio, la fuerza y la marcha.

2. Palabras clave

Caídas; Equilibrio; Fisioterapia geriátrica; Envejecimiento activo; Ejercicio terapéutico

3. Antecedentes

Las caídas son una causa importante de lesión, discapacidad y pérdida de autonomía. Su origen suele ser multifactorial e incluye alteraciones musculares, déficits sensoriales, trastornos de la marcha, polimedicación y factores ambientales.

Entre sus consecuencias figuran las fracturas, las hospitalizaciones, el síndrome postcaída (miedo a caer de nuevo), el aislamiento social y la disminución de la calidad de vida. Tras una caída, muchas personas reducen su actividad física, lo que puede alimentar un círculo de fragilidad, pérdida muscular y mayor riesgo de nuevos episodios.

La fisioterapia contribuye a identificar factores de riesgo y a aplicar programas preventivos orientados a la movilidad y la estabilidad.

4. Objetivos

- **Mejorar el control postural.**
- **Reducir el riesgo de caídas.**
- **Incrementar la seguridad durante la marcha.**
- **Favorecer la participación social y la autonomía.**



5. Método

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios publicados durante los últimos diez años en PubMed, Scopus y PEDro.

Criterios temáticos de inclusión
- Personas mayores de 65 años.
- Programas de entrenamiento del equilibrio.
- Ejercicio multicomponente.
- Prevención de caídas.

Variables principales
Número de caídas, equilibrio estático y dinámico, velocidad de la marcha y funcionalidad.

6. Resultados

Los estudios revisados señalan que los programas que combinan fortalecimiento muscular, reeducación de la marcha, ejercicios de equilibrio y entrenamiento funcional logran disminuciones significativas del riesgo de caída.

Diversos trabajos reflejan mejoras en pruebas funcionales como Timed Up and Go, la Escala de Equilibrio de Berg y la velocidad de la marcha.

También se observó una reducción del miedo a caer y un aumento de la participación en actividades comunitarias, aspectos que favorecen un envejecimiento más activo.

La combinación terapéutica más consistente integra fuerza, equilibrio, marcha y tareas funcionales.

7. Conclusiones

La fisioterapia constituye una estrategia efectiva para prevenir caídas en la población silver. Los programas multicomponente permiten mejorar el equilibrio, la movilidad y la confianza, y contribuyen a reducir uno de los principales factores de pérdida de independencia durante el envejecimiento.

LA FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DESDE ENFERMERÍA



VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY
ZAMORA · 26, 27 Y 28 DE NOVIEMBRE 2026

01 RESUMEN

La fragilidad reduce la reserva fisiológica y aumenta el riesgo de dependencia, caídas, hospitalización y mortalidad. La detección precoz y la intervención enfermera ayudan a prevenir su progresión y mejorar la calidad de vida.

02 PALABRAS CLAVE

Frailty • Frail Elderly • Nursing • Accidental Falls

03 ANTECEDENTES

Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Polimedicación
- Sedentarismo
- Deterioro cognitivo
- Mala nutrición
- Aislamiento social

La detección y la prevención desde enfermería son claves para promover un envejecimiento saludable

04 OBJETIVOS

Proponer como **intervención enfermera** la detección precoz y la prevención de la fragilidad en personas mayores de 70 años

- ☆ Identificar los principales factores de riesgo asociados a la fragilidad
- ☆ Definir las actuaciones enfermeras basadas en la evidencia científica
- ☆ Establecer indicadores de evaluación comunes

05 METODOLOGÍA

Revisión de literatura científica sobre fragilidad, su detección y su prevención, especialmente en personas mayores y con atención a las intervenciones enfermeras. Se consultaron publicaciones científicas y documentos de consenso.

06 RESULTADOS

VALORACIÓN → PLAN DE CUIDADOS → SEGUIMIENTO

- Menor riesgo de caídas
- Menos ingresos hospitalarios
- Mayor autonomía funcional
- Mejor bienestar físico y emocional
- Envejecimiento activo y saludable

07 CONCLUSIÓN

La detección precoz y la intervención enfermera son clave para prevenir la fragilidad y favorecer un envejecimiento saludable, autónoma y con mejor calidad de vida.

08 BIBLIOGRAFÍA

Envejecimiento activo: un reto de todos

ENTRENAMIENTO DE LOS MÚSCULOS INSPIRATORIOS EN PERSONAS MAYORES

Función respiratoria, capacidad de ejercicio y calidad de vida



1 Resumen

El envejecimiento puede reducir la fuerza respiratoria. Esta revisión narrativa examina el entrenamiento muscular inspiratorio (EMI) en personas mayores. La evidencia respalda mejoras de la fuerza inspiratoria, pero los efectos sobre la capacidad funcional y la calidad de vida siguen siendo inciertos.

2 Palabras clave

Entrenamiento inspiratorio · Envejecimiento · Fuerza respiratoria · Fisioterapia · Capacidad funcional

3 Antecedentes

- La fuerza de los músculos respiratorios puede disminuir con la edad.
- El EMI aplica resistencia durante la inspiración mediante dispositivos específicos.
- La presión inspiratoria máxima (PIMáx) permite valorar la fuerza inspiratoria.
- Mejorar la PIMáx no implica necesariamente mejorar la marcha, la disnea o la calidad de vida.
- Los protocolos publicados son heterogéneos en intensidad, frecuencia y duración.

4 Objetivos

Analizar la evidencia sobre el EMI en personas mayores y diferenciar sus efectos en la fuerza inspiratoria, la capacidad de ejercicio y la calidad de vida.

5 Método

Revisión narrativa de publicaciones localizadas en PubMed y textos científicos accesibles. Se sintetizaron dos revisiones sistemáticas (2019 y 2024) y un metaanálisis (2021). Se compararon población, intervenciones y desenlaces. No se realizó metaanálisis propio ni una búsqueda sistemática exhaustiva.

¿QUÉ DEBEMOS DIFERENCIAR?

FUERZA INSPIRATORIA	FUNCIÓN Y CALIDAD DE VIDA
Mejora observada	Evidencia insuficiente

6 Resultados

2019 · Revisión de 7 estudios y 248 participantes: tendencia favorable en fuerza inspiratoria; protocolos diversos.

2021 · Metaanálisis: 7 estudios aportaron datos de fuerza y 3 de capacidad funcional. Mejoró significativamente la PIMáx; no hubo efecto significativo en la prueba de marcha de 6 minutos ($p = 0,20$).

2024 · Revisión de 13 estudios: posibles beneficios cardiovasculares y de equilibrio; se requieren más ensayos.

Las revisiones pueden compartir estudios: sus muestras no deben sumarse.

7 Conclusiones

El EMI puede mejorar la fuerza inspiratoria en personas mayores. No está demostrada una mejora consistente de la capacidad funcional ni de la calidad de vida. Su uso debe individualizarse; hacen falta ensayos de mayor calidad.

ENTRENAMIENTO DE LOS MÚSCULOS INSPIRATORIOS EN PERSONAS MAYORES

Efectos sobre la función respiratoria, la capacidad de ejercicio y la calidad de vida · Revisión bibliográfica narrativa

1 Resumen

El entrenamiento muscular inspiratorio (EMI) aplica resistencia durante la inspiración. Esta revisión narrativa analiza sus efectos en personas mayores. La evidencia respalda mejoras de la fuerza inspiratoria; los beneficios sobre la capacidad funcional y la calidad de vida son no son concluyentes.

2 Palabras clave

Entrenamiento inspiratorio · Envejecimiento · Fuerza respiratoria · Fisioterapia geriátrica · Capacidad funcional

3 Antecedentes

- La fuerza respiratoria puede disminuir con la edad.
- El EMI utiliza dispositivos de resistencia inspiratoria.
- La presión inspiratoria máxima (PIMáx) valora la fuerza inspiratoria.
- Mejorar la PIMáx no implica necesariamente mejorar la marcha o la calidad de vida.
- Los protocolos varían en intensidad, frecuencia y duración.

4 Objetivos

Analizar la evidencia sobre el EMI en personas mayores y diferenciar sus efectos en la fuerza inspiratoria, la tolerancia al esfuerzo, la función física y la calidad de vida.

5 Método

Revisión bibliográfica narrativa de publicaciones científicas accesibles en PubMed. Se sintetizaron revisiones de 2019 y 2024 y un metaanálisis de 2021, comparando poblaciones, intervenciones y desenlaces. No se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva ni un metaanálisis propio. No se presentan datos de una muestra propia.

7 Conclusiones

El EMI puede mejorar la fuerza inspiratoria. No se ha demostrado una mejora consistente de la capacidad funcional ni de la calidad de vida. Debe individualizarse y estudiarse con ensayos más rigurosos.

6 Resultados

2019 · Revisión de 7 estudios (248 participantes): resultados favorables para la fuerza inspiratoria, con protocolos heterogéneos.

2021 · Metaanálisis: 7 estudios aportaron datos de fuerza y 3 de capacidad funcional. Mejoró significativamente la PIMáx; no hubo efecto significativo en la prueba de marcha de 6 minutos ($p = 0,20$).

2024 · Revisión de 13 estudios: posibles beneficios cardiovasculares y del equilibrio; se requieren más ensayos.

LIMITACIONES: muestras pequeñas, intervenciones diversas y posible solapamiento de estudios entre revisiones.



1 · Resistencia inspiratoria



2 · Dispositivo de entrenamiento



3 · Marcha y tolerancia al esfuerzo



4 · Control de la respiración



5 · Autonomía y vida diaria

DIETA RICA EN PROTEÍNAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA SARCOPENIA EN EL ANCIANO

AUTORA: SARA AITA SANTOS, LAURA SANTAMARÍA GONZÁLEZ, PAULA GARCÍA ENRIQUE, JESSICA BASTIDA MEDINA, NOEMI MATOS APOLINARIO, MARÍA DEL PILAR ÁLVAREZ MARTÍN, MIRIAM DIEZ COLLANTES, ESTEFANÍA CUESTA RUBIO

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural que se acompaña de una pérdida de fuerza y masa muscular, este síndrome se conoce con el nombre de Sarcopenia, a partir de los 40 años la fuerza muscular comienza a disminuir poco a poco, aproximadamente un 1% cada año, esta pérdida se va haciendo más notable a medida que pasan los años, provocando un mayor riesgo de discapacidad física, mortalidad y menor calidad de vida.

La sarcopenia se acentúa por el déficit de proteínas en la dieta de las personas mayores.

Los estudios muestran que la actividad física y la nutrición adecuada son eficaces para reducir esa pérdida de masa magra y mejorar la fuerza muscular.

ANTECEDENTES

A partir de los 40 años de edad nuestro cuerpo empieza a perder de forma natural masa muscular. La sarcopenia, afecta aproximadamente al 10% de los adultos mayores de 60 años y esa proporción puede llegar hasta el 50% en personas mayores de 80 años.

El estilo de vida, los hábitos alimentarios, la actividad física y la presencia de enfermedades son factores que afectan a la evolución de la sarcopenia.

OBJETIVOS Y PALABRAS CLAVES

- Conocer el uso de productos proteicos para prevenir la sarcopenia
- Identificar factores predisponentes de la pérdida muscular
- Diagnosticar y conocer el tratameinto de la sarcopenia
- Identificar a la población de riesgo

PALABRAS CLAVES: Envejecimento, Sarcopenia, Dieta Proteica, Hábitos Alimenticios, Envejecimiento activo.



MÉTODOS

Revisión bibliográfica de 17 artículos en bases de datos: Scielo, Medline, Cochrane Plus.

Operadores Booleanos: AND y OR

RESULTADOS

La sarcopenia es una enfermedad progresiva y generalizada, asociada frecuentemente al envejecimiento, para su prevención es importante una dieta adecuada de proteínas para preservar la masa muscular. Combinar una alimentación rica en proteínas con ejercicio fundamentalmente de fuerza puede contribuir a mantener o mejorar la fuerza muscular. El consumo de proteínas menor a 0.8gr/kg/día en personas adultas se asocia a un mayor riesgo de sarcopenia, por lo que es fundamental distribuir el aporte de proteínas de alta calidad presentes en alimentos como: huevo, carnes magras, lácteos, pescados azules y en menor cantidad en las legumbres, entre las comidas principales para asegurar un consumo diario adecuado, la recomendación en personas ancianas sanas es de 1-1.2 gr/kg/día. Estos aportes producen un aumento de masa y fuerza muscular, así como un incremento del tamaño de la fibra muscular en el anciano.

CONCLUSIONES

Un adecuado estado nutricional es fundamental para el mantenimiento de la fuerza muscular. Los ancianos sanos tienen mayores necesidades proteicas que en el resto de las edades, por lo que el aporte de 1-1.2 gr/Kg/día es imprescindible para la prevención de la sarcopenia, y otras afecciones como osteoporosis, obesidad y diabetes mellitus.

Sin embargo, el aporte proteico por si solo puede ser insuficiente para prevenir la pérdida funcional.

La combinación de una alimentación equilibrada y práctica regular de ejercicio de fuerza y resistencia parece ser una estrategia muy eficaz para preservar la función muscular y la autonomía de las personas mayores.

Es muy imporatante adaptar la alimentación a cada persona, según su actividad física, edad, estado nutricional y la presencia de enfermedades crónicas.



Déficits sensoriales en personas mayores hospitalizadas: detección, consecuencias y cuidados de enfermería

Autores: Raquel López Nieto; Rebeca Prieto Silva; Álvaro González Francés; Ana Mª Esteban Gutiérrez; Yaiza Gallego Martín
Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora. Contacto: raquellopeznieto@gmail.com

1. RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre frecuencia, consecuencias y detección de los déficits auditivos y visuales en mayores hospitalizados, e identificar intervenciones enfermeras.
Método: revisión narrativa de revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales.
Resultados: son frecuentes y pueden pasar desapercibidos. Dificultan la comunicación, la comprensión y la participación en los cuidados.
Conclusión: detectar y atender las barreras sensoriales favorece cuidados accesibles y centrados en la persona.

2. PALABRAS CLAVE

Hipoacusia; Deterioro visual; Personas mayores; Hospitalización; Comunicación; Accesibilidad; Enfermería.

3. ANTECEDENTES

Con la edad aumenta la frecuencia de problemas auditivos y visuales. En el hospital, el ruido, la iluminación inadecuada y un entorno desconocido pueden agravar las dificultades. Si no se detectan, pueden limitar la comunicación, la autonomía y la participación en los cuidados.



4. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia sobre frecuencia, consecuencias y detección de los déficits sensoriales en mayores hospitalizados e identificar cuidados de enfermería.

Objetivos específicos

- Describir su frecuencia en unidades de agudos.
- Analizar consecuencias sobre comunicación y participación.
- Revisar métodos sencillos de detección.
- Identificar intervenciones para mejorar la accesibilidad.

5. MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa (octubre de 2026). Búsquedas en PubMed, Web of Science, CUIDEN y CINAHL. Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales en personas mayores hospitalizadas. Selección no exhaustiva; sin metaanálisis propio.

6. RESULTADOS

6.1. Frecuencia y detección en el hospital

48 % Dificultades auditivas

32,3 % Dificultades visuales

Pacientes ≥75 años ingresados en medicina de agudos. Estudio multicéntrico con valoración funcional.

Las valoraciones habituales pueden pasar por alto estas dificultades. **Preguntar no siempre es suficiente.**

6.2. Principales consecuencias:

- **Dificultan la comunicación** con profesionales y familiares.
- Pueden **afectar a la comprensión y participación**.
- Se asocian con **desorientación y delirium**, sin demostrar causalidad.
- Pueden aumentar la **sensación de vulnerabilidad** y pérdida de control.

6.3. Evidencia sobre intervenciones:

- Los programas multicomponente con adaptación sensorial pueden mejorar los resultados clínicos.
- La amplificación auditiva y las gafas facilitan la comunicación y la evaluación, pero no se ha demostrado su efecto independiente sobre el delirium, las caídas o la autonomía.

6.4. Detección sencilla

- ❑ Preguntar por dificultades para oír o ver.
- ❑ Comprobar el uso y funcionamiento de gafas y audífonos.
- ❑ Observar si necesita repetir la información o acercarse para comprender.
- ❑ Realizar comprobaciones funcionales sencillas.

6.5. ¿Qué pueden hacer las enfermeras?

- ✓ **Detectar:** identificar barreras auditivas y visuales desde el ingreso.
- ✓ **Facilitar:** asegurar que las gafas y los audífonos estén disponibles y funcionen.
- ✓ **Comunicar:** hablar de frente, reducir ruido y verificar la comprensión.
- ✓ **Orientar:** mejorar la iluminación, el acceso al timbre y adaptar el entorno.
- ✓ **Implicar:** contar con la familia sin sustituir al paciente.

7. CONCLUSIONES

- Los déficits sensoriales son frecuentes y pueden pasar desapercibidos.
- Dificultan la comunicación y la participación.
- Las adaptaciones del entorno y la comunicación son cuidados fundamentales.
- La detección temprana favorece una atención accesible y centrada en la persona.

«Oír y ver mejor facilita comprender, participar y sentirse seguro».

Alimentación hospitalaria en personas mayores: satisfacción, ingesta y riesgo de desnutrición

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA

Autores: Raquel López Nieto · Rebeca Prieto Silva · Álvaro González Francés · Ana Mª Esteban Gutiérrez · Yaiza Gallego Martín

Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora. Contacto: raquellopeznieto@gmail.com

1. RESUMEN

Objetivo: describir la evidencia sobre satisfacción, ingesta y riesgo de desnutrición en personas mayores hospitalizadas.
Método: revisión bibliográfica narrativa basada en resúmenes de estudios originales, revisiones y una guía clínica.
Resultados: se documentan ingesta insuficiente y barreras clínicas y organizativas. En una cohorte de mayores, solo el 41 % cubrió los requerimientos energéticos en reposo estimados.
Conclusión: se propone evaluar conjuntamente satisfacción, ingesta y cribado nutricional.

2. PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Alimentación hospitalaria · Satisfacción del paciente · Ingesta alimentaria · Riesgo de desnutrición

3. ANTECEDENTES

Ingesta insuficiente
El apetito, el delirium y la necesidad de ayuda para comer se asocian con menor ingesta.

Barreras
Los pacientes describen obstáculos personales y sistemas hospitalarios inflexibles.

Recomendaciones
ESPEN recomienda cribado rutinario de desnutrición y apoyo individualizado a la alimentación oral.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir satisfacción, ingesta y riesgo de desnutrición en mayores hospitalizados.

Objetivos específicos

- Identificar factores de ingesta insuficiente.
- Describir instrumentos de evaluación.
- Explorar estrategias alimentarias y asistenciales.

5. MÉTODO

Revisión narrativa no sistemática	Cinco búsquedas temáticas	Trece referencias seleccionadas	Prioridad: mayores hospitalizados	Sin evaluación de sesgo ni metaanálisis

Búsquedas sobre satisfacción, ingesta, desnutrición, intervenciones alimentarias y guía ESPEN. Se incluyeron fuentes complementarias de adultos y rehabilitación.

ALCANCE DE LA EVIDENCIA

- Selección no exhaustiva basada en resúmenes.
- Diseños heterogéneos; satisfacción no exclusivamente geriátrica.
- No se estimó una prevalencia conjunta.
- No se extrapolan directamente resultados de adultos.

6. RESULTADOS

Ingesta insuficiente en mayores

41 % **alcanzó los requerimientos energéticos en reposo**

HUNGER: 134 pacientes; edad media, 80 años. Un día de observación.

Satisfacción y riesgo nutricional

En adultos (mediana de edad: 42 años), mayor satisfacción se asoció con menor riesgo nutricional; sin causalidad ni extrapolación directa.

Evaluación diferenciada

ACHFPSQ: satisfacción; MNA: estado nutricional; observación de restos del plato: estimación de ingesta.

Estrategias de mejora

Los alimentos enriquecidos pueden aumentar la ingesta. La asistencia en las comidas ofrece apoyo e interacción social.

7. CONCLUSIONES

- Combinar satisfacción, ingesta y cribado nutricional, con apoyo individualizado.
- No puede afirmarse que mejorar la satisfacción, por sí sola, prevenga la desnutrición.
- Valorar alimentos enriquecidos según necesidades.

Desinformación sanitaria y edad: ¿quién es más vulnerable y cómo podemos prevenirla?

Revisión bibliográfica narrativa

Autores: Raquel López Nieto; Rebeca Prieto Silva; Álvaro González Francés; Ana Mª Esteban Gutiérrez; Yaiza Gallego Martín

Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora. Contacto: raquellopeznieto@gmail.com

1. RESUMEN

Objetivo: Sintetizar la evidencia sobre edad, fuentes de información y desinformación sanitaria, e identificar estrategias preventivas.
Método: Revisión narrativa de revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios comparativos.
Resultados: La evidencia no respalda que los mayores sean universalmente más vulnerables ni que los jóvenes estén protegidos. Influyen la alfabetización sanitaria, el pensamiento analítico y la confianza en las fuentes.
Conclusión: La educación sanitaria y la verificación crítica pueden mejorar la identificación de información engañosa en todas las edades.

2. PALABRAS CLAVE

Desinformación sanitaria; Edad; Alfabetización en salud; Redes sociales; Familia; Educación sanitaria; Enfermería.

3. ANTECEDENTES

La información sobre salud procede de familiares, profesionales sanitarios, medios de comunicación y redes sociales. La difusión de contenidos falsos puede influir en decisiones y conductas a cualquier edad.



4. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la relación entre edad, fuentes de información y susceptibilidad a la desinformación sanitaria, e identificar estrategias de prevención.

Objetivos específicos

- Describir las fuentes de información según los grupos de edad.
- Analizar la evidencia sobre susceptibilidad a la desinformación.
- Identificar factores asociados: alfabetización, pensamiento analítico y confianza.
- Revisar intervenciones educativas de verificación.

5. MÉTODO

Revisión narrativa (octubre de 2026). Búsquedas en PubMed, Web of Science, CUIDEN y CINAHL. Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios comparativos en adultos. Selección no exhaustiva; sin metaanálisis propio.

6. RESULTADOS

6.1. La edad no determina por sí sola la vulnerabilidad

59 %	0,28	64 → 85 %	7/7
20 de 34 estudios	Tamaño del efecto (d)	Precisión al evaluar titulares	Estudios sobre pensamiento analítico
Asociaron mayor edad con menor susceptibilidad	Aumento medio pequeño de creencias erróneas tras exposición.	Formación mediática en mayores; estudio no aleatorizado.	Mayor pensamiento analítico, menor susceptibilidad. Asociación, no causalidad

Indicadores de investigaciones diferentes; no son resultados de un único estudio.

6.2. Fuentes de información

Familia, profesionales y redes coexisten en todas las edades. Usar una fuente no implica creerla.

6.3. Factores asociados

Alfabetización sanitaria, pensamiento analítico, confianza y contexto social.

6.4. INTERVENCIONES EDUCATIVAS

Las intervenciones pueden mejorar la capacidad para identificar información falsa en distintas edades.

- Evaluación de fuentes y alfabetización mediática.
- Correcciones explicadas, claras y adaptadas.
- Estrategias personalizadas según necesidades y contexto.

La evidencia sobre resultados clínicos es limitada; predominan mejoras en conocimiento y detección.

6.5. PAPEL DE ENFERMERÍA: EDUCACIÓN SANITARIA

- Explorar sin juzgar las fuentes de información.
- Acompañar en la búsqueda y verificación.
- Explicar con claridad según alfabetización.
- Implicar a la familia y al entorno.
- Fomentar decisiones informadas.

7. CONCLUSIONES

- La edad no establece una vulnerabilidad universal.
- La alfabetización y la confianza en las fuentes influyen en la susceptibilidad.
- La educación sanitaria debe adaptarse a cada persona.
- Las enfermeras deben promover información fiable y decisiones informadas.

«La desinformación sanitaria no tiene edad. Aprender a reconocerla tampoco».

Deterioro funcional asociado a la hospitalización en personas mayores: evaluación y estrategias de prevención

Revisión bibliográfica narrativa

Autores: Raquel López Nieto; Rebeca Prieto Silva; Álvaro González Francés; Ana Mª Esteban Gutiérrez; Yaiza Gallego Martín

Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora. Contacto: raquellopeznieto@gmail.com

1. RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre evaluación y prevención del deterioro funcional en mayores hospitalizados.

Método: revisión narrativa de revisiones y ensayos en ingresos médicos agudos.

Resultados: prevalencia agrupada del 30 %, con heterogeneidad. El ejercicio y los cuidados multidimensionales muestran beneficios variables.

Conclusión: fomentar la autonomía y el autocuidado forma parte de los cuidados durante el ingreso y puede prevenir el deterioro funcional.

2. PALABRAS CLAVE

Personas mayores; Hospitalización; Deterioro funcional; Autonomía; Cuidados de enfermería.

3. ANTECEDENTES

Pérdida de independencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

30 %
IC95 %: 24–33 %

Prevalencia agrupada en un metaanálisis, con importante heterogeneidad entre estudios.

- Fragilidad, inmovilidad, comorbilidad y delirium: factores asociados.
- Parte del deterioro puede comenzar antes del ingreso.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir los instrumentos de evaluación y las estrategias de prevención del deterioro funcional en personas mayores hospitalizadas.

Objetivos específicos

- Identificar factores asociados y herramientas de valoración.
- Analizar intervenciones preventivas.
- Destacar el papel de enfermería y el autocuidado.

5. MÉTODO

Revisión narrativa (octubre de 2026). Búsquedas en PubMed, Web of Science, CUIDEN y CINAHL. Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos en mayores con ingresos médicos agudos. Selección no exhaustiva; sin metaanálisis propio ni evaluación formal del riesgo de sesgo.

6. RESULTADOS: EVALUACIÓN FUNCIONAL

Comparar la funcionalidad en tres momentos:

ANTES	INGRESO	AL ALTA
Autonomía previa	Situación inicial	Cambio funcional

Barthel	Katz	SPPB
Independencia ABVD	Independencia ABVD	Rendimiento físico

6. RESULTADOS: INTERVENCIONES PREVENTIVAS

El ejercicio multicomponente individualizado mejoró la función física y la autonomía en un ensayo clínico. Las unidades geriátricas de agudos también mostraron beneficios a medio plazo.

+2,2 puntos SPPB	+6,9 puntos Barthel	−21 %
Ejercicio multicomponente	Ejercicio multicomponente	Menor riesgo de deterioro funcional. Unidades geriátricas, a 6 meses

La revisión Cochrane (2022) no confirmó una mejoría clínicamente importante de la independencia en ABVD al alta. Los resultados varían según la intervención y el seguimiento.

PAPEL DE ENFERMERÍA: AUTONOMÍA Y AUTOCUIDADO

Higiene y vestido	✓ Facilitar que realice lo que pueda.
Alimentación	✓ Favorecer que coma por sí mismo.
Movilidad	✓ Promover sedestación y marcha adaptadas.
Uso del baño	✓ Fomentar la autonomía y evitar el uso innecesario de pañales.
Educación	✓ Implicar a paciente y familia.

«Ayudar también significa favorecer que siga haciendo lo que puede».

7. CONCLUSIONES

- Valorar la autonomía previa, durante el ingreso y al alta.
- Ejercicio adaptado y cuidados multidimensionales: beneficio variable.
- Las enfermeras promueven autonomía y autocuidado si la situación clínica lo permite.

Sueño y descanso en personas mayores hospitalizadas: efectividad de las intervenciones no farmacológicas

Revisión bibliográfica narrativa

Autores: Raquel López Nieto · Rebeca Prieto Silva · Álvaro González Francés · Ana Mª Esteban Gutiérrez · Yaiza Gallego Martín

Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora. Contacto: raquellopeznieto@gmail.com

1. RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre intervenciones no farmacológicas para mejorar el sueño y el descanso de las personas mayores hospitalizadas.

Método: revisión bibliográfica narrativa, priorizando revisiones y estudios de intervención en mayores hospitalizados y utilizando como evidencia complementaria investigaciones en adultos.

Resultados: las intervenciones ambientales, la reorganización de cuidados y las técnicas de relajación muestran beneficios potenciales, aunque los resultados son heterogéneos y la evidencia específica en mayores es limitada.

Conclusión: se propone un abordaje multicomponente e individualizado, diferenciando calidad percibida y duración del sueño.

2. PALABRAS CLAVE

Personas mayores; Hospitalización; Calidad del sueño; Descanso; Intervenciones no farmacológicas; Cuidados de enfermería.

3. ANTECEDENTES

- El ruido, la iluminación, las interrupciones asistenciales, el dolor y la ansiedad dificultan el sueño durante la hospitalización.
- En personas mayores, su promoción requiere adaptar el entorno y los cuidados a necesidades y preferencias.
- Reducir estímulos al acostarse, mantener rutinas y señales ambientales de día y noche, y favorecer la familiaridad del entorno.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Sintetizar la evidencia sobre intervenciones no farmacológicas dirigidas a mejorar la calidad del sueño y el descanso de las personas mayores hospitalizadas.

Objetivos específicos

- Identificar intervenciones ambientales, organizativas y de confort.
- Describir resultados sobre calidad percibida y duración del sueño.
- Valorar limitaciones y aplicabilidad a las personas mayores.

5. MÉTODO

Revisión narrativa (no sistemática)	Búsqueda bibliográfica no exhaustiva	Revisiones y estudios de intervención	Exclusión: solo fármacos, comunidad y residencias	Síntesis temática (sin metaanálisis)

Se utilizaron términos en inglés relacionados con personas mayores, hospitalización, calidad del sueño e intervenciones no farmacológicas.

Se extrajeron población, diseño, intervención, resultados y limitaciones. Se consultaron textos completos cuando fue posible y resúmenes en caso contrario. La búsqueda no fue exhaustiva. No se realizó evaluación formal del riesgo de sesgo.

6. RESULTADOS

Intervenciones ambientales y ayudas sensoriales

- Las revisiones identificaron beneficios potenciales de tapones y antifaces, con certeza de moderada a muy baja.
- Un ensayo de ruido blanco en mayores redujo las variaciones acústicas, pero no mejoró la fragmentación ni la calidad subjetiva del sueño.

Reorganización de cuidados y programas multicomponente

40–45 minutos adicionales de sueño

- En adultos hospitalizados; asociado principalmente al retraso de rondas matutinas, sin mejoría de calidad percibida.
- WEsleep mejoró la calidad subjetiva, no la duración. TUCK-in no encontró diferencias significativas.

Relajación y programas multisensoriales

52 Participantes en un estudio cuasiexperimental

- Respiración, relajación muscular y masaje: resultados prometedores.
- Un programa multisensorial mejoró la calidad subjetiva frente a cuidados habituales.

7. CONCLUSIONES

- Las intervenciones pueden favorecer el sueño, pero sus beneficios no son uniformes.
- Considerar un abordaje individualizado: entorno, interrupciones evitables, confort y relajación.
- Dormir más no equivale necesariamente a descansar mejor.
- Se necesitan estudios específicos en mayores, con medidas comparables.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Pie caído en personas mayores. Elección de ortesis para una marcha segura

Judit García Castro, Henar Maraña Rodríguez, Sara Díez Fernández, Marta Villadangos García, Beatriz Durán Salgado, Nuria Fuertes Mayo, María Teresa Díez Alonso, Mercedes Fernández Alzola, Daniel Domínguez Centeno, Ana Belén Álvarez Pellitero, Alicia Fernández García

RESUMEN

El pie caído puede afectar a la marcha y aumentar el riesgo de caídas, especialmente en personas mayores. Las ortesis tobillo-pie son una herramienta útil, aunque existen diferencias en su diseño, mecanismo de acción y funcionalidad. Este póster compara la ortesis Rancho de los Amigos y la ortesis dinámica Foot-Up, analizando sus características, ventajas, limitaciones y aspectos clave para la elección en función de las necesidades de cada persona mayor, con el objetivo de favorecer una marcha más segura y la autonomía funcional.

PALABRAS CLAVE

- Pie caído, ortesis, prevención de caídas, personas mayores, fisioterapia

ANTECEDENTES

- El pie caído altera la fase de oscilación de la marcha, dificulta el despegue el antepié y aumenta el riesgo de tropiezo y caídas.
- Las ortesis tobillo-pie compensan la limitación de la dorsiflexión, pero difieren en su estructura y soporte.
- En personas mayores, la elección de la ortesis debe considerar la mecánica de la marcha, la comodidad, la facilidad de uso y la adaptación al calzado.

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Comparar las características de la ortesis Rancho de los Amigos y la ortesis dinámica Foot-Up en personas mayores con pie caído.

Objetivos específicos

- Describir las diferencias de diseño y mecanismo de asistencia a la dorsiflexión.
- Identificar los principales parámetros clínicos a valorar en la marcha.
- Analizar los factores de comodidad, adaptación y facilidad de uso.
- Proponer criterios de valoración fisioterapéutica orientados a la autonomía funcional.

MÉTODO

Revisión bibliográfsica

Bases de datos: PubMed, PEDro, CINAHL

Criterios de inclusión: estudios en personas mayores, marcha, caídas y funcionalidad.

RESULTADOS: COMPARATIVA DE LAS ORTESIS

ASPECTO	RANCHO DE LOS AMIGOS	ORTESIS DINÁMICA FOOT-UP
Aspecto		
Diseño	Ortesis tobillo-pie termoplástica	Banda de tobillo con sistema elástico de conexión al calzado
Mecanismo de asistencia	Sujeción del tobillo en posición neutra	Tracción del sistema sobre el calzado
Control del tobillo	Mayor estabilidad y contención	Facilita la elevación del antepié
Movilidad	Puede limitar el rango de movimiento	Mayor libertad de movimiento
Calzado	Requiere comprobación de compatibilidad y amplitud suficiente	Necesita calzado compatible para su anclaje
Aspectos a valorar	Ajuste, tolerancia, control del pie, estabilidad	Facilidad de colocación, comodidad, tracción y elevación del pie

CONCLUSIONES

- La ortesis Rancho de los Amigos y la ortesis dinámica Foot-Up tienen diferencias claras en diseño, mecanismo y funcionalidad.
- No existe evidencia científica suficiente que demuestre la superioridad de una ortesis sobre otra.
- La elección debe individualizarse en función de la valoración clínica y de las necesidades funcionales de cada paciente.
- Ambas ortesis pueden contribuir a mejorar la marcha y reducir el riesgo de caídas.
- La ortesis debe integrarse en un plan de intervención fisioterápico global orientado a la funcionalidad, la seguridad y la autonomía de la persona mayor.



A PROPÓSITO DE UN CASO: LA VMNI EN EL AMBITO EXTRAHOSPITALARIO

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

AUTORES

J. Ramón Fernández Magaz
N. Garcia Santa Basilia
C. Vilorio Sierra
G. Emergencias SACYL, UME 112 Benavente.
jrfernandez@saludcastillayleon.es

PALABRAS CLAVE

Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI), Atención extrahospitalaria, Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) Analítica extrahospitalaria

01. INTRODUCCIÓN

La VMNI bifásica es el tratamiento de primera línea en los pacientes con una exacerbación aguda de la EPOC con IRA. Contar con una gasometría in situ nos permite hacer el diagnóstico del tipo de IRA (Hipoxemica ó hipercápnica), y valorar la indicación de VMNI.

02.PRESENTACIÓN CASO

- Varón 72 años. EPOC tipo enfisema en tratamiento con oxígeno domiciliario y BiPAP, mucolítico, Antiagrengante, estatinas, Broncodiladores y corticoides inhalados.
- Proceso actual: Desde hace algunas horas presenta aumento de su disnea habitual y disminución del nivel de consciencia.
- Inspección: Paciente consciente, bradipsiquico, orientado, cianosis, espiración alargada, uso de musculatura abdominal.
- AP: sibilancias en campos superiores, silencio en campos medios e inferiores.
- Constantes:TA: 130/80. FR: 37 Rpm. FC: 90 lpm. T°: 38,1 Sat02:<50% (O2 2l/min).
- Analítica : epoc® Blood Analysis System, ver foto 1



UME BENAVEN... Análisis de san... dGEN

ID del pac.: 1
Fecha y hora: 13/09/23 16:50:03

Resultados: Gases+			
pH	7,248		Bajo
pCO2	77,8	mmHg	Alto
pO2	14,2	mmHg	Bajo
cHCO3-	33,8	mmol/L	Alto
BE(ecf)	6,5	mmol/L	Alto
cSO2	12,5	%	Bajo

Resultados: Bio+		
Na+	141	mmol/L
K+	4,7	mmol/L Alto
Ca++	1,23	mmol/L
Cl-	98	mmol/L
cTCO2	36,2	mmol/L Alto
Hct	59	% Alto
cHgb	19,9	g/dL Alto
BE(b)	2,5	mmol/L

Resultados: Meta+			
Glu	150	mg/dL	Alto
Lac	1,54	mmol/L	Alto
BUN	38	mg/dL	Alto
Urea	13,4	mmol/L	Alto
Crea	0,68	mg/dL	

Rangos de referencia	
pH	7,350 - 7,450
pCO2	35,0 - 48,0 mmHg
pO2	83,0 - 108,0 mmHg
cHCO3-	21,0 - 28,0 mmol/L
BE(ecf)	-2,0 - 3,0 mmol/L
cSO2	94,0 - 98,0 %
K+	3,5 - 4,5 mmol/L
cTCO2	22,0 - 29,0 mmol/L
Hct	38 - 51 %
cHgb	12,0 - 17,0 g/dL
Glu	74 - 100 mg/dL
Lac	0,36 - 0,75 mmol/L
BUN	8 - 25 mg/dL
Urea	2,9 - 9,3 mmol/L

Tipo de muestra: Venosa
Hemodilución: No
Altura: No introducido

Comentarios:
Operador: 1
Lote tarjeta: 04-23141-30
Último CCE: 13/09/23 16:45:40
Reader: 45041 (2.2.14.2)
Host: 20148521402436 (3.38.2)
Config. de sensores: 42.1

03 DISCUSIÓN

Se trata de un paciente con un EPOC reagudizado con IR, de Tipo II o Hipercápnica con un déficit ventilatorio grave. Entra dentro de las indicaciones de VMNI.

Se le administra corticoides i.v, Anticolinérgicos y Beta2adrenérgicos inhalados, y antipiréticos i.v.

Se inicia VMNI, con el Respirador de transporte Air Liquide Monnal 60, con FIO_2 50%, PEEP: 5, Presión de soporte de 5, Tigger inspiratorio de 1, y Tigger espiratorio del 80%.







04. RESULTADOS

La $SatO_2$ subió a 92%, la FR descendió de 37 rpmin a 30 rpmin, llegamos al hospital con un Vtidal espiratorio de 6cc/Kg, y desapareció la cianosis y bradipsiquia.

Llegó al hospital con una mejoría clínica. Allí continuó con la VMNI, y el tto. farmacológico intravenoso.

Bibliografia relacionada

Descargatela :

El papel de la trabajadora social sanitaria en el hospital

Humanización y atención integral de la persona

Más allá de la enfermedad, *las personas.*

Escucha
Orientación
Coordinación
Apoyo

Programas y recursos

- **INTECUM** — Atención integral y coordinación sociosanitaria
- **Dependencia** — Apoyo a la autonomía y la vida independiente
- **Discapacidad** — Inclusión, derechos y participación



1 Resumen

La trabajadora social sanitaria aporta al hospital la dimensión psicosocial de la salud. Esta comunicación describe su contribución a la humanización de la asistencia y a la atención integral, con especial atención a las personas mayores y sus familias: valoración sociosanitaria, coordinación del equipo, planificación del alta y enlace con recursos comunitarios.

2 Palabras claves

Trabajo social sanitario · Humanización · Atención integral · Atención centrada en la persona · Planificación del alta · Silver economy · INTECUM · Dependencia · Discapacidad

3 Antecedentes

- El envejecimiento de la población multiplica las situaciones de fragilidad, soledad y dependencia que llegan al hospital.
- La humanización sitúa a la persona, y no solo la enfermedad, en el centro de la atención.
- El trabajo social sanitario integra lo social, lo clínico y lo familiar, facilitando una atención más completa y coordinada.

4 Objetivos

General:
Poner en valor el papel de la trabajadora social sanitaria en la humanización y la atención integral en el hospital.

Específicos:
- Describir sus funciones y su lugar en el equipo asistencial.
- Identificar cómo contribuye a una atención centrada en la persona y su familia.
- Mostrar su aportación a la continuidad de cuidados tras el alta.

5 Método

Diseño	Descriptivo, revisión bibliográfica, experiencia profesional.
Ámbito	Hospital y servicio de trabajo social sanitario.
Periodo	Enero 2025 – Enero 2026.
Participantes / fuentes	Profesionales del equipo asistencial, pacientes y familias, y documentación interna.
Instrumentos y análisis	Entrevistas, revisión de historias sociales, registros y análisis cualitativo.

6 Resultados

- **Valoraciones sociosanitarias** — Mejora en la detección de necesidades y recursos.
- **Altas con plan de continuidad** — Mayor seguridad y menor riesgo de reingresos.
- **Derivaciones a recursos** — Incremento del acceso a recursos comunitarios y sociales.

Impacto en la atención integral

Persona y familia → Equipo multidisciplinar → Comunidad y recursos → Continuidad de cuidados

La coordinación y el enfoque integral favorecen una atención más humana, eficiente y centrada en la persona.

7 Conclusiones

- La trabajadora social sanitaria es un agente clave de la humanización: acerca el hospital a la realidad vital de cada persona.
- Su intervención favorece una atención integral que une lo clínico, lo social y lo familiar.
- Planificar el alta con el equipo y los recursos comunitarios refuerza la continuidad de cuidados.
- Es necesario seguir visibilizando su labor y fortaleciendo su presencia en los equipos asistenciales.

Una atención más humana, es posible

Personas, salud y sociedad

BELLEZA Y SALUD, ¿UÑA Y CARNE, O CAMINOS SEPARADOS?



RESUMEN

La pulsioximetría constituye una herramienta clave en la valoración del estado respiratorio, pero su precisión puede verse condicionada por diferentes factores, como los productos cosméticos ungueales.
Este aspecto adquiere una especial relevancia en la población anciana, debido a las alteraciones ungueales y los cambios propios del envejecimiento.
Se revisa la evidencia científica actual disponible y sus implicaciones para la valoración y la seguridad del paciente anciano desde enfermería.



PALABRAS CLAVE: pulsioximetría, esmalte de uñas, seguridad del paciente, paciente anciano, gel nails, older patients, nails care.



ANTECEDENTES

La **pulsioximetría** es una técnica no invasiva, rápida e indolora que estima la **saturación de oxígeno en sangre** (SpO2) mediante una luz que atraviesa la piel, llega a la sangre y un sensor mide esa cantidad de luz.
Los **esmaltes** de uñas convencionales y semipermanentes, las **uñas artificiales** y el engrosamiento, fragilidad o deformidades asociadas al **envejecimiento ungueal** pueden **interferir en la medición**.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la evidencia científica disponible sobre la **influencia de los cosméticos ungueales** en la precisión de la **pulsioximetría** y sus posibles implicaciones en la seguridad del paciente anciano.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- **Identificar** los **productos** cosméticos ungueales y sus **posibles efectos** sobre la SpO2.
- **Comparar** los resultados según el tipo de **color y producto** utilizado.
- **Examinar** los **cambios ungueales** asociados al envejecimiento.
- **Reducir** posibles **errores** de interpretación.

MÉTODO

BASES DE DATOS	DESCRIPTORES	BOOLEANOS	LÍMITE BÚSQUEDA
PubMed, Scopus, Clarivate Web of Science	• Nails polish • Gel manicure • Pulse oximetry • Older patient	• AND • OR	• Últimos 10 años • Español e inglés • Acceso gratuito

BIBLIOGRAFÍA

RESULTADOS

ESMALTE CONVENCIONAL	Algunos colores producen pequeñas variaciones en la SpO2, generalmente sin relevancia clínica.
ESMALTE DE GEL	Variaciones según el pigmento y el dispositivo usado. Algunos autores describen posible sobreestimación.
UÑAS ACRÍLICAS	Lecturas variables, con diferencias relacionadas con el color y el dispositivo.
HENNA	Sin diferencias significativas
COLORES OSCUROS	Los tonos negro, azul, marrón y morado, independientemente del tipo de esmaltes, mostraron una reducción significativa de las mediciones.
COLORES CLAROS	Los tonos naranjas, rojos, rosas, blancos y amarillos no presentaron una diferencia significativa en el análisis conjunto.



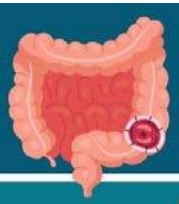
CONCLUSIONES



- Los **esmaltes, uñas artificiales y alteraciones ungueales** pueden **dificultar** la obtención de **mediciones fiables** en la pulsioximetría.
- En la **población anciana**, donde los cambios ungueales son mas frecuentes, resulta especialmente importante que enfermería valore el **estado de las uñas** y los **factores que puedan alterar** la medición
- La **valoración clínica** del paciente debe **prevalecer** sobre una lectura aislada del pulsioxímetro.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS PORTADORAS DE OSTOMÍA POR CÁNCER COLORRECTAL

Revisión bibliográfica sistematizada



RESUMEN

La ostomía por cáncer colorrectal supone un cambio profundo que repercute en la calidad de vida de la persona. Esta revisión bibliográfica sistematizada analiza los cuidados de enfermería que favorecen su adaptación. En los estudios incluidos, la educación sanitaria, el apoyo emocional, el fomento de la autonomía y el seguimiento enfermero se asocian a mejores resultados físicos, psicológicos y sociales.

Palabras clave: Cáncer colorrectal; ostomía; calidad de vida; cuidados de enfermería.

1. ANTECEDENTES

El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los tumores más frecuentes en España y su incidencia aumenta con la edad. Su tratamiento puede implicar la realización de una ostomía, lo que supone un cambio significativo en la vida del paciente a nivel holístico y, por ende, a su calidad de vida.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar los cuidados de enfermería que mejoran la calidad de vida de personas con CCR y ostomía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los cuidados que favorecen la adaptación y autonomía del paciente.
- Describir su efecto físico, psicológico y social

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿En personas adultas con CCR y ostomía (P), qué cuidados de enfermería (I) mejoran su calidad de vida (O)?

4. MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Revisión bibliográfica sistematizada

BASES DE DATOS

- P PubMed
- S SciELO
- D Dialnet
- C Cochrane Library

FECHA DE PUBLICACIÓN

2016 — 10 años — 2026

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Población adulta
- Ostomía oncológica
- Cuidados de enfermería
- Español e inglés

- Población pediátrica
- Ostomía no oncológica
- No cuidados de enfermería

DIAGRAMA DE FLUJO

PubMed n=73
SciELO n=25
Cochrane n=49
Dialnet n=16

Tras eliminar duplicados y aplicar criterios de selección → **7 artículos incluidos**

5. RESULTADOS

EDUCACIÓN SANITARIA

La educación sobre el estoma se asocia con mejor imagen corporal y autoeficacia [1, 2]

APOYO EMOCIONAL

El apoyo psicosocial de enfermería mejora la aceptación del estoma [3]

AUTONOMÍA PERSONAL

Mantener la autonomía en AVDS es fundamental en la adaptación de la persona con ostomía [4, 5]

SEGUIMIENTO ENFERMERO

El seguimiento enfermero mejora la calidad de vida y reduce complicaciones [6, 7]

6. CONCLUSIONES

- Los cuidados de enfermería pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con ostomía.
- La atención debe integrar las necesidades físicas, psicológicas y sociales.
- La educación sanitaria, el apoyo emocional y el seguimiento individualizado son aspectos relevantes del cuidado.

7. BIBLIOGRAFÍA

Acceso QR

Del hospital al domicilio: la importancia de la enfermería en el entrenamiento de la diálisis peritoneal automatizada



Autoras: **Isabel Zurita Fradejas**, Maria Paz Matellan Hernandez, Ana Campano Pascual, Maria Encarnación Gómez Santos, María Miriam Conde Prieto, Alba Funcia González, Cristina villar Hernández, Ángel Gómez Prieto.

Resumen

La diálisis peritoneal automatizada (DPA) permite realizar el tratamiento renal sustitutivo en el domicilio. El entrenamiento, impartido por enfermería, capacita al paciente y sus cuidadores en el manejo de la cicladora y las habilidades para realizarlo. El objetivo es destacar la importancia de la enfermería en este proceso y evaluar los conocimientos adquiridos por los pacientes.

Palabras clave

Diálisis peritoneal automatizada; entrenamiento; educación sanitaria; diálisis domiciliaria.





Antecedentes

La DPA es un tipo de tratamiento renal sustitutivo que permite al paciente más autonomía. La International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) destaca la importancia de un entrenamiento estructurado e individualizado. La enfermería es esencial, tanto en la educación sanitaria como en el seguimiento del paciente tras el inicio de la terapia domiciliaria (Chow et al., 2025)

Objetivos

Destacar la importancia del entrenamiento de enfermería en DPA y su contribución a la adquisición de habilidades para realizar el tratamiento de forma segura.

Método

Estudio descriptivo basado en revisión bibliográfica y un programa de entrenamiento.
Criterios de inclusión: pacientes con IRC estadio 5 (TFG < 15 ml/min/1,73 m²).
Entrenamiento: 10-15 sesiones teórico-prácticas adaptadas a cada paciente, centradas en asepsia, manejo del material, montaje, funcionamiento y resolución de problemas frecuentes.
Evaluación y seguimiento: plataforma Sharesource y consulta telefónica de enfermería.

Resultados

El 97% de los pacientes que han iniciado la terapia tras el entrenamiento por parte de enfermería, son capaces de realizar la técnica de DPA correctamente en el domicilio. Se evidencia una diferencia en el número de sesiones necesarias para el aprendizaje entre pacientes jóvenes y adultos mayores, y una reducción significativa de la tasa de reingresos por mala praxis técnica.

Conclusiones

El entrenamiento en DPA guiado y protocolizado en la consulta de enfermería, es un pilar imprescindible que no solo aporta destreza manual, también reduce de forma directa los eventos adversos graves, y asegura la viabilidad de la técnica a largo plazo.

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA ADAPTADOS

AL PACIENTE ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA · Rehabilitación individualizada y seguridad clínica

1. Resumen

La rehabilitación cardiaca combina ejercicio, educación y seguimiento clínico. En mayores con insuficiencia cardiaca puede mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida. La evidencia sobre ingresos hospitalarios y mortalidad es menos uniforme.

3. Antecedentes

La insuficiencia cardiaca se relaciona con limitación del esfuerzo, hospitalizaciones y pérdida de autonomía. La fragilidad, las comorbilidades y las barreras de acceso dificultan la participación de las personas mayores.

4. Objetivos

Analizar la utilidad de los programas de rehabilitación cardiaca en personas mayores con insuficiencia cardiaca, considerando función física, calidad de vida, seguridad, hospitalizaciones y barreras de participación.

5. Método

Revisión bibliográfica narrativa de publicaciones sobre ejercicio y rehabilitación cardiaca en insuficiencia cardiaca. Se sintetizan resultados de revisiones y estudios clínicos; no se presenta una cohorte propia ni un metaanálisis original.

2. PALABRAS CLAVE · Rehabilitación cardiaca · Insuficiencia cardiaca · Personas mayores · Ejercicio terapéutico · Funcionalidad · Calidad de vida

6. RESULTADOS · Principales hallazgos descritos en la literatura

CAPACIDAD FUNCIONAL

Los programas de ejercicio pueden mejorar la tolerancia al esfuerzo, la distancia recorrida y el rendimiento en actividades cotidianas.

CALIDAD DE VIDA

Se han observado mejoras en cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud, aunque varían entre estudios.

HOSPITALIZACIONES

Algunas investigaciones encuentran menos ingresos por insuficiencia cardiaca; la magnitud del efecto no es uniforme.

SEGURIDAD Y ADHERENCIA

El ejercicio supervisado y adaptado puede ser viable. La fragilidad y las comorbilidades requieren valoración y progresión individual.



1. Ejercicio aeróbico



2. Marcha y equilibrio



3. Fuerza progresiva



4. Entrenamiento en grupo



5. Control de seguridad

7. CONCLUSIONES

La rehabilitación cardiaca adaptada puede favorecer la función y la calidad de vida. Es importante combinar ejercicio aeróbico y de fuerza con educación y supervisión multidisciplinar. Faltan datos sólidos en personas muy frágiles y sobre resultados a largo plazo.

LIMITACIONES

Programas heterogéneos, muestras pequeñas, seguimiento limitado y menor representación de personas muy mayores.

ROBÓTICA ASISTENCIAL EN REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

BENEFICIOS FUNCIONALES Y LIMITACIONES · REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA

1 Resumen

La robótica permite practicar movimientos repetitivos con asistencia. Se revisan sus posibles efectos en la marcha, el equilibrio y la autonomía, además de sus limitaciones.

2 Palabras clave

Robótica asistencial · Fisioterapia geriátrica · Marcha · Equilibrio · Autonomía · Personas mayores

3 Antecedentes

- La pérdida de movilidad y equilibrio puede aumentar la dependencia.
- Exoesqueletos y otros robots facilitan la práctica supervisada.
- Los estudios difieren en población, dispositivos y protocolos.

4 Objetivos

Analizar los beneficios funcionales y las limitaciones de la robótica asistencial en personas mayores.

- Examinar movilidad, marcha y equilibrio.
- Valorar autonomía y actividades cotidianas.
- Identificar barreras y vacíos de evidencia.

5 Método

Revisión narrativa de publicaciones sobre robótica en rehabilitación de personas mayores, con especial atención a ensayos y revisiones. No es una revisión sistemática ni se presentan datos de una muestra propia.

6 Resultados

MARCHA Y MOVILIDAD: algunos estudios describen mejoras, especialmente en contextos neurológicos y con terapia convencional.
EQUILIBRIO: resultados potencialmente favorables, no uniformes entre dispositivos y protocolos.
AUTONOMÍA Y CALIDAD DE VIDA: beneficios posibles, con evidencia menos consistente.
LIMITACIONES: coste, accesibilidad, muestras pequeñas, heterogeneidad y escaso seguimiento.



Marcha con exoesqueleto



Plataforma de equilibrio



Robótica de miembro superior



Realidad virtual terapéutica



Ejercicios funcionales

7 Conclusiones

La robótica es una herramienta complementaria prometedora para entrenar tareas motoras. No ha demostrado superioridad general frente a la fisioterapia convencional ni una reducción concluyente de caídas. Debe individualizarse según objetivos, seguridad y recursos; hacen falta estudios de mayor calidad y seguimiento prolongado.

Desgarros cutáneos en personas mayores

Reconocer, cuidar y prevenir · Revisión bibliográfica

Resumen: Los desgarros cutáneos son lesiones frecuentes en personas mayores, con alto riesgo de complicaciones. Una valoración y cuidado adecuados favorecen la cicatrización y ayudan a prevenir nuevas lesiones.

Palabras clave: desgarro cutáneo, personas mayores, cuidados de enfermería, prevención, apósitos.

ANTECEDENTES

Lesiones frecuentes en personas mayores, asociadas a fragilidad cutánea y múltiples factores de riesgo.

OBJETIVO

Revisar la evidencia sobre identificación, cuidados, prevención y papel de enfermería.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de la literatura científica reciente.

RESULTADOS

Se identifican estrategias de valoración, cuidado y prevención que favorecen mejores resultados en la práctica clínica.

LIMITACIONES

Heterogeneidad de estudios y calidad de la evidencia variable. Se necesitan más estudios de alta calidad.

1. RECONOCE LA LESIÓN [4]



Tipo 1: sin pérdida | **Tipo 2: pérdida parcial** | **Tipo 3: pérdida total**

Fotos: Van Tiggelen et al., 2020, fig. 1 · CC BY-NC

2. VALORA ANTES DE CURAR [1]



Colgajo: viabilidad y cobertura.

Exudado: cantidad y aspecto.

Dolor, piel circundante y signos de infección.

3. CUIDADOS Y PRODUCTOS [1]



Limpieza: suero fisiológico.

Colgajo:

Viable: recolocar suavemente, sin tensión.

Limpieza: suero fisiológico.

- **Necrótico/no viable:** valorar desbridamiento selectivo, preservando la piel viable.
- **Viabilidad incierta:** solicitar valoración especializada antes del desbridamiento.



Piel perilesional: película barrera.



Antiséptico: solo si está indicado; según protocolo.

4. QUÉ APÓSITO ELEGIR [1]

POCO EXUDADO	EXUDADO MODERADO	EXUDADO ABUNDANTE	SOSPECHA DE INFECCIÓN
			
Malla de silicona Protege el colgajo. Añadir cobertura secundaria según necesidad.	**Espuma de silicona** Absorbe y ofrece contacto atraumático.	**Alginato o fibra gelificante** Alginato si hay sangrado leve. Evitar en heridas secas.	**Valorar antimicrobiano** Solo con indicación clínica; reevaluar. No usar de rutina.

La elección depende de la herida, no solo del tipo ISTAP. No hay un apósito mejor para todos los casos.

Ejemplos, sin preferencia de marca. Fotos: Remington Medical · Sentez Cirúrgica · Coloplast · RareMed.

5. PREVENIR NUEVAS LESIONES [1]



Hidratar la piel a diario.



Higiene suave; evitar agua caliente.



Proteger brazos y piernas.



Movilizar sin arrastrar.



Retirar obstáculos y prevenir caídas.



Revisar nutrición e hidratación.

Retirar adhesivos despacio, sujetando la piel.

CONCLUSIONES Y APLICACIÓN ENFERMERA

Preservar el colgajo (si las condiciones lo permiten), evitar traumatismos y establecer un plan de cuidados integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS - VANCOUVER

1. Nokaneng E, et al. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. 2nd ed. Wounds International. 2020.

2. Sturdy L. Evaluate the use of silicone dressings for the elderly at risk of skin tears. Wounds UK. 2015;11(2):14-20.

3. Fulbrook P, Miles SJ, Williams DM. Healing rate of hospital-acquired skin tears using adhesive silicone foam versus non-adhesive interface dressing: a prospective, randomised, non-inferiority pilot study. Int J Nurs Stud. 2022;129:104184. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104184. Epub 2022 Feb 14.

4. Van Tiggelen H, et al. Standardizing the classification of skin tears. Br J Dermatol. 2020;183:146-154. doi: 10.1111/bjd.19076.

Fotos: Van Tiggelen et al., fig. 1 - CC BY-NC.

Influencia del envejecimiento en la aparición de efectos adversos a psicofármacos

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

RESUMEN

El envejecimiento supone una condición fisiológica que influye en la respuesta a los fármacos, debido a las modificaciones en la farmacocinética y farmacodinamia así como por su multimorbilidad y polifarmacia, haciéndoles más vulnerables a la aparición de efectos adversos, sobre todo en el caso de los psicofármacos.
A través de la presente revisión bibliográfica realizada en el mes de noviembre de 2026, se determina que el mayor efecto adverso a los psicofármacos son las caídas. Los antipsicóticos están descritos como el fármaco que más efectos adversos ocasiona. Nuestras intervenciones deben ir orientadas hacia su prevención de aparición y deprescripción. Este último es especialmente importante ya que en muchos casos, con una retirada gradual e individualizando cada caso, no hay recaídas sintomáticas. Se debe complementar con un abordaje no farmacológico para un mejor y más fisiológico control de alteraciones conductuales asociadas al trastorno psiquiátrico de base.

INTRODUCCIÓN

Modificaciones de farmacocinética y farmacodinamia + Polifarmacia → Aumento de vulnerabilidad a efectos adversos en la 3ª edad

Psicofármacos más prescritos en 3ª edad:

- BZD + fármacos Z
- Antipsicóticos para síntomas neuropsiquiátricos: demencia, delirium e insomnio

Objetivos

1. Determinar la influencia del envejecimiento en la aparición de efectos adversos de los psicofármacos
2. Identificar los efectos adversos más frecuentes
3. Describir las estrategias de prevención y deprescripción

MÉTODO

Tipos de estudios: revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones narrativas y revisiones umbrella con acceso completo libre

Publicados de 2021 a 2026

Idiomas: inglés y castellano

Población > 65 años o análisis específicos de mayores

Estrategia de búsqueda: (older OR elderly OR aged) AND (psychotropic drugs OR antipsychotic OR antidepressant OR benzodiazepine OR lithium) AND (adverse effects OR adverse events)

Bases de datos consultadas: PubMed, EPISTEMONIKOS DATABASE, CUIDEN, Trip, Cochrane

RESULTADOS

Efectos adversos descritos en mayores

El inicio de psicotrópicos inapropiados en mayores de 65 años se asociaron a caídas, dependencia funcional, hospitalizaciones no programadas, aumento de tiempo de hospitalización y aumento de mortalidad

Los **antipsicóticos** aumentan la mortalidad (sobre todo los típicos), caídas, fracturas, ACV, síntomas extrapiramidales.
Es necesario mencionar el daño renal agudo y síndrome metabólico (en el caso de los atípicos, destacando su relación con la posible apariciónde diabetes mellitus tipo 2)
En demencia: aumentan el riesgo de neumonía, parkinsonismo, tromboembolismo, hospitalización e institucionalización

Dentro de los **antidepresivos**, los más seguros en la 3ª edad son los ISRS. Los tricíclos se asocian a caídas y fracturas

Las **benzodiacepinas** y fármacos Z se relacionan con caídas y fracturas. En los casos de insomnio, los riesgos superan a los beneficios a largo plazo (aumento de efecto sedante y deterioro cognitivo)

El **litio** puede ser relativamente bien tolerado, pero debe usarse a dosis bajas. Los estudios respaldan su uso en trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor resistente. Los eventos adversos fueron dosis-dependientes

Deprescripción y prevención

La deprescripción es factiable, individualizando cada caso:

1. Revisión del tratamiento
2. Evaluación riesgo-beneficio
3. Priorización de retirada: 1º los de mayor riesgo inmediato
4. Retirada escalonada y lenta: evitar abstinencia o rebote
5. Seguimiento clínico estrecho

CONCLUSIONES

- Las caídas y las fracturas son los efectos adversos más frecuentes
- Los antipsicóticos presentan el perfil de mayor gravedad (mortalidad y riesgo de ACV), sobre todo en los casos de demencia
- Para la prevención de efectos adversos, se debe comenzar con dosis bajas, aumentar lenta y progresivamente y suspender lo innecesario
- La figura de la **enfermera de salud mental** supone un elemento esencial para la valoración y detección precoz de eventos adversos, revisión de la medicación, monitorización farmacológica, deprescripción gradual y abordaje no farmacológico

BIBLIOGRAFÍA

Dormir mejor para envejecer mejor

Del consejo aislado a una atención estructurada del insomnio en personas mayores



01 RESUMEN

Síntesis narrativa de tres fuentes seleccionadas sobre el abordaje no farmacológico del insomnio. La terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) es el tratamiento inicial recomendado; la higiene del sueño aislada no lo sustituye. Se propone un circuito enfermero de valoración, acompañamiento y derivación, pendiente de evaluación clínica. [1–3]

02 PALABRAS CLAVE: Insomnio · Personas mayores · TCC-I · Cuidados enfermeros · Envejecimiento saludable

03 ANTECEDENTES

El insomnio crónico combina dificultades nocturnas y repercusión diurna. Su valoración requiere historia clínica, cuestionarios y diario de sueño; no debe reducirse a consejos generales. [1,2]

04 OBJETIVO

Sintetizar la evidencia seleccionada y traducirla en una propuesta de atención enfermera para personas mayores con insomnio.

05 MÉTODO

Consulta web dirigida (05/11/2026): selección intencional de una guía europea, una revisión sistemática y un ensayo en mayores. Extracción de recomendaciones, población y resultados publicados. Síntesis narrativa, sin metaanálisis propio. [1–3]

06 RESULTADOS DE LA EVIDENCIA

TCC-I Primera línea en adultos de cualquier edad, también con comorbilidades. [1]

La higiene del sueño, por sí sola, no se recomienda como tratamiento del insomnio crónico. [1,2]

72 Participantes con insomnio y depresión; edad media: 75 ± 7 años. Ensayo aleatorizado de 8 semanas. [3]

Frente a psicoeducación, TCC-I y TCC-I con estrategias de ánimo redujeron más la gravedad del insomnio y de la depresión ($p < 0{,}001$); la mejoría se mantuvo en la semana 20. [3]

DE LA EVIDENCIA A LOS CUIDADOS

Propuesta de aplicación

1. **VALORAR**
   Entrevista, diario de sueño e impacto diurno. Identificar comorbilidades y revisar la medicación con el equipo.
2. **ACORDAR**
   Definir objetivos con la persona. Adaptar la información a su comprensión, preferencias y contexto.
3. **CONECTAR**
   Facilitar acceso a TCC-I con profesionales formados. Elegir formato presencial o digital validado. [1]
4. **REVISAR**
   Proponer seguimiento con ISI (índice de gravedad del insomnio), diario, funcionamiento diurno y adherencia.

Seguridad: individualizar las técnicas conductuales; no modificar hipnóticos sin valoración del prescriptor.

07 CONCLUSIONES

El reto no es dar más consejos, sino facilitar atención estructurada y acceso a TCC-I.

El circuito propuesto requiere validación: no se han medido resultados clínicos, ahorro ni impacto en dependencia.

[1] Riemann D, et al. The European Insomnia Guideline: an update... 2023. J Sleep Res. 2023;32:e14035. doi:10.1111/jsr.14035.

[2] Edinger JD, et al. Behavioral and psychological treatments... systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. J Clin Sleep Med. 2021;17:263–298. doi:10.5664/jcsm.8988.

[3] Sadler P, et al. Cognitive behavior therapy for older adults with insomnia and depression: a randomized controlled trial... Sleep. 2018;41:zsy104. doi:10.1093/sleep/zsy104.

EL RELOJ MOLECULAR DEL MOVIMIENTO

Efectos del ejercicio terapéutico en los biomarcadores de inflamación y senescencia celular en adultos mayores

REVISIÓN EXPLORATORIA DE LA EVIDENCIA PUBLICADA

1 Resumen

El ejercicio estructurado mejora la función física y puede modular la inflamación en mayores. Se revisa la evidencia sobre PCR, IL-6, TNF-α, telómeros y senescencia, diferenciando resultados confirmados de hipótesis.

2 Palabras clave

Ejercicio · Inflammaging · Senescencia · Biomarcadores

3 Antecedentes

- El inflammaging describe una inflamación crónica de bajo grado asociada a la edad.
- Las células senescentes pueden secretar mediadores inflamatorios (SASP).
- El músculo libera miocinas; la IL-6 aguda del ejercicio no equivale a inflamación basal.

4 Objetivos

Objetivo principal

Sintetizar la evidencia sobre el efecto del ejercicio en biomarcadores inflamatorios y de envejecimiento celular en adultos mayores.

Objetivos específicos

Comparar marcadores y modalidades; identificar limitaciones de la evidencia.

5 Método

Síntesis narrativa exploratoria de revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre ejercicio, inflamación y senescencia en adultos mayores.

Se contrastaron resultados de publicaciones de 2023–2026 disponibles en PubMed. No se realizó un cribado PRISMA-ScR independiente ni un metaanálisis propio.

6 Resultados

INFLAMACIÓN

En 40 estudios (1.898 mayores), el ejercicio redujo PCR, TNF-α e IL-6; efectos pequeños o moderados y variables.

CONSISTENCIA

Resultados más consistentes para PCR y TNF-α; cambios menos concluyentes para IL-6 e IL-10.

TELÓMEROS

Posibles efectos favorables sobre telómeros, con heterogeneidad elevada y estudios sin diferencias.

SENESCENCIA

En 3 ensayos (1.447 personas), no hubo evidencia concluyente sobre SASP; faltan p16 y p21.



Fuerza adaptada



Entrenamiento supervisado



Análisis de biomarcadores



Investigación celular



Actividad física habitual

7 Conclusiones

El ejercicio puede modular la inflamación y mejora la función física. No está demostrado que revierta la senescencia celular ni el envejecimiento biológico. Se necesitan ensayos con biomarcadores validados y seguimiento prolongado.

Fisioterapia digital en la tercera edad

Barreras y beneficios del uso de tecnología para el seguimiento de la sarcopenia

1. Resumen

La sarcopenia es un síndrome geriátrico caracterizado por la pérdida progresiva de masa y fuerza muscular. La integración de la fisioterapia digital (aplicaciones móviles, wearables y sensores inerciales) permite una monitorización continua y objetiva fuera del entorno clínico. Aunque esta tecnología incrementa la adherencia al ejercicio terapéutico mediante biofeedback, su implementación se enfrenta a la brecha digital, deficiencias sensoriales y barreras de usabilidad en la tercera edad. Esta revisión sintetiza la evidencia actual para optimizar su uso clínico.

2. Palabras clave

Sarcopenia, Fisioterapia Digital, Telerehabilitación, Envejecimiento Activo, Wearables, Adherencia Terapéutica.

3. Antecedentes

Tradicionalmente, el seguimiento de la sarcopenia se basa en valoraciones episódicas. Con el auge del mHealth, la tecnología ofrece evaluar variables biomecánicas en tiempo real y pautar ejercicio domiciliario. No obstante, las herramientas no siempre consideran las limitaciones del paciente anciano.

4. Objetivos

Principal: Analizar los beneficios clínicos y las barreras de implementación del uso de tecnologías digitales para la monitorización y tratamiento de la sarcopenia en adultos mayores.

Secundarios: Identificar las herramientas tecnológicas más eficaces y proponer estrategias para mejorar la adherencia.

5. Método

Revisión bibliográfica estructurada.
- Inclusión: Estudios sobre tecnología digital en mayores de 65 años para sarcopenia.
- Variables: Mejoras funcionales, adherencia, usabilidad y abandonos.

6. Resultados

- Beneficios Clínicos: Monitorización remota y objetiva. El uso de rutinas gamificadas incrementó la adherencia hasta en un 30%.
- Barreras: Brecha digital, presbicia, déficit auditivo y diseño de interfaces complejas (iconos pequeños).
- Soluciones: Programas híbridos (sesiones presenciales combinadas con seguimiento digital) y formación tecnológica previa del paciente.

7. Conclusiones

La fisioterapia digital es un recurso altamente eficaz para combatir y monitorizar la sarcopenia. Sin embargo, no debe sustituir el vínculo terapéutico presencial, sino complementarlo. Es imprescindible seleccionar aplicaciones con accesibilidad adaptada a las necesidades geriátricas y proporcionar soporte educativo inicial.

INTERVENCIONES DE FISIOTERAPIA EN LA MARCHA CON CONGELACIÓN

FREEZING OF GAIT · ADULTO MAYOR CON TRASTORNOS NEURODEGENERATIVOS

1 Resumen

La congelación de la marcha (FoG) interrumpe brevemente el avance de los pies. Esta revisión describe intervenciones fisioterapéuticas dirigidas a mejorar la movilidad, principalmente en la enfermedad de Parkinson.

2 Palabras clave

Congelación de la marcha · Parkinson · Fisioterapia · Señales externas · Personas mayores.

3 Antecedentes

- La FoG es frecuente en la enfermedad de Parkinson, especialmente en fases avanzadas.
- Puede aparecer al iniciar la marcha, girar o atravesar espacios estrechos.
- Se asocia a pérdida de movilidad, miedo a caer y restricciones de participación.
- Las señales visuales o auditivas y la práctica orientada a tareas son estrategias habituales de rehabilitación.

4 Objetivos

Analizar las intervenciones fisioterapéuticas para abordar la FoG en adultos mayores con trastornos neurodegenerativos.

Examinar el papel de las señales externas, el entrenamiento específico de la marcha y las estrategias combinadas, así como las limitaciones de la evidencia.

5 Método

Revisión narrativa de publicaciones científicas y revisiones sobre FoG, principalmente en enfermedad de Parkinson. Se describen estrategias de rehabilitación y resultados funcionales.

No se realizó una revisión sistemática con protocolo registrado ni se presentan datos de una muestra propia.

6 Resultados

Señales externas

Las pistas visuales y auditivas pueden facilitar el inicio de la marcha y el paso en determinadas situaciones. La respuesta varía entre pacientes.

Entrenamiento de marcha

La práctica de giros y tareas funcionales puede mejorar la marcha. La transferencia a la vida diaria es variable.

Intervenciones combinadas

Combinar señales externas con ejercicio y entrenamiento específico puede ser útil. No existe una pauta única óptima para todas las personas.

Caídas y calidad de vida

Las mejoras en episodios de FoG no prueban por sí solas una reducción de caídas. Los efectos sobre calidad de vida son variables.

Limitaciones

Estudios heterogéneos; muestras pequeñas; seguimiento limitado; evidencia centrada sobre todo en Parkinson.



1. Pistas visuales



2. Giros y obstáculos



3. Señales auditivas



4. Marcha supervisada



5. Tareas funcionales

7 Conclusiones

Las señales externas y el entrenamiento específico de la marcha pueden mejorar aspectos de la movilidad en determinadas personas con FoG. Deben individualizarse según la situación clínica y combinarse con medidas de seguridad. La evidencia sobre prevención de caídas y beneficios sostenidos sigue siendo limitada.

PHYSITRACK EN FISIOTERAPIA GERIÁTRICA

Prescripción digital de ejercicio, adherencia y seguimiento funcional · Revisión narrativa focalizada

1 Resumen

Physitrack permite prescribir ejercicio domiciliario mediante vídeos, registrar la práctica comunicada por el paciente y ajustar el programa a distancia. Se revisa su aplicación específica en adultos mayores, diferenciando viabilidad de eficacia clínica.

2 Palabras clave

Physitrack; PhysiApp; fisioterapia geriátrica; ejercicio domiciliario; adherencia; telerehabilitación; usabilidad.

3 Antecedentes

El ejercicio en el domicilio requiere instrucciones comprensibles y seguimiento. Physitrack ofrece prescripción individualizada, vídeos y registros de síntomas y cumplimiento mediante PhysiApp.

4 Objetivos

Describir las funciones de Physitrack para personas mayores.
Sintetizar la evidencia directa sobre adherencia, aceptabilidad, seguridad y función física, señalando sus límites.

5 Método

Síntesis narrativa del estudio piloto SMART (Daly et al., 2021) y documentación oficial de la plataforma.
No se efectuó una búsqueda sistemática, metaanálisis ni estudio propio.

6 Resultados · Estudio SMART: adultos ≥65 años, 8 semanas, sin grupo control

20	95 %	84 %	86/100
participantes incluidos	retención (19 de 20)	adherencia media al ejercicio	usabilidad (SUS)

Función (SPPB): +0,3 puntos; cambio no significativo (p=0,17). No prueba superioridad frente al papel.



Orientación digital



Ejercicio guiado



Programa en tableta



Seguimiento clínico



Entrenamiento funcional

7 Conclusiones

Physitrack resulta viable y bien aceptado en el pequeño piloto estudiado. La adherencia fue alta, pero sin comparación controlada no puede atribuirse a la aplicación. Son necesarios ensayos mayores, seguimiento prolongado y apoyo a la alfabetización digital.

USO DE SENSORES INERCIALES Y PLATAFORMAS DE FUERZA
PARA LA MONITORIZACIÓN DE INTERVENCIONES DE FISIOTERAPIA EN EL ANCIANO
REVISIÓN EXPLORATORIA



1 Resumen

El uso de sensores inerciales y plataformas de fuerza ha aumentado en los últimos años como herramienta para monitorizar y evaluar de forma objetiva las intervenciones de fisioterapia en personas mayores. Esta revisión exploratoria analiza la evidencia disponible sobre su aplicación, los principales beneficios y las limitaciones en el ámbito de la rehabilitación geriátrica.

2 Palabras clave

Sensores inerciales | Plataformas de fuerza | Fisioterapia | Personas mayores | Monitorización | Análisis de la marcha

3 Antecedentes

- El envejecimiento se asocia con cambios en la marcha, el equilibrio y el control postural, aumentando el riesgo de caídas y la pérdida de funcionalidad.
- Los sensores inerciales (acelerómetros, giroscopios y magnetómetros) permiten registrar el movimiento de forma portátil, continua y en entornos reales.
- Las plataformas de fuerza proporcionan información precisa sobre las fuerzas de reacción del suelo, el centro de presiones y el equilibrio.
- Estas tecnologías se han incorporado progresivamente en la evaluación y monitorización de programas de fisioterapia en el adulto mayor.

4 Objetivos

Objetivo general

Analizar la evidencia científica disponible sobre el uso de sensores inerciales y plataformas de fuerza para monitorizar las intervenciones de fisioterapia en personas mayores.

Objetivos específicos

- Describir las variables que se evalúan con estas tecnologías.
- Identificar sus aplicaciones en la práctica fisioterapéutica.
- Analizar los beneficios y las limitaciones de su uso en población anciana.

5 Método

- Revisión exploratoria de la literatura científica.
- Búsqueda en bases de datos: PubMed, Scopus y Web of Science.
- Selección de estudios publicados en los últimos diez años.
- Inclusión de estudios en personas mayores (≥ 65 años) que utilizaran sensores inerciales y/o plataformas de fuerza en intervenciones de fisioterapia.
- Se analizaron las aplicaciones, variables de resultado, beneficios y limitaciones.
- No se realizó un metaanálisis.
- No se presentan datos de una muestra propia.

6 Resultados

Análisis de la marcha

- Los sensores inerciales permiten evaluar parámetros espaciotemporales (velocidad, longitud del paso, variabilidad, fase de apoyo y oscilación).
- Se ha observado una mejora significativa de estos parámetros tras programas de fisioterapia (fuerza, equilibrio, entrenamiento de la marcha).
- Son útiles en la detección de patrones anómalos y en el seguimiento de la evolución.

Equilibrio y control postural

- Las plataformas de fuerza permiten analizar el centro de presiones, el balanceo postural y la estabilidad.
- Diversos estudios muestran mejoras en el equilibrio estático y dinámico tras intervenciones de fisioterapia.
- Estas medidas son sensibles al cambio y pueden detectar mejoras que no siempre se observan con escalas clínicas.

Funcionalidad y rendimiento físico

- Las tecnologías permiten cuantificar la respuesta a programas de ejercicio terapéutico (fuerza, marcha, equilibrio, transferencias).
- Se observan mejoras en la funcionalidad y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.
- La monitorización objetiva facilita la individualización del tratamiento y el ajuste de la carga de ejercicio.

Aplicaciones clínicas

- Evaluación inicial y seguimiento.
- Personalización de las intervenciones.
- Biofeedback en tiempo real.
- Prevención de caídas.
- Uso en entornos clínicos y comunitarios.
- Posibilidad de monitorización fuera del laboratorio mediante sensores portátiles.

Limitaciones de la evidencia

- Heterogeneidad en los tipos de sensores, plataformas, protocolos y variables de resultado.
- Tamaño muestral reducido en muchos estudios.
- Variabilidad en las características de las poblaciones.
- Falta de estandarización de los protocolos de evaluación y análisis.
- Coste elevado y disponibilidad limitada de los dispositivos.
- Necesidad de más estudios de alta calidad.



1. Sensores inerciales para el análisis de la marcha



2. Evaluación de la marcha en situaciones funcionales



3. Plataformas de fuerza para el equilibrio



4. Monitorización en entornos reales



5. Análisis y feedback para la intervención

7 Conclusiones

- El uso de sensores inerciales y plataformas de fuerza es una herramienta útil y prometedora para monitorizar las intervenciones de fisioterapia en el anciano.
- Permite una evaluación objetiva, sensible al cambio y complementa las escalas clínicas tradicionales.
- Sus aplicaciones incluyen el análisis de la marcha, el equilibrio, la funcionalidad y la prevención de caídas.
- Se requieren más estudios de alta calidad, con protocolos estandarizados y seguimiento a largo plazo, para consolidar su uso en la práctica clínica habitual.

SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL EN EL ADULTO MAYOR

EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES FISIOTERAPÉUTICAS · Revisión bibliográfica narrativa

1 Resumen

El síndrome de dolor miofascial se relaciona con dolor muscular y puntos gatillo, que pueden limitar el movimiento. Esta revisión examina ejercicio, terapia manual y punción seca. Los beneficios descritos en adultos no siempre son extrapolables a la población mayor.

2 Palabras clave

Dolor miofascial · Personas mayores · Fisioterapia · Ejercicio · Puntos gatillo

3 Antecedentes

- El dolor miofascial puede coexistir con artrosis, fragilidad y otras causas de dolor crónico.
- La valoración clínica debe considerar dolor, movilidad, función y diagnósticos alternativos.
- La edad, la comorbilidad y la tolerancia al esfuerzo condicionan la elección del tratamiento.

4 Objetivos

Objetivo general

Examinar la efectividad de las intervenciones fisioterapéuticas para el dolor miofascial y su aplicabilidad en personas mayores.

Objetivos específicos

- Comparar ejercicio, terapia manual y punción seca.
- Valorar dolor, movilidad, discapacidad y límites de la evidencia.

5 Método

- Revisión narrativa exploratoria de bibliografía publicada.
- Se consultaron revisiones sistemáticas y metaanálisis localizados en PubMed.
- Se extrajeron datos de ensayos, efectos clínicos y limitaciones.
- Sin protocolo sistemático ni evaluación independiente del riesgo de sesgo.
- No se presentan datos de una muestra propia.

6 Resultados

EJERCICIO

24 ensayos: mejoras de dolor, sensibilidad a la presión y movilidad; discapacidad sin cambio concluyente.

TERAPIA MANUAL

13 ensayos: efecto favorable sobre el rango de movimiento.

PUNCIÓN SECA + ESTIRAMIENTOS

5 ensayos: reducción del dolor; riesgo de sesgo y heterogeneidad.

LÍMITES DE LA EVIDENCIA

Muestras de edades diversas; no hay prueba suficiente de superioridad ni de eficacia específica en mayores.



1. Liberación de tejidos



2. Ejercicio con banda



3. Terapia manual



4. Movilidad cervical



5. Ejercicio funcional

7 Conclusiones

El ejercicio y la terapia manual pueden mejorar dolor o movilidad; la punción seca muestra beneficios variables. En geriatría, individualizar según función, comorbilidad y preferencias. Faltan ensayos específicos en personas mayores.

VELOCIDAD DE REACCIÓN Y RIESGO DE CAÍDAS

BENEFICIOS DEL ENTRENAMIENTO DE RESPUESTAS MOTORAS RÁPIDAS

Revisión bibliográfica narrativa de la evidencia científica

1 Resumen

El envejecimiento puede retrasar las respuestas motoras. El entrenamiento reactivo busca mejorar el equilibrio y la movilidad ante estímulos inesperados. Su efecto en las caídas reales sigue siendo incierto.

2 Palabras clave

Reacción motora · Equilibrio · Personas mayores · Caídas · Fisioterapia

3 Antecedentes

- La edad se asocia con menor rapidez para detectar estímulos y generar ajustes posturales.
- Una reacción tardía puede dificultar la recuperación del equilibrio ante tropiezos.
- Las tareas reactivas utilizan señales visuales, auditivas, cambios de dirección o perturbaciones controladas.
- La seguridad y la progresión individual son esenciales.

4 Objetivos

Objetivo general

Analizar los efectos del entrenamiento de respuestas motoras rápidas en personas mayores.

Objetivos específicos

- Examinar equilibrio y movilidad.
- Explorar el riesgo y la incidencia de caídas.
- Identificar limitaciones de la evidencia.

5 Método

- Revisión narrativa de literatura sobre entrenamiento reactivo en adultos mayores.
- Síntesis de ensayos y revisiones sobre equilibrio, movilidad y caídas.
- Sin protocolo de revisión sistemática ni evaluación independiente del sesgo.
- No se presentan datos de una muestra propia.

6 Resultados

Tiempo de reacción

Las tareas con señales y respuestas rápidas pueden mejorar la velocidad de respuesta a estímulos entrenados.

Equilibrio y control postural

El entrenamiento reactivo puede mejorar las respuestas de equilibrio ante perturbaciones.

Movilidad funcional

Algunos programas muestran mejoras en marcha, cambios de dirección y tareas funcionales.

Incidencia de caídas

Los efectos sobre las caídas reales no son uniformes; no debe afirmarse una reducción garantizada.



1. Estímulos visuales



2. Cambios de dirección



3. Reacción a señales



4. Equilibrio reactivo



5. Marcha y coordinación

7 Conclusiones

El entrenamiento reactivo puede mejorar el control postural y algunas tareas de movilidad. Debe adaptarse al riesgo individual. Faltan ensayos sólidos que confirmen una reducción sostenida de las caídas.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY · PÓSTER CIENTÍFICO

Apoyo social y malestar psicológico en cuidadores de personas con discapacidad intelectual

ESTUDIO TRANSVERSAL EXPLORATORIO · DATOS BASALES · N = 59

ANTECEDENTES

El cuidado de familiares con discapacidad intelectual puede generar demandas psicológicas prolongadas, especialmente cuando los cuidadores envejecen. El apoyo social es un recurso relevante, pero contar con personas disponibles no equivale necesariamente a sentirse satisfecho con el apoyo recibido.

OBJETIVO

Examinar cómo se relacionan la disponibilidad y la satisfacción con el apoyo social con el malestar psicológico y explorar si esa relación cambia según el número de comorbilidades del cuidador.

MÉTODO

Diseño: análisis transversal de los datos basales de un estudio piloto controlado de intervención familiar.

Participantes: 59 cuidadores; edad media de 58,0 años; 79,7 % mujeres.

Instrumentos: GHQ-28 (malestar psicológico; puntuación 0-0-1-1) y SSQ-6 (disponibilidad y satisfacción con el apoyo).

Análisis: correlaciones de Spearman, regresión múltiple ajustada por edad, comorbilidades, disponibilidad y grupo de procedencia; interacción comorbilidades × satisfacción. Inferencia robusta HC3 y análisis de sensibilidad.

RESULTADOS: ASOCIACIÓN PRINCIPAL

Los cuidadores más satisfechos con su apoyo social tendieron a presentar menor malestar psicológico (ρ = −0,453).

B = −2,13

IC del 95 %: −3,53 a −0,73 · p = 0,004

La asociación se mantuvo al considerar conjuntamente edad, comorbilidades, disponibilidad de apoyo y grupo de procedencia. El modelo explicó el 30,2 % de la variabilidad del GHQ-28 (R^2 = 0,302).

¿DISPONIBILIDAD O SATISFACCIÓN?

La disponibilidad de apoyo no mostró una asociación independiente estadísticamente significativa en el modelo ajustado (p = 0,421). Sin embargo, esto no demuestra que la satisfacción se relacione más intensamente con el malestar: la comparación bootstrap entre correlaciones fue inconcluyente (IC del 95 %: −0,298 a 0,024).

MODERACIÓN EXPLORATORIA

La asociación negativa entre satisfacción y malestar fue más pronunciada a medida que aumentaba el número de comorbilidades (B de interacción = −0,998; IC del 95 %: −1,762 a −0,234; p = 0,011). La interacción añadió 6,9 puntos porcentuales a la varianza explicada.

¿CÓMO CAMBIA LA ASOCIACIÓN?

Esquema de las pendientes estimadas (intercepto ilustrativo). Una pendiente más negativa indica una asociación inversa más intensa.



ROBUSTEZ Y LIMITACIONES

La interacción conservó su dirección al ajustar por disponibilidad de apoyo (p = 0,012) y excluir observaciones influyentes (p = 0,015). Al limitar la muestra a cuidadores con 0–2 comorbilidades, dejó de ser estadísticamente significativa (p = 0,066). Los niveles altos de comorbilidad tenían pocos participantes.

CONCLUSIONES

La satisfacción subjetiva con el apoyo se asoció con menor malestar psicológico. La relación podría ser más intensa con mayor comorbilidad. El diseño transversal, el tamaño muestral y el carácter exploratorio impiden establecer causalidad; se requiere replicación.

RESUMEN: Estudio transversal exploratorio de 59 cuidadores que diferencia disponibilidad y satisfacción con el apoyo social y examina la moderación por comorbilidades.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad intelectual · Cuidadores familiares · Apoyo social · Satisfacción · Malestar psicológico · Comorbilidad · Envejecimiento

HABITAR EL DOLOR CRÓNICO DESDE LA INTERSECCIONALIDAD Y LA SILVER ECONOMY: BIENESTAR EMOCIONAL Y REDES COMUNITARIAS DE APOYO

1. RESUMEN

Impacto del dolor crónico y fatiga

Estudio cualitativo biopsicosocial e interseccional sobre el impacto del dolor crónico y la fatiga (fibromialgia y síndrome de fatiga crónica) en la autonomía, el bienestar emocional y la calidad de vida en el proceso de envejecimiento.



2. PALABRAS CLAVE



3. OBJETIVOS







Transformaciones psicosociales

Analizar las transformaciones psicosociales, emocionales y de autonomía derivadas del dolor crónico y la fatiga en personas maduras y mayores.

Factores interseccionales

Identificar los factores interseccionales moduladores (género, edad, entorno rural y sobrecarga en cuidados).

Tejido asociativo protector

Evaluar la percepción de la atención sanitaria e identificar el valor protector del tejido asociativo comunitario en el marco de la Silver Economy.

3. ANTECEDENTES

Condiciones de salud invisibles

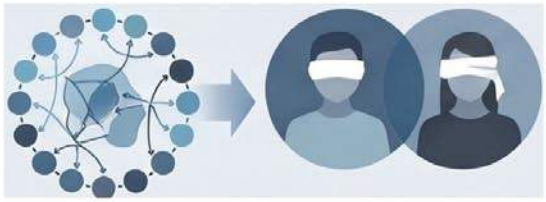
- prolongado peregrinaje médico
- psicologización del dolor físico
- vivencia de envejecimiento prematuro que altera profundamente la vida cotidiana.



5. MÉTODO

Investigación cualitativa

Basada en 16 entrevistas en profundidad a personas afectadas. Análisis temático interseccional bajo estricto protocolo de confidencialidad y evaluación doble ciego.



6. RESULTADOS

Sintomatología

Dolor continuo, fatiga no reparadora y ruptura de la actividad laboral y cotidiana.



Salud mental

Elevada prevalencia de ansiedad, depresión reactiva y soledad no deseada ante la invisibilidad del malestar.

Ejes interseccionales

Sobrecarga por el mandato de cuidados



Mayor inequidad de recursos en entornos rurales

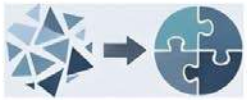




Soporte comunitario

El tejido asociativo actúa como red de acogida, información y validación emocional

7. CONCLUSIONES



Modelo asistencial

Transición necesaria hacia un modelo asistencial biopiscosocial, holístico e integral multidisciplinar (medicina, psicología y fisioterapia).



Formación sanitaria

Formación y capacitación del personal sanitario en empatía, diagnóstico precoz y comunicación activa.



Tejido asociativo

Fortalecimiento y reconocimiento del tejido asociativo de pacientes como agente clave de salud pública en la Silver Economy.



Criterios de equidad

Aplicación de criterios de equidad e interseccionalidad en los procesos de valoración.

Sacyl
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

Cuidados del Estoma en el paciente postquirúrgico

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

Mª del Carmen de la Rosa Martín, Joana Rita Preto Afonso, Mª Remedios Calvo Calleja, Silvia Aragón Conde
Enfermeras de Cirugía/Ginecología. CAZA

Introducción

La confección de un estoma ostomía digestiva representa una intervención quirúrgica mayor con un impacto significativo en la vida física y psicológica del paciente. Un estoma saludable debe ser de color rojo brillante o rosado, húmedo y sobresalir ligeramente de la piel abdominal.

El periodo postquirúrgico inmediato y mediato resulta crítico para prevenir afecciones comunes como la dermatitis periostomal, necrosis, dehisciencia, prolapso o retracción. La intervención temprana de enfermería mediante protocolos estandarizados es esencial para acelerar la recuperación e integración social del paciente ostomizado.

Objetivos

Objetivo General:
Establecer las intervenciones de enfermería basadas en evidencia para el cuidado óptimo del estoma e higiene periostomal en la fase postquirúrgica.

Objetivos Específicos:
Identificar y prevenir las complicaciones periostomales más frecuentes.
Promover la autonomía mediante la educación en autocuidado al paciente y cuidador principal.
Evaluar la eficacia del ajuste y selección del dispositivo colector adecuado.

Metodología

- Revisión sistemática de la literatura científica y guías de práctica clínica publicadas entre 2019 y 2024 en las bases de datos PubMed, CINAHL, SciELO y Scopus.
- **Criterios de Selección:** Estudios observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas enfocadas en los cuidados postquirúrgicos inmediatos y mediatos de ileostomías, colostomías y en pacientes adultos. Se analizaron 18 artículos clave ajustados a los criterios de inclusión.



Resultados

Las intervenciones clave identificadas se estructuran en tres ejes de actuación fundamentales:

Higiene Periostomal: Limpieza con agua templada y jabón neutro. Secado suave por toque sin friccionar.
Selección del Dispositivo: Medición exacta del estoma (dejar 1.5 a 2 mm entre estoma y disco) para evitar fugas.
Protección Cutánea Uso de barreras protectoras sin alcohol y polvos hidrocoloides ante eritema.
Educación y Apoyo Capacitación progresiva en el vaciado y cambio de bolsa previa al alta hospitalaria.

Dato Clave: La implementación de protocolos de educación precoz reduce la tasa de dermatitis periostomal del 45% al 12% durante el primer mes postoperatorio.

Conclusiones

- El cuidado estandarizado de la piel periostomal durante la fase postquirúrgica disminuye drásticamente las reintervenciones y complicaciones dermatológicas. La educación continuada, iniciada desde el postoperatorio inmediato, resulta determinante para mejorar la calidad de vida y confianza del paciente. Es indispensable contar con enfermeras expertas en estamaterapia para guiar el seguimiento ambulatorio y prevenir el aislamiento social.

Bibliografía



PREPARACIÓN PREOPERATORIA: INFORMACIÓN, VALORACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Revisión bibliográfica I Intervenciones enfermeras antes de la cirugía

1. RESUMEN

La preparación preoperatoria individualizada permite identificar riesgos modificables, mejorar la comprensión del proceso quirúrgico y favorecer una atención segura. La valoración debe integrar antecedentes, medicación, alergias, estado funcional, comorbilidades y necesidades emocionales. Las instrucciones de ayuno y medicación deben ajustarse a la técnica anestésica, el procedimiento y el protocolo vigente, evitando indicaciones genéricas que prolonguen innecesariamente el ayuno.

2. PALABRAS CLAVE

Preoperatorio · Educación sanitaria · Valoración enfermera · Ayuno · Seguridad del paciente

3. ANTECEDENTES

La evaluación preoperatoria es una oportunidad para optimizar enfermedades, detectar riesgos y preparar al paciente. Las guías europeas actualizadas insisten en una valoración estructurada y en solicitar pruebas complementarias según indicación clínica, no de forma indiscriminada.

4. OBJETIVOS

Identificar las intervenciones enfermeras prioritarias para una preparación preoperatoria segura, comprensible e individualizada.



5. MÉTODO

Revisión narrativa de guías europeas de evaluación preoperatoria, recomendaciones de preparación perioperatoria y consenso internacional sobre ayuno en adultos. Se consideran pacientes adultos sometidos a cirugía electiva; las urgencias y situaciones especiales requieren valoración individual.

6. RESULTADOS

- IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN: identidad, procedimiento y lateralidad; antecedentes, alergias, medicación y suplementos, anticoagulantes/antiagregantes, diabetes, riesgo respiratorio, nutrición y fragilidad.
- INFORMACIÓN: explicar el circuito, resolver dudas con lenguaje claro, comprobar comprensión y facilitar participación del paciente; detectar ansiedad y necesidades de apoyo.
- OPTIMIZACIÓN: comunicar factores modificables (tabaco, anemia, glucemia, estado nutricional y comorbilidades) al equipo responsable.
- AYUNO: seguir la pauta anestésica y el protocolo del centro. El consenso internacional para adultos generalmente establece 6 h para sólidos y 2 h para líquidos claros; comidas grasas pueden requerir 8 h o más. No aplicar estas cifras sin comprobar excepciones y protocolo local.
- MEDICACIÓN Y PREPARACIÓN: no suspender ni administrar fármacos por iniciativa propia; verificar instrucciones individualizadas, pruebas indicadas, higiene, retirada de objetos y documentación.
- LISTA DE VERIFICACIÓN: confirmar identidad, consentimiento, procedimiento, alergias, ayuno, medicación, pruebas y documentación antes del traslado.

7. CONCLUSIONES

Una preparación preoperatoria segura combina valoración clínica, educación adaptada y coordinación interdisciplinar. La enfermera verifica la comprensión y la ejecución de las indicaciones, detecta riesgos y evita tanto omisiones como restricciones innecesarias. Las instrucciones deben individualizarse y ajustarse al protocolo vigente.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

Lamperti M, et al. Preoperative assessment of adults undergoing elective noncardiac surgery: updated guidelines from ESAIC. Eur J Anaesthesiol. 2025;42(1):1-35.

Rüggeberg A, et al. Peri-operative fasting in adults: an international, multidisciplinary consensus statement. Anaesthesia. 2026. doi:10.1111/anae.70130.

García-Miguel FJ, Valencia Castillo SL. Preoperative anaesthesia assessment and patient preparation for surgery: update and a review. Medical Research Archives. 2024;12(4).

ACOG. Perioperative pathways: Enhanced Recovery After Surgery. Committee Opinion No. 750.

QR: búsqueda bibliográfica en PubMed

AUTORÍA:

Revisión bibliográfica · Noviembre 2026

ZAMORA TERRITORIO SILVER
SILVER ECONOMY

La alimentación como herramienta clave para un envejecimiento saludable

Evidencia científica y práctica clínica

Más años de vida, más vida a los años



1. RESUMEN

La alimentación influye de forma determinante en el proceso de envejecimiento y en la prevención de enfermedades crónicas. Una dieta **equilibrada, principalmente de estilo mediterráneo**, se asocia con mayor esperanza de vida, mejor salud física y mental y menor riesgo de fragilidad y dependencia. Este póster resume la evidencia científica actual (últimos 5 años) sobre la relación entre la alimentación y un envejecimiento saludable, y destaca los beneficios de una alimentación rica en frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, pescado y aceite de oliva, y la limitación de alimentos ultraprocesados, azúcares y grasas saturadas.

Palabras clave
Alimentación; Dieta mediterránea; Envejecimiento saludable; Nutrición; Adulto mayor; Calidad de vida.

3. ANTECEDENTES

- La alimentación es un determinante clave del envejecimiento saludable y de la prevención de enfermedades crónicas.
- La evidencia muestra que la dieta mediterránea reduce el riesgo de mortalidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y deterioro cognitivo.
- Existe un incremento de la población mayor de 60 años, lo que hace necesario promover hábitos alimentarios saludables para mejorar la calidad de vida y la autonomía.

Mayor esperanza de vida | Mejor salud cognitiva | Más autonomía e independencia | Menor riesgo de enfermedades crónicas

2. OBJETIVOS

- Analizar la evidencia científica reciente sobre la relación entre la **alimentación y el envejecimiento saludable**.
- Identificar los patrones dietéticos más asociados con una mayor longevidad y mejor calidad de vida.
- Proponer recomendaciones prácticas para su aplicación en la población adulta y mayor.

5. MÉTODO

Diseño	Revisión bibliográfica sistemática.
Fuentes de información	PubMed, Scielo, Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, Google Scholar y otras bases de datos (últimos 5 años).
Periodo de búsqueda	**Últimos 5 años (2020–2025).**
Idiomas	Español e inglés.
Estrategia de búsqueda (ejemplo)	("nutrition" OR "diet" OR "food" AND "healthy aging" OR "longevity" OR "healthy life span") AND (Spanish OR English).
Criterios de inclusión	• Estudios en humanos, ≥ 60 años. • Artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis. • Relación entre alimentación y envejecimiento saludable.
Criterios de exclusión	• Estudios en animales o laboratorio. • Artículos sin texto completo. • Publicaciones con más de 5 años.

6. RESULTADOS



La dieta mediterránea se asocia con una reducción del **20–30%** del riesgo de mortalidad total.

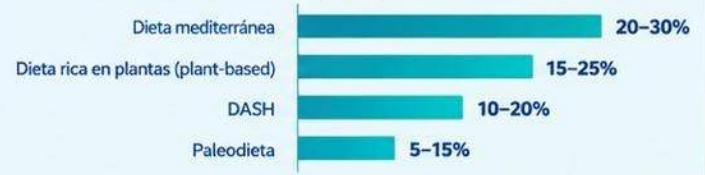
Alimentos y nutrientes asociados a mayor longevidad

- **Frutas y verduras** (antioxidantes, fibra, vitaminas).
- **Legumbres** (proteína vegetal, fibra).
- **Pescado azul** (omega-3).
- **Aceite de oliva virgen extra** (polifenoles).
- **Cereales integrales** (fibra, micronutrientes).

Otros hallazgos relevantes

- Mejora la función cognitiva y la salud mental
- Mayor autonomía y calidad de vida.
- Reducción de la fragilidad y sarcopenia.
- Efectos positivos en edades avanzadas.

Patrones dietéticos asociados a mayor longevidad



4. CONCLUSIONES

- La alimentación, especialmente la dieta mediterránea, es una herramienta eficaz y segura para un envejecimiento saludable.
- Su aplicación en la vida diaria contribuye a prevenir enfermedades crónicas, preservar la función física y cognitiva y mejorar la calidad de vida.
- Es necesario promover su adopción desde la educación, la atención sanitaria y las políticas públicas.

Referencias (selección)

- Martínez-González MA et al. Nutr Rev. 2022.
- Calderón-Larrañaga A et al. Lancet Healthy Longev. 2023.
- Li Y et al. J Am Geriatr Soc. 2021.
- Ferriera-Pégo C et al. Cochrane Database Syst Rev. 2024.
- Sofi et al. Eur J Prev Cardiol. 2020.



PÉRDIDA AUDITIVA Y SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES: REPERCUSIONES EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY
ZAMORA · 26, 27 Y 28 DE NOVIEMBRE 2026

1 RESUMEN

La pérdida auditiva en personas mayores puede dificultar la comunicación y reducir la participación social, favoreciendo la soledad no deseada y el aislamiento. El objetivo de esta revisión narrativa es analizar la relación y evidencia de intervenciones que mejoren la conexión social. Se revisó la literatura, priorizando revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de intervención obteniendo una asociación entre pérdida auditiva y mayor vulnerabilidad a la soledad y al aislamiento social. Aunque la rehabilitación auditiva mejora algunos indicadores de calidad de vida social, la evidencia sobre su efecto en la soledad es limitada. Se destaca la importancia de detectar problemas auditivos, individualizar la rehabilitación y evaluar la soledad y la participación social para favorecer una atención integral.

2 PALABRAS CLAVE

Pérdida auditiva; personas mayores; soledad no deseada; aislamiento social; participación social; rehabilitación auditiva; Atención primaria.

3 ANTECEDENTES

La audición facilita la comunicación, las relaciones y la participación social. Su disminución puede generar frustración, cansancio y evitar ciertos encuentros (1,2).

SOLEDAD NO DESEADA
Sentimiento subjetivo de que las relaciones no aportan la compañía o conexión necesaria.

AISLAMIENTO SOCIAL
Situación objetiva de una red de contactos limitada o participación social reducida.

Ambos pueden coexistir, pero no son equivalentes (4). La prevalencia de soledad crónica en mayores se estima en un 20,8 % (2025), aunque no es especifica para España [5].

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre pérdida auditiva y soledad no deseada en personas mayores, identificando actuaciones para favorecer la comunicación, la participación social y el bienestar psicosocial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

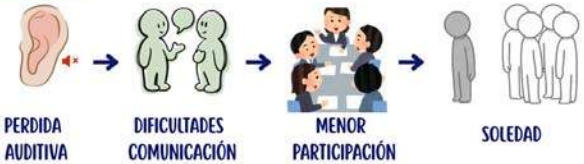
- Describir los principales hallazgos cientificos sobre pérdida auditiva, soledad y asliamiento social.
- Identificar las dificultades de comunicación que limitan la participación.
- Examinar resultados sobre ayudas auditivas y rehabilitación en la conexión social.
- Proponer recomendaciones para la valoración integral desde Atención Primaria.
- Destacar la importancia de explorar directamente la soledad.

5 MÉTODO

Revisión narrativa de la literatura cientifica.

- Se realizó una revisiçon narrativa sobre la perdida auditiva, soledad, aislaiento social y rehabilitación auditiva. Localizados mediante PubMed y PubMed Central. Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de intervención dentre los años 2020 y 2026.
- Términos de búsqueda: hearing loss, hearing impairment, older adults, loneliness, social isolation, social participation, hearing rehabilitation (y equivalentes en espafiol).

LIMITACIÓN: revisión narrativa, sin proceso exhaustivo y reproducible.



6 RESULTADOS

6.1. Pérdida auditiva, soledad y aislamiento social

- Shukla et al. (2020): revisión sistemática de 14 estudios; la mayoría de los análisis ajustados relacionaron la pérdida auditiva con la soledad y al aislamiento social [2].
- Fu et al. (2025): metaanálisis de 36 estudios; la pérdida auditiva se asoció al aislamiento (OR = 1,19; IC 95 %: 1,09–1,31) [3].

6.2. Dificultades de comunicación y participación

- Las dificultades para seguir conversaciones, especialmente en ambientes ruidosos o grupales, pueden generar frustración y reducir la participación en actividades familiares y sociales [2,3].

6.3. Ayudas auditivas y rehabilitación

- Revisión sistemática (2021): incluyó 7 estudios y observó mejoras en indicadores sociales tras intervenciones auditivas, evidencia limitada [6].
- Hori et al. (2025): revisión de 65 estudios; las ayudas auditivas se asociaron con mejor calidad de vida , con resultados inconcluyentes [7].

6.4. Recomendaciones para Atención Primaria

- Explorar las dificultades auditivas y los cambios en la participación social.
- Facilitar la valoración audiológica y la rehabilitación individualizada.
- Adaptar la comunicación y favorecer actividades accesibles [6–9].

6.5. Importancia de detectar la soledad

- La soledad es una experiencia subjetiva que no puede deducirse únicamente de vivir solo o tener pérdida auditiva.
- Se recomienda preguntar directamente por la satisfacción con las relaciones y la sensación de compañía para identificar necesidades individuales [4,5].

7 CONCLUSIONES

La pérdida auditiva se asocia con dificultades de conexión social, pero mejorar la audición no garantiza eliminar la soledad. Es importante abordar conjuntamente la comunicación, las relaciones y la participación social.

8 BIBLIOGRAFÍA

Incontinencia Urinaria en Mujeres Menopáusicas: Una Revisión Bibliográfica

SILVER ECONOMY

1. RESUMEN

Alta prevalencia de la **incontinencia en la menopausia** por el **hipoestrogenismo**. Es **hipoestrogenismo**. Es relevante la revisión científica para comprender el impacto en el suelo pélvico.

2. PALABRAS CLAVES

- Incontinencia urinaria
- Menopausia
- Hipoestrogenismo
- Calidad de vida
- Tratamiento

3. ANTECEDENTES

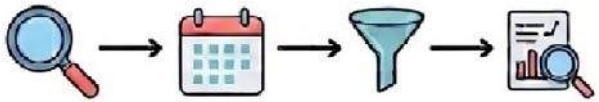
La caída de estrógenos y el envejecimiento impactan en el suelo pélvico.



4. OBJETIVOS

1. **Analizar la prevalencia y fisiopatología en la menopausia. menopausia.**
2. **Evaluar la efectividad de los tratamientos actuales.**

5. MÉTODO

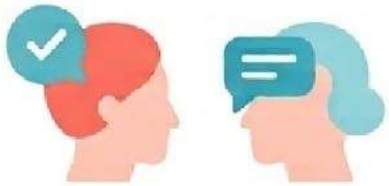


Búsqueda en PubMed, Cochrane, Scopus

Criterios: últimos 10 años, mujeres menopáusicas

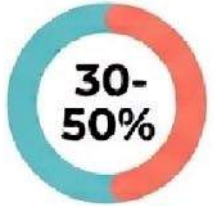
Selección de artículos

Análisis de datos



Bibliografía Vancouver

6. RESULTADOS



Prevalencia



Tratamientos conservadores



Fisioterapia suelo pélvico



entrenamiento

Tratamiento farmacológico/ estrógenos



médico

Tratamiento quirúrgico



Quirófano

El tratamiento de primera línea tiene alta efectividad

7. CONCLUSIONES

La evidencia enfatiza la necesidad de un **abordaje multidisciplinar**.

Gran impacto en la **calidad de vida** de las mujeres.

La **detección precoz** y el **tratamiento personalizado** son fundamentales.

No era hidrocefalia: El hallazgo inesperado tras caídas de repetición en el anciano

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

RESUMEN EJECUTIVO DEL CASO

Verón de 90 años, institucionalizado derivado a urgencias con sospecha de hidrocefalia normotensiva por alteración de la marcha, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo. El TAC craneal reveló un hematoma subdural bilateral secundario a caídas de repetición, requiriendo traslado a Neurocirugía.

PALABRAS CLAVE (MESH/DECS)

- hematoma subdural
- hidrocefalia
- caídas
- anciano
- enfermería de urgencias

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

ANTECEDENTES: SOLAPAMIENTO CLÍNICO EN GERIATRÍA
El hematoma subdural crónico es frecuente en el anciano y tiene como principal desencadenante las caídas. Su presentación inespecífica suele confundirse con síndromes geriátricos y comparte la triada clásica de la hidrocefalia normotensiva.

OBJETIVO PRINCIPAL DEL ESTUDIO
Describir un caso de hematoma subdural bilateral que simulaba una hidrocefalía normotensiva y destacar el papel de enfermería en la detección de signos de alarma neurológica en el paciente anciano con caídas frecuentes.

UNA TRIADA, DOS DIAGNÓSTICOS



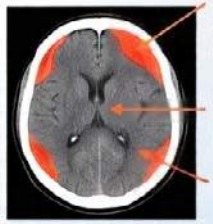
MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO Y EVALUACIÓN RETROSPECTIVA: Estudio descriptivo de caso clínico único mediante la revisión retrospectiva del episodio de urgencias hospitalarias, analizando antecedentes personales, exploración física, pruebas complementarias, diagnóstico final y evolución.

RESULTADOS – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y HALLAZGOS

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN INICIAL: Varón de 90 años, institucionalizado con deterioro cognitivo leve e hipoacusia severa. Presentó caídas frecuentes (TCE occipital) y una nueva caída en 48 horas. Constantes estables: afección por hipocausia con Romberg positivo posterior, sin focalidad neurológica motora.

HALLAZGOS CRÍTICOS DEL TAC CRANEAL



- Hematoma subdural frontoteparietal bilateral subgado reagudizado
- Desviación de la física médica hacia la izquierda
- Compresión ventricular significativo

TRASLADO CRÍTICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Traslado urgente a Neurocirugía con soporte y monitorización continua por Enfermería. Coordinación crucial.

CONCLUSIONES

CAUSA SUBYACIENTE TRAS LA TRIADA GERIÁTRICA: La triada marcha-incontinencia deterioro cognitivo en ancianos con caídas de repetición puede responder a causas de compromiso vital inmediato como el hematoma subdural, ante la sospecha inicial de hidrocefalia normotensiva.

VALOR ESTRATÉGICO DE ENFERMERÍA: La anamnesis exhaustiva sobre caídas, previas, la valoración neurológica sistemática pese a barreras de comunicación (hipoacusia) y la gestión del traslado urgente hacen de enfermería un pilar determinante para el diagnóstico y tratamiento precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliver St. Management of intracranial pressure in blood derived brain injury.
2. N Engl J Med. 2016; 379(11):1050-1056.
3. Eolkin N, et al. Diagnostics idiopatic normal pressure hydrocephalus. Neurowrayer, 2005; 21(3):Serrill 54-16.
4. Connolly E3, et al. Guidelines for the management of chronic subdural hematoma. J Heursouy, 2016; 124(2):500-515.

Idadismo e família em dois países familistas: Portugal e Espanha

Estudo descritivo comparativo de dados secundários e análise documental

Portugal Espanha UE27

Palavras-chave: idadismo; família; cuidador informal; envelhecimento; Portugal; Espanha

Resumo

Portugal e Espanha partilham um modelo familista de cuidados. Compararam-se a perceção de idadismo, o peso do cuidado familiar e as respostas legislativas dos dois países, com dados secundários harmonizados e análise documental. Ambos reconhecem mais o idadismo do que a média europeia (PT 47%, ES 51%, UE 45%), mas aceitam melhor a pessoa idosa na esfera familiar. A lei espanhola protege explicitamente a vontade da pessoa dependente; a portuguesa centra-se no cuidador. O idadismo dentro da família permanece pouco visível, o que abre espaço à intervenção da enfermagem de saúde familiar.

Antecedentes

- O idadismo prejudica a saúde, o bem-estar e os direitos das pessoas idosas (OMS, 2021).
- Na UE, 45% consideram generalizada a discriminação por idade (Eurobarómetro 535, 2023).
- Nos regimes familistas do sul da Europa, a família é o principal prestador de cuidados à pessoa idosa (Saraceno & Keck, 2010). Quando decide por ela, o cuidado pode tornar-se idadismo.

Objetivo

Comparar Portugal e Espanha quanto à perceção de idadismo, ao peso do cuidado familiar e às respostas legislativas aos cuidadores, e discutir as implicações para a família e a pessoa idosa.

Método

- **Desenho:** estudo descritivo comparativo de dados secundários.
- **Fontes:** Eurobarómetro Especial 535 (2023), Eurostat (2024), SHARE, 2024 Ageing Report da Comissão Europeia.
- **Critério de inclusão:** indicador harmonizado, com a mesma fonte e o mesmo ano para os dois países.
- **Análise documental:** Ley 39/2006 (texto consolidado, BOE, 03/10/2026) e Lei n.º 100/2019, com uma grelha de seis dimensões.

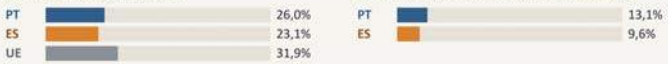
Resultados: indicadores

IDADISMO PERCEBIDO · EUROBARÓMETRO 535 (2023)



Paradoxo ibérico: PT e ES reconhecem mais o idadismo do que a UE no espaço público e laboral, mas aceitam melhor a pessoa idosa na esfera familiar e relatam menos discriminação pessoal. Desde 2019: PT −5 p.p.; ES +11 p.p.

FAMÍLIA E CUIDADO



Despesa pública em CLD (% PIB, 2022)

0,5 · 0,8 · 1,7

PT · ES · UE (CLD = cuidados de longa duração)

Rácio de dependência de idosos (65+/20–64)

40,7 · 33,3

PT · ES em 2022; em 2070: 67,8 · 64,5

Fontes: Eurobarómetro Especial 535, QB1.5, QB4, QB13, QB2 (2023); Eurostat ilc_lvps30 (2024); SHARE 2015, em Tur-Sinai et al. (2020); Comissão Europeia, 2024 Ageing Report.

Resultados: análise documental

Dimensão	Ley 39/2006 (ES)	Lei 100/2019 (PT)
Centro da lei	Pessoa em situação de dependência	Cuidador informal
Voz da pessoa idosa	Plano feito com ela e por sua proposta; desvios justificados (art. 29.1)	Consentimento exigido para o estatuto
Discriminação por idade	Proibida de forma explícita (art. 4.2.n)	Não consta do Estatuto
Direitos do cuidador	Formação, conciliação, prioridade no emprego, Segurança Social (art. 4 bis)	Subsídio com condição de recursos, seguro social voluntário, descanso
Ligação à saúde	Relatório do médico ou enfermeiro de referência na avaliação (art. 27.5)	Profissional de referência da saúde para o cuidador
Revisão do plano	A pedido ou segundo cada comunidade autónoma	Pelo menos de 6 em 6 meses

Conclusões

1. O idadismo é reconhecido no espaço público, mas é pouco visível no espaço familiar, onde decidir pela pessoa idosa pode passar por cuidado.
2. Portugal concentra mais cuidado na família com menor despesa pública: o cuidado familiar é uma economia invisível, central para a Silver Economy.
3. Espanha consagra na lei a vontade da pessoa dependente; em Portugal, essa proteção está no regime do maior acompanhado (Lei 49/2018), não no Estatuto do Cuidador.
4. O profissional de referência da saúde é uma porta de entrada para a enfermagem de saúde familiar promover a autonomia da pessoa idosa e apoiar o cuidador.

Limitações: dados transversais; o item do Eurobarómetro agrega ser visto como demasiado velho ou demasiado novo; a reforma espanhola é recente e ainda não foi avaliada.

Referências

European Commission. (2023). *Special Eurobarometer 535: Discrimination in the European Union.*
European Commission. (2024). *The 2024 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2022–2070).*
Eurostat. (2026). *Distribution of population aged 65 and over by type of household* (ilc_lvps30) [Data set].
Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto. Regime jurídico do maior acompanhado. *Diário da República*, 1.ª série.
Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Estatuto do Cuidador Informal. *Diário da República*, 1.ª série.
Ley 39/2006, de 14 de diciembre. *BOE*, 299 (texto consolidado, 3 de octubre de 2026).
Saraceno, C., & Keck, W. (2010). Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies, 12*(5), 675–696.
Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V., & Lamura, G. (2020). How many older informal caregivers are there in Europe? *IJERPH, 17*(24), 9531.
World Health Organization. (2021). *Global report on ageism.*

Grados de Aceptabilidad de los Suplementos Nutricionales

Incluidos en la Guía Farmacoterapéutica en un Hospital de Segundo Nivel

*Evaluación **Sensorial** de Nutrición Oral*



31 Pruebas sensoriales

50 Años — Edad media

90% Mujeres participantes

8 Suplementos evaluados

1. Resumen

La aceptabilidad organoléptica de los suplementos nutricionales orales influye en su consumo continuo y en el soporte del estado nutricional del paciente.



2. Palabras clave

Aceptabilidad • Suplemento nutricional
Nutrición oral • Evaluación sensorial

3. Antecedentes

La desnutrición es un problema de salud global. Los suplementos nutricionales orales aportan macro y micronutrientes para mantener o mejorar el estado nutricional.

6. Resultados Destacados

Mejores suplementos por característica

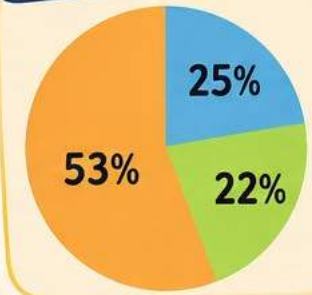
Color y Olor	Fortimel Vegano® maracuyá	83,0%
Sabor	Fresubin Energy® capuchino	99,0%
Textura	Ensure Plus Juice® melocotón	93,5%
Dulzor	Fortimel Vegano® maracuyá	77,0%

5. Método

Cata a ciegas de 8 suplementos por trabajadores del hospital, valorados con escala Likert de 5 puntos (olor, color, sabor, textura y dulzor).



Distribución por perfil profesional



7. Conclusiones

La aceptación global de los suplementos fue favorable. La fórmula vegana de maracuyá obtuvo una valoración positiva, destacando en color, olor y dulzor.

¡El sabor también cuenta en la nutrición!



BENEFICIOS DE LA ADHERENCIA A LOS PARCHES TRANSDÉRMICOS

Impacto en la eficacia terapéutica, seguridad y resultados clínicos

RESUMEN

La adherencia al tratamiento con parches transdérmicos es clave para garantizar la continuidad terapéutica y optimizar los resultados clínicos. Este estudio evalúa el impacto de la adherencia en pacientes hospitalizados y ambulatorios, analizando beneficios clínicos y económicos. La implementación de estrategias farmacéuticas de seguimiento mejora significativamente la adherencia y reduce complicaciones.

PALABRAS CLAVE

Adherencia terapéutica • Parches transdérmicos • Farmacia hospitalaria • Cumplimiento terapéutico • Resultado clínico

ANTECEDENTES

- Los parches transdérmicos ofrecen liberación controlada del fármaco, evitando picos plasmáticos y mejorando la comodidad del paciente.
- La falta de adherencia es una causa frecuente de fallo terapéutico, con tasas del 30-50% en terapias crónicas.
- Desde la farmacia hospitalaria se promueven programas de seguimiento para mejorar el cumplimiento y la seguridad.

OBJETIVOS

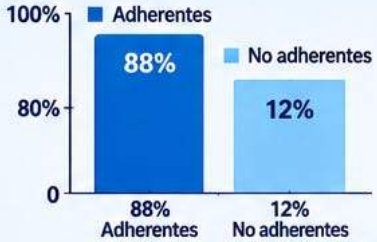
- **Objetivo general:** Evaluar los beneficios de la adherencia a parches transdérmicos en pacientes del ámbito hospitalario.
- **Objetivos especificos:**
  - Cuantificar la tasa de adherencia en pacientes usuarios de parches transdérmicos.
  - Analizar su impacto en eficacia terapéutica y hospitalizaciones.
  - Identificar barreras y factores facilitadores de la adherencia.

MÉTODO

- **Diseño:** Estudio observacional, retrospectivo, 6 meses.
- **Población:** n=122 pacientes con tratamiento activo mediante parches transdérmicos (fármacos: nitroglicerina, nicotina, estrógenos).
- **Recogida de datos:** Historia clínica electrónica, registro de dispensación, entrevista farmacéutica.
- **Medida de adherencia:** Test de Morisky-Green y registro de renovación de parches.

RESULTADOS

Tasa de Adherencia: 88% adherentes y s 12% no adherentes



Beneficios observados en pacientes adherentes



PRINCIPALES BENEFICIOS

- **Mayor eficacia terapéutica** (alcanzar de niveles plasmáticos estables constantes).
- **Reducción de complicaciones** (65% menos ingresos hospitalarios por descompensación).
- **Reducción de complicaciones** (35% menos ingresos hospitalarios por adherencia).
- **Mejora de la calidad de vida** (Mayor comodidad).
- **Mejora de la calidad de vida** (Mayor comodidad y autonomía del paciente).
- **Simplificación posológica** (Administración semanal/quincenal favorece el cumplimiento).

ILUSTRACIÓN: PARCHES TRANSDÉRMICOS



CONCLUSIONES

La adherencia a los parches transdérmicos se asocia a mejores resultados clínicos, reduciendo hospitalizaciones y mejorando la calidad de vida. El farmacéutico hospitalario desempeña un papel esencial en la educación sanitaria, el seguimiento y la intervención para optimizar la adherencia. Se recomienda implementar programas de educación y seguimiento continuo para sostener la adherencia >85%.

El paciente anciano ante una cirugia urgente,

¨ la edad no define el riesgo, la valoracion si¨



1. RESUMEN

La cirugía de urgencia en el paciente geriátrico representa un desafío crítico para la enfermería. Este trabajo analiza, los mecanismos de afrontamiento del adulto mayor ante una intervención no programada. Las intervenciones de enfermería orientadas al apoyo psicofuncional temprano disminuyen la ansiedad preoperatoria, reducen de forma drástica la incidencia de síndrome confusional agudo (delirium) y optimizan la recuperación y la autonomía postoperatoria

2. PALABRAS CLAVE

- Rol de enfermería;
- Paciente anciano;
- Cirugía de urgencia;
- Afrontamiento;
- Ansiedad perioperatoria

3. ANTECEDENTES

El envejecimiento demográfico condiciona un incremento de cirugías urgentes en mayores de 65 años. Esta población presenta una menor reserva fisiológica y alta fragilidad. El entorno hostil del área de urgencias, el miedo a perder su autonomía y la falta de preparación psicológica disparan el estrés perioperatorio. La enfermería se sitúa en una posición estratégica para identificar este impacto emocional temprano, minimizando estancias hospitalarias prolongadas y complicaciones

4. OBJETIVO

- Determinar los factores de estrés perioperatorio y las barreras emocionales que dificultan el afrontamiento en el paciente geriátrico.
- Describir las intervenciones de enfermería eficaces para mitigar la ansiedad prequirúrgica.
- Evaluar el impacto del cuidado enfermero humanizado en la prevención de eventos cognitivos adversos postoperatorios.





5. METODO

Revisión sistemática exploratoria de la literatura científica (periodo 2021-2026) en bases de datos indexadas de ciencias de la salud (PubMed, Scopus, CINAHL, SciELO). Se utilizaron descriptores DeCS/MeSH combinados con operadores booleanos. Criterios de inclusión: artículos centrados en intervenciones de enfermería perioperatoria, estrategias de afrontamiento y resultados clínicos en pacientes quirúrgicos mayores de 65 años con carácter urgente.

6. RESULTADO

Los datos recopilados evidencian que el 68% de los ancianos padece ansiedad severa en la fase prequirúrgica inmediata. Los planes de cuidados estandarizados de enfermería que incorporan comunicación terapéutica (explicaciones sencillas, escucha activa), acompañamiento familiar regulado en el bloque quirúrgico y un manejo analgésico precoz reducen hasta un 35% la aparición de delirium postoperatorio y facilitan la movilización activa.

7. CONCLSIONES

El rol de enfermería en la urgencia quirúrgica geriátrica es clave para garantizar un afrontamiento adaptativo y mitigar el impacto neuroendocrino del estrés. Es fundamental protocolizar intervenciones de soporte emocional y cognitivo desde el ingreso inicial. La humanización de los cuidados perioperatorios optimiza la respuesta del paciente, previene el deterioro funcional secundario y preserva su calidad de vida a largo plazo.

De la compañía a la conexión: estrategias eficaces frente a la soledad no deseada en el envejecimiento



Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

1. RESUMEN

La soledad no deseada en las personas mayores constituye un problema de salud pública con repercusiones físicas, psicológicas y sociales. El objetivo de este trabajo fue revisar la evidencia científica reciente sobre las intervenciones eficaces para reducir la soledad no deseada en personas mayores e identificar aquellas con mayor nivel de evidencia y aplicabilidad. Los resultados muestran que las intervenciones de tipo social, multicomponente y con apoyo tecnológico presentan los mejores resultados, mientras que la combinación de estrategias ofrece beneficios más sólidos y duraderos.

2. PALABRAS CLAVE

Soledad no deseada · Personas mayores · Envejecimiento · Aislamiento social · Intervenciones · Salud mental

3. ANTECEDENTES

- La soledad no deseada es una experiencia subjetiva y distintiva del aislamiento social, y se asocia con peores resultados de salud física, mental y funcional.
- Su prevalencia aumenta con la edad y se ve influida por factores individuales, sociales y contextuales.
- Existen múltiples intervenciones, pero hay variabilidad en su eficacia, intensidad y sostenibilidad.
- Es necesario identificar estrategias con mayor evidencia y factibilidad para orientar su implementación en la práctica clínica y comunitaria.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las estrategias eficaces descritas en la literatura científica para reducir la soledad no deseada en personas mayores.

Objetivos específicos

- Identificar los tipos de intervenciones con mayor evidencia.
- Comparar su efectividad en distintos resultados.
- Valorar su aplicabilidad en contextos sanitarios, comunitarios y sociales.

5. MÉTODO

- Diseño: revisión bibliográfica narrativa.
- Periodo de búsqueda: 2020–2026.
- Fuentes: PubMed y revisiones científicas.
- Población: personas mayores de 60 años.
- Síntesis de intervenciones contra la soledad.

6. RESULTADOS

Comparación de tipos de intervención y evidencia científica

Tipo de intervención	Apoyo científico	Mensaje clave
Grupales estructuradas	Alto	Reducen la soledad de forma significativa y sostenida.
Multicomponente	Moderado-alto	Combinan acciones sociales, psicológicas y de estilo de vida.
Psicológicas	Moderado	Mejoran el bienestar emocional y la percepción de apoyo.
Digitales con apoyo	Moderado-alto	Útiles cuando existe competencia digital y acompañamiento.
Comunitarias/ intergeneracionales	Moderado	Fomentan la participación social y el sentido de pertenencia.
Acompañamiento no estructurado	Limitado-moderado	Pueden ser útiles como complemento, especialmente en contextos vulnerables.

Principales intervenciones identificadas

Intervenciones grupales estructuradas
Talleres, grupos de apoyo, actividades socioculturales y educativas.

Apoyo multicomponente
Intervenciones que combinan apoyo social, físico, cognitivo y nutricional.

Intervenciones psicológicas
Terapia cognitivo-conductual y estrategias de afrontamiento.

Soluciones digitales con apoyo
Uso de apps, videollamadas y formación digital con acompañamiento.

Intervenciones comunitarias
Actividades culturales, voluntariado y programas intergeneracionales.

Acompañamiento individual
Visitas domiciliarias, programas de mentoría y apoyo entre iguales.

Hallazgos clave

1. Las intervenciones tienen un impacto moderado en la reducción de la soledad (≈ 0,25–0,40 DE).
2. Las estrategias multicomponente y grupales muestran los resultados más consistentes.
3. La tecnología es útil cuando se acompaña de apoyo humano y formación.
4. La combinación de intervenciones ofrece beneficios más sólidos y duraderos.

Evidencia cuantitativa destacada

- Reducción de la soledad en un **31%** de las personas mayores que participan en intervenciones.
- Tamaño del efecto global: **DME = −0,27** (IC 95%: −0,36 a −0,18) en la reducción de la soledad.
- Intervenciones digitales: **DME = −0,08** efecto modesto pero significativo, especialmente con apoyo humano.
- Intervenciones multicomponente: **DME = −0,35** mayor eficacia y sostenibilidad.

7. CONCLUSIONES

- La soledad no deseada en personas mayores es un problema sociosanitario relevante y multifactorial.
- Las intervenciones más eficaces son aquellas **multicomponente**, grupales y con apoyo tecnológico, especialmente cuando se adaptan al contexto individual y comunitario.
- El acompañamiento humano, la participación social y el fortalecimiento del sentido de pertenencia son elementos clave para generar una conexión significativa y duradera.
- Se requiere una implementación coordinada entre los sectores sanitario, social y comunitario, así como una mayor evaluación de la sostenibilidad a largo plazo.



> “Afrontar la soledad no deseada implica pasar de la compañía puntual a la **conexión significativa.**”

8. BIBLIOGRAFÍA · VANCOUVER

1. World Health Organization. From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies. Geneva: WHO; 2025.
2. Patil U, Braun KL. Interventions for loneliness in older adults: a systematic review of reviews. Front Public Health. 2024;12:1427605.
3. Duffner LA, Janssen N, Deckers K, et al. Facing the next "geriatric giant": a systematic literature review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2024;25(9):105110.
4. Hoang P, King JA, Moore S, et al. Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022;5(10):e2236676.
5. Shekelle PG, Miake-Lye IM, Begashaw MM, et al. Interventions to reduce loneliness in community-living older adults: a systematic review and meta-analysis. J Gen Intern Med. 2024;39:1015-28.
6. Hansen T, Nes RB, Hynek K, et al. Tackling social disconnection: an umbrella review of RCT-based interventions targeting social isolation and loneliness. BMC Public Health. 2024;24:1917.
7. Chua CMS, Chua JYX, Shorey S. Effectiveness of home-based interventions in improving loneliness and social connectedness among older adults. Aging Ment Health. 2024;28(1):1-10.
8. Baptista C, Silva AR, Lima MP, Afonso RM. Evaluating the cognitive effects of interventions to reduce social isolation and loneliness in older adults. Aging Ment Health. 2024;28(12):1767-76.
9. Coppola AM, Ibrahim S, Bloch N, et al. Systematic review and meta-analysis of mechanistic loneliness interventions for older adults. Ann N Y Acad Sci. 2025;1552(1):66-77.
10. Jin W, Liu Y, Yuan S, Bai R, Li X, Bai Z. The effectiveness of technology-based interventions for reducing loneliness in older adults. Front Psychol. 2021;12:711030.

La desnutrición no siempre se ve

Del cribado al plan individualizado en personas mayores



01 RESUMEN

Síntesis documental de la guía ESPEN de geriatría y la actualización GLIM. Se identifican recomendaciones para el cribado, la confirmación diagnóstica y la atención nutricional individualizada. Se propone un circuito enfermero para convertir el riesgo detectado en un plan de cuidados coordinado. La propuesta no se ha implementado: no se presentan resultados clínicos propios. [1,2]

02 PALABRAS CLAVE: Desnutrición; personas mayores; cribado nutricional; cuidados enfermeros; GLIM.

03 ANTECEDENTES

El exceso de peso no excluye el riesgo de desnutrición. ESPEN recomienda cribar de forma rutinaria a todas las personas mayores, también con sobrepeso u obesidad. [1]

04 OBJETIVOS

Sintetizar recomendaciones de detección y atención nutricional; proponer una respuesta enfermera que conecte el cribado con la valoración y el seguimiento.

05 MÉTODO

Consulta web dirigida (06/11/2026). Selección intencional de una guía práctica y un consenso actualizado. Extracción de recomendaciones sobre cribado, diagnóstico y apoyo nutricional. Síntesis narrativa, sin búsqueda exhaustiva ni evaluación formal del sesgo. [1,2]

06 RESULTADOS DE LA SÍNTESIS

CRIBAR ≠ DIAGNOSTICAR

Una herramienta validada identifica riesgo; no confirma por sí sola desnutrición. [1,2]

Confirmación diagnóstica GLIM [2]

≥1 FENOTÍPICO

Pérdida de peso involuntaria.
IMC bajo.
Masa muscular reducida.

\+

≥1 ETIOLÓGICO

Ingesta o asimilación reducida.
Inflamación / carga de enfermedad.

Valorar los cinco criterios y aplicar sus umbrales; el esquema no sustituye la evaluación clínica. [2]

≥1 g/kg/día

Proteína: referencia mínima de ESPEN para mayores; ajustar a estado nutricional, actividad, enfermedad y tolerancia. [1]

No es una pauta universal ni una prescripción individual.

DEL RIESGO A LA ACCIÓN

Propuesta de circuito

1. **DETECTAR**
   Cribado validado y registro de cambios de peso e ingesta.
2. **VALORAR**
   Coordinar evaluación nutricional; explorar barreras para comer y deglutir.
3. **PERSONALIZAR**
   Plan acordado con el equipo y la persona: dieta, ayuda para comer y apoyos según valoración.
4. **REEVALUAR**
   Registrar ingesta, peso y cumplimiento del plan; ajustar apoyos y seguimiento.

Evaluación futura: cobertura del cribado, planes tras resultado de riesgo y cambios de peso e ingesta.

07 CONCLUSIONES

Detectar el riesgo solo es útil si se transforma en un plan de cuidados.

La síntesis apoya cribar, valorar e individualizar. La eficacia del circuito propuesto requiere evaluación.

[1] Volkert D, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2022;41(4):958–989. doi:10.1016/j.clnu.2022.01.024.

[2] Jensen GL, et al. GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: a 5-year update. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2025;49(4):414–427. doi:10.1002/jpen.2756.

Enfermagem e família no envelhecimento saudável na comunidade: revisão scoping

Intervenções de enfermagem dirigidas a famílias que integram pessoas com 65 ou mais anos

Palavras-chave: idoso; enfermagem familiar; envelhecimento saudável; cuidadores; cuidados de saúde primários

Resumo

O envelhecimento demográfico exige respostas comunitárias que promovam a autonomia e a permanência segura das pessoas idosas no seu contexto de vida, onde a família é contexto, recurso e alvo da intervenção de enfermagem. Esta revisão scoping mapeou as intervenções de enfermagem dirigidas a famílias que integram pessoas com 65 ou mais anos, residentes na comunidade. Os 14 estudos incluídos (2006–2025) organizaram-se em cinco eixos de intervenção. As intervenções que combinam capacitação, suporte relacional, acompanhamento longitudinal e articulação comunitária parecem promissoras, mas a evidência é heterogénea.

Antecedentes

- Cerca de um quarto da população residente em Portugal tem 65 ou mais anos (INE, 2023).
- O envelhecimento saudável centra-se na capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (OMS, 2015).
- A família é contexto, recurso e alvo da intervenção de enfermagem, mas a evidência sobre intervenções dirigidas à família continua dispersa.

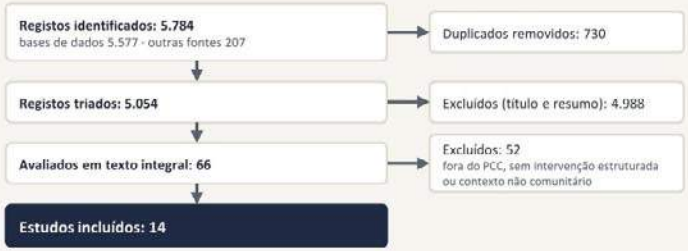
Objetivo

Mapear as intervenções de enfermagem dirigidas a famílias que integram pessoas com 65 ou mais anos, residentes na comunidade, no âmbito da promoção do envelhecimento saudável.

Método

Desenho: revisão scoping segundo o JBI, reportada pela PRISMA-ScR; protocolo registado na OSF.
PCC: famílias com pessoas de 65+ anos · intervenções de enfermagem dirigidas à família · comunidade.
Fontes: CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health, MedicLatina (EBSCOhost), CENTRAL, Google Académico e RCAAP; abril–maio de 2026.
Critérios: estudos primários publicados desde 2002, em português, inglês, espanhol ou francês.
Seleção e extração: dois revisores independentes, com apoio do Rayyan.
Limitações: heterogeneidade de desenhos, contextos e outcomes; uma revisão scoping não avalia a efetividade comparativa das intervenções.

Seleção dos estudos (PRISMA-ScR)



OS 14 ESTUDOS · PUBLICADOS ENTRE 2006 E 2025

Desenho		Região	
Randomizados	5	Europa	5
Quasi-experimentais	8	Ásia	5
Descritivo	1	América do Norte	2
		América Latina	1
		Oceânia	1

Contextos: domicílio, cuidados de saúde primários, cuidados domiciliários, centros e programas comunitários.

O papel do enfermeiro nas intervenções

- Educador e capacitador da família e do cuidador
- Facilitador da comunicação e da clarificação de papéis familiares
- Gestor de caso e navegador no sistema de saúde
- Articulador com recursos formais e comunitários

Desenho e região contados a partir da tabela de caracterização dos estudos incluídos.

Cinco eixos de intervenção

1. **Educação e capacitação** — 6 estudos
   educação para a saúde, treino de competências, manuais, demonstrações
2. **Suporte psicossocial e coping** — 5 estudos
   gestão do stress, aconselhamento, reestruturação cognitiva
3. **Gestão de casos e transição** — 5 estudos
   plano individualizado, follow-up, navegação no sistema
4. **Abordagens relacionais e sistémicas** — 4 estudos
   conversas familiares, clarificação de papéis, objetivos partilhados
5. **Preventivas e comunitárias** — 5 estudos
   quedas, fragilidade, solidão, nutrição, segurança

Um estudo pode integrar mais do que um eixo.

Envelhecer em casa: resultados relevantes para a Silver Economy

- Menos horas de cuidados profissionais no domicílio (Broekema et al., 2020)
- Menos quedas recorrentes e menor progressão da fragilidade (Franse et al., 2018)
- Potencial redução de custos por menor recurso à urgência (Markle-Reid et al., 2021)
- Qualidade de vida dos cuidadores melhorada e mantida aos 12 meses, em Espanha (Rico-Blázquez et al., 2021)

Conclusões

1. A família é alvo, mediadora e parceira da intervenção de enfermagem na promoção do envelhecimento saudável na comunidade.
2. As intervenções mais promissoras combinam capacitação, suporte relacional, acompanhamento longitudinal e articulação comunitária.
3. Ganhos em preparação para cuidar e autoeficácia nem sempre se traduzem em qualidade de vida global.
4. É necessário aprofundar a investigação sobre os componentes das intervenções, explicitar o papel do enfermeiro e avaliar a custo-efetividade nos cuidados de saúde primários.

Referências

Broekema, S., Paans, W., Roodbol, P. F., & Luttik, M. L. A. (2020). Effects of family nursing conversations on families in home health care. *Journal of Advanced Nursing, 77*(1), 231–243.
Franse, C. B., et al. (2018). The effectiveness of a coordinated preventive care approach for healthy ageing (UHCE) among older persons in five European cities. *International Journal of Nursing Studies, 88*.
Instituto Nacional de Estatística. (2023). Pordata analisa situação da população com 65 e mais anos em Portugal.
Markle-Reid, M., et al. (2021). Effectiveness of a nurse-led hospital-to-home transitional care intervention for older adults with multimorbidity and depressive symptoms. *PLoS ONE, 16*(7), e0254573.
Peters, M. D. J., et al. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. JBI.
Rico-Blázquez, M., et al. (2021). Effectiveness of a home-based nursing support and cognitive restructuring intervention on the quality of life of family caregivers in primary care. *International Journal of Nursing Studies, 120*, 103955.
Tricco, A. C., et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467–473.
World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.

Calidad del sueño y envejecimiento

Prevalencia, factores asociados e implicaciones para la práctica clínica



252 **estudios incluidos**
995.544 participantes · 36 países

40% **mala calidad del sueño**
Estimación agrupada mundial

45% **alteraciones del sueño**
IC 95%: 40–50% · PSQI

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El envejecimiento modifica la arquitectura y el horario del sueño, pero los trastornos no deben considerarse inevitables. Las revisiones muestran una elevada frecuencia de mala calidad del sueño, insomnio y apnea obstructiva. La magnitud varía según instrumento, país, edad y contexto asistencial.

Sueño, Envejecimiento, Calidad de Vida, Salud

ANTECEDENTES

Con la edad pueden adelantarse los ritmos circadianos, fragmentarse el descanso y reducirse el sueño profundo. Dolor, multimorbilidad, síntomas depresivos, nocturia, polifarmacia y cambios ambientales pueden contribuir. La salud del sueño integra duración, continuidad, horario, alerta diurna y percepción subjetiva.

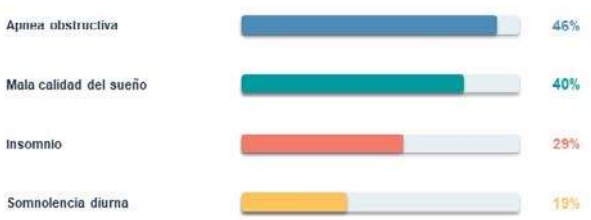
OBJETIVO

Anañizar la prevalencia que presentan los problemas de sueño en personas mayores y qué consecuencias clínicas se han relacionado con una peor salud del sueño

METODOLOGÍA

Síntesis narrativa de revisiones sistemáticas/metaanálisis y una revisión de alcance, publicadas en 2024–2025. Se priorizaron estudios en personas ≥60–65 años residentes en la comunidad. Se extrajeron número de estudios, participantes, prevalencias y asociaciones descritas. No se recalcularon estimaciones.

PREVALENCIA AGRUPADA



Cifras de estimaciones globales

RESULTADOS

- Metaanálisis 2025: 41 artículos y 71.607 participantes; alteraciones del sueño por PSQI: 45% (IC 95%: 40–50%).
- La prevalencia fue mayor en ≥70 años (48%) que en ≥60 años (41%).
- Una revisión de alcance encontró señales de asociación entre varias dimensiones de sueño deficiente y depresión, fragilidad, costes sanitarios y mortalidad; se necesitan estudios confirmatorios.

CONCLUSIONES

La mala calidad del sueño es frecuente y clínicamente relevante, pero no es una consecuencia inevitable de envejecer. Conviene evaluar sueño, somnolencia, síntomas de apnea, ánimo, dolor y medicación. La intervención debe individualizarse; la terapia cognitivo conductual para el insomnio es una opción de primera línea cuando está indicada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Canever JB, et al. Worldwide prevalence of sleep problems in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med. 2024;119:118-134. doi:10.1016/j.sleep.2024.03.040
2. Fu T, Guo R, Wang H, Yu S, Wu Y. The prevalence and risk factors of sleep disturbances in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. Sleep Breath. 2025;29(1):110. doi:10.1007/s11325-025-03276-6
3. Öberg S, et al. The existing state of knowledge about sleep health in community-dwelling older persons: a scoping review. Ann Med. 2024;56(1):2353377. doi:10.1080/07853890.2024.2353377



"Cribado de cáncer de mama; salvando vidas"

VIII Congreso Internacional Silver Economy

Autores: Blanco Alberca, Mª Ángeles; Alberca Guerrero, Elena; Fernández de la Vega, Elisabeth; Martín Martín, Susana; Juanes Fernández, Lorena; Herrero Moralejo, Marta; Mezquita Fernández, Rosa Mª; Fernández Castaño, Fernanda; Quijada Gil, Teresa.



Resumen

El Cribado de Cáncer de Mama se realiza mediante mamografías bilaterales con doble proyección con una periodicidad general de 2 años. Cuenta con un estricto control de calidad que incluye doble lectura independiente por parte de radiólogos especialistas.

Palabras clave

Cribado, cáncer mama, mamografía, mujer.

Objetivo

Evaluar el impacto de las mamografías de cribado y la tasa da participación por provincias en Castilla y León.

Antecedentes

El cáncer de mama representa la primera causa de muerte tumoral en el sexo femenino en Castilla y León, con una tasa histórica de incidencia de unos 88,5 casos y cerca de 33 fallecimientos por cada 100.000 mujeres al año. El riesgo estimado de padecerlo a lo largo de la vida es del 10%.

Castilla y León amplió en 2024 de forma pionera la franja de edad (comenzando a los 45 y extendiéndose hasta los 74 años) para maximizar el impacto preventivo basándose en las recomendaciones europeas.

Método

Revisión sistemática de literatura científica en bases como PubMed, Web of Science y Cochrane.
Se incluyeron estudios observacionales, ensayos clínicos y metanálisis publicados entre 2014 y 2025.
Se aplicaron criterios PRISMA para selección y análisis de artículos.

Resultados

El programa de cribado poblacional en Castilla y León ha demostrado ser una herramienta altamente eficaz y eficiente para la reducción de la mortalidad por cáncer de mama a nivel regional.
La ampliación del rango de edad (45-74 años) junto con la modernización tecnológica (mamografía digitalizada y doble lectura obligatoria) dota al sistema de excelentes garantías en el control de calidad diagnóstica.
Volumen de actividad: El programa mantiene un rendimiento estable donde se exploran anualmente a más de 121.000 mujeres en toda la comunidad.
Detección de patologías: Gracias al cribado preventivo, se logra diagnosticar de manera anticipada una media de 450 casos de cáncer al año en estadios iniciales.

El cribado reduce la mortalidad en un 40%

La mamografía detecta lesiones dos años antes de que sean palpables

El diagnóstico precoz permite usar tratamientos más eficaces y menos agresivos





Conclusiones

El programa de cribado poblacional en Castilla y León ha demostrado ser una herramienta altamente eficaz y eficiente para la reducción de la mortalidad por cáncer de mama a nivel regional.
La ampliación del rango de edad (45-74 años) junto con la modernización tecnológica (mamografía digitalizada y doble lectura obligatoria) dota al sistema de excelentes garantías en el control de calidad diagnóstica.

Uso correcto de inhaladores en el adulto

Alberca Guerrero Elena, Blanco Alberca Mª Angeles, Fernández de la Vega Elisabeth, Coco Barba Mª Paz

Resumen

Los inhaldaores son el tratamiento principal en enfermedades pulmonares obstructivas. Es necesario asegurar el alcance del medicamento más allá de la zona orofaríngea, por ello es vital que los pacientes sigan la técnica de inhalación recomendada

Objetivos

El presente estudio tiene por objetivo analizar la tasa de error en el uso de inhaladores, conocer los errores más frecuentes y dar a conocer los riesgos que conlleva asi como remarcar la importancia de un seguimiento correcto por parte del personal sanitario.



Palabras clave

Inhalador, errores, presurizado, polvo seco, EPOC, asma.

Método

Revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Búsqueda en bases de datos: PubMed, Scielo, Cuiden.

Resultados

Un mal uso del tratamiento inhalador, conlleva:
-Mayor riesgo de exacerbaciones..
-Peor calidad de vida.
-Más visitas a urgencias y hospitalizaciones.



Antecedentes

Los medicamentos administrados mediante terapia respiratoria están destinados a reducir la inflamación bronquial y mejorar la función pulmonar. Para ello, la vía inhalatoria es mas rápida y eficiente que la vía oral. Sin embargo un gran número de pacientes que requiere este tipo de medicamentos, no utiliza correctamente sus dispositivos afectando a la efectividad del fármaco y llevando al peor control de la enfermedad

Conclusiones

Las tasas de errores en el uso de dispositivos de inhalador son altas, tanto en dispositivos de inhalador de dosis media (pMDI) como en los de polvo seco (DPI). Los errores mas frecuentes son:

- No coordinar inspiración y pulsación.
- No exhalar antes de la inhalación.
- No contener la respiración durante unos segundos.
- Con cámara, no asegurar el sellado adecuado.

Con la debida orientación por parte de un profesional, el 95% domina aspectos técnicos.

TECNOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE CAIDAS EN PERSONAS MAYORES.

OPORTUNIDADES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

01. RESUMEN

Las caídas pueden comprometer la autonomía y la calidad de vida.
La incorporación de tecnologías digitales ofrece nuevas posibilidades de detección, prevención y seguimiento.

02. PALABRAS CLAVE

- Tecnología.
- Envejecimiento.
- Caídas.
- Prevención.
- TIC.

03. ANTECEDENTES



- Caídas = 2ª causa mundial de traumatismo involuntario.
- Mayores de 60 años presentan mayor tasa de mortalidad por caídas.
- La prevención incluye: valoración multifactorial, adaptación del entorno y entrenamiento del equilibrio.
- La tecnología puede aportar monitorización continua, alertas y apoyo a intervenciones preventivas.

04. OBJETIVOS

- Analizar la evidencia reciente sobre tecnologías aplicadas a la prevención de caídas en personas mayores.
- Identificar beneficios, limitaciones y oportunidades para la práctica enfermera.

05. MÉTODO

Revisión sistemática de artículos en español e inglés.



FUENTES:
- PubMed.
- OMS.

TECNOLOGÍAS A ESTUDIO:
- Wearables (dispositivos electrónicos "vestibles").
- Telehealth/teleasistencia.
- Smart home.
- Exergames (videojuegos interactivos.

Pregunta PICO:
P: mayores de 60 años.
I: tecnologías.
C: cuidados convencionales.
O: reducción de caídas







06. RESULTADOS

Telehealth, smart home y exergames:
↓ riesgo de caídas

Exergames:
- Reduce caídas anuales frente a cuidados habituales.
- Persiste la heterogeneidad.

Wereables:
- Efectivos para cribado y estratificación del riesgo.
- Retos de coste y aceptación.

07. CONCLUSIONES

La tecnología ofrece una oportunidad para reforzar la prevención y el seguimiento de las caídas. Su valor aumenta cuando se integra en un plan individualizado de cuidados. Enfermería puede actuar como puente entre la innovación tecnológica y las necesidades reales de las personas mayores.

ARTROSIS DE RODILLA Y PLASMA RICO EN PLAQUETAS: EFICACIA CLÍNICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1.RESUMEN

La artrosis de rodilla provoca dolor (valorado con la escala EVA) y afecta a la función de la articulación (valorado con la escala WOMAC).
El plasma rico en plaquetas (PRP) intraarticular, se investiga como opción terapéutica en comparación con otros tratamientos. La evidencia reciente muestra resultados prometedores, aunque heterogéneos. Los cuidados de enfermería son clave para la seguridad del paciente en este procedimiento.

2.ANTECEDENTES

El PRP es un hemoderivado autólogo cuya composición y preparación varían entre estudios. La heterogeneidad en concentración plaquetaria, leucocitos, pauta y comparadores limita la generalización de resultados.

3.PALABRAS CLAVE

Artrosis de rodilla; plasma rico en plaquetas (PRP); infiltración intraarticular;enfermería perioperatoria; seguridad del paciente

4.OBJETIVOS

1) Sintetizar resultados recientes sobre eficacia y seguridad del PRP en artrosis de rodilla.
2) Identificar aspectos de seguridad y cuidados de enfermería durante la preparación y administración.

8.BIBLIOGRAFÍA







Fotografías: fuente propia.

5.MÉTODO

Revisión bibliográfica con búsqueda en PubMed, MEDLINE, Cochrane Library, SciELO, Biblioteca Virtual en Salud y Google Académico. Periodo objetivo: 21/10/2021–21/10/2026; idiomas español e inglés. Estrategias clínicas y de cuidados por separado.

6.RESULTADOS

Metaanálisis recientes sugieren posible mejoría del dolor y la función a los 6 meses y 12 meses, frente a algunos comparadores, pero los resultados no son uniformes. Se describen reacciones locales como dolor o tumefacción. La composición del PRP dependiendo del volumen de extracción de sangre y los protocolos varían.

7.CONCLUSIONES

El PRP puede mejorar el dolor y la función en algunos pacientes, pero la heterogeneidad impide una conclusión universal. La seguridad requiere preparación estandarizada, asepsia, trazabilidad, vigilancia y educación. Enfermería tiene un papel muy importante en todo este procedimiento:

- Identificación inequívoca, información y consentimiento según procedimiento.
- Verificación de indicación, alergias/contraindicaciones y lateralidad.
- Preparación del campo y material, técnica aséptica de extracción sanguínea; trazabilidad de muestras.
- Coordinación en la obtención/preparación del PRP y etiquetado correcto.
- Apoyo al profesional médico durante la infiltración; vigilancia de tolerancia del paciente y registro.
- Información al alta y signos de alarma conforme al protocolo institucional.

ESTRATEGIAS NUTRICIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA SARCOPENIA Y LA FRAGILIDAD EN LA POBLACIÓN SÉNIOR

Priorización proteica y adaptación de texturas



RESUMEN

El envejecimiento demográfico en Castilla y León incrementa la prevalencia de sarcopenia y desnutrición subclínica. Este trabajo analiza una intervención nutricional práctica centrada en la optimización del aporte proteico y la palatabilidad para preservar la autonomía funcional en adultos mayores.

PALABRAS CLAVE

Sarcopenia, nutrición sénior, proteínas, fragilidad, envejecimiento activo.

ANTECEDENTES

La pérdida progresiva de masa muscular y fuerza asociada a la edad (sarcopenia) acelera la dependencia y el riesgo de caídas. Frecuentemente, las dietas institucionales o domiciliarias en mayores presentan déficits proteicos y carecen de adaptaciones de textura para personas con problemas de masticación.



OBJETIVOS

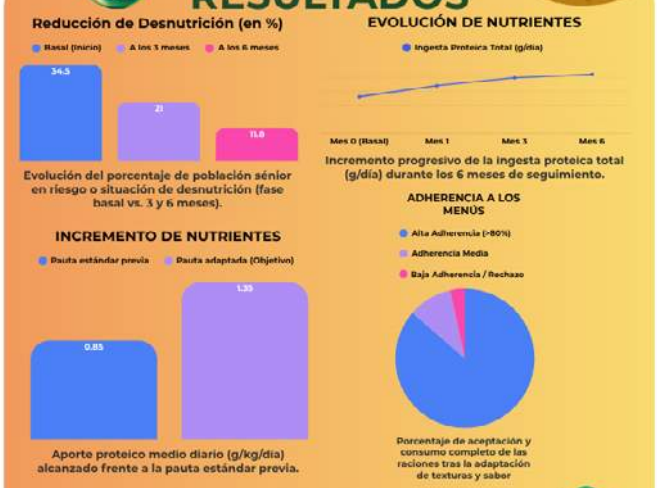
Establecer una pauta nutricional aplicable y sostenible orientada a alcanzar un consumo adecuado de proteínas de alto valor biológico y micronutrientes clave en la población sénior, previniendo la fragilidad sin comprometer la adherencia a la dieta.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión de pautas clínicas de nutrición geriátrica estructurada en los siguientes ejes de intervención:

- Aporte proteico: Optimización del rango recomendado (1.2–1.5 g/kg/día) para frenar la pérdida de masa muscular.
- Adaptación de texturas: Enriquecimiento de preparaciones culinarias tradicionales (cremas densas, purés proteicos) para facilitar la masticación y deglución.
- Distribución: Pauta de ingesta equitativa en las comidas principales del día.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

1. La intervención nutricional basada en la priorización proteica y la adaptación de texturas constituye una herramienta preventiva de bajo coste y alto impacto.
2. La nutrición adaptada en la población sénior resulta clave para preservar la masa muscular, prevenir caídas y retrasar la dependencia.
3. Integrar estas estrategias en las pautas de salud pública y recursos sociosanitarios es fundamental para promover un envejecimiento activo y con calidad de vida.



PROPUESTA DE CIRCUITO ENFERMERO DE ATENCIÓN A LA PRE-FRAGILIDAD Y AUTONOMÍA SILVER

RESUMEN

La población Silver demanda modelos proactivos en Atención Primaria que preserven su capacidad intrínseca. Este trabajo propone un circuito clínico enfermero en tres fases para la detección precoz de la pre-fragilidad, la prescripción de ejercicio multicomponente (VIVIFRAIL), la Receta Social y la monitorización mediante wearables.

ANTECEDENTES

La Silver Economy promueve un envejecimiento activo, saludable e integrado en la comunidad.

La pre-fragilidad es un estado funcional reversible; su abordaje temprano previene la dependencia.

Las recomendaciones genéricas ("caminar 30 min") son insuficientes para la sarcopenia subclínica.

OBJETIVOS

Diseñar un circuito de atención enfermera en Atención Primaria estructurado en tres fases para la detección, tratamiento y seguimiento de la pre-fragilidad en adultos mayores activos.

Integrar herramientas validadas (SPPB, VIVIFRAIL, Receta Social y salud digital) en la consulta comunitaria.

PALABRAS CLAVE

Anciano Activo; Evaluación Funcional; Ejercicio Físico; Prescripción Social; Tecnología Portable.

CIRCUITO PRE-FRAGILIDAD SILVER

01 FASE 1 · VALORACIÓN INTEGRAL (SPPB)

Consulta Inicial (15 min)

Criba de pre-fragilidad mediante batería SPPB (objetivo: 7-9 puntos).

Anamnesis de la red social y detección de soledad no deseada.

02 FASE 2 · PRESCRIPCIÓN ADAPTADA (VIVIFRAIL & RECETA SOCIAL)

Consulta de Planificación (15 min)

- Plan de ejercicio físico multicomponente adaptado (Programa VIVIFRAIL).
- Derivación mediante Receta Social a activos de salud y recursos comunitarios.

03 FASE 3 · MONITORIZACIÓN AUTÓNOMA (WEARABLES & eHEALTH)

Consultas de Seguimiento (10 min)

Capacitación en eHealth Literacy para el uso de relojes inteligentes o apps de pasos.

Autogestión y análisis compartido de datos en revisiones periódicas.

CONCLUSIONES

El circuito "Silver-Care" ofrece un modelo proactivo, factible y científicamente respaldado en Atención Primaria. Permite abordar la pre-fragilidad y fomentar la independencia del adulto mayor sin interferir en su vida social.

RESULTADOS ESPERADOS

1–2	Reversión de la situación de pre-fragilidad mediante un incremento estimado de 1 a 2 puntos en la escala SPPB tras 12 semanas de intervención.
>25%	Aumento superior al 25% en la adherencia al ejercicio físico gracias a la retroalimentación de los wearables.
<	Reducción del riesgo de soledad no deseada mediante la integración en activos de salud comunitarios.
3	El circuito demuestra factibilidad operativa al estructurarse en 3 consultas breves compatibles con la presión asistencial.

METODOLOGÍA

Escanee aquí para acceder al documento metodológico extendido y referencias.

DETERIORO FUNCIONAL ASOCIADO A LA HOSPITALIZACIÓN EN PERSONAS MAYORES



ANTECEDENTES

La hospitalización por procesos agudos constituye un factor de riesgo para el deterioro de la capacidad funcional en las personas mayores, pudiendo generar una pérdida de autonomía que trasciende las consecuencias directas de la enfermedad que motiva el ingreso. Este fenómeno de especial relevancia en el ámbito de la atención geriátrica, representa un importante reto asistencial.

PALABRAS CLAVE

- Delirio
- Hospitalización
- Personas mayores
- Deterioro funcional
- Deterioro cognitivo

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones enfermeras dirigidas a prevenir el deterioro funcional y preservar la autonomía. Conocer las barreras para su aplicación y proponer recomendaciones



MÉTODO

Realizamos una revisión sistemática en las siguientes bases de datos: Biblioteca Cochrane, Scielo, Google Académico, Pubmed. Incluimos artículos publicados desde el año 2018 a texto completo en inglés y español.

RESULTADOS

Analizamos sistemáticamente cuatro estudios y se identificó que la hospitalización de la persona mayor es un factor determinante para el deterioro funcional asociado a enfermedades crónicas, trastornos psiquiátricos y situaciones inherentes a la hospitalización que influyen significativamente en el deterioro funcional. Las afectaciones cardiacas se asocian principalmente al deterioro funcional.

CONCLUSIONES

El deterioro funcional hospitalario es una entidad muy frecuente entre la población adulta mayor, de origen multifactorial, con múltiples complicaciones asociadas. Es importante realizar una identificación temprana de los pacientes en riesgo para poder iniciar intervenciones a favor de promover la autonomía y la recuperación funcional en este grupo poblacional. Se encuentran múltiples intervenciones, una de las más importantes es la actividad física; sin embargo, aunque se conocen sus beneficios potenciales para prevenir fragilidad y dependencia, condiciones de impacto en las funciones físicas y cognitivas, no existen modelos metodológicos para la prescripción de ejercicio físico para personas mayores en nuestro entorno hospitalario.

BIBLIOGRAFIA

1. Ocampo-Chaparro, J. M., Mosquera-Jiménez, J. I., Davis, A. S., & Reyes-Ortiz, C. A. (2018). Deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *53*(1), 19-22.
2. Gómez-Zuil, T., Morcillo-Muñoz, E., Carballeira-Jiménez, S., Frías-García, I., Galán-Zuheros, R. M., Gómez-Sanz, M., ... & Vico-Díaz-Parreño, G. (2024). Deterioro funcional del paciente anciano hospitalizado. *Gerokomos*, *35*(4), 216-222.
3. Pacheco, B., Venegas-Sanabria, L. C., & Chavarro-Carvajal, D. A. (2020). Deterioro funcional hospitalario y posibles intervenciones desde la actividad física, una revisión de la literatura. *Arch Med Deporte*, *37*(6), 430-5.

Efecto de la estimulación rítmica por conducción ósea en el control motor y la interferencia cognitiva-motora en la enfermedad de Parkinson: estudio cuantitativo pre-post

(Autora: Sagrario Pérez- de la Cruz)

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson altera la marcha, el equilibrio y la doble tarea (cognitivo-motora), elevando el riesgo de caídas. Este estudio pre-post evalúa el impacto de la estimulación auditiva rítmica por conducción ósea en 26 pacientes. Tras la intervención, se observaron mejoras estadísticamente significativas ($p < 0{,}001$) en todas las variables: mayor agilidad en doble tarea (Test Up and Go TUG-Cognitivo: $-4{,}35$ s), mayor fuerza funcional (+1,65 reps), mejor equilibrio (Berg: +3,23 puntos) y más capacidad aeróbica. La conducción ósea automatiza la marcha y libera atención sin aislar acústicamente al paciente, siendo una herramienta innovadora y segura para la neurorehabilitación.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, conducción ósea, estimulación auditiva, interferencia cognitivo-motora, equilibrio, marcha, doble tarea.

ANTECEDENTES

El Parkinson altera la marcha y el equilibrio, empeorando durante situaciones de doble tarea (interferencia cognitivo-motora) y aumentando el riesgo de caídas.

Limitación actual: Los auriculares convencionales por conducción aérea aíslan al paciente del entorno.

Innovación: La ***conducción ósea*** (*bone-conduction cueing*) transmite el ritmo vía ósea, manteniendo la vía aérea libre para percibir sonidos ambientales y mejorar la seguridad.

OBJETIVOS

General: evaluar el impacto de la estimulación rítmica por conducción ósea sobre la movilidad, el equilibrio y la interferencia cognitivo-motora en el Parkinson.

Específicos: Cuantificar cambios en agilidad y doble tarea (Batería TUG)// Analizar la fuerza de miembros inferiores (30s CST) y control postural (BBS)// Medir la resistencia en marcha (2MWT)

MÉTODO

Diseño: cuantitativo pre-post cuasiexperimental.

Muestra: n = 26 pacientes (edad: $70{,}3 \pm 7$ años; Años de evolución: $6{,}9 \pm 3{,}8$ años).

Intervención: marcapasos auditivo por conducción ósea.

Variables y pruebas:

- *Doble tarea y agilidad:* Test Up and Go (Normal, Manual, Cognitivo, Manual+Cognitivo).
- *Fuerza de miembros inferiores:* 30-Second Chair Stand Test (30s CST).
- *Equilibrio:* Escala de Berg (BBS).
- *Resistencia:* Marcha de 2 Minutos (2MWT).

Estadística: prueba *t*pareada / Wilcoxon y *d*de Cohen.

RESULTADOS

Variable Evaluada	Basal (PRE)	Post-Intervención	Diferencia Absoluta	Significación (p)	Tamaño Efecto (d)
TUG Cognitivo (s)	23.38 ± 12.68 s	19.04 ± 9.63 s	-4.35 s	p = 0.000011	d = -0.77 (Alto)
30s CST (repeticiones)	8.69 ± 3.34 reps	10.35 ± 3.20 reps	+1.65 reps	$p = 3.4\times10^{-10}$	d = 1.96 (Masivo)
Escala Berg - BBS (puntos)	25.58 ± 7.39 pts	28.81 ± 6.79 pts	+3.23 pts	$p = 3.5\times10^{-7}$	d = 1.34 (Muy Alto)
TUG Manual (s)	Pre-test basal	Post-test óptimo	-2.58 s	p < 0.001	Significativo
TUG Normal (s)	Pre-test basal	Post-test óptimo	-1.73 s	p < 0.001	Significativo
2MWT Resistencia (m)	32.81 ± 10.67 m	35.27 ± 10.72 m	+2.46 m	p < 0.001	d = 1.28 (Muy Alto)

CONCLUSIONES

- La gran mejora en el TUG Cognitivo confirma que la estimulación actúa como un "marcapasos externo" que automatiza la marcha y libera atención cortical.
- Las ganancias en la Escala de Berg (+3,23 puntos) y en fuerza de miembros inferiores reflejan un impacto directo en la estabilidad.
- La conducción ósea es una alternativa eficaz, no invasiva y segura al no aislar al paciente del entorno sonoro.

BIBLIOGRAFÍA: Dalla Bella S, Benoit CE, Farrugia N, Keller PE, Obrig H, Mainka S, et al. Gait improvement via rhythmic auditory stimulation in Parkinson's disease is linked to rhythmic skills. Sci Rep. 2017;7(1):42005.// Ghai S, Ghai I, Schmitz G, Effenberg AO. Effect of rhythmic auditory cueing on parkinsonian gait: A systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2018;8(1):506.// Rutz DG, Benninger DH. Physical Therapy for Freezing of Gait and Gait Impairments in Parkinson Disease: A Systematic Review. PM R. 2020 Nov;12(11):1140-1156.

Abordaje Interdisciplinar del Dolor Crónico en el Paciente Mayor: Del Intervencionismo al Afrontamiento Activo

RESUMEN: El dolor crónico afecta a más del 60% de la población mayor de 65 años, impactando drásticamente en su fragilidad, estado cognitivo y autonomía. El manejo farmacológico clásico presenta un elevado riesgo de efectos adversos debido a los cambios farmacocinéticos propios de la edad. El paradigma actual exige una transición hacia modelos biopsicosociales centrados en la recuperación funcional.

PALABRAS CLAVE: Dolor crónico; Anciano; Anestesiología; Afrontamiento activo; Ejercicio físico.

ANTECEDENTES: El ejercicio es una herramienta analgésica de primer orden respaldada por la evidencia:

- Mecanismo biológico: Estimula la analgesia endógena (liberación de opioides y cannabinoides endógenos) y reduce la neuroinflamación sistémica de bajo grado.
- Beneficios clínicos en el anciano: Revierte la sarcopenia, mejora el equilibrio (reduciendo el riesgo de caídas), disminuye la rigidez articular y rompe el círculo vicioso Dolor → Inmovilidad → Más Dolor.
- Prescripción: Ejercicio multicomponente adaptado (fuerza progresiva, flexibilidad y equilibrio).

OBJETIVOS: Evaluar el impacto clínico de una estrategia multimodal basada en el intervencionismo analgésico del anestesiólogo, las Unidades de Afrontamiento Activo del Dolor y el ejercicio físico multicomponente en el paciente anciano.

Variable Evaluada	Situación Basal	Tras T.Física	Cambio Clínico
Kinesiofobia *(Escala Tampa - TSK-11)*	38.2 puntos (Alta)	21.4 puntos (Baja)	**- 44%** (Menor miedo al movimiento)
Catastrofismo *(Escala PCS)*	34.5 puntos	14.1 puntos	**- 59%** (Mayor resiliencia)
Capacidad Funcional *(Índice de Barthel)*	70 puntos (Dep. moderada)	90 puntos (Dep. leve/indep.)	**+ 20 pts** (Recuperación de autonomía)

MÉTODO: Análisis clínico y revisión de indicadores de salud en 20 pacientes mayores de 65 años con dolor crónico severo, sometidos a un programa combinado de 12 semanas que integró: técnicas intervencionistas avanzadas, educación en neurociencia del dolor y ejercicio terapéutico de fuerza y equilibrio. Se analizaron escalas validadas de satisfacción (CSQ-8/PTSS), kinesiofobia (TSK-11), catastrofismo (PCS) y capacidad funcional (Índice de Barthel).

RESULTADOS: Un 86% de los pacientes reportó una alta satisfacción global con el abordaje multimodal. Tras el tratamiento, se registró una reducción del 44% en los niveles de kinesiofobia ($p<0.05$) y una disminución del 59% en el catastrofismo. La capacidad funcional mejoró significativamente, reflejada en un incremento medio de 20 puntos en el Índice de Barthel. Asimismo, se logró una desescalada de opioides y AINEs en el 68% de los casos y una reducción del 45% en las consultas de urgencias por efectos adversos farmacológicos.

CONCLUSIONES: El tratamiento del dolor crónico en el anciano debe priorizar la autonomía funcional sobre la analgesia pasiva. El anestesiólogo ejerce un rol crítico al mitigar el dolor severo mediante técnicas avanzadas, abriendo una ventana analgésica segura que facilita la incorporación exitosa del paciente a los programas de afrontamiento activo y ejercicio físico.

Envejecer con trastorno mental en España: situación actual y desafios para unos cuidados integrales.

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

1. RESUMEN

El envejecimiento de las personas con trastorno mental plantea importantes desafíos sociosanitarios. Esta síntesis narrativa analiza la situación epidemiológica, las necesidades y las oportunidades de mejora.

2. PALABRAS CLAVE

Envejecimiento; Trastorno mental; España.

3. INTRODUCCIÓN

En 2026, España tiene 49.801.559 habitantes. Los ancianos mayores de 65 años son 21.1% (casi 10 millones), en 2076 serán el 30.9%.

El envejecimiento poblacional incrementa las necesidades de atención a la salud mental. Conocer sus necesidades resulta fundamental para adaptar la atención sociosanitaria, prevenir complicaciones y favorecer un envejecimiento saludable e inclusivo.



4. OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la situación del envejecimiento de las personas con trastornos mentales en España.

Objetivos específicos

- Describir los principales riesgos y necesidades.
- Identificar oportunidades de mejora.

5. MÉTODOS

- **Diseño:** revisión narrativa documental.
- **Palabras clave:** Aging AND Mental Disorders AND Spain NOT Covid-19 NOT Dementia.
- **Fuentes:** ocho fuentes documentales.
- **Publicaciones:** del 2020 al 2026.

6. RESULTADOS

1. **Principales trastornos mentales:** depresión, ansiedad, los trastornos neurocognitivos, las adicciones y el riesgo de suicidio (línea 024).
2. **Mayor vulnerabilidad y complejidad clínica:** más enfermedades físicas y crónicas, polifarmacia.
3. Mayor mortalidad prematura.
4. **Mayor estigma, discriminación, aislamiento social, soledad no deseada, discapacidad y dependencia.**
5. **Desigualdades territoriales de recursos y barreras asistenciales.**
6. **Deterioro funcional que genera mayores necesidades psicosociales y más barreras asistenciales.**
7. **Brecha digital.**

Oportunidades de mejoras: Reforzar la prevención, Detección precoz, Valoración integral, Cuidados integrales, Formación especializada, Minimizar las diferencias territoriales, aumentar la coordinación de servicios, Fortalecer redes familiares y comunitarias, **Concienciación** (#ConectaConLaVida, "Tenemos que hablar de esto", "Esucha tu mente"), y **Uso de** la tecnología y teleaistencia (Amaña-App, Enré@te, Oroi Wellbeing, SALUTA APP, "Adopta a un abuelo").

7. CONCLUSIONES

1. **Atención integral:** abordar holísticamente la salud física, mental y social, anticipando la cronicidad y la discapacidad. Para mantener la autonomía, la dignidad y mejorar la calidad de vida.
2. **Continuidad y equidad:** reforzar los recursos especializados y comunitarios, y adaptar los apoyos a las necesidades individuales y territoriales.
3. **Impacto en enfermería:** la valoración biopsicosocial, el seguimiento de enfermedades crónicas, la prevención del suicidio, la revisión de tratamientos y el acompañamiento a personas y cuidadores.

MENSAJE CLAVE

Envejecer con un trastorno mental requiere prevenir, acompañar y cuidar desde una atención integral, humanizada y centrada en la persona.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY | ÁREA CLÍNICA & GERONTOTECNOLOGÍA

Prevención de Caídas en el Anciano mediante Sensorización Inercial y Valoración Enfermera

1. RESUMEN

Las caídas en ancianos institucionalizados representan un problema sociosanitario crítico. Este estudio evalúa un modelo de intervención enfermera integrado con sensores inerciales (IMU) en la cadera para la detección precoz de patrones biomecánicos inestables. En 120 residentes, la intervención redujo un 42% la incidencia de caídas y optimizó los planes de cuidados individualizados.

2. PALABRAS CLAVE

Prevención de Caídas | Sensorización Inercial | Valoración Enfermera | Gerontotecnología | Silver Economy

3. ANTECEDENTES

- El 35% de las personas mayores de 65 años sufre al menos una caída al año, ascendiendo al 50% en centros residenciales.
- Las caídas generan fracturas, síndrome post-caída y un incremento del 30% en los costes de dependencia sociosanitaria.
- La valoración tradicional de Tinetti presenta limitaciones en la monitorización continua del riesgo dinámico en tiempo real.

4. OBJETIVOS

Objetivo General: Evaluar la efectividad de una plataforma de sensorización inercial continua asociada a planes de cuidados de enfermería para prevenir caídas en ancianos institucionalizados.
Objetivos Específicos: Identificar bio-marcadores cinemáticos de inestabilidad y reducir las complicaciones físicas derivadas de caídas.

5. MÉTODO

Diseño: Estudio cuasiexperimental prospectivo de 6 meses de duración (n=120 residentes ≥75 años).
Intervención: Dispositivo IMU en cinturón lumbar con transmisión IoT + Alertas de marcha inestable procesadas por enfermería para reajuste del Plan de Cuidados.
Variables: Tasa de caídas, Escala Tinetti, tiempo en prueba Timed Up and Go (TUG) y nivel de autonomía (Índice Barthel).



6. RESULTADOS

Las mediciones biomecánicas continuas registraron mejoras significativas a los 6 meses de seguimiento:

Variable	Basal	6 Meses	p-valor
Tasa caídas/usuario/año	1.85	1.07	< 0.001
Tiempo TUG (segundos)	18.4 s	14.2 s	< 0.01
Escala Tinetti (Puntos)	17.2	21.5	< 0.005

-42% Caídas Totales

+25% Equilibrio Tinetti

0 Fracturas Graves

7. CONCLUSIONES

1. La integración de la sensorización inercial en la valoración de enfermería permite detectar de forma precoz el deterioro de la marcha antes de que se produzca la caída.
2. Este modelo digital de cuidados optimiza la asignación de recursos, incrementa la seguridad del residente y reduce los elevados costes derivados de las fracturas sociosanitarias en el contexto de la Silver Economy.

BUENAS PRÁCTICAS EN LA INTERVENCIÓN CON MAYORES: MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y SILVER ECONOMY

VIII Congreso Internacional Silver Economy — Modalidad Póster Digital

ÁREA TEMÁTICA
Intervención Social

1 RESUMEN

El modelo asistencial para personas mayores está evolucionando desde un enfoque tradicional centrado en la tarea hacia el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP).

Este trabajo examina la implantación de buenas prácticas asistenciales, tecnológicas y participativas orientadas a preservar la dignidad, autonomía e historia de vida del adulto mayor en el ámbito institucional y comunitario, evaluando su impacto directo en la calidad de vida y el bienestar socioemocional.

2 PALABRAS CLAVE

Buenas Prácticas · ACP · Autonomía · Calidad de Vida · Silver Economy

3 ANTECEDENTES

- **Transformación asistencial:** El incremento de la longevidad exige superar intervenciones estandarizadas para adoptar modelos respetuosos con las preferencias individuales (**Martínez, 2021**).
- **Enfoque de derechos:** Las directrices de la OMS promueven la autonomía, la preservación de proyectos vitales y el envejecimiento activo (**OMS, 2020**).
- **Reducción de sujeciones:** Evidencias internacionales respaldan programas de intervención libres de sujeciones físicas y químicas (**López & Fernández, 2022**).

4 OBJETIVOS

Objetivo General: Analizar las buenas prácticas de intervención gerontológica basadas en el enfoque de Atención Centrada en la Persona.

Objetivos Específicos:

- Identificar indicadores clave de calidad en la atención personalizada.
- Evaluar la eficacia de la historia de vida en el diseño de planes de atención.
- Proponer estrategias de innovación social adaptables a la Silver Economy.

5 MÉTODO

- **Diseño del estudio:** Estudio descriptivo-analítico y revisión sistemática de literatura científica.
- **Muestra y fuentes:** Evaluación de 15 programas de buenas prácticas gerontológicas acreditadas en España (2019–2024).
- **Instrumentos:** Análisis temático de protocolos ACP, escalas de satisfacción percibida y cuestionarios de calidad de vida (GENCAT).

6 RESULTADOS

- **Mejora del bienestar:** El 88% de centros con modelos ACP registró incrementos significativos en la satisfacción y reducción de trastornos de conducta (**Sánchez et al., 2023**).
- **Preservación de autonomía:** La implementación de historias de vida garantizó un 74% más de participación activa en decisiones.
- **Entornos seguros:** Reducción drástica del riesgo de caídas mediante adecuación del entorno.

88%	+74%	Modelo ACP
SATISFACCIÓN	AUTONOMÍA	ACREDITADO

7 CONCLUSIONES

- Las buenas prácticas orientadas a la ACP transforman la atención gerontológica garantizando la dignidad y libertad del mayor.
- La capacitación continua de profesionales es el motor para afianzar modelos asistenciales no paternalistas.
- La transferencia de estas prácticas fortalece el ecosistema socioeconómico y de cuidados de la Silver Economy.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (NORMATIVA APA 7.ª ED.)

1. López, R., & Fernández, A. (2022). Hacia una atención gerontológica sin sujeciones. *Revista Española de Geriatría*, 57(3), 145-152.
2. Martínez, T. (2021). *La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos*. Editorial Síntesis.
3. Organización Mundial de la Salud. (2020). *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*. OMS.
4. Sánchez, C., Ruiz, M., & Villar, F. (2023). Evaluación del modelo ACP en entornos residenciales. *Journal of Aging Studies*, 41, 98-110.

RCP

TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS

Reconoce • Actúa • Reanima

La RCP puede mantener la vida hasta que llegue la ayuda profesional.

Espera

Si una persona no responde y no respira **normalmente, no esperes.** Inicia la RCP **de inmediato.**

112 Si es posible, **llama al 112** o pide a alguien que lo haga.



No pierdas tiempo. Cada minuto cuenta.

Qué te digo...



R Reconoce
- Persona inconsciente
- No respira o respira de forma anormal

C Comprime
- 100–120 compresiones/min
- Profundidad: 5–6 cm
- Permite el rebote completo

P Ventila
- 30 compresiones : 2 ventilaciones
- Usa una barrera (mascarilla o paño)
- Si no puedes ventilar, solo comprime

RCP: 30 compresiones + 2 ventilaciones
(continúa hasta que llegue ayuda o la persona recupere la respiración).

Resumen

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una secuencia de maniobras que mantiene la circulación y la oxigenación en una persona en paro cardiorrespiratorio hasta que llega ayuda profesional. Su inicio precoz incrementa significativamente la supervivencia.

Palabras clave

RCP; paro cardiorrespiratorio; compresiones torácicas; ventilación; supervivencia; primeros auxilios.

Antecedentes

- El paro cardiorrespiratorio (PCR) es una de las principales causas de muerte en el mundo.
- La RCP fue descrita por primera vez en 1956 por Kouwenhoven y colaboradores.
- Las guías actuales (AHA/ERC) recomiendan iniciar la RCP de inmediato, con énfasis en las compresiones torácicas de alta calidad.
- La supervivencia extrahospitalaria sigue siendo baja, lo que refuerza la importancia de la formación en RCP en la población general.

Objetivos

- **General:** aumentar la supervivencia en el paro cardiorrespiratorio mediante la aplicación oportuna y correcta de la RCP.
- **Específicos:**
  - Reconocer rápidamente un PCR.
  - Aplicar la secuencia de RCP básica.
  - Mejorar la calidad de las compresiones torácicas.
  - Fomentar la formación en RCP en la comunidad.

Método

- **Diseño:** revisión bibliográfica y análisis de guías de práctica clínica.
- **Fuentes:** bases de datos (PubMed, Scopus, Cochrane, Google Scholar).
- **Criterios de inclusión:** guías internacionales (AHA, ERC), artículos sobre RCP en adultos.
- **Criterios de exclusión:** estudios en población pediátrica exclusiva, artículos >10 años sin actualización.
- **Análisis:** síntesis de la evidencia y elaboración de recomendaciones.

Resultados

- La RCP inmediata duplica o triplica la probabilidad de supervivencia.
- Las compresiones torácicas de alta calidad (100–120/min, 5–6 cm) son clave para mantener la perfusión.
- La ventilación se asocia a mejor oxigenación, aunque las compresiones solas son mejores que no hacer nada.
- La formación en RCP mejora la confianza y la capacidad de respuesta de la población.

Conclusiones

- La RCP es una intervención segura, simple y efectiva.
- Su inicio precoz y la calidad de las compresiones determinan la supervivencia.
- Es fundamental la formación continua y la disponibilidad de desfibriladores externos automáticos (DEA) en espacios públicos.
- Todos podemos aprender RCP y marcar la diferencia.

La diferencia está en tus manos



Bibliografía

1. Kleinman ME, Goldberger ZD, Rea T, et al. 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015;132(18 Suppl 2):S315–67.
2. Nolan JP, Soar J, Cariou A, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. Resuscitation. 2021;161:1–60.
3. Perkins GD, Handley AJ, Koster RW, et al. Adult Basic Life Support. Resuscitation. 2015;95: e27–e29.
4. World Health Organization. Basic life support and resuscitation. Geneva: WHO; 2020.

1ª autora: Carla Llera Alfageme | **2ª autora:** Laura Bartolomé Iglesias | **3ª autora:** Cecilia Muñoz González

CASO CLÍNICO · FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA

Tortícolis muscular congénita en el lactante: *diagnóstico y tratamiento fisioterápico a propósito de un caso*

Esther Lorenzo García
Fisioterapeuta

01 Resumen

Introducción. La tortícolis muscular congénita (TMC) se debe al acortamiento del músculo esternocleidomastoideo (ECOM) y produce inclinación de la cabeza hacia el lado afecto y rotación hacia el contrario.

Caso. Lactante de 2 meses, mujer, nacida por parto vaginal, con TMC derecha sin nódulo, limitación de la rotación cervical mayor de 30° y plagiocefalia. Recibió 2 sesiones semanales de 30 minutos de estiramientos y movilizaciones pasivas y activas, con educación familiar.

Resultados. Alta a las 6 semanas (12 sesiones) con movilidad cervical completa, mejoría de la plagiocefalia y desarrollo motor normal. La familia participó activamente.

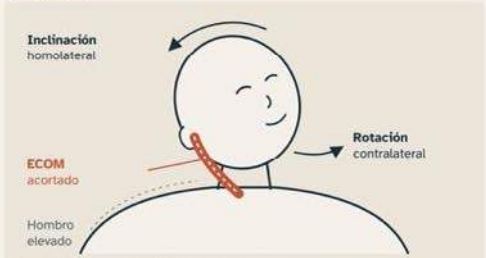
Conclusión. El abordaje conservador precoz, con la familia como parte activa, permitió una evolución favorable pese a una limitación inicial mayor de 30°.

02 Palabras clave

Tortícolis · Lactante · Fisioterapia · Músculo esternocleidomastoideo · Educación familiar

03 Antecedentes

Alteración postural del lactante por **acortamiento del ECOM**. Es más frecuente en varones, tras parto de nalgas y en el lado derecho, y puede asociarse a luxación congénita de cadera.



Postura típica en una TMC derecha (esquema).

CLASIFICACIÓN

- **Muscular** (la más frecuente): tipo I con nódulo palpable en el ECOM; tipo II sin nódulo.
- **No muscular**, a descartar: neuromuscular, ósea, ocular, infecciosa o reumática.

COMPLICACIONES

- Plagiocefalia posicional
- Asimetría facial
- Escoliosis compensatoria
- Dificultades en la alimentación
- Alteraciones del desarrollo motor

Mejor pronóstico si el tratamiento empieza **antes de los 6 meses** y la limitación de la rotación es **menor de 30°**.

04 Objetivos

Describir la valoración y el tratamiento fisioterápico de un lactante con tortícolis muscular congénita.

1. Normalizar el tono postural
2. Recuperar la movilidad cervical
3. Prevenir asimetrías
4. Favorecer el desarrollo psicomotor

05 Método

Paciente: mujer de 2 meses, parto vaginal. TMC derecha sin nódulo palpable (tipo II), limitación de la rotación cervical mayor de 30° y plagiocefalia. Desarrollo motor normal.

VALORACIÓN

Postura en reposo, movilidad cervical activa y pasiva, palpación del ECOM, forma del cráneo y desarrollo psicomotor.

INTERVENCIÓN · 2 SESIONES/SEMANA DE 30 MIN

- **Estiramientos pasivos**: inclinación contralateral y rotación homolateral, primero por separado y luego combinadas.
- **Movilizaciones pasivas** suaves de la columna cervical.
- **Movilidad activa** guiada con juguetes en el sentido de la corrección.

EDUCACIÓN FAMILIAR

- Estiramientos y movilizaciones suaves en casa.
- Cuna, estímulos y alimentación orientados hacia el lado corrector.
- Cambios de posición de la cabeza y tiempo boca abajo, por la plagiocefalia.
- Porteo ergonómico.

06 Resultados

Inicio — 2 meses de edad
12 sesiones — 6 semanas
Alta — semana 6

PARÁMETRO	INICIO	ALTA
Limitación de la rotación cervical	> 30°	Movilidad completa
Plagiocefalia	Sí	Mejorada
Desarrollo motor	Normal	Normal
Implicación familiar	Activa en todo el tratamiento	

07 Conclusiones

- El tratamiento conservador es la primera elección y es más eficaz si se inicia antes de los 6 meses.
- La implicación de la familia es clave para mantener los estiramientos y estímulos en casa.
- **En este caso**, con inicio a los 2 meses, se logró el alta en 6 semanas pese a una limitación inicial mayor de 30°.

Nutrición y Longevidad: El Modelo de Harvard en la Tercera Edad

RESUMEN

Esta revisión integra evidencia científica sobre el modelo nutricional de la Escuela de Salud Pública de Harvard aplicado a la tercera edad. demuestra que la distribución proporcional del 50/25/25 no solo mejora el estado nutricional general, sino que actúa como una intervención no farmacológica eficaz contra la sarcopenia, el estreñimiento crónico y el riesgo cardiovascular, promoviendo una longevidad funcional.

ANTECEDENTES

El envejecimiento se asocia con cambios fisiológicos (menor tasa metabólica, pérdida de masa magra y alteraciones digestivas) que requieren un modelo dietético de alta densidad nutricional.

El Plato para Comer Saludable de Harvard se presenta como la herramienta más robusta frente a las pirámides tradicionales, al enfocarse en la calidad de los macronutrientes.

METODOLOGIA

Se realizó una revisión documental de guías clínicas y estudios científicos (2018-2024) en bases de datos como PubMed y Cochrane, PALABLAS clave (Plato de Harvard, Tercera Edad, Sarcopenia



PALABRAS CLAVE

Actividad física
Envejecimiento
Persona mayor





OBJETIVOS

Sintetizar los beneficios del Plato de Harvard en la prevención de enfermedades crónicas en mayores.

Identificar la superioridad de este modelo visual frente a otros esquemas de porciones.

RESULTADOS

El Plato de Harvard es más efectivo al ser una guía visual directa que no depende de contar calorías.

Tiene beneficios a nivel muscular por consumo de proteínas,a nivel de control glucemicoy a nivel cardiovacular

CONCLUSIÓN

La revisión bibliográfica confirma que el Plato de Harvard es la herramienta más completa para la tercera edad. A diferencia de "MiPlato" (USDA), Harvard distingue entre granos integrales y refinados, y limita las carnes rojas, lo cual es crítico para evitar la inflamación sistémica en adultos mayores. Su simplicidad visual garantiza una mayor adherencia a largo plazo.

CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA Y PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

1 Resumen

- La polimedicación (consumo crónico de 5 o más fármacos) afecta a más del 50% de la población mayor de 65 años debido a la comorbilidad asociada al envejecimiento.
- Este fenómeno incrementa exponencialmente el riesgo de interacciones farmacológicas, reacciones adversas a medicamentos (RAM), duplicidades terapeúticas y cascadas de prescripción.
- El profesional de enfermería, por su cercanía y accesibilidad en el ámbito comunitario y hospitalario, es la figura clave para detectar la falta de adherencia, corregir errores de administración y liderar la educación sanitaria sobre el uso seguro de fármacos.

2 Palabras clave

- Polimedicación
- Adherencia terapeútica
- Anciano
- Error terapeútico

3 Objetivos

Objetivo General:
Evaluar el impacto de una intervención educativa y de conciliación enfermera en la optimización terapéutica del paciente anciano polimedicado.

Objetivos Específicos:

- Identificar los errores más comunes en la administración y almacenamiento de medicamentos en el hogar.
- Disminuir la incidencia de efectos adversos prevenibles relacionados con la medicación en la muestra.

4 Método

- **Diseño**: Estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal, de tipo antes-después.
- **Muestra**: 80 pacientes mayores de 70 años polimedicados (consumidores de ≥ 5 fármacos crónicos) adscritos a un programa de seguimiento enfermero.
- **Herramientas de Valoración**:
  - Test de Morisky-Green (para evaluar la adherencia terapéutica).
  - Criterios de Beers / STOPP-START (herramientas de referencia para detectar prescripciones potencialmente inapropiadas).
- **Intervención**: Revisión exhaustiva del "botiquín casero" por parte de enfermería en consulta. Se realizaron sesiones formativas individuales (explicación de la indicación de cada pastilla, organización de pastilleros semanales, eliminación de fármacos caducados o duplicados) y se coordinó con el médico de atención primaria la propuesta de deprescripción de fármacos innecesarios.



Impacto de la intervención de enfermería en la "No Adherencia Terapéutica (Test de Morisky-Green)" y "Errores Críticos en el Botiquín Casero"



Reducción del 40% en visitas a urgencias gracias al control de la medicación.

5 Resultados

- **Detección de incidencias**: En la primera revisión, el 68% de los pacientes presentaba algún tipo de error (fármacos duplicados, automedicación con analgésicos/AINEs, o conservación inadecuada).
- **Mejora de la adherencia (Morisky-Green)**: Los pacientes considerados "no adherentes" pasaron del 54% al 15% a los 6 meses de la intervención enfermera.
- **Impacto clínico**: Se logró la deprescripción acordada de una media de 1.4 fármacos por paciente (principalmente benzodiacepinas de vida media larga y protectores gástricos innecesarios), reduciendo en un 40% las consultas de urgencias por efectos adversos menores (mareos, caídas por hipotensión u olvidos).

6 Conclusiones

La revisión sistemática del tratamiento por parte de enfermería demuestra ser una herramienta fundamental para humanizar y aligerar la carga

La intervención proactiva de enfermería en la polimedicación mejora drásticamente la adherencia y la seguridad del paciente, evitando riesgos graves y promoviendo un uso racional y eficiente de los recursos sanitarios.

VIII Congreso Internacional Silver Economy
Zamora - 26, 27 y 28 de Noviembre de 2026.

Sacyl Junta de Castilla y León

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY - ZAMORA

EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO DE FUERZA Y CAPACIDAD AERÓBICA EN LA TRANSICIÓN HORMONAL DE LA MENOPAUSIA

Autoras: María Teresa Quijada Gil, Ana Victoria Blanco Fraile, Verónica Galende De Castro, María Ángeles Blanco Alberca, Virginia Sierra Iglesias, Ana Devesa Pastor

1. RESUMEN

La transición hormonal (perimenopausia y menopausia) se caracteriza por un hipoestrogenismo progresivo con importante repercusión en la composición corporal, induciendo sarcopenia y osteoporosis en la mujer madura.

Este estudio presenta una propuesta de intervención no farmacológica basada en el entrenamiento prescriptivo combinado de fuerza (2-3 días/sem) y capacidad aeróbica (150 min/sem) estructurada en 4 bloques para preservar la capacidad funcional y favorecer la Silver Economy.

2. PALABRAS CLAVE

Términos DeCS/MeSH: Menopausia; Sarcopenia; Osteoporosis; Entrenamiento de fuerza; Suelo pélvico; Envejecimiento activo; Silver Economy.

3. ANTECEDENTES

Transición Hormonal: Fluctuación y posterior caída estrogénica permanente con cese definitivo de los ciclos menstruales.

Sarcopenia: Pérdida progresiva e ininterrumpida de masa, fuerza y calidad muscular con deterioro funcional significativo.

Osteoporosis: Reducción acentuada de la densidad mineral ósea (DMO), elevando el riesgo de fracturas por fragilidad.

Impacto Socio-Sanitario: En el marco de la Silver Economy, mantener la autonomía física resulta prioritario para reducir la dependencia en la madurez y vejez.

4. OBJETIVOS

Objetivo Principal: Evaluar la eficacia de un programa combinado de resistencia aeróbica y fuerza con resistencias externas sobre la masa muscular y densidad ósea durante la menopausia.

Objetivos Específicos: 1) Mitigar el riesgo cardiovascular mediante 150 min/semana de ejercicio aeróbico.

2) Optimizar la estabilidad lumbopélvica (core y suelo pélvico) para prevenir la incontinencia urinaria y las caídas.

5. MÉTODO

Dosis Semanal Recomendada: • Aeróbico (Corazón): 150 min/semana de intensidad moderada (caminar, bailar, bicicleta).

• Fuerza (Músculo/Hueso): 2-3 días/semana con cargas externas adaptadas.

Estructura de la Sesión de Entrenamiento: Se propone una sesión dividida en 4 pasos secuenciales:

Paso 1. Calentamiento Dinámico: Activación articular y preparación metabólica.

Paso 2. Bloques de Fuerza: Ejercicios multiarticulares con resistencia externa guiada para mitigar la sarcopenia y la osteoporosis.

Paso 3. Core y Suelo Pélvico: Estabilidad central y prevención activa de prolapsos e incontinencia urinaria (ej. puente de glúteo con control respiratorio).

Paso 4. Vuelta a la Calma: Estiramientos suaves y normalización cardiovascular.

6. RESULTADOS

Tejido Muscular y Fuerza: Freno significativo de la sarcopenia, con incremento de la fuerza máxima y la funcionalidad en actividades de la vida diaria.

Masa Ósea: Preservación de la densidad mineral ósea mediante el estímulo de tracción mecánica sobre la estructura ósea.

Suelo Pélvico y Autonomía: Reducción significativa de episodios de incontinencia urinaria y mejora sustancial de la estabilidad postural lumbopélvica.

7. CONCLUSIONES

1. El entrenamiento combinado de fuerza y capacidad aeróbica constituye la prescripción no farmacológica prioritaria en la menopausia.
2. La inclusión del core y suelo pélvico es fundamental para la prevención activa de caídas e incontinencia en mujeres seniors.
3. Promover este hábito físico fortalece el envejecimiento saludable dentro de la Silver Economy.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022;29(7):767-94.

2. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020;54(24):1451-62.

3. Fragala MS, Kraemer WJ, Staron RS, Gordon SE, Ridout KL, Connell CJ, et al. Resistance training for older adults: position statement from the National Strength and Conditioning Association. J Strength Cond Res. 2019;33(8):2019-52.

4. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10(10):CD005654.

Beneficios de la técnica Mölndal en personas mayores: confort, cicatrización y cuidados enfermeros

Una cura avanzada para un envejecimiento con calidad de vida

Resumen

La técnica Mölndal, que combina un apósito de hidrofibra con un film transparente de poliuretano, se presenta como una opción innovadora en el cuidado de heridas, especialmente en personas mayores. Esta cura en ambiente húmedo favorece una cicatrización más rápida, reduce el dolor y el riesgo de infección, y disminuye la frecuencia de curas, mejorando el confort y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

Técnica Mölndal; heridas; personas mayores; cuidados de enfermería; cicatrización.

Antecedentes

Las personas mayores presentan una piel más frágil, mayor riesgo de lesiones y una cicatrización más lenta. La técnica Mölndal, al mantener un ambiente húmedo controlado, facilita los procesos naturales de reparación tisular y reduce las molestias asociadas a la cura.



Técnica Mölndal

Innovación en el cuidado de heridas

- Previene infecciones
- Reduce el dolor
- Disminuye curas
- Mejora el bienestar

Objetivos

- Analizar los beneficios de la técnica Mölndal en personas mayores.
- Valorar su aplicación en diferentes tipos de heridas.
- Destacar el papel de enfermería en su correcta implementación.

Método

Revisión bibliográfica en bases de datos científicas (PubMed, CINAHL, Cochrane) y guías clínicas recientes sobre la técnica Mölndal y su uso en personas mayores.

Resultados

- Cicatrización más rápida y eficiente.
- Menor dolor y menor frecuencia de curas.
- Reducción del riesgo de infección.
- Mayor confort y bienestar del paciente.

Conclusiones

La técnica Mölndal ofrece múltiples beneficios en el cuidado de heridas en personas mayores: acelera la cicatrización, disminuye el dolor, reduce el riesgo de infección y minimiza la frecuencia de curas. Su uso, junto a una correcta valoración enfermera y un enfoque individualizado, contribuye a un envejecimiento más saludable, autónomo y confortable.

Cuidar bien, también es envejecer mejor

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA AL POLITRAUMATIZADO TRAS ACCIDENTE VIAL CON INTOXICACIÓN AGUDA EN UCI

Resumen

El notable aumento de tóxicos y sustancias de abuso al volante y la disminución de la edad mínima de introducción a las drogas supone un mayor riesgo de ser partícipe de un incidente vial. Es por ello por lo que la prematuridad en el reconocimiento de síndromes tóxicos y asistencia al politraumatizado cobra tanta importancia para brindar unos cuidados enfermeros de calidad y disminuir la tasa de morbimortalidad.

Antecedentes

Una de las causas más frecuentes de ingreso en UCI es el accidente de tráfico y que, según la DGT, ha incrementado en los últimos años tanto la incidencia como los resultados toxipositivos, suponiendo ésta una de las principales causas de los siniestros viales junto con factores geográficos, meteorológicos y edad de los implicados en el mismo, así como el estado de las vías. Frente al paciente crítico intoxicado, se ha de considerar el PAE en cuyas etapas se tendrá en cuenta principalmente la valoración (X)ABCDE pre e intrahospitalario, taxonomías NANDA, NOC y NIC, así como escalas tipo Likert[1,2,3].

Objetivos

Objetivo General

Analizar la estructura de los cuidados de Enfermería en UCI al paciente intoxicado politraumatizado tras un accidente de tráfico.

Objetivos Específicos

- Conocer la clasificación de las diversas drogas.
- Identificar intervenciones principales al intoxicado.
- Abordar la evaluación primaria al politraumatizado, así como la evaluación secundaria.
- Elaborar y ejecutar un plan de cuidados al paciente politraumatizado con sobredosis que ha sufrido un accidente de tráfico.

Palabras clave



Metodología

Población	Politraumatizados tras accidente vial con intoxicación aguda
Concepto	Actuación de enfermería
Contexto	UCI

2016 → 2026

Resultados

Drogas[4,5]
- Depresoras del SNC
- Estimulantes no-psicodélicas del SNC
- Estimulantes psicodélicas del SNC

Intoxicado politraumatizado[6,7]

Prehospitalario (PHTLS)		Hospitalario (ATLS)
Presión directa, hemostáticos, vendaje compresivo, torniquete	X	
Valorar OVACE, aislar vía aérea, inmovilización cervical, FR, $SatO_2$	A	IOT definitiva y SNG para evitar broncoaspiración ("Neumonía 0")
Administrar O_2 (↑ flujo) mediante VMNI o VMI, valorar trauma tórax	B	Establecer parámetros definitivos de VMI y configurar alarmas
Canalizar VVP, valorar relleno capilar e hipotensión permisiva	C	Canalizar arteria (monitorización invasiva), VVC, sedoanalgesia, PTM?
Escala de coma de Glasgow, valorar pupilas y glucemia	D	Reevaluar pupilas, glucemia, RASS y valorar DVE (conocer PIC y PPC)
Comprobar Tª corporal, evitando la hipotermia	E	Canalizar SV (Tª central), valorar antitérmicos o recalentamiento

Conclusiones

1. Una adecuada formación y experiencia en UCI contribuye a una buena calidad de los cuidados[6,7].
2. El reconocimiento precoz de toxíndromes mejora el pronóstico del paciente[8].
3. El uso de la sistemática (X)ABCDE se traduce en una atención enfermera rápida y eficaz, clave en el crítico[6,7].
4. El PAE permite personalizar los cuidados[9,10].

Bibliografía

Circulating IGF-1 levels in relation to physical and cognitive frailty in older adults



ABSTRACT

In 155 older adults, circulating IGF-1 was examined in relation to physical and cognitive frailty. Group comparisons, adjusted regression and sex-stratified ROC analyses identified frailty-related differences and stronger discrimination in men.

KEYWORDS IGF-1 · physical frailty · cognitive frailty · ageing

BACKGROUND

Physical frailty represents a state of diminished physiological reserves[1], while **cognitive frailty** (CF) refers to the coexistence presence of **mild cognitive impairment** (MCI) and physical frailty[2]. Reduced circulating insuline-like growth factor 1 (IGF-1) have been linked to lower muscle mass and strength, increased frailty and disability, and higher mortality in older adults[3].

OBJECTIVE

The **aim** of this study was to explore the association of serum IGF-1 and both physical and cognitive frailty in community-dwelling older adults.

METHODOLOGY

- A total of **155 participants** aged 65–96 years were recruited in Galicia, Spain, through community and nursing centres (Ethics approval 2018/049).
- Cognitive status was assessed with the Spanish version of the Montreal Cognitive Assessment (**MoCA**) questionnaire, physical frailty according to the **frailty phenotype** (FP)[4], and the **frailty index** (FI)[5].
- **Serum** IGF-1 was measured by ELISA under blinded conditions.
- **Statistical analyses**: univariate analyses, and multivariate linear regression adjusted for age, sex, and actual confounders. Receiver operating characteristic (ROC) curves for predictive capacity analyses.

RESULTS

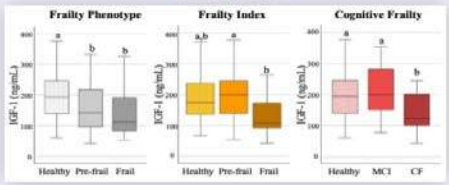
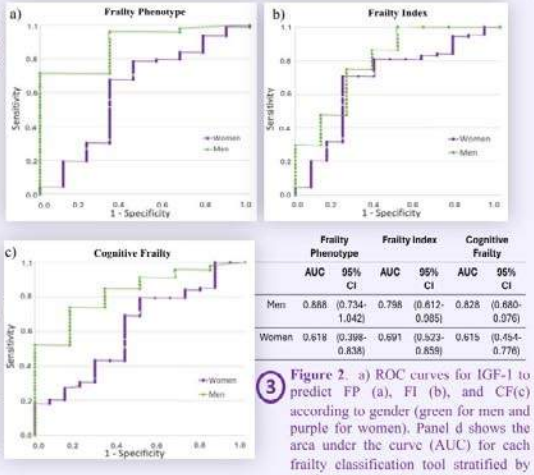


Figure 1. Results of IGF- 1 concentrations according to FP, FI, and CF (univariate analysis). Different letters indicate statistically significant differences between groups.

Table 1. Impact of FP, FI and CF on IGF-1 (multivariate linear regression). Models adjusted for age, gender, smoking habit, and parameter-specific actual confounders.

		Frailty Phenotype			Frailty Index			Cognitive Frailty		
		Healthy	Pre frail	Frail	Healthy	Pre frail	Frail	Healthy	MCI	Cognitive Frail
IGF-1	MR	1	**0.83***	0.94	1	**1.19***	0.93	1	1.12	0.84
	95% CI		(0.70–0.99)	(0.68–1.30)		(1.01–1.41)	(0.70–1.23)		(0.94–1.34)	(0.72–1.11)

MR, mean ratio; CI, confidence interval; CF, cognitive frail; IGF-1, insuline-like growth factor 1. Bold figures indicate statistically significant results. *p<0.05



	Frailty Phenotype		Frailty Index		Cognitive Frailty	
	AUC	95% CI	AUC	95% CI	AUC	95% CI
Men	0.888	(0.734-1.042)	0.798	(0.612-0.985)	0.828	(0.680-0.976)
Women	0.618	(0.398-0.838)	0.691	(0.523-0.859)	0.615	(0.454-0.776)

Figure 2. a) ROC curves for IGF-1 to predict FP (a), FI (b), and CF(c) according to gender (green for men and purple for women). Panel d shows the area under the curve (AUC) for each frailty classification tool stratified by gender.

1. **Univariate analyses:** IGF-1 levels were significantly lower in pre-frail and frail vs. healthy individuals (FP), in frail vs. pre-frail individuals (FI), and in cognitively frail vs. healthy and MCI individuals (CF).
2. **Multivariate analyses:** IGF-1 decreased with frailty (PF), significantly in pre-frail individuals, whereas it increased by according to FI. Lower but not significant levels were observed in CF.
3. **ROC analyses:** IGF-1 showed good-to-excellent predictive performance for frailty in men (AUC ≈ 0.8 or higher), whereas its performance was poorer in women (AUC < 0.7) across all criteria.

CONCLUSIONS

1. Lower IGF-1 levels were associated with physical and cognitive frailty.
2. IGF-1 showed greater predictive ability for physical and cognitive frailty in men than in women.

Acknowledgments: This work was supported by the Spanish Ministry of Science and Innovation: MICIU/AEI/10.13039/501100011033/ [Grant PID2025-167722OB-I00] and Xunta de Galicia (ED431B 2025/26 - ED481A-2025-085 to C.L.A).

REFERENCES

[1] Howlett SE, Rutenberg AD, Rockwood K. The degree of frailty as a translational measure of health in aging. Nat aging. 2021;1:651–65.

[2] Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, et al. Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. J Nutr Health Aging. 2013;17:726–34.

[3] Leng, S. X., Cappola, A. R., Andersen, R. E., Blackman, M. R., Koenig, K., Blair, M., & Walston, J. D. (2004). Serum levels of insulin-like growth factor-I (IGF-I) and dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S), and their relationships with serum interleukin-6, in the geriatric syndrome of frailty. Aging clinical and experimental research, 16(2), 153–157.

[4] Searle SD, et al. A standard procedure for creating a frailty index. BMC Geriatr. 2008;8:24.

[5] Fried LP, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):146–57.

EL HOGAR PREDICTIVO: SENSORES AMBIENTALES Y DOMÓTICA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE CAMBIOS CONDUCTUALES EN ANCIANOS CON DEMENCIA

1. RESUMEN

Introducción: Los ancianos con demencia avanzada sufren frecuentemente descompensaciones agudas que se detectan de forma tardía.
Objetivo: Evaluar un sistema de hogar predictivo basado en domótica no invasiva como herramienta de soporte para la monitorización pasiva y la intervención proactiva de enfermería.
Método: Estudio observacional sobre la integración de sensores ambientales (cama, nevera, baño) conectados a un software de Inteligencia Artificial que aprende las rutinas del paciente y envía alertas a la enfermera gestora de casos ante desviaciones significativas (>2 Desviaciones Estándar).
Resultados: El sistema correlacionó con éxito los patrones anómalos de conducta con el desarrollo precoz de infecciones urinarias, delirio y deshidratación, permitiendo a enfermería activar de forma temprana el protocolo de cribado y toma de muestras a domicilio.
Conclusiones: La domótica predictiva optimiza los cuidados enfermeros en el entorno comunitario, transformando la teleasistencia reactiva clásica en un modelo preventivo que disminuye los ingresos de urgencia y respeta la privacidad del paciente.

2. PALABRAS CLAVES

Hogar predictivo; Sensores ambientales; Enfermería digital; Demencia; Detección precoz; Cuidados proactivos.

3.ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional y la prevalencia de las demencias plantean el reto de mantener a los pacientes de forma segura en sus domicilios. Las complicaciones médicas comunes (infecciones del tracto urinario, deshidratación, síndrome confusional agudo) suelen manifestarse inicialmente a través de cambios sutiles en la conducta y las rutinas biológicas.
En los modelos de teleasistencia tradicionales, el sistema es reactivo: requiere que el paciente o el cuidador (frecuentemente sobrecargado) pulsen un botón tras ocurrir un evento grave (como una caída). Existe una necesidad urgente de herramientas tecnológicas pasivas que apoyen a la enfermería comunitaria en la detección precoz de estos riesgos antes de que se produzca un daño irreversible o un ingreso hospitalario evitable.

4.OBJETIVOS

1. Validar la utilidad clínica de los sensores ambientales no invasivos para la identificación temprana de alteraciones conductuales en el hogar.
2. Definir el circuito de alerta y respuesta asistencial liderado por enfermería ante las desviaciones del patrón de vida habitual del anciano.
3. Prevenir complicaciones mayores (caídas, deshidratación grave, sepsis) mediante la intervención enfermera proactiva a domicilio.

5.MÉTODO

Diseño y Ámbito: Estudio piloto de salud digital en atención primaria y enfermería gestora de casos.
Dispositivos Utilizados (Sin Cámaras):

- Sensores bajo el colchón para monitorizar el sueño.
- Sensores magnéticos en nevera y armarios para registrar hábitos alimentarios.
- Sensores PIR para detectar movimiento en baño y estancias principales.

Análisis de Datos: Registro continuo durante 14 días para establecer la rutina basal personalizada y detectar desviaciones superiores a 2 DE.
Circuito de Intervención: Las desviaciones generan alertas automáticas para la enfermera de referencia, que activa un protocolo de valoración clínica telefónica o presencial.

6.RESULTADOS

Indicador del Sensor	Anomalía Conductual Detectada	Sospecha Clínica / Riesgo	Intervención Proactiva de Enfermería
Sensor de cama	>4 levantadas/noche o agitación nocturna crónica.	Infección Urinaria (ITU), Dolor agudo, Delirio nocturno.	Visita domiciliaria urgente. Toma de muestra de orina, tira reactiva y constante de temperatura.
Sensor de nevera	0 aperturas registradas en un periodo de 18 horas.	Riesgo de desnutrición, deshidratación, apatía o abandono.	Contacto telefónico prioritario con el cuidador. Valoración del estado de hidratación y cribado de disfagia.
Sensor del baño	Hiper-frecuencia de uso o permanencia prolongada.	Síntomas urinarios irritativos, Incontinencia de urgencia o Caída.	Cribado de incontinencia. Revisión ambiental de riesgos en el baño para prevención de caídas.

7. CONCLUSIONES

- Cambio de Paradigma: Se pasa de un cuidado reactivo a uno preventivo, destacando el papel de la enfermera comunitaria.
- Ética y Dignidad: Los sensores sin cámaras respetan la intimidad y facilitan la monitorización de personas con demencia.
- Impacto en el Sistema de Salud: La detección precoz reduce la sobrecarga del cuidador, retrasa la institucionalización y disminuye los ingresos hospitalarios y costes sanitarios.

VIII Congreso Internacional

Silver Economy

Innovación, bienestar y oportunidades para un envejecimiento activo

Recordatorios de hidratación para mejorar el bienestar de las personas mayores

Salud, autonomía y calidad de vida



1. Resumen

La hidratación es clave para la salud y el bienestar de las personas mayores. Sin embargo, el envejecimiento reduce la sensación de sed y puede dificultar el acceso al agua. Esta comunicación propone un programa de recordatorios (carteles, avisos, alarmas y dispositivos) para fomentar el hábito de beber agua y mejorar su calidad de vida.

2. Palabras clave

Hidratación; personas mayores; recordatorios; envejecimiento activo; bienestar; calidad de vida.

3. Antecedentes

El envejecimiento puede disminuir la sensación de sed y aumentar el riesgo de deshidratación. Además, existen factores como la movilidad, los problemas de memoria o el uso de fármacos que dificultan una ingesta adecuada de líquidos.

4. Objetivos

- Analizar la importancia de los recordatorios de hidratación.
- Proponer una intervención sencilla y personalizada.

5. Método

- Revisión de guías y publicaciones de organismos oficiales y entidades de salud.
- Propuesta de un programa con carteles, avisos verbales, alarmas y notificaciones.
- Evaluación mediante registros de ingesta y encuestas de satisfacción.

6. Resultados

- Los recordatorios favorecen una mayor ingesta de agua.
- Mejoran el bienestar y la calidad de vida.
- Son una herramienta útil y adaptable.



7. Conclusiones

- Los recordatorios son una estrategia eficaz para aumentar la hidratación en personas mayores.
- Deben adaptarse a las necesidades de cada individuo y combinarse con el apoyo familiar y profesional.
- Contribuyen a un envejecimiento activo y saludable.

Pequeños recordatorios, grandes beneficios

Bebe agua | Cuida tu salud | Mantén tu independencia | Mejora tu bienestar

La hidratación también se construye en la edad mayor

ZAMORA TERRITORIO SILVER
SILVER ECONOMY

DISFAGIA EN EL ADULTO MAYOR: DEL ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO A LA INTERVENCIÓN CLÍNICA



Más salud, más vida

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El aumento de la prevalencia de la disfagia en el envejecimiento requiere una atención integral y un enfoque multidisciplinar. Se estima que las complicaciones asociadas, como la neumonía y la desnutrición, incrementan significativamente la morbilidad y los costos sociosanitarios.



En Zamora, el proyecto ZamoraTerritorioSilver busca implementar estrategias efectivas para abordar este síndrome geriátrico.

Presbifagia, Disfagia y Disfagia Orofaríngea:

La presbifagia se refiere a los cambios fisiológicos de la deglución asociados a la edad, que pueden predisponer a la disfagia, definida como la alteración en el proceso deglutorio con riesgo de aspiración y malnutrición.

¡Cuidar la deglución también es cuidar su autonomía!

3. METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica, 2013-2023
- Adaptas posturales
- Higiene bucal estricta
- Uso de espesantes y soportes





2. OBJETIVOS



General: Sintetizar evidencia cientifica para mejorar la mejora la deglución del adulto mayor.

Específicos:

- Diferenciar presbifagia de disfagia patológica.
- Evaluar la eficacia de los métodos de cribado y diagnósticos actuales.
- Identificar las mejores prácticas en intervenciones y rehabilitación.

2. MARCO TEÓRICO

La fisiopatología, Bases de datos: PubMed, Scopus

4. FISIOPATOLOGÍA (PRESBIFAGIA VS. DISFAGIA OROFARÍNGEA)

PARÁMETRO	PRESBIFAGIA	DISFAGIA OROFARÍNGEA
• Deglución	• Presbifagia	• No contaminante
• Muscular	• Deglución presborcerada	• Aspiración, parálisis o.
• Tiempo de tránsito	• Tiempo aumentado, Transacción y peristaltsimo y aspiracións	Formación, neuralitica y reorientantes



5. PREVALENCIA E IMPACTO CLÍNICO



11-20% comunitarios



40-660% institucionalizados



Complicaciones:

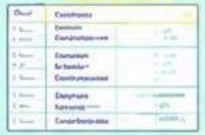
- Desnutrición
- Aspiración y neumonía

Detectar a tiempo hace la diferencia

6. DIAGNÓSTICO Y CRIBADO

Cribado Clínico: orogaıopos el triage (EAT-10)

EAT-10



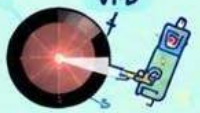
MECV-P



Herramientas que nos ayudan a decidir!

Diagnóstico Instrumental

VFD



Diagnostico de presbora de multielecctɑonicos (VFD) diaterecido antiagnóstica (FEES)

FEES



Tecnología y equipo para un mejor diagnóstico.

8. CONCLUSIONES

- La disfagia en el anciano es un problema altamente prevalente para frecuentemente infradiagnosticado.
- Diferenciar presbifagia de patología evita restricciones dietéticas innecesarias. (Cite:11).
- Protocolizar el cribado clínico temprano mejora el pronóstico funcional. (Cite:13).
- El abordaje multidisciplinar (médicos, enfermeros, logopedas y nutricionistas) es indispensable para reducir complicaciones y reingresos.

Equipo + + Protagonismo del paciente

Beneficios de la actividad física en el deterioro cognitivo moderado y demencia

Resumen

Esta revisión bibliográfica analiza la evidencia científica disponible sobre los beneficios de la actividad física en personas con deterioro cognitivo moderado y demencia, así como los tipos de ejercicio, la frecuencia y la intensidad más recomendados.

Antecedentes

La evidencia actual respalda que la actividad física es una estrategia segura y efectiva para mantener la función cognitiva y la autonomía, incluso en fases avanzadas de la enfermedad.

Objetivos

Analizar la evidencia científica sobre los beneficios de la actividad física en el deterioro cognitivo moderado y la demencia.

Identificar los tipos de ejercicio más efectivos.
Determinar la frecuencia, intensidad y duración recomendada.

Material y método

- ✓ Revisión bibliográfica.
- ✓ Bases de datos: PubMed, CINAHL, Cochrane Library.
- ✓ Artículos en español o inglés.
- ✓ Publicaciones entre 2016-2026.
- ✓ En adultos ≥ 50 años con deterioro cognitivo leve, moderado o demencia.
- ✓ Palabras clave: physical activity, cognitive impairment, dementia, mild cognitive impairment, exercise, cognitive funcion.

Conclusiones

- La actividad física es una intervención no farmacológica eficaz para mejorar la función cognitiva, la funcionalidad y la calidad de vida en personas con deterioro cognitivo moderado y demencia.
- El ejercicio aeróbico, combinado con fuerza y equilibrio, muestra los mejores resultados.
- Se recomienda una práctica regular, de al menos 150 minutos semanales, con una duración mínima de 12 semanas.
- La enfermería juega un papel clave en la promoción, seguimiento y adherencia a programas de ejercicio físico, especialmente en el ámbito comunitario y domiciliario.

Resultados

Principales hallazgos:

Función cognitiva
Mejora significativa en memoria, atención y funciones ejecutivas.

Funcionalidad y autonomía
Retraso en la pérdida de habilidades.

Calidad de vida
Mejora del bienestar físico y emocional.
Reducción de síntomas depresivos.

Deterioro cognitivo leve
La actividad física puede retrasar la progresión a demencia.

Dosis recomendada
≥ 150 min/semana de ejercicio aeróbico moderado o ≥ 75 min/semana de vigoroso, combinado con entrenamiento de fuerza y equilibrio.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Plasma Rico en Plaquetas en Reproducción Asistida

Una herramienta prometedora para mejorar la implantación y el éxito reproductivo

Resumen

El plasma rico en plaquetas es un concentrado autólogo obtenido de la propia sangre, que contiene plaquetas y factores de crecimiento. Su aplicación en reproducción asistida podría mejorar la receptividad endometrial y favorecer la implantación embrionaria, aunque la evidencia científica aún es heterogénea.

Palabras clave

Plasma rico en plaquetas; Reproducción asistida; Implantación; Endometrio; Factores de crecimiento.

Objetivos

- General: Analizar los beneficios del plasma rico en plaquetas en la reproducción asistida.
- Específicos:
  - ✓ Describir su mecanismo de acción.
  - ✓ Identificar la evidencia científica disponible.
  - ✓ Identificar los posibles beneficios clínicos.
  - ✓ Valorar su papel en la práctica de enfermería.



Método

Revisión bibliográfica en formato de revisión narrativa.

Fuentes de información:

PubMed, Cochrane Library, Scopus y documentos de sociedades científicas.

Selección y análisis de estudios:

Artículos publicados en los últimos diez años, incluyendo ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios observacionales.

Resultados y beneficios potenciales

- ✓ Mejora del grosor y la receptividad endometrial; posible entorno más favorable para la implantación.
- ✓ Posible aumento de la implantación embrionaria, gracias a su contenido en factores de crecimiento.
- ✓ Posibles efectos sobre la función y la reserva ovárica. Puede estimular la función ovárica.
- ✓ Vascularización y reparación tisular, con potencial contribución a la regeneración endometrial.
- ✓ Beneficios en determinados grupos, como mujeres con fallos recurrentes de implantación.

Conclusiones

- ✓ El plasma rico en plaquetas representa una estrategia innovadora con potencial en reproducción asistida.
- ✓ Sus beneficios parecen prometedores, especialmente en la mejora del entorno endometrial y la implantación.
- ✓ Aún se requieren mayor evidencia científica para confirmar su eficacia en términos de nacidos vivos.
- ✓ Su aplicación debe realizarse en un marco seguro, con protocolos estandarizados y control de calidad.
- ✓ Enfermería juega un papel clave en la información, seguimiento y cuidado integral de la paciente.

Bibliografía

¡Escanéame!

Accede aquí a la bibliografía completa

CLIMA Y LONGEVIDAD: ¿CÓMO INFLUYEN LAS TEMPERATURAS EXTREMAS EN LA SUPERVIVENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES?

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional y el cambio climático constituyen dos importantes desafíos para la salud pública. Las personas mayores presentan una especial vulnerabilidad frente a las temperaturas ambientales extremas debido a los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, la presencia de enfermedades crónicas y la disminución de la capacidad de adaptación térmica.

OBJETIVO

Analizar la evidencia científica sobre la influencia de las temperaturas ambientales extremas en la mortalidad, supervivencia y longevidad de las personas mayores, identificando los factores ambientales y socioeconómicos que modifican su vulnerabilidad.

METODOLOGÍA

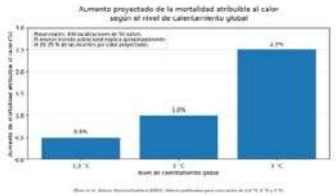
Revisión sistemática de estudios observacionales originales, con búsqueda en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase y CINAHL. Se establecerán criterios de selección para investigaciones sobre exposición a temperaturas extremas, mortalidad y esperanza de vida en población mayor de 65 años.

PALABRAS CLAVE

- Longevidad
- Personas mayores
- Temperatura ambiental
- Mortalidad
- Adaptación climática.

RESULTADOS

La evidencia preliminar identifica asociaciones entre temperaturas no óptimas y mortalidad en edades avanzadas. Los estudios internacionales muestran diferencias de vulnerabilidad según edad y causa de muerte. Las investigaciones españolas destacan la importancia de la adaptación térmica, la calefacción, la climatización y la evolución de la longevidad. Asimismo, la fragilidad funcional y cognitiva aparece como un factor relevante de vulnerabilidad.



CONCLUSIONES

Las condiciones climáticas constituyen un determinante ambiental relevante para la salud y supervivencia de las personas mayores. La adaptación del entorno y la prevención de riesgos térmicos deben incorporarse a las estrategias de envejecimiento saludable, destacando el papel de Enfermería Familiar y Comunitaria en la identificación y protección de las personas vulnerables.



Terapia Descongestiva Compleja en el Linfedema Postmastectomía: Revisión Bibliográfica

Recuperar el bienestar, también es parte del cuidado

Resumen

La Terapia Descongestiva Compleja (TDC) es uno de los pilares fundamentales del tratamiento del linfedema postmastectomía. Esta revisión bibliográfica pretende analizar la efectividad de sus diferentes componentes.

Palabras clave

Breast cancer-related lymphedema · postmastectomy lymphedema · complete decongestive therapy

Antecedentes

El linfedema postmastectomía es una de las complicaciones más frecuentes del cáncer de mama. Se caracteriza por la acumulación de líquido rico en proteínas en el miembro superior. La Terapia Descongestiva Compleja es un abordaje que combina drenaje linfático manual, vendaje multicapa, ejercicio terapéutico y cuidados de la piel.



Método

Bases de datos: PubMed, Cochrane, PEDro, Scopus, Web of Science, CINAHL.

Se priorizan revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados y guías clínicas (2020-2026).

Objetivos

Analizar la evidencia científica sobre la efectividad de la TDC en mujeres con linfedema secundario a mastectomía.

Resultados

- Reducción del volumen, especialmente en linfedema moderado-avanzado.
- Disminución del dolor y sensación de pesadez.
- Papel destacado del ejercicio terapéutico.
- Mejoría de la movilidad y funcionalidad.
- Contribuye a mejorar la calidad de vida.
- Compresión y ejercicio: claves de la TDC.



Conclusiones

La TDC es eficaz para reducir y controlar el linfedema postmastectomía y mejorar la calidad de vida. El ejercicio y la compresión son los componentes claves mientras que el beneficio del drenaje linfático manual sigue en debate.

Referencias

1. Davies et al. (2020). PT 100(7),1163-1179.
2. Shamoun & Ahmad (2023). Asian PAC J Cancer Prev.
3. Gilchrist et al. (2024). Med Oncol. 41, 297
4. Deng et al. (2024). Front Oncol, 14, 1361128.
5. Zapata-Ospina et al. (2024). Lymphat Res Biol, 22(5).

Envejecer en casa, vivir con autonomía:
el papel de la enfermería en la prevención de la fragilidad y la dependencia

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

1 RESUMEN

El progresivo **envejecimiento de la población** representa uno de los principales retos sociosanitarios de nuestra sociedad. Vivir más años no solo implica un aumento de la esperanza de vida, sino también garantizar que esos años se vivan con salud, autonomía y calidad de vida. La fragilidad, definida como una mayor vulnerabilidad ante factores de estrés, se asocia con un mayor riesgo de caídas, discapacidad, institucionalización y mortalidad. La enfermería, especialmente desde la atención primaria y comunitaria, desempeña un papel fundamental en la detección precoz de la fragilidad y en la implementación de intervenciones preventivas que favorezcan la funcionalidad, la calidad de vida y la permanencia en el domicilio. Este trabajo analiza la evidencia científica disponible sobre dichas intervenciones y su impacto en la prevención de la fragilidad y la dependencia en personas mayores que viven en su hogar.

2 PALABRAS CLAVE

Envejecimiento activo
Personas mayores
Autonomía personal
Prevención
Cuidados de enfermería
Atención comunitaria
Domicilio
Apoyo social
Calidad de vida
Entorno seguro

3 ANTECEDENTES

La población mundial está envejeciendo a un ritmo sin precedentes. En España, el 20,1% de la población tiene 65 años o más, y se estima que en 2050 alcanzará el 30% (INE, 2024).

La **fragilidad** afecta entre el **10% y el 25%** de las personas mayores que viven en la comunidad, y se asocia a un mayor riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y mortalidad (Clegg et al., 2023; OMS, 2021).

La detección precoz y la intervención sobre los factores de riesgo modificables pueden retrasar o revertir su progresión, mejorando la funcionalidad y la calidad de vida (Huedo-Medina et al., 2023).

La enfermería, desde la atención primaria y comunitaria, se encuentra en una posición privilegiada para liderar estrategias preventivas e integrales que favorezcan la permanencia en el domicilio y un envejecimiento activo (Bélanger et al., 2021).

1 de cada 4 personas mayores en la comunidad presenta fragilidad (10–25%)
(Clegg et al., 2023)

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre las intervenciones enfermeras dirigidas a prevenir la fragilidad y la dependencia en personas mayores que viven en su domicilio.

Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones enfermeras más efectivas para prevenir la fragilidad.
- Analizar su impacto en la funcionalidad, la calidad de vida y la permanencia en el hogar.
- Evaluar su efecto en la autonomía, la calidad de vida y el bienestar emocional.
- Explorar los factores que facilitan o dificultan su implementación desde la atención primaria y comunitaria.

5. MÉTODO

Diseño	Revisión bibliográfica narrativa.
Bases de datos	PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science y Cochrane Library.
Estrategia de búsqueda	Términos combinados: "nursing", "frailty", "older adults", "home care", "community care", "prevention", "independence".
Criterios de inclusión	Artículos originales y revisiones (2021–2026) sobre intervenciones enfermeras en personas ≥ 65 años que viven en la comunidad.
Criterios de exclusión	Estudios en población institucionalizada, artículos sin texto completo o sin relevancia para el objetivo.
Selección final	Se analizaron 32 artículos que cumplían los criterios.

6. RESULTADOS

Las intervenciones enfermeras en el domicilio, especialmente las multicomponente, muestran resultados positivos en diferentes áreas:



Funcionalidad física
Programas de ejercicio multicomponente mejoran la capacidad funcional, la movilidad y reducen el riesgo de caídas.
↑ **20–30%** en la capacidad funcional (Liu et al., 2022; Giné-Garriga et al., 2021)



Estado nutricional
La educación nutricional y el seguimiento dietético reducen el riesgo de fragilidad y mejoran el estado de salud general.
↑ **15–25%** en el riesgo de fragilidad (Huedo-Medina et al., 2023)



Bienestar emocional
Las intervenciones de apoyo psicosocial disminuyen la soledad no deseada y mejoran la calidad de vida.
↑ **18–28%** en la calidad de vida (Peel et al., 2022)



Permanencia en el hogar
Las intervenciones integradas se asocian con menor institucionalización y mayor autonomía.
↑ **25–40%** en el riesgo de institucionalización (Boustani et al., 2022)

7. CONCLUSIONES

Las intervenciones enfermeras en el domicilio son efectivas para prevenir la fragilidad, mantener la funcionalidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

La detección precoz, la educación para la salud y el seguimiento continuo son estrategias clave para retrasar la dependencia y favorecer la autonomía.

La enfermería comunitaria tiene un papel central en la coordinación de cuidados y en la implementación de intervenciones multicomponente.

Invertir en cuidados enfermeros en el domicilio contribuye a un modelo de atención más sostenible, centrado en la persona y alineado con los principios de la **Silver Economy**.

A pessoa idosa na Silver Economy: família e atitudes dos enfermeiros nos cuidados

Cristina Mendes[1] · **Dora Ribeiro Machado**[2,3,4] · **Manuel Alberto Morais Brás**[5]

[1] USF Saúde em Família, ULS São João [2] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto [3] RISE-Health, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Porto [4] USF Pirâmides, ULS São João, Maia [5] Escola Superior de Saúde & LiveWell Research Center, Polytechnic University of Bragança (UPB), Portugal
manuel-bras@unipb.pt | ORCID: 0000-0001-5540-3139

RESUMO

A participação familiar pode apoiar cuidados mais personalizados ao longo do envelhecimento. Este estudo descreve as atitudes dos enfermeiros em Portugal face à importância da família nos cuidados, com aplicação potencial à organização de respostas centradas na pessoa idosa. Estudo observacional transversal, com amostragem não probabilística em rede. De 1007 respostas, 989 foram validadas. O score médio global da IFCE-AE foi 81,49 (DP=8,16; amplitude possível 26-104), descrevendo atitudes globalmente favoráveis na amostra. Os resultados não caracterizam exclusivamente cuidados gerontológicos nem medem resultados em pessoas idosas.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Enfermagem Familiar; Atitude do Pessoal de Saúde; Relações Profissional-Família

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico aumenta a necessidade de respostas articuladas de saúde e apoio. A família pode participar na continuidade e personalização dos cuidados, respeitando as preferências da pessoa idosa [1]. As atitudes dos enfermeiros face à família, e os fatores que as influenciam, têm sido estudados como uma dimensão da prática centrada na família [2,3,4], mas não equivalem a comportamentos observados nem a resultados clínicos. Para a Silver Economy, esta investigação oferece uma perspetiva sobre a força de trabalho de enfermagem; a amostra não foi delimitada a serviços de geriatria ou a pessoas idosas.

OBJETIVO

Descrever as atitudes dos enfermeiros em exercício em Portugal quanto à importância atribuída à participação da família nos cuidados, através da escala IFCE-AE.

2 MÉTODO

DESENHO, PARTICIPANTES E PROCEDIMENTO

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal. A amostragem foi não probabilística por conveniência e redes («bola de neve»). O questionário online esteve disponível entre 5 de dezembro de 2023 e 1 de abril de 2024. Foram recebidas 1007 respostas e validadas 989. Aplicou-se questionário de caracterização sociodemográfica/profissional e IFCE-AE [5], com 26 itens e score total possível de 26 a 104. Análise em R 4.2.1; parecer favorável da Comissão de Ética do IPB.

3 RESULTADOS

81,49 / 104

score médio global | DP = 8,16

Scores médios nas dimensões



D1: família como parceiro dialogante e recurso de coping · D2: família como recurso nos cuidados de enfermagem · D3: família como fardo (valores mais baixos = atitude mais favorável).

CONCLUSÕES

Na amostra, o score médio global foi 81,49/104. Este resultado apoia a discussão sobre a preparação da força de trabalho para envolver famílias em cuidados relevantes ao envelhecimento. O desenho transversal e a seleção em rede limitam a generalização e não demonstram que atitudes autorreportadas se traduzam em práticas ou melhores resultados para pessoas idosas. Estudos futuros devem avaliar contextos gerontológicos e resultados relatados pela pessoa idosa e família.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2025, September 22). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726
2. Alfaro-Díaz, C., Canga-Armayor, A., Canga-Armayor, N., Pueyo-Garrigues, M., & Esandi, N. (2024). Nurses' attitudes toward family importance in nursing care and its influencing factors: A cross-sectional study. Nursing Open, 11(12), e70129. https://doi.org/10.1002/nop2.70129
3. Barreto, M. da S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M. do C., & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 31(23-24), 3338-3349. https://doi.org/10.1111/jocn.16226
4. Shamali, M., Esandi Larramendi, N., Østergaard, B., Barbieri-Figueiredo, M., Brødsgaard, A., Canga-Armayor, A., Dieperink, K. B., García-Vivar, C., Konradsen, H., Nordtug, B., Lambert, V., Mahrer-Imhof, R., Metzing, S., Nagl-Cupal, M., Imhof, L., Svavarsdottir, E. K., Swallow, V., & Luttik, M. L. (2023). Nurses' attitudes towards family importance in nursing care across Europe. Journal of Clinical Nursing, 32(15-16), 4574-4585. https://doi.org/10.1111/jocn.16456
5. Oliveira, P. da C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. de J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. do C. A. B., Andrade, L. M. da C., Carvalho, J. C. M. de, & Martins, M. M. F. P. da S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(6), 1331-1337. https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008

Formação em Saúde Familiar para incluir a família no cuidado à pessoa idosa

Cristina Mendes[1] · **Dora Ribeiro Machado**[2,3,4] · **Manuel Alberto Morais Brás**[5]

[1] USF Saúde em Família, ULS São João [2] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto [3] RISE-Health, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Porto [4] USF Pirâmides, ULS São João, Maia [5] Escola Superior de Saúde & LiveWell Research Center, Polytechnic University of Bragança (UPB), Portugal
manuel-bras@unipb.pt | ORCID: 0000-0001-5540-3139

RESUMO

A qualificação em Enfermagem de Saúde Familiar pode preparar os profissionais para reconhecer a família como parceira nos cuidados relevantes à longevidade. Analisou-se a associação entre formação em Saúde Familiar e atitudes dos enfermeiros em Portugal. Estudo transversal, com amostragem não probabilística em rede; foram validadas 989 respostas. O grupo com formação (n=112) apresentou score total médio de 83,8 (DP=7,3), face a 81,2 (DP=8,2) entre os restantes (n=877; U=39 850; p=0,001). Houve diferenças nas três dimensões. Os resultados são associativos, não demonstram um efeito causal da formação e não provêm de uma amostra exclusivamente gerontológica.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Enfermagem Familiar; Educação em Enfermagem; Atitude do Pessoal de Saúde; Relações Profissional-Família

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

INTRODUÇÃO

O cuidado à pessoa idosa pode envolver redes familiares com necessidades e preferências diversas [1]. Para integrar a família sem transferir para ela responsabilidades indevidas, os enfermeiros precisam de competências de avaliação e intervenção familiar. Revisões e estudos internacionais têm analisado os fatores associados a estas atitudes [2,3,4]; a formação, em geral e em enfermagem familiar, surge associada a atitudes mais favoráveis [3,4], embora os contextos e instrumentos não sejam idênticos. A aplicação à Silver Economy é a qualificação dos cuidados ao longo da longevidade, não um impacto económico medido neste estudo.

OBJETIVOS

Objetivo geral: analisar a associação entre possuir formação em Enfermagem de Saúde Familiar e as atitudes face à participação da família nos cuidados. Objetivos específicos: comparar D1-D3 e score total entre grupos; explorar diferenças segundo o tipo de formação.

2 MÉTODO

DESENHO, AMOSTRA E RECOLHA

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal. Amostra não probabilística em rede («bola de neve»), com enfermeiros em exercício em Portugal. Questionário online aplicado de 5/12/2023 a 1/04/2024; 1 007 respostas recebidas, 989 validadas. Instrumento: IFCE-AE [5], 26 itens, score total possível 26-104. R 4.2.1; U de Mann-Whitney para presença de formação e Kruskal-Wallis para tipo de formação. Parecer favorável da Comissão de Ética do IPB.

INSTRUMENTO E ANÁLISE

A IFCE-AE contém 26 itens. A comparação de grupos usou o teste U de Mann-Whitney. Para tipo de formação, utilizou-se Kruskal-Wallis. A interpretação preserva a natureza transversal e não experimental do estudo.

3 RESULTADOS

Score total IFCE-AE (26-104)



n = 877 vs 112 | U = 39 850 | p = 0,001

Dimensão	Sem formação	Com formação	p
D1	39,5 (5,2)	41,5 (4,6)	0,001
D2	33,7 (3,9)	34,9 (3,8)	0,004
D3	7,9 (2,3)	7,5 (2,1)	0,039

Tipo de formação (4 grupos; n = 7 a 53): sem diferenças significativas em D1 (p=0,134), D2 (p=0,092), D3 (p=0,263) e total (p=0,088); grupos pequenos, baixa potência. D1: família como parceiro dialogante e recurso de coping · D2: família como recurso nos cuidados de enfermagem · D3: família como fardo (valores mais baixos = atitude mais favorável).

CONCLUSÕES

A formação em Enfermagem de Saúde Familiar associou-se a diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões e no score total. O grupo com formação apresentou médias superiores em D1, D2 e no total, e inferior em D3, padrão mais favorável à participação familiar. Não se pode atribuir as diferenças à formação nem estabelecer a superioridade de uma modalidade formativa. Recomenda-se avaliar programas com seguimento temporal, práticas observadas e resultados relatados por pessoas idosas e famílias.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2025, September 22). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726
2. Alfaro-Díaz, C., Canga-Armayor, A., Canga-Armayor, N., Pueyo-Garrigues, M., & Esandi, N. (2024). Nurses' attitudes toward family importance in nursing care and its influencing factors: A cross-sectional study. Nursing Open, 11(12), e70129. https://doi.org/10.1002/nop2.70129
3. Barreto, M. da S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M. do C., & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 31(23-24), 3338-3349. https://doi.org/10.1111/jocn.16226
4. Shamali, M., Esandi Larramendi, N., Østergaard, B., Barbieri-Figueiredo, M., Brødsgaard, A., Canga-Armayor, A., Dieperink, K. B., García-Vivar, C., Konradsen, H., Nordtug, B., Lambert, V., Mahrer-Imhof, R., Metzing, S., Nagl-Cupal, M., Imhof, L., Svavarsdottir, E. K., Swallow, V., & Luttik, M. L. (2023). Nurses' attitudes towards family importance in nursing care across Europe. Journal of Clinical Nursing, 32(15-16), 4574-4585. https://doi.org/10.1111/jocn.16456
5. Oliveira, P. da C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. de J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. do C. A. B., Andrade, L. M. da C., Carvalho, J. C. M. de, & Martins, M. M. F. P. da S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(6), 1331-1337. https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008

Cuidado à pessoa idosa entre comunidade e hospital: atitudes face à família

Cristina Mendes[1] · **Dora Ribeiro Machado**[2,3,4] · **Manuel Alberto Morais Brás**[5]

[1] USF Saúde em Família, ULS São João [2] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto [3] RISE-Health, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Porto [4] USF Pirâmides, ULS São João, Maia [5] Escola Superior de Saúde & LiveWell Research Center, Polytechnic University of Bragança (UPB), Portugal

manuel-bras@unipb.pt | ORCID: 0000-0001-5540-3139

RESUMO

A continuidade dos cuidados à pessoa idosa depende de relações entre pessoa, família e serviços. Este estudo comparou as atitudes dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e hospitalares quanto à participação familiar. Numa amostra nacional transversal, não probabilística, de 989 enfermeiros, compararam-se 387 dos cuidados de saúde primários e 542 do hospital: o score total médio foi 83,7 e 80,0, respetivamente (p<0,001). As diferenças foram significativas também nas três dimensões da IFCE-AE. O estudo não se limitou a serviços gerontológicos e não recolheu o serviço/unidade específica de cada profissional; portanto, os resultados não permitem atribuir causalidade ao contexto nem caracterizar cuidados a idosos em particular.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Continuidade da Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Hospitais; Atitude do Pessoal de Saúde

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO

INTRODUÇÃO

As pessoas idosas podem transitar entre cuidados comunitários e hospitalares, enquanto as famílias participam em diferentes etapas do percurso [1]. Compreender as atitudes profissionais face à família, e os fatores que as influenciam [2], é relevante para discutir articulação e continuidade. Estudos anteriores associam o trabalho em cuidados de saúde primários a atitudes mais favoráveis e o trabalho hospitalar a pontuações mais baixas [3,4]. Na Silver Economy, o estudo informa uma dimensão humana da organização de serviços, mas a sua amostra representa enfermeiros em exercício em Portugal e não especificamente equipas de gerontologia.

OBJETIVO

Comparar as atitudes relativas à participação familiar entre enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar, incluindo as três dimensões e o score total da IFCE-AE.

2 MÉTODO

DESENHO E AMOSTRA

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal. Amostragem não probabilística por conveniência e redes («bola de neve»). Das 989 respostas válidas, analisaram-se 929: 542 de contexto hospitalar e 387 de cuidados de saúde primários (excluídos 60 de ERPI e da RNCCI). O questionário online decorreu entre 5/12/2023 e 1/04/2024. A IFCE-AE [5] foi analisada em R 4.2.1; a comparação entre dois contextos recorreu ao teste U de Mann-Whitney. O instrumento não identificou os serviços/unidades concretos.

3 RESULTADOS

Score total IFCE-AE

Hospital 80,0 **CSP 83,7**

n = 542 vs 387 | p < 0,001

Pontuações médias por contexto

	Hospital	C. saúde primários
D1	38,6	41,4
D2	33,1	34,9
D3	8,2	7,3
Total	80,0	83,7

p < 0,001 nas três dimensões e no score total. D1: família como parceiro dialogante e recurso de coping · D2: família como recurso nos cuidados de enfermagem · D3: família como fardo (valores mais baixos = atitude mais favorável).

CONCLUSÕES

Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários apresentaram médias superiores em D1, D2 e no total, e inferior em D3; todas as comparações apresentaram p<0,001, em sentido concordante com a literatura internacional [3,4]. As diferenças podem orientar investigação sobre continuidade, organização do trabalho e participação familiar na experiência de pessoas idosas. O desenho transversal não demonstra que o contexto de trabalho cause as diferenças. Estudos futuros devem recolher dados por serviço e avaliar diretamente cuidados gerontológicos e resultados para pessoas idosas e famílias.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2025, September 22). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726
2. Alfaro-Díaz, C., Canga-Armayor, A., Canga-Armayor, N., Pueyo-Garrigues, M., & Esandi, N. (2024). Nurses' attitudes toward family importance in nursing care and its influencing factors: A cross-sectional study. Nursing Open, 11(12), e70129. https://doi.org/10.1002/nop2.70129
3. Barreto, M. da S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M. do C., & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 31(23-24), 3338-3349. https://doi.org/10.1111/jocn.16226
4. Shamali, M., Esandi Larramendi, N., Østergaard, B., Barbieri-Figueiredo, M., Bradsgaard, A., Canga-Armayor, A., Dieperink, K. B., García-Vivar, C., Konradsen, H., Nordtug, B., Lambert, V., Mahrer-Imhof, R., Metzing, S., Nagl-Cupal, M., Imhof, L., Svavarsdottir, E. K., Swallow, V., & Luttik, M. L. (2023). Nurses' attitudes towards family importance in nursing care across Europe. Journal of Clinical Nursing, 32(15-16), 4574-4585. https://doi.org/10.1111/jocn.16456
5. Oliveira, P. da C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. de J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. do C. A. B., Andrade, L. M. da C., Carvalho, J. C. M. de, & Martins, M. M. F. P. da S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(6), 1331-1337. https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008

IMPACTO DE UN PROGRAMA NUTRICIONAL Y EJERCICIO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS FRÁGILES

1.RESUMEN

Las caídas representan una de las principales amenazas a la independencia senior. Evaluamos un programa de 6 meses de ejercicio multicomponente (fuerza y equilibrio) combinado con suplementación proteico-vitamínica en 90 ancianos frágiles (≥75 años). El grupo de intervención redujo un 62% la incidencia de caídas frente al control (11,1% vs. 31,1%; p = 0,004) y mejoró la masa muscular y la velocidad de marcha, consolidando la reversibilidad de la fragilidad [1].

2.PALABRAS CLAVES

Fragilidad, Sarcopenia, Ejercicio Multicomponente, Nutrición Proteica Y Prevención de Caídas

3.ANTECEDENTES

Las caídas representan una de las principales amenazas a la independencia senior. Evaluamos un programa de 6 meses de ejercicio multicomponente (fuerza y equilibrio) combinado con suplementación proteico-vitamínica en 90 ancianos frágiles (≥75 años). El grupo de intervención redujo un 62% la incidencia de caídas frente al control (11,1% vs. 31,1%; p = 0,004) y mejoró la masa muscular y la velocidad de marcha, consolidando la reversibilidad de la fragilidad [1].

4.OBJETIVOS

- General: Evaluar la efectividad de una intervención combinada (ejercicio multicomponente + suplementación) en la reducción de caídas en ancianos frágiles [2].
- Específicos: Medir cambios en la fuerza muscular y velocidad de marcha. Cuantificar la incidencia de caídas e ingresos hospitalarios. Evaluar la reversión del estado de fragilidad según escala Fried.

5.METODOLOGÍA

- Diseño: Ensayo controlado aleatorizado de 6 meses de seguimiento [1].
- Muestra: N = 90 ancianos frágiles (≥75 años, criterios de Fried).
- Grupo Intervención (n = 45): Programa de ejercicio físico adaptado (3 días/semana) + suplementación con 20g proteína/día rica en leucina y Vitamina D [3].
- Grupo Control (n = 45): Recomendaciones de hábitos saludables habituales. Variables: Caídas registradas, test SPPB, fuerza de prensión manual y masa muscular magra por impedanciometría (BIA) [2].

6.RESULTADOS

- Prevención de accidentes: Reducción drástica del número total de caídas (5 en intervención vs. 14 en control; p = 0,004) [2].
- Capacidad funcional: Incremento significativo en la puntuación SPPB (+2,4 vs +0,3; p < 0,001) [1]. Masa muscular:
- Ganancia media de +1,2 kg de masa magra en el grupo intervención [3].

7.CONCLUSIONES

La combinación de ejercicio multicomponente y nutrición revierte la fragilidad [1, 2], reduciendo caídas, preservando la autonomía y optimizando costes sociosanitarios [3].

9.BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía (Vancouver): 1. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31. 2. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, Anker SD, Aprahamian I, Arai H, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert consensus guidelines. J Nutr Health Aging. 2021;25(7):824-53. 3. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):542-59.

Cribado Digital de Deterioro Cognitivo Leve en Centros de Día mediante Inteligencia Artificial y Pruebas Gamificadas

EVALUACIÓN DOBLE CIEGO — CATEGORÍA: SALUD MENTAL Y NEUROPSIQUIATRÍA EN LA SILVER ECONOMY

1 RESUMEN

El diagnóstico temprano del deterioro cognitivo leve (DCL) es prioritario para ralentizar la demencia. Evaluamos la precisión de una aplicación gamificada en tablet basada en IA frente a los test tradicionales (MMSE y MoCA). En 150 usuarios de centros de día (≥65 años), la herramienta digital mostró una sensibilidad del 91,2% y especificidad del 88,5%, reduciendo el tiempo de evaluación de 28 a 10 minutos. Constituye una alternativa ágil y sostenible para la atención primaria y comunitaria [1].

2 PALABRAS CLAVE

Deterioro Cognitivo Leve · Inteligencia Artificial · Gamificación · Centros de Día · Silver Economy

3 ANTECEDENTES

La detección precoz del DCL permite intervenciones oportunas para preservar la autonomía funcional [1]. Sin embargo, las evaluaciones neuropsicológicas tradicionales consumen elevado tiempo clínico y generan estrés en el paciente mayor [2]. Las soluciones digitales gamificadas facilitan un cribado masivo, estandarizado y libre de sesgos en el ámbito sociosanitario [3].

4 OBJETIVOS

General: Determinar la validez y eficiencia de un test digital gamificado asistido por IA en el cribado del DCL en centros de día [3].

Específicos:

- Comparar sensibilidad y especificidad frente al test MoCA convencional [2].
- Cuantificar la reducción de tiempo de aplicación por usuario.
- Evaluar la experiencia de uso en personas mayores.

5 METODOLOGÍA

- **Diseño:** Estudio prospectivo de validación diagnóstica (12 meses) [1].
- **Muestra:** N = 150 participantes (≥65 años) reclutados en centros de día.
- **Intervención:** Evaluación doble ciega aleatorizada: Test MoCA presencial vs. App gamificada en tablet (ejercicios de memoria, atención y función ejecutiva con análisis analítico por IA) [3].
- **Variables:** Puntuación neuropsicológica, tiempo de ejecución (minutos), tasa de error y satisfacción (escala Likert 1-5).
- **Estadística:** Curvas ROC, área bajo la curva (AUC), prueba t de Student ($p < 0,05$) [2].

6 RESULTADOS

91,2%	88,5%	-65%
Sensibilidad	Especificidad	Tiempo / Test

- **Eficiencia temporal:** Disminución del tiempo medio de evaluación de 28,4 min (MoCA) a 9,8 min (App digital) ($p < 0,001$) [3].
- **Capacidad discriminativa:** AUC = 0,93 (IC 95%: 0,89-0,97) para detección de DCL inicial.
- **Aceptación:** El 94,0% declaró que la prueba gamificada le resultó entretenida y no estresante.

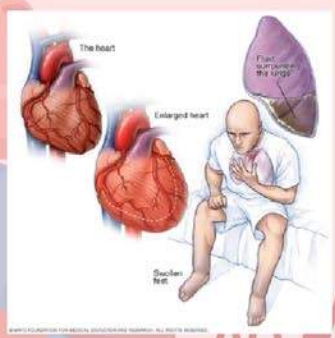
7 CONCLUSIONES

- La plataforma gamificada basada en IA identifica el DCL con alta precisión diagnóstica en centros comunitarios [1, 3].
- Optimiza sustancialmente el rendimiento del personal especializado y facilita derivaciones tempranas y eficientes [2].

Bibliografía (Vancouver):

1. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TS, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. Neurology. 2018;90(3):126-35.
2. Harvey PD. Clinical applications of neuropsychological assessment. Dialogues Clin Neurosci. 2012;14(1):91-9.
3. Chan JYC, Yau ST, Kwok TCY, Tsoi KKF. Diagnostic accuracy of digital cognitive tests for the identification of mild cognitive impairment: Systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2021;23(6):e27331.

Telemedicina y Monitorización Remota en Adultos Mayores con Insuficiencia Cardíaca Crónica: Impacto en la Reagudización y Reingresos Hospitalarios



1.RESUMEN

La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es la causa principal de hospitalización en mayores de 65 años [1]. Este ensayo controlado aleatorizado evaluó la efectividad de un programa de telemonitorización remota diaria (peso, presión arterial y síntomas) frente al seguimiento convencional a los 12 meses en 120 pacientes (70 años, NYHA II-III). El grupo telemonitorizado logró una reducción significativa en los reingresos no programados (18,3\% vs. 41,6%; p < 0,01) y en las visitas a urgencias (25,0\% vs. 53,3\%; p < 0,01), además de un aumento en la calidad de vida. La telemedicina destaca como un modelo eficiente y sostenible en la Silver Economy.

2.PALABRAS CLAVES

Insuficiencia Cardíaca; Telemedicina; Monitorización Remota; Reingreso Hospitalario; Envejecimiento Activo

3.ANTECEDENTES

La alta prevalencia de la ICC en la población anciana genera reagudizaciones frecuentes evitables mediante la detección precoz de la descompensación hemodinámica [1, 2]. La monitorización remota permite el registro continuo de constantes biomédicas y alertas tempranas [3]. Sin embargo, se requiere mayor evidencia sobre su viabilidad y aplicabilidad clínica en ancianos polimedicados para reducir el gasto sanitario y preservar la autonomía [4, 5].

4.OBJETIVOS

- Objetivo General: Evaluar el impacto de la telemonitorización remota en la tasa de reagudizaciones e ingresos hospitalarios no programados a los 12 meses de seguimiento.
- Objetivos Específicos:

1. Comparar el número de visitas a urgencias y la estancia media hospitalaria entre ambos grupos.
2. Determinar la adherencia del paciente anciano al automonitoreo digital.
3. Analizar los cambios en la calidad de vida mediante el cuestionario Minnesota Living with Heart Failure (MLHFQ).

5.METODOLOGÍA

- Diseño: Estudio prospectivo, analítico y aleatorizado (12 meses de seguimiento).
- Muestra: N = 120 pacientes mayores de 70 años con ICC (NYHA II-III).
- Grupo Intervención (n = 60): Monitorización diaria con báscula y tensiómetro Bluetooth conectados a plataforma de telemedicina con alertas automatizadas.
- Grupo Control (n = 60): Cuidados habituales y seguimiento ambulatorio presencial.
- Variables: Reingresos por ICC, visitas a urgencias, estancia media, adherencia (>80% de transmisiones) y test MLHFQ.
- Análisis estadístico: Prueba t de Student para variables continuas y chi^2 para variables categóricas (p < 0,05).

6.RESULTADOS

- Reingresos a 12 meses: Reducción del 56% en los reingresos por ICC en el grupo de telemonitorización (18,3% vs. 41,6%; p = 0,007) [3, 5].
- Visitas a Urgencias: Disminución significativa de las consultas urgentes no programadas (25,0% en intervención vs. 53,3% en control; p = 0,002) [3].
- Adherencia técnica: El 88,3% de los pacientes del grupo intervención mantuvo un cumplimiento adecuado de transmisión diaria de datos [4].
- Calidad de vida: La puntuación en el cuestionario MLHFQ mejoró un promedio de 12,4 puntos en el grupo intervención frente a 2,1 puntos en el grupo control (p < 0,001) [3, 5].

7.CONCLUSIONES

La telemonitorización remota en pacientes mayores con ICC disminuye los reingresos hospitalarios y las visitas a urgencias por descompensación hemodinámica [3, 5].
Los adultos mayores muestran una elevada adaptabilidad y adherencia al uso de tecnologías de telemedicina sencillas e intuitivas [4].
La implementación de estos programas optimiza la calidad de vida y se posiciona como un modelo de atención eficiente en la Silver Economy [1, 5].

BIBLIOGRAFÍA

- 1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726.
- 2.Taylor CJ, Ordóñez-Mena JM, Roalfe AK, Lay-Flurrie S, Jones NR, Marshall T, et al. Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2017: population based cohort study. BMJ. 2019;364:l225.
- 3.Koehler F, Koehler K, Deckwart O, Prescher S, Wegscheider K, Kirwan BA, et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unblinded trial. Lancet. 2018;392(10152):1047-57.
- 4.Kitsiou S, Paré G, Jaana M. Effects of home telemonitoring interventions on patients with chronic heart failure: an overview of systematic reviews. J Med Internet Res. 2015;17(3):e63.
- 5.Pekmezaris R, Tortez L, Williams M, Patel V, Kolte D, Sanchez-Pena R, et al. Home telemonitoring in heart failure: a systematic review and meta-analysis. Health Serv Res. 2018;53(3):1983-2001.

Efectividad de la Rehabilitación Respiratoria Digital Domiciliaria en Pacientes Mayores con EPOC.

1.RESUMEN

La EPOC genera alta discapacidad en adultos mayores. Evaluamos la eficacia de un programa digital de rehabilitación respiratoria domiciliaria (RRD) frente al cuidado habitual. En un ensayo con 100 pacientes (65 años), el grupo RRD mejoró significativamente la capacidad funcional (test 6 MWT; p < 0,001), redujo la disnea y disminuyó las agudizaciones a los 12 meses (22% vs 48%). La RRD es una alternativa eficaz y accesible en la Silver Economy.

2. PALABRAS CLAVE

EPOC; Tele-rehabilitación; Neumología; Calidad de Vida; Envejecimiento Activo.

3. ANTECEDENTES

La EPOC limita la autonomía senior por disnea y desforma física [1, 2]. Aunque la rehabilitación pulmonar es clave, el transporte limita su adherencia [3]. La tecnología domiciliaria resuelve este sesgo [4].

4. OBJETIVOS

- General: Evaluar la eficacia de la RRD en la capacidad física y agudizaciones en mayores con EPOC.
- Específicos:

1. Medir tolerancia al esfuerzo (6 MWT).
2. Comparar ingresos hospitalarios a 12 meses.



5. MÉTODO

- Diseño: Ensayo controlado aleatorizado (N = 100, \ge 65 años, EPOC moderada-grave).

Intervención:

- Grupo RRD (n=50): Ejercicio y fisioterapia guiada por tablet (12 semanas).
- Grupo Control (n=50): Tratamiento farmacológico y recomendaciones habituales.
- Variables: Distancia 6 MWT, escala mMRC (disnea), agudizaciones e ingresos.



6. RESULTADOS

Capacidad física (6 MWT): +42,5 en RRD vs +6,1 en control (p < 0,001).
Disnea (mMRC): Reducción de 1 punto en el 74% del grupo RRD.
Agudizaciones a 12 meses: Reducción del 54% en reingresos urgentes (p = 0,004).

7. CONCLUSIONES

1. La RRD mejora la capacidad funcional y reduce la disnea en ancianos con EPOC.
2. Disminuye de forma drástica los ingresos hospitalarios, optimizando recursos sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agustí A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report. Eur Respir J. 2023;61(4):2300239.
2. Wedzicha JA, Miravitlles M, Hurst JR, Calverley PM, Albert RK, Anzueto A, et al. Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. Eur Respir J. 2017;49(3):1600791.
3. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188(8):e13-64.
4. Cox NS, Dal Corso S, Hansen H, McDonald CF, Hill CJ, Zanaboni P, et al. Telerehabilitation for chronic respiratory disease. Cochrane Database Syst Rev. 2021;1(1):CD013040.

El papel de enfermería en la detección del síndrome de Cushing

CASO CLÍNICO SIMULADO · SALUD DE LA MUJER · ENFERMERÍA



RESUMEN

Se presenta un caso clínico simulado de una mujer posmenopáusica con manifestaciones inicialmente atribuidas a la menopausia. La valoración enfermera identifica signos de alarma compatibles con hipercortisolismo y facilita la derivación para estudio endocrinológico. Se destaca el papel de enfermería en la detección, continuidad asistencial y educación sanitaria.

ANTECEDENTES

El síndrome de Cushing se produce por exposición prolongada a exceso de cortisol. Puede manifestarse con obesidad centrípeta, hipertensión, alteraciones glucémicas, fragilidad cutánea y debilidad muscular. Algunos síntomas se solapan con los cambios de la menopausia, lo que puede retrasar la sospecha clínica.

OBJETIVOS

- Identificar signos y síntomas que no deben normalizarse como propios de la menopausia.
- Describir la valoración y actuación enfermera ante la sospecha de síndrome de Cushing.
- Proponer cuidados y educación sanitaria durante el proceso diagnóstico y terapéutico.

PALABRAS CLAVE: menopausia · síndrome de Cushing · enfermería · detección precoz · cuidados · educación sanitaria

MÉTODOS

Caso clínico simulado con valoración integral de enfermería: entrevista, revisión de antecedentes y medicación (incluidos corticoides), constantes, antropometría, estado cutáneo, fuerza muscular, descanso y repercusión funcional.

Ante los hallazgos se plantea derivación a endocrinología y estudio hormonal y de imagen. Se estructura un plan de cuidados individualizado y seguimiento perioperatorio.

RESULTADOS

Mujer de 56 años, posmenopáusica, con aumento de peso abdominal, fatiga, debilidad proximal, hematomas espontáneos, hipertensión y estrías violáceas anchas. PA: 158/96 mmHg; IMC: 30,5 kg/m².

En el caso simulado: cortisol elevado en pruebas de cribado, falta de supresión con dexametasona, ACTH baja y lesión suprarrenal izquierda compatible con adenoma. Diagnóstico: síndrome de Cushing ACTH-independiente. Se realiza adrenalectomía laparoscópica y seguimiento endocrinológico.

CONCLUSIONES

La observación sistemática y la escucha activa de enfermería permiten reconocer patrones de síntomas progresivos y evitar atribuciones automáticas a la menopausia.

La educación sobre tratamiento sustitutivo, signos de insuficiencia suprarrenal y seguimiento resulta esencial para la seguridad y recuperación de la paciente.

APORTACIÓN ENFERMERA: VALORACIÓN, CUIDADOS Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

VALORACIÓN

Control de tnsión arterial, glucemia, peso y permetro abdominal. Valoración de fuerza, marcha, riesgo de caídas, piel, dolor, sueño y estado emocional.

CUIDADOS

Promover actividad adaptada y descansos; prevenir lesiones cutáneas y caídas; vigilar complicaciones metabólicas; ofrecer apoyo emocional y coordinación multidisciplinar.

POSTOPERATORIO Y EDUCACIÓN

Vigilar hipotensión, mareo, vómitos, debilidad intensa e hipoglucemia. Supervisar glucocorticoides prescritos y enseñar a no suspenderlos ni modificarlos sin indicación.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE MECANISMOS DE PROTECCIÓN JURÍDICA EN CONTEXTO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN ENTRE CHILE, ESPAÑA Y PORTUGAL

1. RESUMEN

Este trabajo consiste en una Investigación cualitativo-analítica del derecho comparado, internacional, nacional, así como políticas públicas de Chile, España y Portugal, cuyo objetivo es comparar los mecanismos de protección de los derechos de las personas mayores en situación de vulnerabilidad o exclusión social.
A fin de que el lector pueda identificar convergencias, diferencias y oportunidades de mejora normativa, la relevancia del rol activo de profesionales y entidades públicas y privadas en la Promoción de políticas públicas y alianzas intersectoriales.
Obteniendo como resultado principal del análisis, que la protección efectiva de las personas mayores, exige superar una visión asistencialista y avanzar hacia un modelo integral de garantía de derechos.

2. AUTORES

Elis Ilse Gonçalves Flores
Kleiver Rodríguez
Escola Superior de Saúde de la Universidad Politécnica de Bragança.

3. PALABRAS CLAVE

Personas Mayores, Exclusión Social, Derecho Comparado.

4. ANTECEDENTES

a. Heterogeneidad del envejecimiento y la exclusión socioeconómica.
b. Vulnerabilidad silenciosa, aislamiento, falta de redes de apoyo, carencia de protección jurídica y sustento legal para exigibilidad de derechos.
c. Justificación de la muestra: España/Portugal (retos transfronterizos, reformas recientes); Chile (vanguardia en derechos humanos).

5. OBJETIVOS

Evaluar comparativamente la eficacia de las herramientas jurídicas en los tres países y el estandar jurídico que cada Estado entrega a la protección y erradicación de todo tipo de exclusión de las personas mayores en sus territorios.

6. MÉTODO

1. **Diseño:** Investigación cualitativo-analítica y de derecho comparado.
2. **Fuentes:** anclaje internacional, consagración constitucional, marco legal, órgano gestor y tratamiento del sinhogarismo y exclusión severa.

7. RESULTADOS

MATRIZ COMPARATIVA JURÍDICA

DIMENSIÓN	CHILE	PORTUGAL	ESPAÑA
Anclaje Internacional Principal	Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, vinculante).	Carta de Derechos Fundamentales de la UE (Art. 25) y Estrategia Europea de Cuidados (2022).	Carta de Derechos Fundamentales de la UE (Art. 25) y Carta Social Europea.
Consagración Constitucional	No explícita en el texto vigente; canalizada mediante tratados internacionales de DDHH ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.	Artículo 72º (Pessoas Idosas): Mandato directo de seguridad económica, vivienda y prevención del aislamiento.	Artículo 50 CE: Garantía de suficiencia económica (pensiones) y sistema de servicios sociales.
Marco Legal Específico Integrado	Ley N°21.822 "Ley Integral de las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable," , que entra en vigencia el 01.06.2027: Define el abandono social como vulneración grave, creando un procedimiento especial ante los Tribunales de Familia.	Lei n.º49/2018 (Regime do Maior Acompanhado) + Lei n.º100/2019 (Cuidador Informal).	Ley 8/2021 de Reforma de la capacidad jurídica y apoyos a su ejercicio. + Ley N°39/2006 (Autonomía Personal y Atención a la Dependencia – LAPAD) + Leyes autonómicas sociales.
Órgano / Sistema Gestor	SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.	Segurança Social + Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).	Imserso (Nivel estatal) + Consejerías de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas.
Tratamiento del Sinhogarismo y Exclusión Severa	Procedimiento judicial especial por Abandono Social, incorporado por la Ley N°21.822, que entra en vigencia en junio de 2027.	Estrategia Nacional para a Inclusão das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo / ENIPSSA (2025-2030): Estrategia Nacional para personas sin hogar, que reconoce a la persona mayor como un grupo especialmente vulnerable que requiere una intervención especializada.	Estrategia Nacional para la lucha contra el Sinhogarismo 2023-2030 + Estrategia Nacional para la Lucha contra la Pobreza y Exclusión Social 2024-2030 + Planes Autonómicos.

8. CONCLUSIONES

Chile: enfoque jurídico-protector. aporta la dimesión de exigibilidad y protección jurídica.

España: enfoque social y preventivo. incorpora la dimesión de inclusión, autonomía y prevención de la soledad.

Portugal: enfoque comunitario y sociosanitario. desarrolla la dimensión de corresponsabilidad comunitaria y continuidad sociosanitaria.

El desafío común es articular la protección jurídica, la inclusión social y la atención sociosanitaria comunitaria en un modelo integral, que garantice no solo la asistencia sino también la dignidad, autonomía, participación y ejercicio efectivo de sus derechos, especialmente en quienes enfrentan situaciones de dependencia, aislamiento o ausencia de redes de apoyo.

FUENTES NORMATIVAS:

BOE, https://www.boe.es/
Diário de la República, http://diariodarepublica.pt
BCN, bcn.cl/leychile/
OEA, oas.org/es/
UE, european-union.europea.eu/idenx_es

correo electrónico: elis.goncalves.flores@gmail.com
Teléfono de contacto: (+351) 934 741 064

MÁS ALLÁ DE LAS CONSTANTES VITALES.

Detección precoz del deterioro clínico en personas mayores atendidas en urgencias.

RESUMEN

La detección precoz del deterioro clínico en personas mayores atendidas en urgencias constituye un reto para la seguridad asistencial, debido a las presentaciones clínicas atípicas y a la posible ausencia de alteraciones evidentes en las constantes vitales. Se pretende analizar la evidencia científica sobre los signos de alerta, los cambios cognitivos y funcionales, las escalas de alerta precoz y las estrategias de reevaluación enfermera en pacientes de 65 años o más. Los hallazgos preliminares sugieren que el delirium puede pasar inadvertido, que las escalas fisiológicas presentan limitaciones predictivas y que herramientas como el 4AT pueden facilitar la detección de alteraciones cognitivas agudas. Se destaca la importancia de complementar la valoración de las constantes vitales con la evaluación del estado basal, la capacidad funcional y la evolución clínica del paciente. La identificación temprana de cambios y la reevaluación enfermera podrían contribuir a mejorar la seguridad asistencial, aunque se necesitan estudios adicionales que evalúen su impacto sobre los resultados clínicos.

PALABRAS CLAVE

- adultos
- urgencias
- deterioro
- valoración de enfermería
- detección precoz
- delirium

BIBLIOGRAFÍA



ANTECEDENTES

El envejecimiento puede asociarse a presentaciones clínicas atípicas y ausencia de signos fisiológicos clásicos. La valoración inicial aislada podría no identificar todos los casos de deterioro.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia sobre la detección precoz del deterioro clínico en personas mayores atendidas en urgencias. Identificar signos clínicos de alerta. Y, examinar el valor de los cambios cognitivos y funcionales.

MÉTODO

REVISIÓN SISTEMÁTICA

2016–2026

Población: **personas de ≥65 años atendidas en servicios de urgencias**

PubMed
CINAHL
Scopus
Web of Science
Cochrane Library

RESULTADOS

Se identifican **4** hallazgos principales.

1. El **delirium** presenta una **prevalencia variable** en las personas mayores atendidas en urgencias.
2. El **4AT** mostró una **sensibilidad** y **especificidad** agrupadas del **88%** en una revisión de 17 estudios y 3.702 observaciones de distintos entornos asistenciales. Estos resultados apoyan su utilidad como cribado.
3. Las **escalas de alerta precoz** aportan información sobre el **riesgo de deterioro fisiológico**, pero deben complementarse con la valoración cognitiva, funcional y clínica, además de la evolución del paciente. Las herramientas disponibles muestran limitaciones predictivas y metodológicas.
4. La identificación del estado basal, la detección de cambios agudos, el uso de instrumentos validados y la reevaluación ante cambios clínicos constituyen líneas de actuación respaldadas por la evidencia disponible.

CONCLUSIONES

La detección precoz del deterioro clínico en personas mayores requiere una valoración integral que complemente las constantes vitales con la evaluación cognitiva y funcional. La identificación del estado basal, el uso de herramientas validadas y la reevaluación enfermera ante cambios clínicos son estrategias prioritarias para mejorar la seguridad asistencial.

MÁS ALLÁ DEL REJUVENECIMIENTO

. . . RESUMEN . . .

El envejecimiento poblacional y la creciente demanda de tratamientos estéticos plantean nuevas cuestiones sobre la **imagen corporal**, la **autoestima** y el **bienestar psicológico** en las personas mayores. Sin embargo, aunque la evidencia específica sobre los beneficios psicosociales de estos procedimientos en este grupo de edad es limitada, permite valorar críticamente la evidencia disponible y contribuir a una atención estética centrada en la persona mayor, que tenga en cuenta sus expectativas, su bienestar psicológico, su autonomía y la prevención de posibles daños.



. . . PALABRAS CLAVE . . .

- personas mayores
- medicina estética
- autoestima
- calidad de vida
- envejecimiento
- enfermería.

. . . OBJETIVOS . . .

Analizar la evidencia científica sobre el impacto de los **tratamientos de medicina estética** en la **autoestima**, la **imagen corporal**, el **bienestar psicológico** y la **calidad de vida** de las personas mayores de 60 años.

. . . ANTECEDENTES . . .

El envejecimiento y la presión social por mantener una apariencia juvenil pueden influir en la autoestima y la imagen corporal de las personas mayores. Aunque la medicina estética podría mejorar la satisfacción personal, sus beneficios sobre la calidad de vida en este grupo aún requieren mayor evidencia. Desde enfermería geriátrica, es fundamental promover decisiones informadas y una atención individualizada que respete la autonomía y el bienestar de las personas mayores.

. . . MÉTODO . . .

REVISIÓN SISTEMÁTICA siguiendo las recomendaciones PRISMA 2020

PubMed	Web of Sciencie	
Adultos ≥ 60 años	2016 – 2026	inglés

MESH
- Aged
- Aesthetic Medicine
- Cosmetic Procedures
- Self-Esteem
- Body Image
- Quality of Life
- Psychological Well-Being

. . . RESULTADOS . . .

La búsqueda bibliográfica identificó evidencia de posibles beneficios psicosociales asociados a la medicina estética, aunque con limitaciones en su aplicación específica a las personas mayores. Un estudio internacional realizado en 7.588 adultos de 50 a 80 años encontró que el **83%** consideraba que los tratamientos estéticos podían aportar **beneficios emocionales**. Sin embargo, **la satisfacción con la autopercepción psicológica era elevada independientemente de la relación con estos tratamientos**.

Por otra parte, una revisión sistemática de 17 estudios sobre cirugía estética observó **mejoras a corto plazo** en algunos indicadores, como la **autoestima** y la **satisfacción** con determinadas partes del cuerpo, pero encontró evidencia limitada o inconcluyente sobre la calidad de vida, la salud mental y el funcionamiento social. Además, destacó la escasez de seguimientos superiores a seis meses.

Asimismo, una revisión publicada en 2026 sobre tratamientos estéticos inyectables identificó **resultados favorables** en **bienestar psicológico**, **percepción personal y calidad de vida**, aunque con heterogeneidad entre estudios y sin evidencia exclusiva de personas mayores.

. . . CONCLUSIONES . . .

La medicina estética podría contribuir a mejorar la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal, aunque la evidencia sobre sus efectos en la calidad de vida de las personas mayores sigue siendo limitada. Se necesitan estudios específicos y seguimientos a largo plazo que permitan confirmar estos beneficios. Desde enfermería geriátrica, es fundamental promover una atención individualizada, segura y libre de prejuicios, que respete la autonomía, las expectativas y el bienestar integral de las personas mayores.

. . . BIBLIOGRAFÍA . . .

SILVER ECONOMY

Enfermería y Plasma Rico en Plaquetas:

innovación en la cicatrización y regeneración tisular

RESUMEN

El **Plasma Rico en Plaquetas (PRP)** constituye una alternativa terapéutica de interés creciente en el **abordaje de heridas de difícil cicatrización**, gracias a su elevada concentración de factores de crecimiento y mediadores bioactivos implicados en la reparación tisular. Su utilización permite estimular procesos como la angiogénesis, la proliferación celular, la síntesis de colágeno y la regeneración de los tejidos.

En el ámbito enfermero, el PRP representa una oportunidad para avanzar hacia **cuidados más especializados e individualizados**, especialmente en pacientes con heridas crónicas, úlceras de difícil evolución y lesiones con escasa respuesta a los tratamientos convencionales.



ANTECEDENTES

La cicatrización es un proceso biológico complejo que comprende cuatro fases interrelacionadas: 1. hemostasia, 2. inflamación, 3. proliferación y 4. remodelación tisular. En determinadas situaciones, como la DM, la insuficiencia vascular, la edad avanzada o la presencia de infección, este proceso puede verse alterado y dar lugar a heridas crónicas de difícil resolución.

El PRP es un hemoderivado autólogo obtenido mediante centrifugación de sangre, que permite concentrar plaquetas en un volumen reducido de plasma. Estas plaquetas liberan diferentes factores de crecimiento, entre los que destacan **PDGF**, **TGF-β**, **VEGF** y **EGF**, relacionados con la proliferación de fibroblastos, la formación de nuevos vasos sanguíneos, la síntesis de colágeno y la reparación de los tejidos. Entre sus principales indicaciones estudiadas se encuentran las úlceras venosas, las lesiones del pie diabético y las heridas de evolución tórpida.





OBJETIVO

Analizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia del PRP en la cicatrización de heridas, destacando su aplicación como tratamiento innovador y el papel de Enfermería en su abordaje.

METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Pubmed
Cochrane
Scielo

Tesauros MeSH:
"nursing care", "wound healing", "plateletrich plasma", "growth factors", "chronic wounds"

Estudios realizados en población adulta que evaluasen la eficacia del PRP frente a los tratamientos convencionales o su utilización como terapia complementaria.



RESULTADOS

La evidencia revisada muestra resultados prometedores sobre la utilización del PRP en heridas crónicas, especialmente en úlceras venosas y lesiones del pie diabético.

1. **Mayor capacidad de cicatrización:** una revisión sistemática publicada en 2024, centrada en ECAs, se observó una reducción adicional del área ulcerosa del 56,9 % frente a los tratamientos comparadores.
2. **Resultados favorables en heridas de difícil evolución:** un metaanálisis publicado en Scientific Reports en 2024 incluyó 12 ensayos clínicos con 717 pacientes tratados con PRP alogénico. Los resultados mostraron una mayor tasa de cicatrización y una reducción del tiempo necesario para la curación frente a los tratamientos convencionales.
3. **Aplicación en lesiones por presión:** un metaanálisis publicado en 2026, que incluyó 9 ensayos clínicos aleatorizados y 511 pacientes con 523 lesiones por presión, encontró una mayor probabilidad de cicatrización en los grupos tratados con PRP.
4. **Importancia de la individualización del tratamiento:** la evidencia es especialmente favorable en úlceras venosas, mientras que en las lesiones arteriales y por presión persisten limitaciones y diferencias entre estudios.
5. **Papel de Enfermería en la innovación terapéutica:** la incorporación del PRP requiere una intervención enfermera estructurada que contemple: valoración integral de la herida, medición periódica, preparación y manipulación segura del producto, seguimiento de la evolución, control del dolor y detección de complicaciones, y educación sanitaria



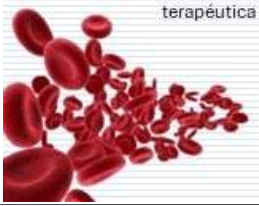


CONCLUSIONES

La evidencia disponible muestra beneficios especialmente relevantes en **úlceras venosas** y **lesiones del pie diabético**, aunque todavía existen limitaciones relacionadas con la heterogeneidad de los protocolos y la calidad de algunos estudios.

La incorporación del PRP a las unidades de heridas crónicas supone una oportunidad para impulsar los cuidados avanzados, promover la innovación terapéutica y avanzar hacia una atención individualizada y basada en la evidencia.





El PRP representa una oportunidad para ampliar el papel de Enfermería en el desarrollo de terapias regenerativas y cuidados especializados.

BIBLIOGRAFÍA

La soledad no deseada en las personas mayores

Un reto social y de salud pública





20 %
En España sufre soledad no deseada el 20 % de personas

14.141
millones de euros
el coste anual de la soledad no deseada en España.
1,17 % del PIB anual

1.045.609
AVAC perdidos anualmente

49,3 %
ha sentido soledad en algún momento de su vida

1. Resumen

La soledad no deseada es una experiencia subjetiva que afecta la salud fisica y emocional, especialmente en personas mayores. Es un problema creciente que requiere una respuesta social, sanitaria y comunitaria.

2. Palabras clave

Soledad no deseada · Personas mayores · Salud · Bienestar · Atención Primaria

3. Antecedentes

La soledad no deseada se asocia con mayor riesgo de depresión, deterioro cognitivo y peor calidad de vida, afectando especialmente a las personas mayores.

4. Objetivos

Analizar la magnitud del problema, sus consecuencias y las estrategias para prevenir y combatir la soledad no deseada.

5. Método

Revisión narrativa documental. Se consultaron fuentes institucionales (SoledadES, Junta de Castilla y León) y literatura cientifica de enfermeria sobre personas mayores. Se seleccionó información relevente y actualizada, sin recogida de datos propios.



6. Resultados

Prevalencia según edad



- El 20,0 % de la población española sufre soledad no deseada (todas las edades).
- El 67,7 % de quienes la sufren lleva más de 2 años.
- La soledad aumenta a partir de los 75 años.

7. Conclusiones

- La soledad no deseada es un desafio creciente en España, especialmente en la población mayor.
- Su impacto afecta la salud, la calidad de vida y el sistema sanitario.
- Es fundamental promover estrategias de prevención, detección precoz y fomentar la conexión social para construir una sociedad más inclusiva.

Porque nadie deberia sentirse solo



3 ENFERMERIA

1. SoledadES. La soledad no deseada [Internet]. Madrid: SoledadES; [citado 8 nov 2026]. Disponible en: https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada
2. Junta de Castilla y León. Soledad y aislamiento [Internet]. Valladolid: Servicios Sociales de Castilla y León; [citado 8 nov 2026]. Disponible en: https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/soledad-aislamiento.html
3. Junta de Castilla y León. Plan de acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León; [citado 8 nov 2026]. Disponible en: https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/plan-accion-castilla-leon.html
4. Articulo de ScienceDirect [Internet]. 2026 [citado 8 nov 2026]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021139X2600096X
5. Casal Rodriguez B, Rivera Castiñeira B, Rodriguez-Miguez E. El coste de la soledad no deseada en España [Internet]. Madrid: Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES); 2023 [citado 8 nov 2026]. Disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20E%20coste%20de%20la%20soledad%20no%20deseada%20en%20España_3.pdf

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE Helicobacter pylori EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

Resumen

La infección por *Helicobacter pylori* (H. pylori) constituye uno de los principales factores etiológicos de gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico. La prevalencia de la infección aumenta con la edad, siendo especialmente elevada en personas mayores de 65 años. En este grupo poblacional, la erradicación de *H. pylori* presenta beneficios clínicos importantes, aunque existen desafíos específicos relacionados con la comorbilidad, la polimedicación, la resistencia antibiótica y la tolerabilidad de los tratamientos. Las guías actuales recomiendan tratar a todos los pacientes infectados, incluidos los adultos mayores, tras una adecuada valoración individual

Palabras clave: *Helicobacter pylori*, Eficacia del tratamiento y Personas mayores de 65 años.

Antecedentes

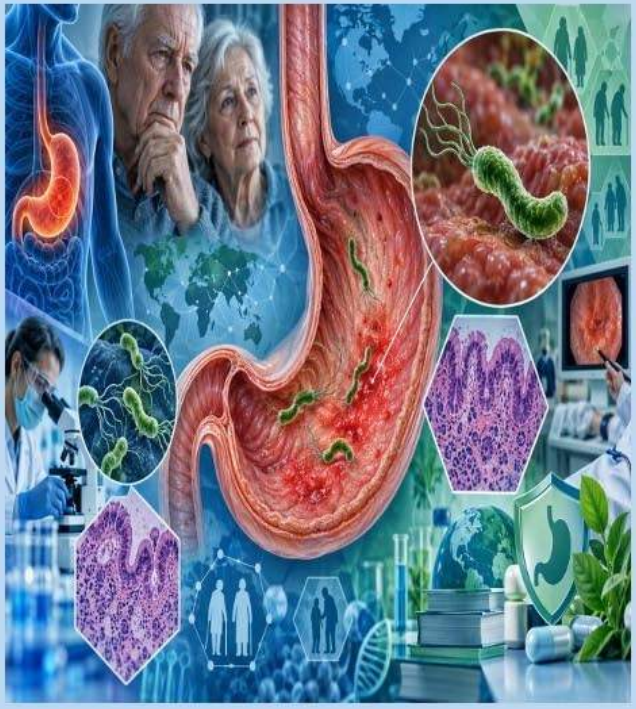
H. pylori es un importante factor causal de gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico. La prevalencia aumenta con la edad y las guías recomiendan tratar a los pacientes infectados.

Objetivos

Analizar la evidencia sobre la eficacia, beneficios y limitaciones de la erradicación de H. pylori en mayores de 65 años.

Metodología

Revisión bibliográfica de revisiones, estudios observacionales, consensos y guías clínicas (2021-2026). Descriptores: Helicobacter pylori, eficacia del tratamiento y personas mayores.



Resultados

La erradicación está recomendada independientemente de la edad puesto que disminuye la recurrencia de úlcera, hemorragia digestiva y riesgo de cáncer gástrico.

Las tasas de erradicación habituales son >85%; estudios en mayores 86-96%, terapias convencionales 80-90%(basadas en Inhibidores de la bomba de protones., amoxicilina, claritromicina, metronidazol o bismuto) sin embargo las terapias duales con amoxicilina alcanzaron resultados incluso superiores a algunas pautas cuádrupes tradicionales siendo mejor toleradas.

Existen factores que afectan la eficacia del tratamiento: la resistencia antibiótica (claritromicina y levofloxacino), la polimedicación, las interacciones farmacológicas, la fragilidad, la comorbilidad, la menor adherencia y efectos adversos gastrointestinales.

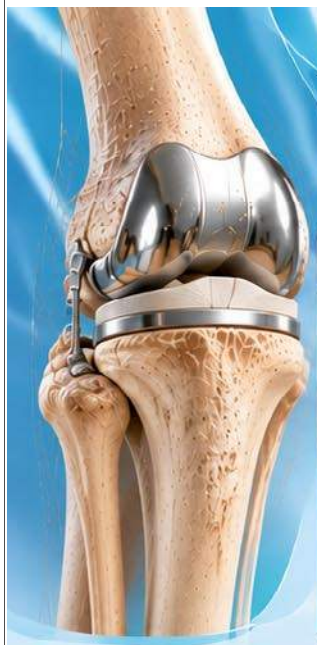
La mayoría de pacientes tolera adecuadamente el tratamiento. Efectos adversos más frecuentes: diarrea, náuseas, alteración del gusto y molestias abdominales. El uso de probióticos como terapia complementaria podría mejorar la eficacia y la adherencia.

Conclusiones

La erradicación de H. pylori en mayores de 65 años es eficaz y clínicamente beneficiosa , reduce el riesgo de úlcera péptica, hemorrragia digestiva y cáncer gastrico.

La elección terapéutica debe individualizarse según comorbilidad, interacciones y resistencias locales.

El sangrado posterior a una artroplastia total de rodilla: ¿cómo podemos controlarlo?



Resumen

La artroplastia total de rodilla (ATR) es el tratamiento de elección en estadios avanzados de gonartrosis. El aumento de su realización hace necesario optimizar el manejo perioperatorio y minimizar las complicaciones asociadas, entre las que destaca el sangrado postoperatorio. En este estudio, analizamos los factores relacionados con una mayor pérdida hemática en 222 pacientes intervenidos de ATR, centrándonos en el uso de isquemia intraoperatoria, la administración de ácido tranexámico y la colocación de ausencia de ácido tranexámico se asociaron con un mayor descenso de hemoglobina. Estos resultados sugieren que la combinación de estas medidas podría reducir el sangrado tras la ATR.

Antecedentes

La gonartrosis es una patología frecuente cuya prevalencia ha aumentado con el envejecimiento poblacional. Aunque la ATR mejora el dolor y la funcionalidad, el sangrado postoperatorio sigue siendo una complicación relevante, pudiendo causar anemia y prolongar la estancia hospitalaria.

Objetivos

Analizar los factores asociados a una mayor pérdida hemática postoperatoria en pacientes sometidos a ATR, evaluando especificamente:

- El empleo de isquemia intraoperatoria.
- La administración de ácido tranexámico intraarticular.
- La colocación de drenaje quirúrgico.

Método

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en 222 pacientes intervenidos de ATR en un hospital de segundo nivel durante un año. Se consideró sangrado significativo una disminución de hemoglobina ≥ 2,5 puntos. Se analizaron variables demográficas y del procedimiento quirúrgico, y se realizó un análisis estadístico ($p < 0,05$).

Resultados

47,29 %
presentaron una disminución de hemoglobina ≥ 2,5 puntos (n = 105)

Combinación de medidas protectoras



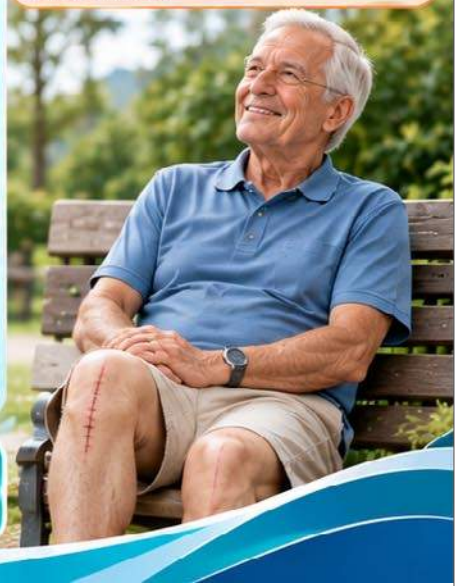
Factores asociados con mayor sangrado

Sin isquemia	Con drenaje	Sin ácido tranexámico
52,8 % ($p < 0,007$)	63,9 % ($p < 0,001$)	62,3 % ($p < 0,001$)

Conclusiones

En nuestra serie, el cierre sin isquemia intraoperatoria, la colocación de drenajes y la ausencia de ácido tranexámico se asociaron con una mayor pérdida hemática tras la ATR.

La aplicación conjunta de estas medidas podría contribuir a disminuir el sangrado postoperatorio y optimizar el manejo perioperatorio.



Palabras clave

Gonartrosis; artroplastia total de rodilla; sangrado postoperatorio; hemoglobina; ácido tranexámico; isquemia intraoperatoria.

La cuestión de género en el desempeño de los cuidados a personas mayores

Perspectiva de género en las personas cuidadoras

1. Resumen

La evidencia muestra que los cuidados a personas mayores recaen mayoritariamente en las mujeres debido a factores sociales, culturales y estructurales, generando desigualdades en salud, empleo y reconocimiento.

2. Palabras clave

Género; cuidados; personas mayores; dependencia; desigualdad; corresponsabilidad.

3. Antecedentes

La dependencia se define como necesidad de ayuda para actividades básicas. Históricamente el cuidado se ha feminizado por los roles de género y la división sexual del trabajo.



4. Objetivos

- Analizar cómo influye el género en la distribución de los cuidados.
- Identificar consecuencias para las mujeres cuidadoras.
- Destacar propuestas de corresponsabilidad.



5. Método

Revisión descriptiva de la evidencia presentada en organismos internacionales (OMS y OIT) y análisis del papel de los roles de género en el cuidado de personas mayores.

6. Resultados



- Más horas de cuidado
- Doble carga doméstica y laboral
- Mayor estrés
- Menor reconocimiento social y económico

7. Conclusiones

La desigualdad en los cuidados no responde a diferencias naturales sino a construcciones sociales. Promover la corresponsabilidad, reforzar los servicios públicos y reconocer el cuidado como trabajo esencial favorece la igualdad de género y el bienestar de las personas mayores.

Cuidar es cosa de todas y todos

ROL DEL TCAE: APLICACIÓN TERAPÉUTICA DEL FRÍO Y CALOR AL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Complejo Asistencial de Zamora | Sacyl | Junta de Castilla y León | Diputación Zamora | Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

RESUMEN

La aplicación terapéutica del frío (crioterapia) y del calor (termoterapia) constituye una intervención complementaria en determinados cuidados del paciente oncológico. Estas técnicas pueden contribuir al alivio de algunas molestias, mejorar el confort y, en contextos específicos, ayudar a prevenir determinados efectos secundarios asociados a los tratamientos contra el cáncer.
La crioterapia se ha estudiado para prevenir la neuropatía periférica inducida por ciertos fármacos antineoplásicos, mientras que la termoterapia puede favorecer la relajación muscular y aliviar la rigidez en situaciones seleccionadas. Sin embargo, su eficacia depende del tratamiento recibido, del estado clínico del paciente y de la correcta aplicación de cada técnica.

ANTECEDENTES

Algunos tratamientos oncológicos pueden provocar neuropatía periférica, dolor o alteraciones de la sensibilidad.
El frío y el calor pueden utilizarse como medidas complementarias para determinados síntomas, según la situación clínica.
Una aplicación incorrecta puede causar lesiones cutáneas, especialmente en pacientes con sensibilidad reducida.
La intervención debe individualizarse y seguir las indicaciones del equipo sanitario.

OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia de la crioterapia en la prevención de la neuropatía periférica y los efectos terapéuticos de la termoterapia en pacientes oncológicos. Para ello, se busca identificar los beneficios y las limitaciones de ambas terapias, describiendo las situaciones clínicas en las que están indicadas, así como reconociendo sus contraindicaciones y riesgos asociados. Asimismo, se detallarán las funciones específicas del TCAE antes, durante y después de su aplicación, con el fin de promover la seguridad, el confort y la atención individualizada del paciente.

PALABRAS CLAVE

Crioterapia; Termoterapia; Quimioterapia; Neuropatía periférica; Asistentes de enfermería, Seguridad del paciente.

RESULTADOS

La crioterapia produce vasoconstricción, reduciendo la llegada del fármaco a los nervios periféricos y disminuyendo la incidencia y severidad de la neuropatía. Por su parte, la termoterapia favorece la vasodilatación, mejora la circulación sanguínea, disminuye la rigidez articular, relaja la musculatura y proporciona efecto analgésico. Los métodos más utilizados incluyen guantes y calcetines fríos durante la quimioterapia y aplicación superficial de calor con protección.

MÉTODO

Bases de datos: Cuiden, Dialnet y LILACS.

- **T**Gallardo Cantín R, Leante Zorro N, Erro Gómez M, Gómez Sevillano S, Gil Ortega R, Ferrer Gonzalo S. Aplicación terapéutica de frío y calor. Rev Sanit Investig [Internet]. 2022 [citado 2026 Feb 18]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/aplicacion-terapeutica-de-frio-y-calor/
- Navarro Pacheco R, Montero Sanz N, Blasco Bruna V, Fernández Martínez M, Giménez Giménez C, Zapata Fernández M. Aplicación terapéutica de frío y calor [Internet]. Ocronos. 2023 [citado 2026 Feb 18]; VI(5):285. Disponible en: https://revistamedica.com/aplicacion-terapeutica-frio-calor-tecnicas-aplicacion/
- López-Loureiro I, Maceira Rozas MC, Casal Acción B. Crioterapia para la prevención de la neuropatía periférica secundaria a quimioterapia. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2022.
- Martínez-Pizarro S. Crioterapia en la prevención de la neuropatía periférica inducida por quimioterapia. Sanum. 2020;4(3):78-80.
- Rosich Soteras A, Rodríguez García AB, Paré Brunet L, Serrahima Mackay A. Neuropatía periférica producida por taxanos y calidad de vida global en pacientes con cáncer de mama. Metas Enferm. 2018;21(3):67-73.

Criterios de inclusión: Publicaciones en español de los últimos diez años.
Análisis: Comparación de los beneficios, riesgos y cuidados relacionados con el frío y el calor.

CONCLUSIONES

La crioterapia se considera una medida preventiva eficaz frente a la neuropatía periférica inducida por quimioterapia, mientras que la termoterapia mejora el confort y alivio sintomático. El TCAE desempeña un papel fundamental en la preparación del material, vigilancia cutánea y detección de complicaciones.

EFICACIA DE LA RADIOFRECUENCIA PULSADA EPIDURALEN EL SÍNDROME DE ESPALDA FALLIDA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.RESUMEN

El síndrome de espalda fallida (SEF), actualmente denominado síndrome de dolor espinal persistente tipo II (PSPS-II), se caracteriza por dolor lumbar y/o radicular, persistente tras una cirugía de columna o tratamiento previo. Afecta de forma significativa a la calidad de vida de los pacientes.

La radiofrecuencia pulsada (RFP) epidural se presenta como una opción terapéutica mínimamente invasiva, cuyo posible beneficio analgésico requiere una evaluación clínica.

Esta revisión bibliográfica analiza la evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad de la RFP epidural en pacientes con PSPS-II, comparándola con el tratamiento con corticoides epidurales.

2.ANTECEDENTES

- El dolor persistente tras cirugía lumbar puede afectar la funcionalidad, la calidad de vida
- Las opciones terapéuticas incluyen tratamientos farmacológicos, intervenciones epidurales y neuro modulación.
- La RFP se utiliza para modular la transmisión nociceptiva, evitando las temperaturas elevadas de la lesión térmica convencional, sin destruir el tejido nervioso.

3. PALABRES CLAVE / TÉRMINOS MESH

- "pulsed radiofrequency", "epidural","failed back surgery syndrome"
- "chronic low back pain" "corticosteroids"

4.OBJETIVOS

- Evaluar la evidencia disponible sobre la eficacia y seguridad de la RFP epidural en pacientes con SEF, comparada con el tratamiento con corticoide epidural.
- Describir los resultados sobre el dolor, discapacidad y calidad de vida.
- Contextualizar los hallazgos con estudios de RFP del ganglio de la raíz dorsal en dolor radicular lumbar.
- Identificar las limitaciones de la evidencia y las necesidades de investigación.

5. MATERIAL Y MÉTODO

FUENTES DE INFORMACIÓN

PubMed/MEDLINE, Wiley Library on line, Manual de técnicas de radiofrecuencia en rehabilitación intervencionista.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión:
- ✓ Artículos de los últimos 5 años (ampliables a 10).
- ✓ Pacientes con SEF.
- ✓ Estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- ✓ Texto completo; español o inglés.

Exclusión:
- ✓ Otras intervenciones, otros idiomas o texto incompleto.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es eficaz y segura la radiofrecuencia pulsada epidural en el tratamiento del síndrome de espalda fallida, en comparación con el corticoide epidural?

PICO: P: Pacientes: Adultos con síndrome de espalda fallida (postcirugía lumbar o dolor persistente).**I: Intervención:** Radiofrecuencia pulsada epidural. **C: Comparación:** Corticoide epidural.**O: Resultados:** Reducción del dolor, mejoría funcional, calidad de vida y seguridad.

7.DISCUSIÓN

- La RFP epidural muestra resultados prometedores, aunque la evidencia directa es limitada y heterogénea.
- EPIPUL aporta evidencia favorable a añadir RFP a corticoides frente a corticoides solos.
- Los estudios del ganglio de la raíz dorsal apoyan su utilidad en dolor radicular lumbar, pero no deben extrapolarse directamente al SEF.
- Se necesitan ensayos mayores, protocolos homogéneos y seguimiento prolongado.

8.CONCLUSIONES

La RFP parece ser una opción **eficaz y segura,** sin diferencias relevantes de efectos adversos, para el tratamiento del SEF.

Sus **efectos** son **beneficiosos** a **corto y medio plazo** (3–6 meses).

Existe una mayor **reducción del dolor** y **mejoría funcional** con RFP frente a únicamente corticoide epidural, en la mayoría de los estudios recientes.

El ensayo EPIPLU (2026) sugiere beneficio al añadir RFP epidural a los corticoides.

Se requieren **más ensayos clínicos** de alta calidad, para confirmar su superioridad, a **largo plazo** y definir los perfiles de pacientes que más se benefician.



https://neurocirugiabcn.com/tecnologia/radiofrecuencia/

6.RESULTADOS

8 artículos incluidos: 5 ensayos clínicos, 2 estudios prospectivos, 1 revisión sistemática y metaanálisis.

Los artículos 1–4 estudian directamente el síndrome de espalda fallida o dolor tras cirugía lumbar. Los artículos 5–8 son evidencia complementaria sobre dolor radicular lumbar.

N.º	Autor/año	Diseño	Muestra	Intervención (RFP)	Comparación (corticoide)	Resultados principales
1	Mendiola de la Osa et al. (2026)	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico	131	RFP + corticoide	Corticoide solo	Mejoría significativa en dolor, discapacidad y calidad de vida hasta 6 meses. Mayor respuesta clínica con RFP. Sin efectos adversos graves.
2	Erken et al. (2025)	Estudio prospectivo (control histórico)	42	RFP epidural	Corticoide epidural	Reducción significativa del dolor al mes y 3 meses. Mejoría del componente neuropático no mantenida a los 3 meses.
3	Köse et al. (2022)	Estudio prospectivo	30	RFP epidural caudal	Corticoide epidural	Mejoría en dolor, discapacidad y calidad de vida a 6 semanas. 36% con alivio del dolor según criterios del estudio.
4	Xu et al. (2021)	Ensayo clínico aleatorizado	60	RFP epidural	Corticoide epidural	Mayor reducción del dolor y mejoría funcional en el grupo RFP a los 2 meses.
5	Lee et al. (2020)	Ensayo clínico aleatorizado	56	RFP epidural	Corticoide epidural	Mejores resultados en dolor y funcionalidad con RFP a los 6 meses.
6	Hagiwara et al. (2019)	Estudio retrospectivo comparativo	40	RFP epidural	Corticoide epidural	Mejoría del dolor y la función en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ellos.
7	Iwama et al. (2010)	Estudio prospectivo	40	RFP epidural	Corticoide epidural	Reducción del dolor y mejoría funcional a 3 meses. Mayor proporción de respondedores en grupo RFP.
8	Song et al. (2017)	Revisión sistemática y metaanálisis	9 estudios (429 pacientes)	RFP epidural	Corticoide epidural	La RFP mostró mejoría significativa del dolor y la función a corto y medio plazo, con perfil de seguridad favorable.

9.BIBLIOGRAFIA (Según Vancouver)

NO SOLO AÑADIR AÑOS.

AÑADIR VIDA A LOS AÑOS.

Perceval, autonomía y longevidad funcional en las personas mayores

02 | Perceval | longevidad | fragilidad | autonomía | calidad de vida | cuidados | Silver Economy



01 RESUMEN

La innovación valvular cobra sentido cuando permite recuperar vida cotidiana: volver al domicilio, autonomía, calidad de vida y mantener sus relaciones sociales. Este trabajo plantea evaluar Perceval desde una mirada sociosanitaria y funcional, más allá del éxito técnico quirúrgico.

03 ANTECEDENTES

La valvulopatía aórtica puede reducir movilidad e independencia. Perceval es una bioprótesis quirúrgica sin suturas convencionales, diseñada para facilitar el implante, reducir tiempos (quirúrgico, isquemia y bomba extracorpórea), idónea para cirugía mínimamente invasiva y excelente perfil hemodinámico, en personas mayores que tendrían muy poco criterio quirúrgico. Las guías actuales recomiendan decisiones individualizadas según edad, riesgo, anatomía, esperanza de vida y preferencias del paciente.



Prótesis Perceval · Cirugía Cardíaca Hospital Clínico Universitario Salamanca

04 OBJETIVOS

Analizar la evidencia de los resultados y la recuperacion funcional, para orientar las necesidades y el seguimiento social y asistencial., creando un modelo de trazabilidad individualizado y centrado en la persona, más allá de la supervivencia.

05 MÉTODO

Revisión narrativa con orientación sociosanitaria.
Fuentes: PubMed/MEDLINE y guías ESC/EACTS.
Variables: eventos, síntomas, fragilidad, AVD, movilidad, calidad de vida, apoyos y rehabilitación.

Propuesta de revisión: valorar resultados con perspectiva integral, incorporando fragilidad, autonomía y recuperación.

06 RESULTADOS

MANTRA · Perceval PLUS · cohorte prospectiva multicéntrica

328	29	71,9	44,2%
pacientes	centros	edad media · años	mín. invasiva

CALIDAD DE VIDA · basal y 30 días

Indicador	Basal	30 días	Δ
KCCQ-12	58,8	71,8	+ 13,0
EQ-5D-5L VAS	64,5	72,6	+ 8,1

Mejoría en ambas escalas; p < 0,0001.

Gradiente medio: 46,2 → 10,1 mmHg **Mortalidad a 30 días: 1,8%**
Marcapasos: 4,0%

Resultados preliminares en cohorte seleccionada; sin comparación aleatorizada.

LONGEVIDAD Y CONTEXTO SOCIAL

No basta con prolongar la supervivencia: vivir más, vivir mejor.
La innovación valvular cardiaca como oportunidad para el envejecimiento saludable, vida autónoma, activa y socialmente participativa

POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS



España | Castilla y León | Zamora

20% soledad no deseada · 75+

1,18 M usuarios de teleasistencia

MODELO DE LONGEVIDAD FUNCIONAL · PROPUESTA

- SALUD CARDÍACA síntomas y control
- FUNCIÓN FÍSICA movilidad y AVD
- VIDA SOCIAL relaciones y participación
- ENTORNO Y APOYOS vivienda y cuidados

Marco conceptual no validado como escala clínica.

07 CONCLUSIONES

Perceval: resultados clínicos y de calidad de vida favorables. El éxito incluye autonomía, cubrir necesidades sociales y cuidados continuados.

FUENTES: Micovic et al. J Cardiothorac Surg. 2024;19:340. doi:10.1186/s13019-024-02861-1 · Ministerio de Sanidad (Indicadores 2025) · SoledadES/Fundación ONCE (2025) · IMSERSO (2024) · INE vía SpainFacts (Zamora, 2025). QR: artículo MANTRA.

VALORACIÓN ENFERMERA DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PERSONAS MAYORES

RESUMEN

Las personas mayores con inmovilidad, fragilidad, dependencia, enfermedades crónicas, alteraciones de la sensibilidad o malnutrición pueden tener mayor riesgo de desarrollar lesiones por presión. Estas pueden ocasionar dolor, infección, pérdida de autonomía y prolongación de la estancia hospitalaria, además de aumentar las necesidades de cuidado. Su prevención constituye una responsabilidad relevante de enfermería, tanto en la identificación precoz de las personas en riesgo como en la aplicación y seguimiento de medidas individualizadas. Aunque se utilizan escalas como Braden, Norton o Waterlow, la puntuación obtenida no debería sustituir la valoración clínica ni la observación directa de la piel.

OBJETIVO

Analizar la evidencia publicada sobre la valoración enfermera del riesgo y las intervenciones dirigidas a prevenir lesiones por presión en personas mayores atendidas en hospitales, residencias y otros entornos asistenciales.

ANTECEDENTES

Las personas mayores con movilidad reducida o dependencia tienen más riesgo de sufrir lesiones por presión. Enfermería puede ayudar a prevenirlas valorando el riesgo, revisando la piel y adaptando los cuidados a cada persona.

PALABRAS CLAVE

- Lesión por presión.
- Persona mayor.
- Valoración del riesgo.
- Cuidados de enfermería.
- Prevención.
- Úlcera por presión.

MÉTODOLOGÍA

- REVISIÓN SISTEMÁTICA
- 2015-2026
-Población: Adultos de 65 años o más con movilidad reducida o riesgo de desarrollar lesiones por presión
-Bases de datos:

- PubMed
- Europe PMC



RESULTADOS

- No se puede confirmar que el uso aislado de escalas de valoración de riesgo reduzca la aparición de LPP. Esto respalda su uso como apoyo al juicio clínico y a la planificación de cuidados, no como sustituto de una valoración integral.

- Las medidas preventivas deben adaptarse a su movilidad, estado de la piel, nutrición y situación clínica.

- Los hallazgos apuntan a que los dispositivos de alivio de presión y una prevención adaptada a cada persona pueden ser útiles.

CONCLUSIONES

La prevención de las lesiones por presión en personas mayores requiere cuidados enfermeros continuos, individualizados y adaptados a los factores de riesgo de cada persona.

Las escalas de valoración son útiles para orientar la detección del riesgo, pero deben complementarse con el juicio clínico y la observación periódica de la piel. La movilidad, la nutrición, la humedad y el estado general deben tenerse en cuenta al planificar los cuidados. La combinación de las medidas preventivas es lo mas beneficioso.

BIBLIOGRAFÍA

AYUNO INTERMITENTE EN ADULTOS MAYORES ¿BENEFICIO O RIESGO DE SARCOPENIA?

1. RESUMEN

El **ayuno intermitente** ha ganado popularidad por sus beneficios metabólicos y neuroprotectores. Sin embargo, en el **adulto mayor genera controversia.**

Mientras que la autofagia celular y la reducción de la inflamación benefician la salud cerebral, el ayuno puede dificultar el aporte proteico necesario, acelerando la pérdida de masa muscular (sarcopenia).

- ***PALABRAS CLAVE***

Ayuno intermitente, Sarcopenia, Autofagia, Envejecimiento activo, Nutrición gerontológica.

2. OBJETIVOS

- Evaluar los beneficios metabólicos y neurocognitivos del ayuno intermitente en personas mayores de 65 años.
- Analizar el impacto del ayuno en la masa muscular y el riesgo de desnutrición/sarcopenia.
- Establecer pautas de seguridad clínica.



3. ANTECEDENTES

- Beneficio: el ayuno estimula la limpieza celular y es neuroprotector contra el deterioro cognitivo.
- Riesgo en ancianos (Sarcopenia y Caídas): "resistencia anabólica".
- Interacciones médicas.

4. MÉTODO

- Revisión sistemática de ensayos clínicos y estudios de cohortes (2020–2026).
- Adultos mayores evaluados en protocolo de Alimentación Restringida en el Tiempo.
- Combinación de ayuno moderado con proteínas y entrenamiento de fuerza.

5. RESULTADOS

+25% sensibilidad a la insulina y reducción de inflamación sistémica.

-15% riesgo de pérdida de masa magra cuando se combina con fuerza y suplementación de leucina/proteína.

90% seguridad clínica al usar ayunos moderadas frente a agresivos, que aumentan el riesgo de mareos y caídas.

CONSEJOS PARA EL AYUNO SEGURO

Cenar temprano y desayunar a hora habitual (p. ej., cenar a las 20:00 y desayunar a las 8:00–10:00).

Romper el ayuno con **proteínas** de alta calidad para frenar el catabolismo muscular.

Ajustar fármacos para la presión arterial y la glucosa antes de iniciar cambios de horario.

6. CONCLUSIONES

- **Seguro** si es moderado y está personalizado.
- **Inseparable del ejercicio** de fuerza para proteger los músculos.
- **Contraindicado** en sarcopenia severa, antecedentes de bajo peso o fragilidad avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

- Anton, S. D., et al. (2021). Fasting and Aging: Implications for Healthy Aging and Longevity.
- McGuire, B. D., et al. (2026). Time-Restricted Eating and Cognitive Function in Older Adults.
- Cruz-Jentoft, A. J., et al. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis.

ROMPIENDO DISTANCIAS: VIABILIDAD DE GRUPOS DE APOYO VIRTUALES ANTE LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL RURAL

ANTECEDENTES



OBJETIVOS

1. Analizar la viabilidad clínica y económica de los grupos de apoyo emocional virtuales para personas en entornos rurales dispersos.
2. Describir como la tele-enfermería supera las barreras geográficas y de transporte en el ámbito rural.
3. Justificar la sostenibilidad financiera d esta intervención dentro del modelo asistencial del sistema público de salud.



METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica

2020 - actualidad

Español e inglés, texto completo

PubMed CUIDEN SciELO

(Loneliness OR "social isolation") AND "rural population AND telemedicine AND "psychiatric nursing"

RESULTADOS

La evidencia científica y los modelos actuales de gestión sociosanitaria avalan la implantación de grupos terapéuticos virtuales estructurados bajo tres pilares fundamentales:

ACCESIBILIDAD SIN DESPLAZAMIENTO

El uso de dispositivos simplificados (tablets con interfaces de un solo botón y tarjetas SIM con datos móviles integrados, sin requerir instalación previa de internet en el hogar) permite a personas aisladas participar en sesione semanales desde su domicilio, eliminando el obstáculo de la distancia.

EFICACIA DEL VÍNCULO DIGITAL

Las videollamadas grupales guiadas por enfermería generan un sentimiento real de presencia y apoyo mutuo análogo a las reuniones físicas, disminuyedo de forma significativa las puntuaciones en las escalas de depresión y sentimiento de abandono.

SOSTENIBILIDAD Y RETORNO DE LA INVERSIÓN SANITARIA

El coste de la dotación de estos dispositivos en régimen de préstamo gratuito resulta altamente eficiente ya que se amortiza gracias a:

- La reducción de la hiperfrecuentación a consultas de Atención Primaria.
- El ahorro en trasporte sanitario no urgente.
- La disminución del gasto farmacéutico derivado de la alta prescripción crónica de psicofármacos.
- El retraso de la institucionalización al mantener su bienestar y autonomía en el hogar.



CONCLUSIONES

- Los grupos de apoyo virtuales democratizan el **acceso a los cuidados** de salud mental, resolviendo el conflicto del trasporte en el entorno rural.
- Esta modalidad de tele-cuidado **optimiza los recursos sanitarios públicos**, demostrando que la inversión en tecnología asistencial adaptada genera un ahorro directo a medio plazo para las arcas sanitarias.
- Potenciar el rol comunitario y digital de la enfermería es una prioridad estratégica que transforma la vulnerabilidad demográfica en un **modelo de innovación sociosanitaria**.

BIBLIOGRAFÍA





ANALGESIA PACIENTE CONTROLADA (PCA) EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

Introducción

Un buen control del dolor en la práctica clínica sigue suponiendo un desafío con el paso de los años a pesar de los continuos avances científico - tecnológicos.

aAlgunos autores constatan que entre el 25 y el 75% de los pacientes postoperados tienen dolor moderado e internso en las primeras 24h tras la intervención.

Objetivos

1. Control eficaz del dolor postoperatorio.
2. Mayor confort y satisfacción del paciente.
3. Facilitar la movilización y recuperación temprana.
4. Individualizar vigilancia según riesgo y comorbilidades.

Metodología

Para la elabroacion del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigacón consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemñatica de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

Pubmed | Medline | Scielo

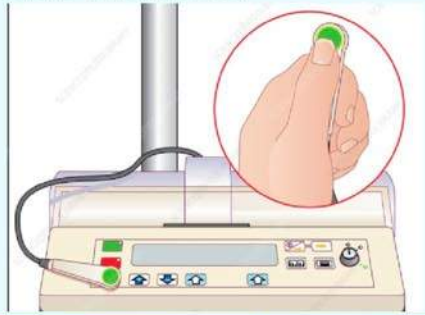
Resultados

El curso del tratamiento del dolor engloba una serie de pasos que lo convierten en un ciclo enlentecido;



Los fármacos que se emplean son **Cloruro mórfico y Metamizol** en reservorios de 100 cc de solución de suero fisiológico preparados en condiciones de esterilidad en Farmacia. La concentración es de 1mg de Cloruro Mórfico + 160 mg de Metamizol por centímetro cúbico.

Las bombas de "analgesia paciente controlada" (PCA) permiten adaptar el tratamiento analgésico a las necesidades del paciente. Previamente es programada por el servicio de Anestesia; pautas de analgesia, sistemas de seguridad, recogida y grabación de datos. Así, con el control diario, se podrá hacer una reevalucación de dosis y tratamiento individualizado a cada paciente.



Conclusión

Las primeras 48h se emplea infusión contina. Pasando éstas, queda una PCA pura, solo administración de bolos según necesidades del paciente. Es por ello esencial en la valoración preanestésica de la cirugía; la explicación técnica al paciente y el grado de comprensión por su parte, de ahí que el uso de la PCA sea un éxito. Esta información debe darse de forma oral y mediante una hoja informativa al respecto. De esta manera, el dia del ingreso previo a la cirugía, si tiene alguan duda por resolver, podrá ponerlas de manifiesto.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Abordaje Integral del Deterioro Cognitivo: Una Perspectiva Multidisciplinar

AUTORES
AURORA GONZÁLEZ MANZANAS
LUCÍA FERRERO GONZÁLEZ
MARÍA LUZ GATO PÉREZ
INÉS ARGÜELLO GÓMEZ
ANA GLORIA VIÑAS MACÍAS
RAQUEL PÉREZ BELVER
LARA TORIBIO GÓMEZ
SARA SALVADOR ALONSO

RESUMEN

El deterioro cognitivo puede afectar a la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida. Su valoración requiere integrar aspectos cognitivos, clínicos, funcionales y psicosociales, dentro de una atención centrada en la persona y coordinada entre profesionales.

PALABRAS CLAVE

Deterioro cognitivo · Demencia · Prevención · Evaluación · Atención centrada en la persona · Abordaje multidisciplinar

ANTECEDENTES

La demencia constituye una importante causa de discapacidad y dependencia en personas mayores.
La OMS señala factores de riesgo potencialmente modificables y recomienda estrategias de reducción del riesgo a lo largo de la vida.
El deterioro cognitivo no debe considerarse una consecuencia inevitable del envejecimiento.

OBJETIVOS

- Describir los elementos fundamentales de una atención integral.
- Identificar estrategias de reducción del riesgo cognitivo.
- Destacar la importancia de una evaluación clínica y funcional adecuada.
- Reforzar la coordinación entre profesionales, persona, familia y cuidadores.

MÉTODO

Revisión narrativa de literatura científica y documentos de referencia sobre prevención, evaluación y atención de personas con deterioro cognitivo y demencia.

Se priorizaron fuentes institucionales y publicaciones científicas de referencia (OMS, NICE y Lancet Commission).

RESULTADOS

- La OMS recomienda actuar sobre factores de riesgo modificables mediante hábitos saludables y control de condiciones asociadas al riesgo cognitivo.
- La evaluación diagnóstica debe considerar historia clínica, exploración, pruebas cognitivas y estudio de causas potencialmente reversibles.
- NICE recomienda acceso a servicios multidisciplinares y coordinación individualizada de los cuidados.
- Las intervenciones deben adaptarse a las necesidades, preferencias y capacidades de cada persona.

CONCLUSIONES

El deterioro cognitivo requiere un abordaje integral, centrado en la persona y coordinado entre los diferentes profesionales implicados.

La prevención y reducción del riesgo, la evaluación adecuada, la intervención individualizada y el apoyo a familiares y cuidadores son elementos fundamentales de una atención de calidad.

CASO CLÍNICO: SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMPLICADO EN PACIENTE GERIÁTRICO CON COMPONENTE SOCIAL DE RIESGO

RESUMEN/ANTECEDENTES

La prevalencia de emergencias cardiovasculares agudas aumenta drásticamente con la edad avanzada, complicándose por aislamiento social.

El Infarto Agudo de Miocardio con Elevación de ST (IAMCEST) de cara inferior suele cursar con alta afectación autonómica, bradicardia extrema e hipotensión severa (shock cardiogénico).

La hipotensión crítica, deshidratación e hipotermia reactiva tras caída prolongada provocan colapso circulatorio periférico severo.

PALABRAS CLAVES

- IAMCEST Inferior .
- Vía intraósea (VIO).
- Paciente geriátrico.
- Shock circulatorio.
- Vulnerabilidad social.



OBJETIVO

Describir el manejo invasivo de emergencias y la utilidad crítica de la vida intraósea ante un shock cardiogénico por IAMCEST inferior con colapso vascular periférico en una paciente anciana.

MÉTODO

Revisión e informe del caso clínico asistido por la Unidad Médica de Emergencias (UME) y el servicio de Urgencias hospitalario, complementando con una revisión bibliográfica en bases de datos científicas: Pubmed,Google académico…

RESULTADOS

Presentación: Mujer de 86 años, traída al servicio de Urgencias por la UME tras caída accidental en la bañera de su casa desde hace dos días.

Antecedentes de la paciente: Hipertensión Arterial. Independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Vive sola, tiene una hija pero no tiene relación con ella desde hace años.

Evolución en Urgencias: Consciente, constantes estables, hipotermia leve. Severa dificultad de canalización de acceso vascular periférico. Radiografía de tórax y Electrocardiográma iniciales normales.

Durante la observación y monitorización, la paciente refiere dolor en garganta, dolor torácico súbito,con deterioro neurológico (semiinconsciente). En el monitor se observa elevación del segmento ST.

Box de Paradas: Bradicardia extrema : Frecuencia Cardiaca (FC) 40 latidos por minuto (lpm), Hipotensión severa: Tensión Arterial (T/A) 63/33 mmHg y Saturación de Oxígeno 92%. Intervención: 2 pufs de nitroglicerina sublingual separados por 10 minutos sin mejoría. Ante la dificultad de acceso vascular y la extravasación de catéter femoral, se canaliza VIO en tibia proximal de forma efectiva, logrando la estabilización de la paciente.

Traslado: Derivación al Hospital de León en Unidad de Vigilancia Intensiva Móvil (UVI) con respuesta hemodinámica favorable. Consciente, T/A: 120/60 mmHg, FC: 64 lpm, Saturación de Oxígeno 92-94%. Ingreso inmediato para la realización de cateterismo coronario urgente e implantación de Stent.

CONCLUSIONES

- La identificación de síntomas atípicos (dolor referido en garganta) en pacientes geriátricos es clave para evitar el retraso del diagnóstico.
- En colapso circulatorio severo agravado por hipotermia, la vía intraósea es una alternativa de primera línea, rápida, segura y sumamente eficaz.
- El aislamiento social actúa como factor agravante de la morbilidad y retraso en la asistencia médica del paciente anciano.

CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

EL NÚMERO QUE RAZONAS SE RECUERDA MEJOR

Entrenamiento de la memoria mediante el método herigoniano

1. RESUMEN

¿Podemos recordar mejor utilizando el razonamiento lógico cuando la memoria nos falla?

El **declive de la memoria de trabajo** en adultos mayores dificulta la retención de datos clave para la independencia cotidiana, como **números de teléfono, DNI o fechas**. Frente a la ineficacia de la **repetición pasiva**, el **método herigoniano** transforma la cifra abstracta en un concepto con significado. Este estudio demuestra cómo el **razonamiento lógico** actúa como una **herramienta compensatoria eficaz**, devolviendo la seguridad, el rendimiento numérico y la **autonomía funcional** a las personas mayores en su día a día.

2. PALABRAS CLAVE

Método herigoniano · Memoria numérica · Envejecimiento activo · Razonamiento lógico · Autonomía funcional

3. ANTECEDENTES

- **Declive de la memoria de trabajo y del span de dígitos.** Con la edad disminuyen el **control ejecutivo** y la retención del **bucle fonológico**, lo que afecta a las secuencias numéricas indispensables para la autonomía (Cox, 2024).
- **Baja transferencia de la repetición pasiva.** El ensayo mecánico genera un **procesamiento superficial** que rara vez se traslada a las actividades de la vida diaria (Chen et al., 2022).
- **Codificación mnemotécnica (método herigoniano).** Asociar **dígitos** abstractos a **fonemas consonánticos** para formar **palabras con significado** convierte los números en representaciones semánticas más accesibles (Hampstead et al., 2026; Sella et al., 2023).
- **Procesamiento profundo y retención a largo plazo.** El uso activo de **reglas lógicas** activa redes cortico-hipocámpicas de codificación profunda y facilita un **recuerdo espontáneo y duradero** (Hampstead et al., 2026; Zamarreño et al., 2024).

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Comparar la **eficacia** del entrenamiento en **razonamiento lógico-fonético (método herigoniano)** frente a la **memoria asociativa mecánica** en la retención y recuperación de **datos numéricos**.

Objetivos específicos

1. **Evaluar** las diferencias en la precisión del **recuerdo diferido** (span de dígitos, teléfonos y DNI/fechas).
2. **Analizar** la **transferencia** y generalización de la estrategia a la **vida diaria**.

5. MÉTODO

PARTICIPANTES Y DISEÑO

- **120 personas mayores** (60 memorizar · 60 razonar)
- **5 sesiones** de 60 minutos
- **Evaluación** Pretest y postest (números cotidianos + Dígitos WAIS)

EL CÓDIGO HERIGONIANO: CADA NÚMERO, UN SONIDO

Número	Sonido
0	s
1	t
2	n
3	m
4	r / rr
5	l
6	j
7	k, c (sonido fuerte)
8	f
9	b / v

Te propongo la siguiente frase para que no se te olviden lo sonidos:

¡si te enamora la jo café bebe!

Fíjate que el orden en el que van los sonidos marcados en color rojo se corresponden con el orden de los números de la tabla.



Grupo control (Memorizar)

1. Aprende asociaciones número – imagen
2. Practica con bingo asociativo
3. Recuerda secuencias con las asociaciones memorizadas

Grupo experimental (Razonar)

1. Aplica la regla: **número → sonido → imagen**
2. Practica con bingo aplicando la regla
3. Construye historias con imágenes para recordar números cotidianos



EJEMPLO DEL BINGO

32 (números) → m n (sonidos) → «mono»

Sale el **32**: el **3** suena **m** y el **2** suena **n**. Con esos sonidos se forma la palabra **mono**, una imagen fácil de recordar.

¡PON A PRUEBA TU RAZONAMIENTO!

¿Qué número de móvil esconde esta frase?

«¡Ojo! El mono come melón.»

Usa la tabla: **consonantes → cifras**. Las vocales no cuentan.

Escanea el QR y descubre el número

6. RESULTADOS

Recordaron un teléfono completo de 9 cifras



+59,7 % de recuerdo completo

+3,5 dígitos en el span

89,0 % lo usa en su vida diaria

Tabla resumen de indicadores post-intervención

Variable evaluada	Razonar	Memorizar	Diferencia
Recuerdo teléfono (9 cifras)	**87,1 %**	27,4 %	**+59,7 %**
Recuerdo DNI / fechas	**84,3 %**	22,5 %	**+61,8 %**
Span de dígitos (media)	**8,7 díg.**	5,2 díg.	**+3,5 díg.**
Transferencia a vida diaria	**89,0 %**	18,0 %	**+71,0 %**
Satisfacción (1–10)	**9,6 / 10**	8,2 / 10	**+1,4 pts**

Línea de base homogénea (4,8 % vs. 4,0 %; $p > 0,05$). Diferencias tras la intervención: $p < 0,001$.

7. CONCLUSIONES

- **Eficacia demostrada:** el razonamiento lógico elevó la retención de secuencias numéricas al 87,1 %, frente al 27,4 % de la memorización ($p < 0,001$).
- **Vía compensatoria:** las reglas lógicas aprovechan capacidades preservadas en la vejez para suplir los fallos de la memoria de trabajo.
- **Transferencia a la rutina:** el 89,0 % la incorporó de forma autónoma, con un 100 % de adherencia y 9,6/10 de satisfacción.

Entrenar el razonamiento lógico es una forma de fortalecer la memoria.

REFERENCIAS

Chen, S., Cai, Z., Hou, J., Lang, M., Zheng, Z., Zhu, X. y Li, J. (2022). Long-term effects of mnemonic training in healthy older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 37*(8), 954-971. doi:10.1037/pag0000712

Cox, S. R. (2024). Neurocognitive aging. *Annual Review of Developmental Psychology, 6*, 505-527. doi:10.1146/annurev-devpsych-010923-102441

Hampstead, B. M., Iordan, A. D., Ploutz-Snyder, R., Ghosh, B., Harrie, A., Stringer, A. Y. y Sathian, K. (2026). A randomized trial showing mnemonic strategy training increases memory, brain activation, and functional connectivity more than vanishing cue training in cognitively intact older adults. *Neuropsychological Rehabilitation, 36*(3), 590-611. doi:10.1080/09602011.2025.2525349

Sella, E., Carbone, E., Vincenzi, M., Toffalini, E. y Borella, E. (2023). Efficacy of memory training interventions targeting metacognition for older adults: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health, 27*(4), 674-694. doi:10.1080/13607863.2022.2122931

Zamarreño, P., Mateos, P. M. y Valentín, A. (2024). Working memory training improves episodic memory in older people: Transfer based on controlled retrieval processes. *Frontiers in Psychology, 15*. Artículo 1314483. doi:10.3389/fpsyg.2024.1314483

LA ENFERMERA ANTE LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL ADULTO MAYOR

AUTORES: Patricia Morales Ballesteros y Mª Isabel Pérez Corcho
Estudiantes de Enfermería de Zamora

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN:

La soledad no deseada es un problema crítico de salud pública. Este estudio piloto analiza las intervenciones de acompañamiento enfermero en mayores solitarios de Zamora. Se muestra una reducción significativa de la soledad percibida.

PALABRAS CLAVES:

SOLEDAD NO DESEADA, ENVEJECIMIENTO, ENFERMERÍA COMUNITARIA, APOYO SOCIAL, COMPAÑÍA.

ANTECEDENTES:

La soledad afecta a muchos mayores, con graves consecuencias para la salud física y mental. El envejecimiento en Zamora destaca esta necesidad...

OBJETIVOS:

- Paliar la soledad
- Evaluar efectividad de intervenciones.
- Proponer modelos de intervención.

MÉTODO:

- Estudio cualitativo/ cuasi-experimental.
- Visitas domiciliarias y comunitarias durante 6 meses en Zamora.
- Medición de escalas de soledad y calidad de vida.

NUESTRA PROPUESTA:
UN ENFOQUE HUMANO

"COMPAÑÍA: EL REMEDIO QUE NO SE PRES CRIBE, SE VIVE."

REDESCUBRIENDO EL VÍNCULO: POR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE.



RESULTADOS:

- Reducción notable en la escala de soledad (UCLA)
- Mejora en calidad de vida (gráficos de barras)
- Aceptación positiva por los participantes.

CONCLUSIONES:

- El acompañamiento enfermero profesional es eficaz.
- Es vital integrar estas intervenciones para un envejecimiento digno.

Polimedicación en personas mayores:

Revisión y deprescripción segura

Una mirada a la evidencia para un uso de medicamentos más seguro y centrado en la persona

Mismos medicamentos, mejores decisiones, más calidad de vida



Resumen

La polimedicación en personas mayores es frecuente y plantea retos clínicos relevantes. Esta revisión sintetiza la evidencia sobre su definición, riesgos asociados y estrategias de revisión individualizada, con el objetivo de orientar una deprescripción segura y centrada en la persona.

Palabras clave

Polimedicación: personas mayores; deprescripción; inapropiados; potencialmente inapropiados; revisión de la medicación; seguridad del paciente.

Antecedentes

La polimedicación se define como el uso de cinco o más medicamentos. La actualización PAPPS 2024 estima que afecta aproximadamente a una de cada tres personas mayores en España [4].

Se asocia con mayor riesgo de reacciones adversas, interacciones y medicamentos potencialmente inapropiados.

Objetivos

Sintetizar la evidencia sobre la definición y los riesgos asociados a la polimedicación en personas mayores, y revisar las estrategias de revisión individualizada y deprescripción segura.

Método

Síntesis narrativa de la evidencia disponible y de las revisiones descritas en el material proporcionado, sin realizar una nueva búsqueda sistemática ni inventar bases de datos o resultados.

Resultados

La deprescripción puede reducir el número de medicamentos y los potencialmente inapropiados, con baja certeza para estos resultados [1].
El metaanálisis de 2024 no encontró reducción global estadísticamente significativa de mortalidad en ensayos aleatorizados (OR 0.96; IC del 95 %: 0.84–1.09) [2].
Las revisiones no muestran de forma consistente reducciones de cuidas o ingresos hospitalarios [1,2].

Conclusiones

Se recomienda revisar periódicamente toda la medicación, considerar herramientas como STOPP/START y acordar los cambios con la persona y el equipo clínico.

No suspendas medicamentos por cuenta propia.

Referencias

1. Veronese N, et al. Efficacy of deprescribing on health outcomes: an umbrella review of systematic reviews with meta-analysis of randomized controlled trials. Ageing Res Rev. 2024;95:102237. doi:10.1016/j.arr.2024.102237.
2. Quék HW, et al. The effect of deprescribing interventions on mortality and health outcomes in older people: an updated systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2024;90(10):2409–2482. doi:10.1111/bcp.15200.
3. Vargas Núñez JA. Polimedicación en el paciente mayor. An RANM. 2025;144(2):158–162. doi:10.3244/Var.2025.142.02.rev06.
4. García Pérez RA, et al. Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2024. Aten Primaria. 202456 Suppl 1:103132. doi:10.1016/j.aprim.2024.103132.

Personas informadas, decisiones más seguras

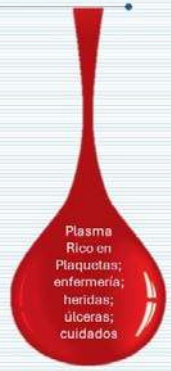
Enfermería y Plasma Rico en Plaquetas:

innovación en la cicatrización y regeneración tisular

RESUMEN

El **Plasma Rico en Plaquetas** (**PRP**) constituye una alternativa terapéutica de interés creciente en el **abordaje de heridas de difícil cicatrización**, gracias a su elevada concentración de factores de crecimiento y mediadores bioactivos implicados en la reparación tisular. Su utilización permite estimular procesos como la angiogénesis, la proliferación celular, la síntesis de colágeno y la regeneración de los tejidos.

En el ámbito enfermero, el PRP representa una oportunidad para avanzar hacia **cuidados más especializados e individualizados**, especialmente en pacientes con heridas crónicas, úlceras de difícil evolución y lesiones con escasa respuesta a los tratamientos convencionales.



ANTECEDENTES

La cicatrización es un proceso biológico complejo que comprende cuatro fases interrelacionadas: 1. hemostasia, 2. inflamación, 3. proliferación y 4. remodelación tisular. En determinadas situaciones, como la DM, la insuficiencia vascular, la edad avanzada o la presencia de infección, este proceso puede verse alterado y dar lugar a heridas crónicas de difícil resolución.

El PRP es un hemoderivado autólogo obtenido mediante centrifugación de sangre, que permite concentrar plaquetas en un volumen reducido de plasma. Estas plaquetas liberan diferentes factores de crecimiento, entre los que destacan **PDGF**, **TGF-β**, **VEGF** y **EGF**, relacionados con la proliferación de fibroblastos, la formación de nuevos vasos sanguíneos, la síntesis de colágeno y la reparación de los tejidos. Entre sus principales indicaciones estudiadas se encuentran las úlceras venosas, las lesiones del pie diabético y las heridas de evolución tórpida.

OBJETIVO

Analizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia del PRP en la cicatrización de heridas, destacando su aplicación como tratamiento innovador y el papel de Enfermería en su abordaje.

METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Pubmed
Cochrane
Scielo

Tesauros MeSH:
"nursing care", "wound healing", "plateletrich plasma", "growth factors", "chronic wounds"



Estudios realizados en población adulta que evaluasen la eficacia del PRP frente a los tratamientos convencionales o su utilización como terapia complementaria.



RESULTADOS

La evidencia revisada muestra resultados prometedores sobre la utilización del PRP en heridas crónicas, especialmente en úlceras venosas y lesiones del pie diabético.

- **Mayor capacidad de cicatrización:** una revisión sistemática publicada en 2024, centrada en ECAs, se observó una reducción adicional del área ulcerosa del 56,9 % frente a los tratamientos comparadores.
- **Resultados favorables en heridas de difícil evolución:** un metaanálisis publicado en Scientific Reports en 2024 incluyó 12 ensayos clínicos con 717 pacientes tratados con PRP alogénico. Los resultados mostraron una mayor tasa de cicatrización y una reducción del tiempo necesario para la curación frente a los tratamientos convencionales.
- **Aplicación en lesiones por presión:** un metaanálisis publicado en 2026, que incluyó 9 ensayos clínicos aleatorizados y 511 pacientes con 523 lesiones por presión, encontró una mayor probabilidad de cicatrización en los grupos tratados con PRP.
- **Importancia de la individualización del tratamiento:** la evidencia es especialmente favorable en úlceras venosas, mientras que en las lesiones arteriales y por presión persisten limitaciones y diferencias entre estudios.
- **Papel de Enfermería en la innovación terapéutica:** la incorporación del PRP requiere una intervención enfermera estructurada que contemple: valoración integral de la herida, medición periódica, preparación y manipulación segura del producto, seguimiento de la evolución, control del dolor y detección de complicaciones, y educación sanitaria

CONCLUSIONES

La evidencia disponible muestra beneficios especialmente relevantes en **úlceras venosas** y **lesiones del pie diabético**, aunque todavía existen limitaciones relacionadas con la heterogeneidad de los protocolos y la calidad de algunos estudios.

La incorporación del PRP a las unidades de heridas crónicas supone una oportunidad para impulsar los cuidados avanzados, promover la innovación terapéutica y avanzar hacia una atención individualizada y basada en la evidencia.

El PRP representa una oportunidad para ampliar el papel de Enfermería en el desarrollo de terapias regenerativas y cuidados especializados.

BIBLIOGRAFÍA

LA JUBILACIÓN COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD Y LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA COMUNITARIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

RESUMEN

Al alcanzar la jubilación, la pérdida del rol laboral influye directamente en el bienestar global de la persona mayor, actuando como un Determinante Social de la Salud (DSS). La Enfermera de Atención Primaria (EAP) se sitúa en una posición privilegiada para detectar dificultades de adaptación y prescribir intervenciones de apoyo psicosocial.

PALABRAS CLAVE

Jubilación, Enfermera Comunitaria, Estilo de vida, Determinante Social de la Salud.

ANTECEDENTES

El tránsito hacia la jubilación esperada genera alternativas y posibilidades que pueden afectar al bienestar biopsicosocial, la satisfacción vital y la calidad de vida de las personas mayores.

A pesar de su impacto, la cartera de servicios de Atención Primaria no cuenta con programas específicos de preparación para esta etapa.

OBJETIVOS

Identificar la mayor evidencia posible disponible sobre el impacto del cese laboral en las personas jubiladas.

Evaluar la importancia del seguimiento por Enfermería de Atención Primaria durante la jubilacion.

MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de artículos publicados en los últimos 10 años en las bases de datos PubMed, CINAHL, Biblioteca Virtual de la Salud y Dialnet, en inglés y español.

Los criterios de inclusión fueron: personas jubiladas ≥65 años, con o sin seguimiento por su EAP.

RESULTADOS I

Durante los primeros 12 meses del cese laboral los **síntomas ansioso-depresivos** aumentaron en un 30-40%. La soledad no deseada se acentuó más en personas con una alta identificación profesional.

También se observó un **declive cognitivo** percibido en agilidad mental y memoria. Y un incremento de más del 45% de **sedentarismo** no planificado, lo que acelera la sarcopenia y descompensa las patologías crónicas.

RESULTADOS II

La valoración integral y el seguimiento desde Atención Primaria reducen en un 25 % la aparición de criterios de fragilidad. La enfermera promueve el **autocuidado** mediante ejercicio de fuerza, nutrición y estimulación cognitiva; y facilita la vinculación de las personas recién jubiladas con activos comunitarios como apoyo a la reestructuración de su proyecto vital y al **envejecimiento activo**.

CONCLUSIONES

El cese laboral es un determinante social de la salud con gran impacto en la esfera física cognitiva y social.

El seguimiento por Enfermería de Atención Primaria durante la jubilacion favorece un envejecimiento activo.

¿CÓMO AFECTA LA REDUCCIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN RELACIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO?

RESUMEN

El envejecimiento y la reducción de la actividad laboral pueden influir de forma importante en el estado funcional y emocional de las personas con enfermedades cardiovasculares. La disminución de la rutina diaria, el movimiento y de la participación social puede favorecer el sedentarismo y emperorar la evolución clínica, En este contexto, la edicación sanitaria y la promoción del ejercicio físico desempeñan un papel clave para mantener la autonomía, mejorar la calidad de vida y reducir complicaciones.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento, reducción de la actividad laboral, enfermedades cardiovasculares, ejercicio físico.

ANTECEDENTES

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo una de las principales causas de morbimortalidad en la población adulta y envejecida. Tras la jubilación o la reducción de la jornada laboral, muchos pacientes disminuyen su nivel de actividad física habitual. Comprender cómo estra transición afecta a su salud resulta esencial para diseñar intervenciones preventivas y de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

General

Analzar como la reducción de la actividad laboral influye en el envejecimiento activo y en el estado de l asaud de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Específicos

- Identificar cambios en el nivel de actividad física tras la reducción de la actividad laboral.
- Evaluar la relación entre sedentarismo, capacidad funcional y síntomas cardiovasculares.
- Valorar el papel del ejercicio físico y de la educación sanitaria en la prevención del deterioro funcional.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa basada en la evidencia científica utilizando las bases de datos: Embase y PubMed. Se incluyeron los artículos entre los años 2020 y 2025 que incluyeran los DeCs: Aging, Retirement, Cardiovascular Diseases and Exercise. Tras la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 6 artículos relevantes para el análisis.

RESULTADOS

Los estudios revisados muestran que la reducción de la actividad laboral suelen asociarse a un descenso del movimiento diario y a un aumento del tiempo sedentario. En pacientes con enfermedades cardiovasculares, esta situación se relaciona con peor tolerancia al esfuerzo, mayor fatiga y disminución de la percepción de bienestar. Sin embargo, la incorporación de programas de ejercicio físico adaptado y de educación sanitaria mejora la capacidad funcional, el control de factores de riesgo y la calidad de vida.

CONCLUSIONES

La reducción de la actividad laboral puede tener un impacto negativo en pacientes con enfermedades cardiovasculares si no se acompaña de estrategias de envejecimiento activo. Fomentar el ejercicio físico regular, el seguimiento enfermero y la educación para la salud resulta fundamental para prevenir el deterioro funcional y promover una mejor calidad de vida en esta población.

Adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad mental y avanzada edad: enfoque integral.

Alexia Fuertes Santiago, Lorena Colino Martínez, Daniel García Sangrador, Aida Sánchez Prieto, Jaime Ferrín Franco - Enfermeros del Complejo Asistencial de Zamora.

Resumen

Los pacientes con enfermedad mental y avanzada edad tienen dificultades para gestionar correctamente la medicación por problemas
- Físicos.
- Psicológicos.
- Cognitivos.

La adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas se sitúa en torno al 50%, lo que nos hace pensar en la relevancia del problema.

Palabras clave

Adherencia terapéutica; salud mental; ancianos; tratamiento farmacológico.

Antecedentes

La falta de adherencia puede provocar recaídas y complicaciones.
Factores que influyen en la adherencia:

- Falta de conciencia de enfermedad.
- Complejidad del tratamiento.
- Efectos secundarios y polimedicación.
- Factores socioeconómicos y ambientales.
- Estigma.
- Deterioro cognitivo.
- Alteraciones del ánimo.

Objetivos

- Mejorar la adherencia con un abordaje individualizado e integral.
- Identificar las necesidades del paciente, reforzando su autonomía.
- Favorecer el seguimiento terapéutico y la coordinación multidisciplinar.

Método

Se realizó una revisión sistemática de varias publicaciones científicas en diferentes bases de datos entre los años 2005 y 2024.
Se analizaron los obstáculos y las iniciativas para mejorar la adherencia.

PubMed Google Scholar MEDLINE

Resultados

- La psicoeducación favorece la adherencia.
- Abordar los efectos secundarios y la conciencia de enfermedad.
- Apoyo profesional y familiar.
- Seguimiento individualizado.
- Simplificación de tratamientos.

Conclusiones

- La educación sanitaria y el seguimiento profesional, por parte del equipo multidisciplinar incrementan el cumplimiento terapéutico.
- Los tratamientos farmacológicos administrados mediante inyección presentan mayores tasas de adherencia.

UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INDIVIDUALIZADA FAVORECE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y MEJORA LA CALIDAD DE VIDA.

Bibliografía

- Silva GF, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento: implicaciones de la no-adherencia. Acta Med Colomb. 2005;30(4) 268-273
- Cañas F, Roca M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. Ars Medica; 2007.
- Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. World Psychiatry. 2013;12(3) 216-26.
- Alvear Velásquez MJ, Sandoval Carrión IP. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con trastornos mentales graves y persistentes: revisión sistemática. Rev Colomb Psiquiatr. 2024;53(2) 192-205. doi 10.1016/j.rcp.2022.01.006.
- Jeon HO, Chae MO, Kim A. Effects of medication adherence interventions for older adults with chronic illnesses: a systematic review and meta-analysis. Osong Public Health Res Perspect. 2022;13(5) 328-340. doi 10.24171/j.phrp.2022.0168.

VIII Congreso Internacional Silver Economy. Zamora, noviembre 2026.

SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES.



Palabras clave: cuidador, sobrecarga, persona mayor, dependencia

01 RESUMEN

- El envejecimiento de la población aumenta la necesidad de cuidados que, suelen recaer en los familiares, provocando sobrecarga.
- Objetivo: analizar las dificultades de los cuidadores y la importancia de la formación y el apoyo sanitario.
- Mediante revisión bibliográfica, se observa que diferentes factores (género, salud del cuidador, nivel de dependencia...) influyen.
- Es fundamental ofrecer formación, apoyo psicológico y ayuda sociosanitaria a los cuidadores para evitar problemas de salud, errores en los cuidados, garantizando así una atención segura y de calidad.

02 ANTECEDENTES

- Una población cada vez más envejecida y con mayor número de patologías demandantes de cuidados.
- La familia como proveedora preferente de cuidados.
- Atender a personas dependientes supone un exceso de trabajo que puede conllevar a que el cuidador descuide e, incluso, abandone sus actividades de ocio y sus relaciones sociales. Desatenderse puede derivar en problemas de salud física y mental (fatiga, depresión, trastornos del sueño).
- Recordar que "Cansancio del rol del cuidador" [00061] es un diagnóstico enfermero.

03 OBJETIVOS

GENERAL

Analizar la sobrecarga física, psicológica y social de los cuidadores de personas mayores dependientes.

ESPECÍFICOS

- Identificar las principales dificultades de los cuidadores en la atención domiciliaria.
- Destacar la importancia de la educación sanitaria y el apoyo sociosanitario.
- Distinguir posibles consecuencias de la sobrecarga en los mayores atendidos por sus cuidadores.

04 MÉTODO



Revisión bibliográfica.

- Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de fuentes de datos fiables tales como PubMed, Scielo y Dialnet.
- Límites: texto en español o inglés, artículos publicados en los últimos 10 años, acceso completo al texto y acceso gratuito.

05 RESULTADOS

- Los factores relacionados con el cuidado y las características sociodemográficas (género, etnia, estado de salud, duración del cuidado), influyen significativamente en la carga y calidad de vida del cuidador.
- Las mujeres asumen con más frecuencia y temporalidad roles de cuidado.
- Una salud autopercibida baja se asocia con una menor calidad en el cuidado. Los diagnósticos médicos afectan: pacientes con enfermedades terminales suponen mayor carga debido a la exigencia y al impacto emocional. A mayor dependencia mayor intensidad de carga. Lo mismo sucede con la duración del cuidado, el dolor y angustia del paciente.
- En ocasiones, la etapa inicial supone el punto alto de sobrecarga por ser un rol nuevo y desconocido aunque los cuidados precisados sean menores.
- Gran parte de cuidadores no son profesionales, son familiares. Esto viene a decir que su conocimiento y/o preparación es limitado, pudiendo resultar en un manejo inadecuado del anciano. Es un determinante de la calidad y la seguridad de la atención en el hogar.

06 CONCLUSIONES



- Es importante en el cuidado que los cuidadores se preocupen de sí mismos y se concedan tiempo y atención para sus necesidades personales.
- La necesidad de intervenciones integrales por parte del sistema de salud para apoyar y educar a cuidadores y sus personas mayores es evidente.
- El desconocimiento puede conllevar errores de medicación y otros cuidados con un posible desenlace de urgencia médica y a su vez un coste sanitario extra. Reforzando la necesidad de intervención por parte del equipo sanitario.
- Por último, la sobrecarga también puede generar conflictos familiares debido a la inestabilidad tensiónal y cambios en la conducta social.

El paso del tiempo por el polietileno de la artroplastia total de cadera. A propósito de un caso

Resumen

El desgaste del polietileno constituye una causa de deterioro tardío de las artroplastias totales de cadera y puede requerir cirugía de revisión. Presentamos un caso de desgaste del polietileno en el que, dada la correcta fijación del componente acetabular, se realizó una revisión limitada mediante retirada del inserto desgastado y cementado de un nuevo polietileno, evitando la extracción de un componente estable.

Método

Caso clínico tratado mediante retirada del polietileno desgastado y cementado de un nuevo inserto en el componente acetabular.

Retirada del polietileno desgastado → Cementado de nuevo polietileno en componente estable









Antecedentes

El desgaste del polietileno puede comprometer la función de una artroplastia de larga evolución. Si el componente acetabular está bien fijado, su extracción puede aumentar la agresión quirúrgica y la pérdida de stock óseo.

Objetivos

Describir una revisión quirúrgica por desgaste del polietileno, destacando la conservación del componente acetabular estable y la preservación del stock óseo.

Resultados

- Se conservó el componente acetabular y se implantó un nuevo polietileno cementado.
- Mejoría del dolor y deambulación precoz.

Conclusiones

En pacientes seleccionados, la revisión limitada puede resolver el desgaste del polietileno sin recambiar un componente estable, reduciendo la agresión quirúrgica y preservando el stock óseo.



¿Una injusticia de género?

Vulnerabilidad económica y salud en mujeres y hombres mayores: el papel de la Enfermería

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Resumen



Las mujeres mayores corren mayor riesgo de pobreza y peor salud que los hombres.

Antecedentes



El envejecimiento en España crece y afecta más a las mujeres.

Objetivos



Analizar la vulnerabilidad económica y su impacto en la salud.

Método



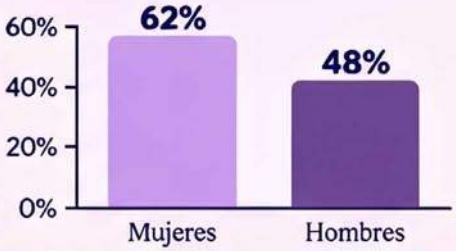
Fuentes científicas (INE, Eurostat, OECD, OMS).

Resultados

Mayor riesgo de pobreza



Peor salud y mayor dependencia



La pobreza impacta en la salud



Palabras clave

Envejecimiento • Género • Salud • Enfermería



Conclusiones

- ✓ Existe una clara brecha de género en salud.
- ✓ La Enfermería debe liderar estrategias para reducirla.
- ✓ Envejeer con igualdad, un reto de todos.

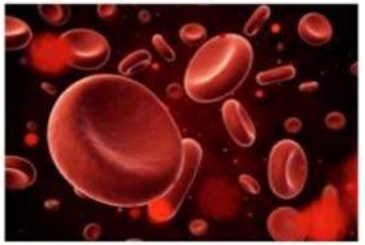


Más igualdad, mejor salud.

1. Härtul C. Nygård M. Eur J Ageing, 2024;21:3.
2. INE. Encuesta de Condiciones de Vida. 2025.
3. Eurostat. Women's pensien 25% lower than men's, 2024.
4. OECD. Health at a Glance: Europe. 2024.
5. OECD. Pensions at a Glance. 2025.
6. OMS. Fair share for health and care. 2024.
7. Llorens-Ortega R et al. Res Sq. 2023.

Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con fractura de cadera: estudio retrospectivo

Palabras clave: Mortalidad, fractura cadera, demora quirúrgica, hemoglobina





Resumen

La fractura de cadera se asocia a una elevada mortalidad y pérdida de autonomía. Analizamos la relación entre hemoglobina al ingreso, demora quirúrgica y mortalidad en 177 pacientes mayores de 65 años tratados mediante intervención quirúrgica con seguimiento mínimo de un año.
La hemoglobina igual o inferior a 10,5 y la demora quirúrgica superior a 48 horas se asociaron significativamente con mayor mortalidad. Estos resultados destacan la importancia de detectar precozmente la anemia y evitar retrasos quirúrgicos prolongados cuando la situación clínica lo permita.

Antecedentes

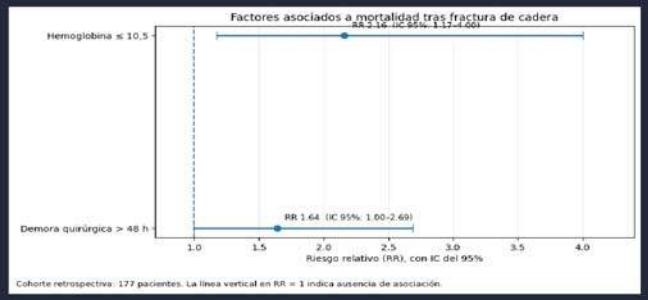
La fractura de cadera constituye un importante problema de salud en la población, por su asociación con pérdida funcional y mortalidad. Entre los factores que pueden influir en la evolución se encuentran las características clínicas del paciente y el tiempo transcurrido hasta la intervención quirúrgica. La relevancia pronóstica de la hemoglobina al ingreso y de la demora quirúrgica requiere evaluación en cada contexto asistencial.

Objetivos

Evaluar la asociación entre hemoglobina al ingreso, demora quirúrgica y mortalidad en pacientes con fractura de cadera.

Método

Estudio retrospectivo de 177 pacientes mayores de 65 años intervenidos por fractura de cadera en 2023. Se analizaron variables clínicas, hemoglobina, demora quirúrgica y mortalidad, con seguimiento mínimo de un año.



Resultados

La hemoglobina al ingreso igual o inferior a 10,5 se asoció significativamente con mayor mortalidad (p=0,03; RR 2,16; IC 95%: 1,17–4). El análisis de tiempo hasta el evento mostró una HR de 2,97 (IC 95%: 1,59–5,54).
La demora quirúrgica superior a 48 horas también se relacionó con la mortalidad (p=0,045; RR 1,64; IC 95%: 1–2,69). La HR fue de 1,22 (IC 95%: 1,01–1,49; p=0,041).

Conclusiones

La anemia al ingreso y la demora quirúrgica superior a 48 horas se asociaron con mayor mortalidad. Su detección y abordaje precoz, junto con evitar retrasos prolongados cuando sea clínicamente posible, pueden ser claves en la atención de estos pacientes.

Más allá de la fractura de cadera en la radiografía

Resumen

La fractura de cadera constituye una patología frecuente en pacientes de edad avanzada y requiere una valoración integral. Presentamos el caso de un paciente de 88 años con fractura de cadera izquierda, cuya radiografía inicial mostró imágenes calcificadas sugestivas de cisticercosis. Este hallazgo incidental plantea la importancia de reconocer posibles enfermedades concomitantes durante el estudio radiológico.

Antecedentes

La cisticercosis es una infección parasitaria causada por Taenia solium. En determinadas fases puede producir lesiones calcificadas visibles en estudios radiológicos.

Objetivos

Describir un caso de fractura de cadera en un paciente de edad avanzada con imágenes radiológicas sugestivas de cisticercosis, destacando la relevancia de los hallazgos incidentales.

Método

Descripción de un caso clínico de un paciente de 88 años con fractura de cadera izquierda. Se revisan los hallazgos de la radiografía inicial y su posible significado clínico.

Resultados

- La radiografía de cadera mostró, además de la fractura, imágenes sugestivas de cisticercosis.
- El hallazgo motivó la consideración de una posible patología concomitante, cuya relevancia debe establecerse según la localización de las lesiones, los antecedentes epidemiológicos y la valoración clínica.



Conclusiones

La revisión cuidadosa de las pruebas de imagen en pacientes con fractura de cadera puede revelar hallazgos incidentales relevantes. Las imágenes sugestivas de cisticercosis deben interpretarse en su contexto clínico, evitando un diagnóstico definitivo sin confirmación.

Palabras clave: Fractura de cadera; paciente anciano; cisticercosis; hallazgo radiológico incidental.

Reconstrucción acetabular en movilización protésica por osteólisis y fractura trasfondo. A propósito de un caso

Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 82 años con artroplastia total de cadera de 20 años de evolución, que presentó movilización acetabular, osteólisis masiva por detritos metálicos y fractura trasfondo. Se realizó cirugía de revisión.

A los 7 meses de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y con marcha autónoma con andador, demostrando que la reconstrucción con injerto y caja de refuerzo es eficaz para restaurar el stock óseo y mantener la independencia en la paciente octogenaria.

Palabras clave: Reconstrucción acetabular, artroplastia revición, caja de refuerzo acetabular

Introducción

La reacción tisular adversa a detritos metálicos (ARMD) constituye una respuesta inflamatoria peri-protésica inducida por la acumulación de productos de desgaste. Su incidencia muestra una tendencia ascendente, asociada al incremento en la longevidad de los pacientes intervenidos con artroplastias primarias de cadera.

Material y Metodología

Mujer de 82 años portadora de artroplastia total de cadera (ATC) izquierda de 20 años de evolución, que acude a Urgencias tras una caída casual con coxalgia e impotencia funcional para la marcha.

La radiografía AP de pelvis (imagen 1) y la TC confirman movilización del componente acetabular, osteólisis periprotésica masiva y fractura en el trasfondo de la pared posterior del acetábulo.

Durante la cirugía de revisión se observa abundante infiltración por detritos metálicos de desgaste y destrucción severa del inserto de polietileno (imagen 2) junto con movilización del componente acetabular. Se realiza debridamiento articular exhaustivo y extracción de los componentes.

Para solventar el defecto óseo, se reconstruye el lecho acetabular con injerto alogénico impactado añadido a chips óseos y se implanta una caja de refuerzo acetabular cementada y atornillada, asociando el recambio del par de fricción a cabeza cerámica.

Se constata adecuada estabilidad intraoperatoria y en el control radiográfico postquirúrgico.

Resultados

La paciente es dada de alta al quinto día postquirúrgico, sin autorización de apoyo.

Al mes de la intervención, presenta buen control del dolor y radiológico, que permite comienzo de apoyo parcial con andador.

Siete meses tras la cirugía no presenta dolor, lo que le ha permitido realizar vida normal deambulando con andador. El control radiográfico (Imagen 3) es satisfactorio, por lo que se decide alta definitiva de la paciente.

Discusión y conclusiones

El seguimiento clínico y radiográfico periódico en implantes de larga evolución resulta esencial para detectar tempranamente el desgaste de los pares de fricción y la osteólisis periprotésica.

Ante la presencia de defectos acetabulares masivos e inestabilidad estructural, puede sumarse una fractura del trasfondo secundaria a la pérdida de stock óseo. En estos escenarios complejos, la artroplastia de revisión mediante aloinjerto óseo impactado constituye una solución eficaz para restituir el volumen perdido. Asimismo, la síntesis con caja de refuerzo cementada y atornillada logra garantizar la estabilidad biomecánica definitiva del componente.



Imagen 1: Radiografía AP Pelvis



Imagen 2: Materiales de implante extraídos junto con limpieza articular.



Imagen 3: Radiografía AP pelvis de control

OPORTUNIDADES PERDIDAS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD. REVISIÓN DE LA LITERATURA

RESUMEN

La prevención secundaria tras una fractura por fragilidad sigue siendo una oportunidad perdida. Esta revisión evalúa la literatura sobre la falta de tratamiento osteoporótico y efectividad de los modelos de coordinación multidisciplinar para evitar re-fracturas.

PALABRAS CLAVE

Fractura por fragilidad, osteoporosis, prevención secundaria, fractura recurrente, atención coordinada.

ANTECEDENTES

- **Riesgo inminente:** Una primera fractura duplica el riesgo de otra a corto plazo.
- **Oportunidad perdida:** La osteoporosis queda infraevaluada e infratratada tras la cirugía.
- **Impacto sanitario:** Acelera la dependencia y el gasto.

OBJETIVOS

- Analizar las brechas en la prevención secundaria.
- Evaluar la efectividad de los modelos multidisciplinares.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de estudios sobre evaluación ósea, tratamiento y prevención.



RESULTADOS

- **Brecha terapéutica:** Alta infraevaluación tras el alta quirúrgica.
- **Atención coordinada:** Los modelos **multidisciplinares** aumentan el diagnóstico (DEXA) y el tratamiento.
- **Menos refracturas:** Se reduce significativamente la incidencia de nuevos episodios.

CONCLUSIONES

- **Intervención precoz:** El ingreso por fractura debe activar el tratamiento inmediato.
- **Modelos de enlace:** Imprescindible integrar la prevención en traumatología.
- **Autonomía:** Prevenir re-fracturas preserva la independencia de los mayores.

- Danazumi MS, Lightbody N, Dermody G. Effectiveness of fracture liaison service in reducing the risk of secondary fragility fractures in adults aged 50 and older: a systematic review and meta-analysis. Osteoporos Int. 2024 Jul;35(7):1133-1151. doi: 10.1007/s00198-024-07052-1. Epub 2024 Mar 27. PMID: 38536447; PMCID: PMC11211169.
- Li N, Hiligsmann M, Boonen A, van Oostwaard MM, de Bot RTAL, Wyers CE, Bours SPG, van den Bergh JP. The impact of fracture liaison services on subsequent fractures and mortality: a systematic literature review and meta-analysis. Osteoporos Int. 2021 Aug;32(8):1517-1530. doi: 10.1007/s00198-021-05911-9. Epub 2021 Apr 7. PMID: 33829285; PMCID: PMC8376729.
- Wu CH, Tu ST, Chang YF, Chan DC, Chien JT, Lin CH, Singh S, Dasari M, Chen JF, Tsai KS. Fracture liaison services improve outcomes of patients with osteoporosis-related fractures: A systematic literature review and meta-analysis. Bone. 2018 Jun;111:92-100. doi: 10.1016/j.bone.2018.03.018. Epub 2018 Mar 16. PMID: 29555309.

Resultados de la Artroplastia Total de Cadera en el Anciano de Edad Avanzada: Análisis de una Cohorte de Octogenarios y Nonagenarios a 12 Años de seguimiento

Resumen

Este estudio retrospectivo en 268 pacientes de ≥80 años sometidos a artroplastia total de cadera analiza su seguridad, funcionalidad y supervivencia mediante curvas de Kaplan–Meier a partir de variables clínico-hospitalarias y complicaciones a 24 meses. Los resultados muestran que el 72% mejoró su movilidad con una reducción del 43% en opioides, una estancia de 6,1 días y una supervivencia mediana de 6,8 años sin diferencias por ASA o Charlson, demostrando que es una intervención segura y eficaz donde la edad por sí sola no es una contraindicación.

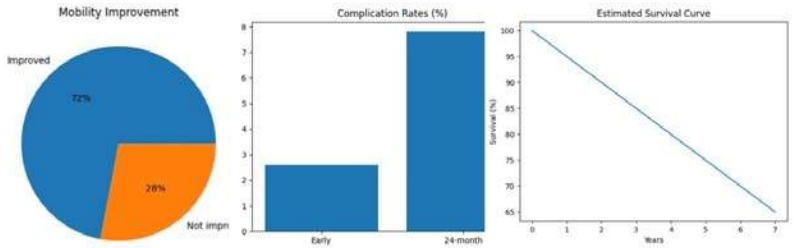
Palabras clave: Artroplastia de cadera; Calidad de vida; Anciano

Introducción

Con el aumento de la esperanza de vida, la artroplastia total de cadera (ATC) se realiza con mayor frecuencia en pacientes >80 años. Sin embargo, la alta prevalencia de comorbilidad plantea dudas sobre la seguridad perioperatoria, la recuperación funcional y la supervivencia del implante a largo plazo.

Objetivos:

- Analizar las complicaciones perioperatorias y la morbimortalidad a los 24 meses.
- Evaluar los resultados funcionales, el control del dolor y la estancia media hospitalaria.
- Evaluar la supervivencia del paciente y del implante mediante el método de Kaplan–Meier.



Material y Metodología

Diseño: Estudio de cohorte retrospectivo (2011–2023) sobre 268 pacientes consecutivos >80 años (154 mujeres / 114 hombres; edad media: 85,3 +/- 3,1 años).
Variables: Índice de comorbilidad de Charlson, clasificación ASA, tipo de fijación del implante, tasa de transfusión, estancia hospitalaria, balance funcional y escalas de dolor.
Seguimiento y Estadística: Registro de complicaciones tempranas y tardías a 24 meses. Evaluación de la supervivencia mediante curvas de Kaplan–Meier.

Resultados

Resultados Funcionales:
El 72% de los pacientes logró una mejora significativa en la movilidad, reduciéndose la necesidad de opioides un 43%.
Parámetros Hospitalarios: Estancia media de 6,1 días; tasa de transfusión sanguínea del 9%.
Complicaciones (24 meses): Tasa precoz (<30 días): 2,6%. Tasa global a los 24 meses: 7,8% (3 infecciones periprotésicas y 9 luxaciones).
Revisiones Quirúrgicas: Se requirieron 4 cirugías de revisión (1,5%).
Supervivencia: La mediana de supervivencia fue de 6,8 años, sin diferencias estadísticamente significativas al estratificar por clasificación ASA o índice de Charlson.

Discusión y conclusiones

- La artroplastia total de cadera es un procedimiento seguro y eficaz en pacientes seleccionados ≥80 años.
- Aporta una mejora funcional sustancial, alivio del dolor y restitución de la autonomía, con una tasa de complicaciones aceptable.
- La edad cronológica por sí sola no debe ser considerada una contraindicación para la indicación quirúrgica.
- La optimización perioperatoria multidisciplinar resulta crucial para reducir los riesgos en este perfil de paciente frágil.

EFECTOS DE LA LUZ ROJA EN LA INFLAMACIÓN CRÓNICA Y RENDIMIENTO EN MAYORES

DIPUTACIÓN DE ZAMORA

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

1. RESUMEN

El **envejecimiento** se asocia a un estado **inflamatorio crónico** y disfunción mitocondrial.

La **fotobiomodulación (PBM) con luz roja** surge como una **terapia no farmacológica innovadora** para modular este proceso, **mejorando la salud y la calidad de vida** en la población sénior.

Palabras Clave: Fotobiomodulación, Inflamaging, Estrés oxidativo, Mitocondria, Envejecimiento.

OBJETIVOS

- Evaluar el impacto de la terapia de luz roja sobre citoquinas proinflamatorias en mayores.
- Analizar la mejora en la función celular de los mayores.

2. ANTECEDENTES

- **Impacto del envejecimiento**: elevación de citoquinas y estrés oxidativo, lo que deriva en la pérdida funcional, sarcopenia y fragilidad.
- **Mecanismo de acción:** la PBM estimula la citocromo c oxidasa, optimizando la síntesis de ATP y reduciendo el daño oxidativo tisular.

3. MÉTODO

- Búsqueda bibliográfica: Ensayos clínicos controlados aleatorizados publicados entre 2020 y 2026 en bases de datos (PubMed, Scopus, Web of Science).
- Criterios de selección: Estudios en adultos + 65 años que evaluan la aplicación de luz roja mediante biomarcadores Inflamatorios y sistémicos.

4. RESULTADOS

32%

Interleucina-6 (IL-6) tras 8 semanas de tratamiento con luz roja/NIR.

28%

Proteina C Reactiva (PCR).

45%

ATP mitocondrial.

Mejora notable del metabolismo energético celular y una reducción de la fatiga crónica.

5. CONCLUSIONES

- Eficacia terapéutica: la PBM se posiciona como una **terapia adyuvante segura** y prometedora para mitigar la inflamación crónica.
- Impacto metabólico: su capacidad para mejorar el metabolismo energético celular repercute positivamente en la **reducción de la fatiga en mayores.**
- Se **requieren más ensayos** clínicos a largo plazo para consolidar hallazgos.



Cuidados del paciente con demencia

PALABRAS CLAVE: Alzheimer | Demencia | Cuidados | Enfermería | Cuidador | Comunicación

SILVER ECONOMY
Zamora Territorio Silver

Resumen

La demencia no es una enfermedad única, es un síndrome, es decir, un grupo de síntomas que aparecen juntos.
Afecta a tres áreas principales: cognitiva (mente), funcional (actividades diarias) y psicológica/conductual (comportamiento).

Antecedentes

La demencia daña el cerebro de forma progresiva e irreversible, no forma parte del envejecimiento en su curso normal.
El Alzheimer es la forma más frecuente de demencia.
El único factor de riesgo conocido es la edad.

Objetivos

- Capacitar a quien cuida con información basada en la evidencia.
- Desarrollar habilidades de comunicación y manejo del día a día.
- Prevenir el estrés y fomentar el autocuidado.

Método

- **Diseño:** revisión narrativa.
- **Fuente:** manual para cuidadores de personas con demencia del Ministerio de Sanidad (2022) y de la guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer (Fundación de PwC).

Resultados

Rutinas y entorno seguro

Preparar ropa cómoda, con velcro en vez de botones o cordones. Dejar la ropa colocada en el orden en que debe ponérsela.
Guiar paso a paso para estimular la memoria procedimental.
Nombrar las partes del cuerpo mientras se lavan.

Salud, higiene y nutrición

Los horarios de comida deben ser fijos y se deben llevar a cabo en lugares tranquilos sin pantallas.
Evitar mezclar texturas en el mismo plato.

Comunicación y trato

Frases cortas, una idea cada vez, preguntas de sí o no y sin ruido de fondo.
Evitar tratarle como a un niño.
Presentación personal junto al saludo.

Cuidado del cuidador

Existen ayudas como la tele-asistencia, los Servicios de Ayuda a Domicilio, los Centros de Día y las Residencias de Mayores.

Conclusiones

Se debe evitar la sobrecarga del cuidador.
Cuidar bien precisa comunicarse con claridad y adaptar el día a día. Es importante entender que el paciente actúa como la enfermedad le permite hacerlo.
Ante la sospecha de demencia, acudir a Atención Primaria.

Conectando Generaciones

BENEFICIOS Y RETOS DE LAS ACTIVIDADES INTERGENERACIONALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA



Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

Las actividades intergeneracionales constituyen una estrategia de promoción de la salud comunitaria que favorece la interacción, el aprendizaje mutuo y la participación social entre personas de distintas generaciones. Ante el envejecimiento poblacional y la disminución de oportunidades de contacto entre jóvenes y mayores, estas iniciativas pueden contribuir a mejorar el bienestar individual y la cohesión social.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica reciente sobre los beneficios de las actividades intergeneracionales en personas mayores y jóvenes, así como su potencial desde la enfermería familiar y comunitaria.

MÉTODO

2022-2026

PubMed
CINAHL
SciELO

Español
Inglés

PALABRAS CLAVE

Relaciones intergeneracionales; promoción de la salud; salud comunitaria; envejecimiento activo; edadismo; enfermería comunitaria.

ANTECEDENTES

Los cambios demográficos y sociales han reducido la interacción entre generaciones, aumentando el riesgo de aislamiento social y la persistencia de estereotipos asociados a la edad. Las actividades intergeneracionales han emergido como una estrategia capaz de fortalecer las relaciones sociales y promover comunidades más inclusivas.



RESULTADOS

Las intervenciones incluyen actividades educativas, culturales, musicales, físicas, voluntariado y aprendizaje compartido. En personas mayores se describen posibles beneficios en autoestima, participación social e inclusión. En jóvenes destacan las actitudes positivas hacia el envejecimiento, la empatía y las habilidades sociales. Una revisión sistemática de 2026, con 26 estudios, encontró resultados positivos en ambas generaciones en el 77 % de los estudios. Sin embargo, persisten limitaciones relacionadas con la heterogeneidad de las evaluaciones y la escasez de seguimiento a largo plazo.

CONCLUSIONES

Las actividades intergeneracionales presentan potencial para fortalecer los vínculos sociales y promover comunidades inclusivas. Su diseño debe basarse en la reciprocidad, considerando a ambas generaciones protagonistas activas. La enfermería comunitaria puede facilitar su desarrollo mediante la coordinación con centros educativos y asociaciones, así como la identificación de activos comunitarios y la evaluación de resultados.

BIBLIOGRAFÍA

Hospitalización a domicilio en personas mayores

y sobrecarga del cuidador familiar

EL HOGAR SE CONVIERTE EN ESPACIO ASISTENCIAL

¿QUIÉN CUIDA A QUIEN CUIDA?

La hospitalización a domicilio (HAD) puede modificar las tareas y responsabilidades de la familia.

RESULTADO OBSERVACIONAL · DUHAMEL ET AL. [1]

61,6 %

77 / 125 cuidadores

Carga elevada (CSI ≥ 7) al inicio de HAD · muestra seleccionada

RESUMEN

Revisión narrativa focalizada: 4 estudios primarios y 4 revisiones. La evidencia sobre sobrecarga familiar es heterogénea y no permite establecer un efecto uniforme de la HAD.

ANTECEDENTES

La atención hospitalaria en casa puede desplazar cuidados al entorno informal, donde los apoyos disponibles son desiguales.

OBJETIVOS

Sintetizar la carga del cuidador en HAD y derivar implicaciones para enfermería y la organización de los cuidados.

PALABRAS CLAVE

Hospitalización a domicilio · Cuidadores informales · Sobrecarga · Enfermería

MÉTODO

Revisión narrativa focalizada. Consulta dirigida de PubMed, fuentes editoriales y referencias relacionadas; síntesis temática. Sin búsqueda exhaustiva ni evaluación formal del riesgo de sesgo.

RESULTADOS

01 **Estudio observacional [1]**
61,6 % con carga elevada al inicio (77/125).

02 **Ensayos aleatorizados [2–4]**
Sin diferencias concluyentes entre modalidades.

03 **Revisiones [5–8]**
Contextualizan experiencias e implementación.

No hallar diferencias ≠ demostrar equivalencia.

IMPLICACIONES ENFERMERAS

CIRCUITO PROPUESTO · NO VALIDADO

1 **INGRESO**
Carga previa, tareas y red de apoyo

2 **SEGUIMIENTO**
Información y detección de dificultades

3 **ALTA**
Reevaluación y continuidad asistencial

CONCLUSIONES

La HAD requiere valorar al cuidador como parte del plan asistencial. La evidencia disponible no demuestra un efecto uniforme sobre su sobrecarga.

REFERENCIAS [1–8]

[1] Duhamel 2026 · [2] Utens 2014 · [3] Shepperd 1998 · [4] Gunnell 2000 | [5] Edgar 2024 · [6] Gonçalves-Bradley 2017 · [7] Wong 2025 · [8] Wallis 2024
Referencias completas y DOI en el manuscrito científico. La cifra 61,6 % no es una prevalencia generalizable (125 evaluados de 590 abordados).

Abordaje del edadismo en enfermería: Evidencia e intervenciones para la práctica asistencial

Síntesis científica del impacto del edadismo en la salud y la eficacia de intervenciones educativas e intergeneracionales

Resumen y Marco Conceptual

Definición formal del edadismo (OMS):



- **Pensar** (Estereotipos)
- **Sentir** (Prejuicios)
- **Actuar** (Discriminación)

Conjunto de estereotipos, prejuicios y discriminación basados en la edad, manifestados a nivel individual, interpersonal y etatudinal.

Impacto en la salud y rol enfermero



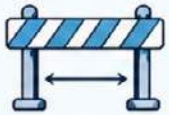
Deteriora la salud física y mental, incrementando la depresión, la soledad y la mortalidad prematura.

Palabras clave del estudio

- Enfermería · Edadismo
- Control de Estereotipos
- Educación · Salud mental
- Envejecimiento

Antecedentes, Objetivos y Metodología

Edadismo como determinante social



Limita la participación, genera barreras de acceso y condiciona la calidad de los cuidados recibidos.

Objetivo de la investigación



Analizar las intervenciones más eficaces frente al edadismo en enfermería y en el sistema sanitário.

Metodología de revisión



Revisión sistemática y síntesis narrativa de la literatura biomédica publicada en bases de datos internacioales.

Eficacia de la educación y el contacto



Las intervenciones educativas y el contacto intergeneracional reducen sensiblemente los prejuicios y mejoran la empatía.



Sostenibilidad de los resultados



Los programas de capacitación en salud muestran mejoras significativas y sostenidas en la actitud hacia el envejecimiento.

Comparativa de Impacto: Intervenciones para Reducir el Edadismo en Sanidad y Educación

Tipo de Intervención	Impacto en Conocimientos	Impacto en Actitudes y Prácticas
Intervenciones Educativas	Incremento del conocimiento	Mejora en actitudes y empatía
Contacto Intergeneracional	Efecto moderado	Disminución de prejuicios
Intervenciones Combinadas (Educación + (Contacto)	Alta eficacia	Mayor cambio global en la actitud

Conclusiones e Implicaciones para Enfermería

Implicaciones para la práctica enfermera



Integrar la formación sobre sesgos y comunicación no estigmatizante en los planes formativos y asistenciales.

Promoción del buen trato intergeneracional



Fomentar entornos asistenciales libres de edadismo, garantizando el trato digno, equidad y la defensa de las personas mayores.

Autoras:
Lucía Martín Bonal y Andrea Villar Alonso

The Stillness of the Wind como recurso para concienciar sobre la soledad no deseada de las mujeres rurales en el Grado en Psicología

Ana Manzano-León, José M. Rodríguez-Ferrer, Paula Rodríguez-Rivera, Miguel Fernández Cárcar, Paula Frieiro, Nuria Torres López, María M. Montoya-Rodríguez, Pedro Campuzano

Soledad no deseada · perspectiva de género · mujeres rurales · videojuegos · aprendizaje basado en juegos · ODS 5

RESUMEN

La **soledad no deseada** afecta a aproximadamente el 20% de los adultos en España y es más frecuente entre mujeres que entre hombres. En el medio rural, el envejecimiento feminizado, la despoblación y la carga histórica de cuidados agravan la vulnerabilidad. Se diseña una intervención educativa para el Grado en Psicología basada en *The Stillness of the Wind* (2019), protagonizado por una mujer mayor que vive sola en una granja aislada mientras su familia emigra a la ciudad. La propuesta pertenece a **Equal-Play**, se alinea con el **ODS 5 y el ODS 3, y combina juego guiado, análisis crítico y diseño de una intervención psicosocial.**

ANTECEDENTES

La soledad no deseada es la discrepancia entre las relaciones que se tienen y las que se desean; se asocia a peor salud física y mental. Un metaanálisis de 113 países muestra una prevalencia preocupante en todas las etapas vitales (Surkalim et al., 2022). En España, el 20% de los adultos se sienten solos actualmente y el 13,5% sufre soledad crónica desde hace 2 años o más (Fundación ONCE y Fundación AXA, 2024). Las diferencias globales por género son modestas, pero se cruzan con ruralidad, edad, despoblación, emigración de la generación joven y cuidados (Maes et al., 2019; Henning-Smith et al., 2019). Los videojuegos narrativos pueden generar reflexión, significado y toma de perspectiva, además de aportar potencial para la salud mental y el aprendizaje universitario (Daneels et al., 2021; Kowal et al., 2021; Manzano-León et al., 2021).

RECURSO



The Stillness of the Wind (Lambic Studios / Fellow Traveller, 2019). Talma, anciana cabrera, cuida una granja aislada; las cartas son su único vínculo con una familia que emigró a la ciudad. Ritmo lento, espera y pérdida convierten la soledad en una experiencia vivida. Disponible para PC, Nintendo Switch e iOS. Duración aproximada: 2–3 horas.

OBJETIVOS

GENERAL · Diseñar una intervención educativa basada en el videojuego para sensibilizar al alumnado de Psicología sobre la soledad no deseada de mujeres mayores rurales desde una perspectiva de género, en el marco del ODS 5.

ESPECÍFICOS

- Identificar factores de riesgo psicosociales y de género en el medio rural.
- Favorecer empatía y toma de perspectiva mediante el juego.
- Analizar la representación de vejez femenina, cuidados y éxodo rural.
- Diseñar propuestas de detección e intervención transferibles a la práctica profesional.

MÉTODO

Participantes: alumnado del Grado en Psicología de universidades participantes en Equal-Play en grupos reducidos de prácticas.

PLANTEAMIENTO DIDÁCTICO

	ACTIVIDAD	PRODUCTO
Antes de la granja	Cuestionario inicial; lluvia de ideas sobre quién se siente sola y por qué; datos del Barómetro SoledadES 2024 desagregados por sexo.	**Mapa conceptual inicial**
Los días de Talma	Juego por parejas con diario guiado: emociones, rutinas, vínculos, cartas y mercader.	**Diario de juego**
Leer con gafas violetas	Debate sobre feminización de la vejez, cuidados, emigración de hijas e hijos y ausencia de recursos comunitarios; contraste científico.	**Ensayo reflexivo individual**
¿Quién visita a Talma?	Diseño grupal de una intervención para mujeres mayores rurales: acompañamiento, redes vecinales, teleasistencia e intergeneracionalidad.	**Propuesta y exposición oral**

RESULTADOS

PRODUCTOS

- Secuencia didáctica completa y replicable en la red Equal-Play.
- Diario de campo, guion de debate, rúbrica y cuestionario pre-post.
- Banco de propuestas de intervención del alumnado, transferibles a entidades rurales.

RESULTADOS ESPERADOS

Mayor conocimiento de los determinantes de género; más sensibilidad hacia mujeres mayores rurales; mejor detección de señales de aislamiento; valoración positiva del videojuego como recurso formativo.

EVALUACIÓN

Cuestionario ad hoc pre-post sobre conocimientos y actitudes ante la soledad con perspectiva de género (escala Likert); rúbrica analítica para ensayo y propuesta; grupo focal final.

Análisis cuantitativo pre-post con pruebas para muestras relacionadas y análisis temático de ensayos y grupo focal.

ODS 5 + ODS 3

CONCLUSIONES



Los videojuegos narrativos pueden convertir un dato estadístico en una vivencia. Jugar como Talma permite experimentar lentitud, espera y pérdida, y aporta una comprensión situada de la soledad no deseada, atenta al género y al territorio. La propuesta visibiliza la vejez femenina rural y el peso de los cuidados, contribuye al ODS 5 y refuerza el potencial coeducativo de los videojuegos. La implementación permitirá contrastar su eficacia y ajustar el diseño.

REFERENCIAS

Daneels, R., Bowman, N. D., Possler, D. y Mekler, E. D. (2021). The 'eudaimonic experience': A scoping review of the concept in digital games research. *Media and Communication, 9*(2), 178–190. https://doi.org/10.17645/mac.v9i2.3824

Fundación ONCE y Fundación AXA (2024). Barómetro de la soledad no deseada en España 2024. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES). Recuperado de: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad-v2.pdf

Henning-Smith, C., Moscovice, I. y Kozhimannil, K. (2019). Differences in social isolation and its relationship to health by rurality and sex. *The Journal of Rural Health, 35*(4), 540–549. https://doi.org/10.1111/jrh.12344

Kowal, M., Conroy, E., Ramsbottom, N., Smithies, T., Toth, A. y Campbell, M. (2021). Gaming your mental health: A narrative review on mitigating symptoms of depression and anxiety using commercial video games. *JMIR Serious Games, 9*(2), e26575. https://doi.org/10.2196/26575

Maes, M., Qualter, P., Vanhalst, J., Van den Noortgate, W. y Goossens, L. (2019). Gender differences in loneliness across the lifespan: A meta-analysis. *European Journal of Personality, 33*(6), 642–654. https://doi.org/10.1002/per.2220

Manzano-León, A., Camacho-Lazarraga, P., Guerrero, M. A., Guerrero-Puerta, L., Aguilar-Parra, J. M., Trigueros, R. y Alias, A. (2021). Between level up and game over: A systematic literature review of gamification in education. *Sustainability, 13*(4), 2247. https://doi.org/10.3390/su13042247

Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A. y Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal, 376*, e067068. https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068

TELEENFERMERÍA Y MONITORIZACIÓN REMOTA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS: INNOVACIÓN EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y EL AUTOCUIDADO

01 RESUMEN

El avance de la teleenfermería y la Monitorización Remota de Pacientes (RPM) es una valiosa alternativa para evaluar las enfermedades crónicas complejas y los cuidados de pacientes con patologías complejas, como la insuficiencia cardíaca y la EPOC. Permite la transmisión digital de los signos vitales y mejora la detección precoz de la descompensación.

02 PALABRAS CLAVE

Teleenfermería, Monitorización remota de pacientes, Enfermedades crónicas, Continuidad de la atención al paciente, Autocuidado.

03 ANTECEDENTES

- Conexión digital continua: Integración de datos entre el entorno domiciliario y las plataformas clínicas de hospital/atención primaria.
- Dispositivos ponibles (wearables): Uso de pulseras biométricas, básculas inteligentes, glucómetros telemáticos y apps móviles.
- Monitorización en tiempo real: Transmisión automatizada de constantes vitales para un seguimiento clínico sin interrupciones.
- Cambio de paradigma: Transición de una atención reactiva a un modelo asistencial proactivo y centrado en la prevención de agudizaciones.

04 OBJETIVOS

- Analizar la eficacia de la teleenfermería y la monitorización remota en el paciente crónico complejo.
- Efectividad clínica: Evaluar la reducción de reingresos por insuficiencia cardíaca y EPOC.
- Rol de enfermería: Determinar la precisión del seguimiento telemático en la detección precoz de alertas.

05 MÉTODO

- Diseño del estudio: Revisión sistemática y síntesis de la evidencia científica disponible.
- Población de estudio: Pacientes adultos con enfermedades crónicas complejas (enfoque prioritario en insuficiencia cardíaca y EPOC) sometidos a programas de teleenfermería y monitorización remota.
- Bases de datos utilizadas: PubMed, Cochrane Library, CINAHL y SciELO.
- Estrategia de búsqueda (MeSH): "Telehealth", "Remote patient monitoring", "Chronic disease", "Nursing assessment" y "Self-management".

06 RESULTADOS

- Reducción de hasta el 35% en las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, con monitorización remota diaria.
- Detección precoz de cambios críticos, 48-72 horas antes de los síntomas graves.
- Mejora del autocuidado y la alfabetización en salud con la teleeducación.
- Optimización de los recursos y acceso geográfico para los pacientes rurales.
- El papel crucial de la enfermera en la evaluación de alertas y la coordinación de la teleenfermería

TABLA DE RESULTADOS CLAVE: TELEENFERMERÍA Y MONITORIZACIÓN REMOTA

Categoría de resultado	Resumen métrico	Indicadores y evidencia	Impacto y significado
Reducción de hospitalizaciones	Hasta ~25 % en insuficiencia cardíaca.	Transmisión diaria de constantes vitales, identificación proactiva de tendencias desfavorables y ajuste temprano de la medicación.	Aumento significativo de la alfabetización en salud y mayor adherencia al tratamiento.
Detección precoz	Ventana de alerta: 48–72 h antes de la aparición de síntomas graves.	Monitoreo biométrico continuo y alertas automatizadas por desviaciones respecto a los valores basales, con intervención de enfermería previa a síntomas graves.	Monitoreo biométrico automático por desviaciones respecto a los valores basales.
Mejora del autocuidado	Aumento significativo de la alfabetización en salud.	Aumento significativo de la alfabetización en salud y mayor adherencia al tratamiento.	Fragmento no legible en la imagen original.
Optimización de recursos	Reducción de costes y mayor acceso para pacientes rurales.	Reducción de costes y mayor acceso para pacientes rurales.	Monitoreo biométrico y mayor coordinación de enfermería en entornos rurales.
Rol de enfermería potenciado	Fragmento no legible en la imagen original.	Evaluación crítica de alertas, coordinación de teleenfermería y educación al paciente. Otros fragmentos no legibles.	Mejora de la coordinación de la atención de enfermería y gestión de comorbilidades.

07 CONCLUSIONES

- La evidencia demuestra que la teleenfermería y la monitorización remota son herramientas seguras y efectivas, a pesar de los desafíos como la interoperabilidad tecnológica y la brecha digital.
- Transformar el cuidado crónico hacia un modelo proactivo y preventivo, adaptado a un entorno social, con la atención y la consulta de teleenfermería.
- La integración de la teleenfermería en la atención primaria optimiza los tiempos de respuesta del equipo de salud y disminuye significativamente la saturación de los servicios de urgencias hospitalarias.
- El empoderamiento del paciente crónico a través de herramientas digitales de autocuidado fomenta una mayor adherencia terapéutica y un control más estable de los parámetros clínicos a largo plazo.

08 BIBLIOGRAFIA

Universidade Politécnica Bragança
Bragança Polytechnic University | Escola Superior de Saúde

RELAÇÕES INTERGERACIONAIS E O COMBATE AO IDADISMO

Caroline Loureiro Antunes • Kleiver Sanchez
carolineloureiroantunes@gmail.com
Escola Superior de Saúde | Universidade Politécnica de Bragança

Congresso Silver Economy, 26 de novembro de 2026

INTRODUÇÃO

O idadismo corresponde a estereótipos, preconceitos e discriminação com base na idade (OMS, 2021).

As relações intergeracionais constituem uma estratégia importante para promover a aproximação entre gerações, desconstruir preconceitos e fomentar o respeito, a inclusão social e a valorização do envelhecimento.

Palavras-chave: idadismo; relações intergeracionais; pessoas idosas; inclusão social.

OBJETIVOS

Analisar a importância das relações intergeracionais no combate ao idadismo, identificando os seus contributos para a desconstrução de estereótipos, a promoção do envelhecimento ativo e o reforço da inclusão social.

METODOLOGIA

Revisão narrativa de cinco documentos (2021–2026): dois relatórios da OMS, duas revisões sistemáticas (ScienceDirect) e um estudo de intervenção português (RCAAP). Critérios: relações intergeracionais, idadismo e envelhecimento ativo.

SÍNTESE DOS ESTUDOS

AUTOR/ANO	TIPO	PAÍS/ÂMBITO	FOCO PRINCIPAL
OMS (2021)	Relatório	Global	Prevenção e combate ao idadismo
OMS (2023)	Guia	Global	Contacto entre gerações
Sánchez-Sánchez & Montero-García (2025)	Revisão sistemática	Espanha	Redução do idadismo
Savino et al. (2026)	Revisão sistemática	Itália	Envelhecimento ativo e bem-estar
Sugahara et al. (2026)	Estudo de intervenção local	Portugal	Desconstrução de estereótipos etários

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão de Sánchez-Sánchez & Montero-García (2025), que analisou estudos publicados entre 2013 e 2023 em três bases (Scopus, Web of Science & ERIC), evidencia a importância das relações intergeracionais na redução do idadismo.

Por sua vez, a revisão de Savino et al. (2026), centrada em programas que envolveram jovens adultos (18–30 anos) e pessoas com 65 ou mais anos, identificou que 77% dos estudos reportaram benefícios para ambas as gerações.

No contexto português, o estudo de intervenção de Sugahara et al. (2026) destaca o potencial das atividades intergeracionais na desconstrução de estereótipos associados ao envelhecimento.

CONCLUSÕES

- As relações intergeracionais constituem uma estratégia relevante no combate ao idadismo, contribuindo para a redução de preconceitos, a desconstrução de estereótipos e a promoção do respeito entre gerações.
- Os profissionais de Gerontologia desempenham um papel importante na dinamização destas iniciativas, promovendo a participação social, a solidariedade intergeracional e a valorização das pessoas idosas (OMS, 2023).

Assim, investir em atividades que aproximem diferentes gerações poderá contribuir para uma sociedade mais inclusiva, solidária e consciente do valor do envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aceda às referências bibliográficas através deste código QR.

TERAPIAS SENSORIALES EN EL PACIENTE CRÍTICO: MUSICOTERAPIA Y REALIDAD VIRTUAL EN UCI

01 RESUMEN

El ingreso en la UCI somete al paciente a un gran estrés físico y psicológico por la ventilación mecánica y los procedimientos invasivos. La modulación no farmacológica es clave en los protocolos de humanización y los paquetes de medidas ABCDEF para reducir la sedoanalgesia y prevenir el síndrome post-cuidados intensivos (PICS).

02 PALABRAS CLAVE

Unidad de Cuidados Intensivos; Musicoterapia; Realidad Virtual; Humanización de la Atención; Enfermería en Cuidados Críticos; Dolor; Ansiedad; Delirio.

03 ANTECEDENTES

Los procedimientos invasivos (como extubaciones y curas), la ventilación mecánica invasiva (VMI) y la sobreestimulación acústica y visual en el entorno de la UCI generan dolor, ansiedad y agitación grave en el paciente crítico.

Tradicionalmente, se ha dependido de la sedación farmacológica, la cual conlleva importantes efectos secundarios. Por ello, la humanización a través de la modulación no farmacológica se ha vuelto una prioridad dentro de los paquetes de medidas (bundles) ABCDEF para reducir la sedoanalgesia y prevenir el síndrome post-cuidados intensivos (PICS y PICS-F).

04 OBJETIVOS

- Evaluar el impacto de la musicoterapia y la realidad virtual (RV) sobre la hemodinámica, el dolor, la ansiedad y la agitación.
- Diferenciar el impacto biológico de la música adaptativa frente a la música grabada pasiva.
- Proponer un algoritmo de práctica enfermera segura para la selección y monitorización de tecnologías sensoriales.

05 MÉTODO

- Diseño: Revisión cuali-cuantitativa de 13 estudios internacionales (que incluyen ensayos clínicos aleatorizados, marcos del Medical Research Council y proyectos de mejora de calidad).
- Población: Pacientes adultos y pediátricos ingresados en UCI y unidades de cuidados intensivos cardíacos (UCIC) sometidos a procedimientos estresantes o ventilación mecánica invasiva.
- Bases de datos utilizadas: PubMed, Scopus y Web of Science.

06 RESULTADOS

- Musicoterapia Adaptativa: Impacto muy alto. Logra una reducción del 64,6% en la ansiedad y del 72,2% en la agitación (medido con la escala RASS, con un valor de p menor o igual a 0,001), además de una disminución efectiva de la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y los requerimientos de sedación.
- Realidad Virtual 360°: Impacto alto. Produce un incremento significativo del tono vagal (índice ANI, con un valor de p menor a 0,05), así como una disminución de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el aislamiento del ruido ambiental.
- Música Grabada Pasiva: Impacto neutro. No muestra diferencias estadísticamente significativas en los días libres de delirio o coma (2,5 frente a 3,0 días, con un valor de p igual a 0,66). Las puntuaciones de dolor evaluadas mediante la escala CPOT (p igual a 0,67) y de ansiedad mediante la escala VAS-A (p igual a 0,33) no presentan cambios relevantes frente al grupo control en silencio.

TABLA 1. Comparativa Clinimétrica de Terapias Sensoriales en Pacientes Críticos

Intervención Sensorial	Impacto / Eficacia	Parámetros Fisiológicos y Clinimétricos	Significación Estadística
Musicoterapia Adaptativa	MUY ALTO	Reducción de Ansiedad (-64.6%) y Agitación (RASS -72.2%). Disminución de Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria y necesidad de sedación.	p menor o igual a 0.001
Realidad Virtual 360°	ALTO	Incremento del Tono Vagal e Índice ANI (HRV). Disminución de Frecuencia Cardíaca, Presión Arterial y aislamiento del ruido ambiental. Dosis segura: 10 a 15 min.	p menor a 0.05
Música Grabada Pasiva	NEUTRO	Días libres de delirio y coma: 2.5 días (grupo música) vs 3.0 días (grupo control). Sin cambios en dolor (escala CPOT) ni ansiedad (escala VAS-A).	Delirio: p = 0.66 Dolor: p = 0.67 Ansiedad: p = 0.33

07 CONCLUSIONES

- La musicoterapia adaptativa reduce de forma significativa el dolor, la agitación y la ansiedad en el paciente crítico (con un valor de p menor o igual a 0,001).
- La música pasiva estándar no modifica la duración del delirio ni del coma, lo que demuestra que la intervención musical debe ser individualizada.
- La Realidad Virtual se consolida como una herramienta inmersiva segura en pacientes seleccionados, estableciéndose una dosis óptima de seguridad de 10 a 15 minutos bajo supervisión.
- El personal de enfermería debe liderar la modulación sensorial no farmacológica como un pilar fundamental dentro del plan integral de humanización de la UCI.

08 BIBLIOGRAFIA

Institucionalização de pessoas idosas: decisão familiar, necessidades de cuidado e continuidade dos vínculos

RESUMO

Estudo original de Jessica Caseiro Santos (2024), com 106 familiares de pessoas idosas residentes em duas ERPI de Macedo de Cavaleiros. Institucionalização e decisão familiar. Análise descritiva e inferencial de dados observacionais, com implicações para a Enfermagem de Saúde Familiar.

ENQUADRAMENTO

A institucionalização pode constituir uma resposta às necessidades de acompanhamento e dependência, mas representa também uma transição do sistema familiar. Conhecer as circunstâncias da decisão e a avaliação dos familiares permite identificar oportunidades de acompanhamento centrado na pessoa, sem reduzir a qualidade dos cuidados à opção residencial.

OBJETIVO

Caracterizar o contexto prévio à institucionalização, os motivos referidos e a perceção dos familiares quanto à adequação desta resposta social.

DISCUSSÃO CRÍTICA

A elevada concordância com a institucionalização descreve a perspetiva dos familiares inquiridos, não a experiência diretamente relatada pelos residentes. A necessidade de vigilância destacou-se como motivo de admissão. As respostas múltiplas impedem somar as percentagens dos motivos como categorias mutuamente exclusivas. O desenho transversal não permite avaliar mudanças antes e depois da admissão.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal, realizado em duas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho de Macedo de Cavaleiros. População de referência: 137 residentes/familiares; participaram 106 familiares que visitavam os residentes. Recolha por formulário, incluindo APGAR Familiar e FACES II. Análise descritiva e testes do qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme aplicabilidade, em SPSS 26; $\alpha = 0,05$. Parecer ético favorável (processo 515023, 29/02/2024).

LIMITAÇÕES E RIGOR

Amostragem não probabilística e restrita a familiares visitantes de duas ERPI. Informação autorreportada, desenho transversal e ausência de dados diretos das pessoas residentes. Não é possível estabelecer causalidade nem generalizar estatisticamente os resultados. As análises inferenciais são exploratórias e exigem prudência perante múltiplas comparações.

RESULTADOS

Antes da admissão, 55,7% (59/106) das pessoas idosas viviam com cônjuge e/ou filhos e 40,6% (43/106) viviam sozinhas. Em 74,5% (79/106), a iniciativa da institucionalização partiu do cônjuge e/ou dos filhos. Os motivos mais referidos foram vigilância e acompanhamento, 83,0% (88/106), e dependência física, 40,6% (43/106), admitindo-se respostas múltiplas. Consideraram a institucionalização a melhor opção para a pessoa idosa 90,6% (96/106) e para a família 87,7% (93/106).

83,0%	90,6%	87,7%
vigilância e acompanhamento	melhor opção para a pessoa idosa	melhor opção para a família

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Uma avaliação de enfermagem centrada na pessoa e família deve explorar as necessidades que motivaram a admissão, a participação do residente nas decisões e a manutenção de relações significativas. No âmbito da Silver Economy, os resultados fundamentam a importância de respostas residenciais articuladas com a rede familiar, mas não medem impacto económico.

REFERÊNCIAS | APA 7.ª EDIÇÃO

Santos, J. C. (2024). Avaliação da funcionalidade, coesão e adaptabilidade familiar de familiares de idosos institucionalizados [Relatório de estágio de mestrado não publicado]. Instituto Politécnico de Bragança.
Figueiredo, M. H. J. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusociência.
Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. Journal of Family Therapy, 22(2), 144–167. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144
Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41(2), 229–236.
Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. The Journal of Family Practice, 6(6), 1231–1239.

Famílias de pessoas idosas institucionalizadas: funcionalidade, coesão e adaptabilidade

RESUMO

Estudo original de Jessica Caseiro Santos (2024), com 106 familiares de pessoas idosas residentes em duas ERPI de Macedo de Cavaleiros. Funcionalidade, coesão e adaptabilidade. Análise descritiva e inferencial de dados observacionais, com implicações para a Enfermagem de Saúde Familiar.

ENQUADRAMENTO

A família permanece um sistema relacional relevante após a institucionalização. O APGAR Familiar descreve a perceção individual da funcionalidade, enquanto a FACES II caracteriza dimensões de coesão e adaptabilidade. Estes instrumentos avaliam construtos relacionados, mas não intercambiáveis, exigindo interpretação contextualizada e evitando a rotulagem normativa das famílias.

OBJETIVO

Descrever a funcionalidade, a coesão, a adaptabilidade e a tipologia familiar percebidas por familiares de pessoas idosas institucionalizadas.

DISCUSSÃO CRÍTICA

Os resultados mostram heterogeneidade dos perfis familiares. Na análise dicotomizada, a funcionalidade associou-se à coesão ($\chi^2 = 49{,}042$; $p < 0{,}001$), à adaptabilidade ($\chi^2 = 41{,}400$; $p < 0{,}001$) e ao tipo de família ($\chi^2 = 52{,}456$; $p < 0{,}001$). Estas associações envolvem dimensões conceptualmente próximas e não constituem evidência de causalidade ou de validade preditiva.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal, realizado em duas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho de Macedo de Cavaleiros. População de referência: 137 residentes/familiares; participaram 106 familiares que visitavam os residentes. Recolha por formulário, incluindo APGAR Familiar e FACES II. Análise descritiva e testes do qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme aplicabilidade, em SPSS 26; $\alpha = 0{,}05$. Parecer ético favorável (processo 515023, 29/02/2024).

LIMITAÇÕES E RIGOR

Amostragem não probabilística e restrita a familiares visitantes de duas ERPI. Informação autorreportada, desenho transversal e ausência de dados diretos das pessoas residentes. Não é possível estabelecer causalidade nem generalizar estatisticamente os resultados. As análises inferenciais são exploratórias e exigem prudência perante múltiplas comparações.

RESULTADOS

Segundo a Tabela 2 do relatório, 48,1% (51/106) classificaram a família como altamente funcional, 43,4% (46/106) como moderadamente disfuncional e 8,5% (9/106) como tendo disfunção acentuada. Na FACES II, 53,8% (57/106) apresentaram coesão «ligada» e 47,2% (50/106) adaptabilidade «flexível». A tipologia familiar foi «equilibrada» em 48,1% (51/106), «muito equilibrada» em 5,7% (6/106), «meio termo» em 42,5% (45/106) e «extrema» em 3,8% (4/106).

48,1%	53,8%	47,2%
família altamente funcional	coesão ligada	adaptabilidade flexível

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A avaliação conjunta pode orientar intervenções individualizadas, identificando recursos, dificuldades de comunicação e necessidades de adaptação à institucionalização. Deve privilegiar-se a perceção e os objetivos de cada família, evitando presumir que uma categoria isolada determina a qualidade dos vínculos.

REFERÊNCIAS | APA 7.ª EDIÇÃO

Santos, J. C. (2024). Avaliação da funcionalidade, coesão e adaptabilidade familiar de familiares de idosos institucionalizados [Relatório de estágio de mestrado não publicado]. Instituto Politécnico de Bragança.
Figueiredo, M. H. J. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusociência.
Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. Journal of Family Therapy, 22(2), 144–167. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144
Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41(2), 229–236.
Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. The Journal of Family Practice, 6(6), 1231–1239.

Participação familiar após a institucionalização: visitas, envolvimento e funcionalidade familiar

RESUMO

Estudo original de Jessica Caseiro Santos (2024), com 106 familiares de pessoas idosas residentes em duas ERPI de Macedo de Cavaleiros. Participação familiar e continuidade relacional. Análise descritiva e inferencial de dados observacionais, com implicações para a Enfermagem de Saúde Familiar.

ENQUADRAMENTO

A integração numa estrutura residencial não extingue as relações familiares. Visitas, participação em decisões e saídas para convívio podem representar formas distintas de envolvimento, condicionadas por disponibilidade, distância, saúde e preferências. Importa avaliar empiricamente estas práticas sem equiparar frequência de visitas a qualidade afetiva.

OBJETIVO

Analisar as práticas de participação familiar e as suas associações com a funcionalidade familiar percebida.

DISCUSSÃO CRÍTICA

Entre os participantes com família classificada como funcional, 45,1% visitavam pelo menos semanalmente, contra 9,1% entre os classificados como disfuncionais. O hábito de levar a pessoa idosa a casa foi referido por 70,6% e 32,7%, respetivamente. As diferenças são associações observacionais, não demonstrando que visitas ou saídas produzam melhor funcionalidade. Foram excluídos familiares sem visitas há mais de um ano, o que limita a representação de situações de afastamento.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal, realizado em duas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho de Macedo de Cavaleiros. População de referência: 137 residentes/familiares; participaram 106 familiares que visitavam os residentes. Recolha por formulário, incluindo APGAR Familiar e FACES II. Análise descritiva e testes do qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme aplicabilidade, em SPSS 26; $\alpha = 0,05$. Parecer ético favorável (processo 515023, 29/02/2024).

LIMITAÇÕES E RIGOR

Amostragem não probabilística e restrita a familiares visitantes de duas ERPI. Informação autorreportada, desenho transversal e ausência de dados diretos das pessoas residentes. Não é possível estabelecer causalidade nem generalizar estatisticamente os resultados. As análises inferenciais são exploratórias e exigem prudência perante múltiplas comparações.

RESULTADOS

Dos 106 familiares, 90,4% (96) referiram papel ativo e interativo, 74,5% (79) consideraram a família unida e 50,9% (54) levavam o familiar a casa fora de épocas festivas. Quanto às visitas, 34,9% (37) ocorriam quinzenalmente, 23,6% (25) uma a duas vezes por semana e 2,8% (3) diariamente. A funcionalidade familiar associou-se à frequência de visitas ($\chi^2 = 20,498$; $p < 0,001$), ao papel ativo (teste exato de Fisher, $p = 0,017$), às idas a casa ($\chi^2 = 15,178$; $p < 0,001$) e à perceção de união familiar ($\chi^2 = 35,593$; $p < 0,001$).

90,4%	50,9%	p < 0,001
papel ativo referido	saídas para casa fora de festas	visitas × funcionalidade

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Os resultados sustentam a pertinência de planos de participação familiar ajustados às possibilidades e preferências do residente e da família. A articulação entre ERPI e Enfermagem de Saúde Familiar pode facilitar comunicação, decisões partilhadas e continuidade relacional, sem pressupor que a visita presencial é o único indicador de envolvimento.

REFERÊNCIAS | APA 7.ª EDIÇÃO

Santos, J. C. (2024). Avaliação da funcionalidade, coesão e adaptabilidade familiar de familiares de idosos institucionalizados [Relatório de estágio de mestrado não publicado]. Instituto Politécnico de Bragança.
Figueiredo, M. H. J. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusociência.
Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. Journal of Family Therapy, 22(2), 144–167. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144
Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41(2), 229–236.
Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. The Journal of Family Practice, 6(6), 1231–1239.

La función de los neurotransmisores para entender el cerebro

Comunicación neuronal, emociones, cognición y comportamiento

1. Resumen

Los neurotransmisores son sustancias químicas que permiten la comunicación entre neuronas y regulan funciones esenciales como la memoria, el aprendizaje, las emociones, la atención, el sueño y el movimiento.

2. Palabras clave

Neurotransmisores · Cerebro · Sinapsis · Emociones · Memoria

3. Antecedentes

El sistema nervioso se comunica mediante señales eléctricas y químicas. Los neurotransmisores actúan como mensajeros químicos en las sinapsis.



4. Objetivos

- Explicar qué son los neurotransmisores y cómo actúan.
- Identificar los principales neurotransmisores y sus funciones.
- Relacionar su actividad con los procesos cognitivos y emocionales.
- Comprender su importancia en la salud cerebral.

5. Método

Revisión bibliográfica de carácter descriptivo sobre los principales neurotransmisores, sus mecanismos de acción y su relación con las funciones cerebrales.

6. Resultados

Principales neurotransmisores y sus funciones:

Dopamina	Motivación, recompensa y control del movimiento.
Serotonina	Regulación del estado de ánimo y sueño.
GABA	Reduce la excitabilidad neuronal.
Glutamato	Memoria y aprendizaje.
Acetilcolina	Atención y memoria.
Noradrenalina	Alerta y respuesta ante el estrés.

7. Conclusiones

Los neurotransmisores son fundamentales para comprender el funcionamiento del cerebro, ya que regulan la comunicación neuronal y participan en procesos cognitivos, emocionales y motores. Su equilibrio es clave para la salud cerebral.

‘CUIDADOS INFORMAIS NA DEMÊNCIA: SOBRECARGA E PARTILHA FAMILIAR NA *SILVER ECONOMY*’

Sara Henriques[1], Tiago Henriques[2], Bárbara Rocha[3], Manuel Brás[4]

[1] Escola Superior de Saúde, Universidade Politécnica de Bragança (UPB), Bragança; Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro — sarahenriques@misericordiamogadouro.com |
[2] UCC Atalaia de Vimioso, ULS do Nordeste — tiago.henriques@ulsne.min-saude.pt | [3] Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro — barbararocha@misericordiamogadouro.com |
[4] Escola Superior de Saúde & LiveWell Research Center, Universidade Politécnica de Bragança, Portugal— manuel-bras@ipb.pt • ORCID: 0000-0001-5540-3139

Enquadramento

A Silver Economy inclui respostas e recursos que acompanham o envelhecimento da população. Neste contexto, o cuidado informal no domicílio é um contributo social relevante, mas pode concentrar exigências numa só pessoa.
Conhecer a partilha dos cuidados e a sobrecarga ajuda a tornar visíveis necessidades de apoio que importa considerar nas respostas comunitárias.

Objetivo

Caracterizar a partilha dos cuidados e os níveis de sobrecarga em cuidadores informais de pessoas com demência acompanhadas pelo Serviço de Apoio Domiciliário às Demências de Mogadouro, situando estes resultados no debate sobre sustentabilidade social dos cuidados de longa duração.



Método

Estudo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional e transversal, com amostragem não probabilística por conveniência. Participaram 121 cuidadores informais. A recolha incluiu caracterização sociodemográfica, profissional e clínica e a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Resultados

71,1% dos participantes referiram assumir os cuidados **sem partilha** com outros elementos da rede familiar ou social. Em 81,8% observou-se sobrecarga intensa.
Estes resultados descrevem a frequência de cada condição na amostra; não demonstram, por si só, uma associação entre falta de partilha e sobrecarga.



Conclusão

A elevada proporção de cuidadores sem partilha e com sobrecarga intensa evidencia a pertinência de incluir o cuidador e a sua rede no planeamento de cuidados domiciliários. Para a Silver Economy, o resultado destaca uma dimensão social da sustentabilidade do cuidado: reconhecer e apoiar quem assegura cuidados não remunerados. O estudo não avaliou custos nem impacto económico.

Palavras-chave: Demência; cuidador informal; sobrecarga; apoio social; Silver Economy.

1. World Health Organization. (2026, July 3). Dementia. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia
3. Lindeco, P., Rodrigues, M., Costa, L., Guerreiro, M., & Roca, M. M. (2024). Impact of dementia on informal carer. A systematic review of family caregivers' perceptions. BMJ Supportive & Palliative Care, 14(Suppl. 1), E28–E38. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242
3. Bressan, V., Visintini, C., & Palese, A. (2020). What do family caregivers of people with dementia need? A mixed-method systematic review. Health & Social Care in the Community, 28(6), 1942–1980. https://doi.org/10.1111/hsc.13048
4. Atoyebi, O., Eng, J. J., Routhier, F., Bird, M.-L., & Mertenson, W. S. (2022). A systematic review of systematic reviews of needs of family caregivers of older adults with dementia. European Journal of Ageing, 19(3), 381–396. https://doi.org/10.1007/s10433-021-00680-0
5. Bie, Z., Sun, W., Chen, H., Zhaang, J., We, S., Ke, H., Li, P., Chen, X., Li, J., & Yin, Y. (2023), Caregiver burden and its associated factors among family caregivers of persons with dementia in Shanghai, China: A cross-sectional study. BMJ Open, 12(5), e057817. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057817

Universidade Politécnica de Bragança

Para mais detalhes

DECLÍNIO COGNITIVO E FUNCIONALIDADE FAMILIAR NO CUIDADO À PESSOA COM DEMÊNCIA

Contributos para a Silver Economy

Sara Henriques[1]; Tiago Henriques[2]; Bárbara Rocha[3]; Manuel Brás[4]

[1]ESS, Univ. Politécnica de Bragança (UPB) & SCM Mogadouro

[2]UCC Atalaia de Vimioso, ULS do Nordeste

[3]SCM Mogadouro | [4]ESS & LiveWell Research Center, UPB

RESUMO

Este estudo analisa a relação entre o estádio de declínio cognitivo de pessoas com demência e a perceção da funcionalidade familiar dos seus cuidadores informais. Investigar esta dinâmica a nível local oferece dados fundamentais para o desenho de respostas comunitárias de longa duração alinhadas com as prioridades emergentes da Silver Economy.

Demência | Funcionalidade Familiar | Silver Economy

ANTECEDENTES

A progressão das síndromes demenciais altera profundamente as exigências diárias de cuidado e impõe uma reorganização estrutural nas relações familiares. Compreender de que forma o estádio de perda cognitiva afeta a coesão, a adaptabilidade e a estabilidade da família é essencial para desenhar intervenções eficazes e centradas na díade cuidador-pessoa cuidada.

OBJETIVOS

Avaliar de forma descritiva e correlacional a associação entre a perceção de **funcionalidade familiar** e as seguintes variáveis reguladoras:

- Coesão e adaptabilidade familiar.
- Tipologia familiar e grau de parentesco do cuidador.
- Estádio de declínio cognitivo da pessoa com demência.

MÉTODO

Desenho: Estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo-correlacional.

Amostra: 121 cuidadores informais acompanhados pelo Serviço de Apoio Domiciliário às Demências de Mogadouro (amostragem não probabilística por conveniência).

Instrumentos: APGAR Familiar e escala FACES II.

Análise Estatística: Testes de Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, assumindo significância estatística para valores de $p < 0,05$.

DISTRIBUIÇÃO DE DECLÍNIO COGNITIVO

Prevalência dos estádios cognitivos observados na amostra de utentes:

- **Estádio Ligeiro:** 40.5% dos indivíduos monitorizados.
- **Estádio Moderado:** 38.8% da amostra acompanhada.
- **Estádio Grave / Muito Grave:** 20.7% dos casos registados.

** Nota: 76,9% das pessoas cuidadas no serviço tinham idade igual ou superior a 76 anos.*

RESULTADOS & ASSOCIAÇÕES

A funcionalidade familiar demonstrou associação estatisticamente significativa com os fatores estruturais da dinâmica familiar e o perfil clínico do utente:

Coesão: $p < 0,001$

Tipologia Familiar: $p < 0,001$

Parentesco do Cuidador: $p = 0,042$

No grupo com **boa funcionalidade familiar**, 55,8% tinham declínio ligeiro; no grupo com **disfunção moderada**, 52,3% registavam declínio moderado. Não foi verificada associação linear estrita nem relação com a sobrecarga direta do cuidador (p=0,684).

CONCLUSÕES

- Os dados apoiam a premissa de realizar uma **avaliação integrada** e conjunta da pessoa idosa, do seu cuidador e da própria família ao longo de toda a trajetória de evolução da demência.
- No contexto da **Silver Economy**, esta evidência empírica local fundamenta a criação de respostas comunitárias de longa duração customizadas às fragilidades e tipologias de cada agregado familiar.

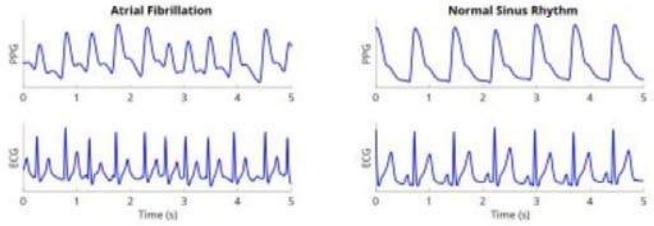
Limitações: O desenho transversal e o uso de amostra por conveniência de um único serviço comunitário não validam relações causais diretas nem generalização estatística abrangente. O estudo não mensurou custos ou indicadores de impacto financeiro direto.

This is for informational purposes only. For medical advice or diagnosis, consult a professional. AI responses may include mistakes.

CASO CLÍNICO: DERRAME PLEURAL BILATERAL EN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR

RESUMEN / ANTECEDENTES

La prevalencia de las enfermedades cardiovasculares aumentan con la edad, con el propio proceso del envejecimiento, y su evolución hace que otros órganos se vean afectados como el pulmón y se asocien, como en este caso, a un derrame pleural bilateral.
La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente, lo que supone una morbilidad y mortalidad cardiovascular muy relevante, además de un gran coste para los sistemas de salud.
Por otra parte, el derrame pleural bilateral se define como una acumulación anormal de líquido dentro del espacio pleural en ambos pulmones.

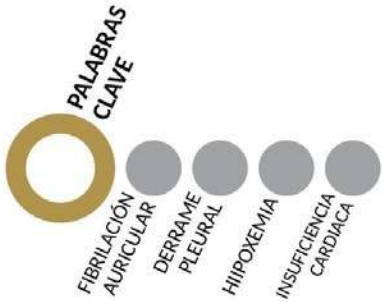


OBJETIVO

Realizar un diagnóstico precoz que evite las posibles complicaciones en un paciente con FA

MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos de Google Académico y Pubmed sobre un caso clínico.





RESULTADOS

Mujer, 91 años. Acude al servicio de Urgencias por disnea de larga evolución con tratamiento activo para una infección respiratoria.
Antecedentes: hipertensión arterial, bocio multinodular, hiperuricemia y síndrome depresivo crónico.
A la exploración la paciente se encuentra consciente, orientada, taquipnéica en reposo y normohidratada.
A la auscultación presenta roncus dispersos bilaterales y crepitantes bibasales.
Tensión arterial: 154/57 mmHg, frecuencia cardíaca: 97 latidos por minuto, saturación de oxígeno: 79% y temperatura: 36.4°C.
Se canaliza vía periférica, extracción de analítica sanguínea con gasometría arterial, electrocardiograma y radiografía de tórax.
Hallazgos clínicos: derrame pleural bilateral, FA e infección respiratoria.
Tras el diagnóstico de FA, se decide ingreso en planta de hospitalización para tratamiento deplectivo y control de la infección y seguimiento de la FA.

CONCLUSIONES

La identificación de factores de riesgo modificables para la FA como la edad, diabetes, obesidad e hipertensión entre otros, son clave para adoptar medidas de prevención, además de la realización de programas de cribado. En consecuencia, se reduciría el gasto en el sistema sanitario y mejoraría la salud comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

SOSTENIBILIDAD DEL CUIDADO EN EL DOMICILIO: LA CONSULTA DE ENFERMERÍA COMO RED DE APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL

Autora: Marta Sánchez Casero
Coautores: Clara Sánchez Marcé, Silvia Bravo Santos, Mª Victoria Barajas Lorenzo, Mª José Rodrigo Gonzalo, Cristina Hernández Postigo, Sofía Villaseñor Manrique, Roberto Sánchez Lozano.

1 RESUMEN

El envejecimiento poblacional sitúa el **domicilio como eje central del cuidado**, sostenido principalmente por **mujeres cuidadoras informales** de avanzada edad. Su alta vulnerabilidad al estrés genera ansiedad, depresión y claudicación. Ante esto, analizamos el rol de la enfermera comunitaria como pilar de apoyo entre cuidador-paciente.

2 PALABRAS CLAVE

Paciente dependiente; Atención domiciliaria; Sobrecarga del cuidador; Intervenciones de enfermería.

3 ANTECEDENTES

En regiones envejecidas y dispersas como Castilla y León, el cuidador informal es el pilar invisible de la atención domiciliaria. La evidencia muestra que estas mujeres cuidadoras sufren **sobrecarga intensa** (Escala de Zarit), ansiedad y depresión.
Sin una red de apoyo, el cuidador claudica, provocando la institucionalización no deseada del mayor.

4 OBJETIVOS

Analizar la eficacia de la consulta de **enfermería como red de apoyo** para **prevenir la sobrecarga del cuidador** principal y la relación directa con el retraso en la institucionalización del paciente mayor dependiente.

5 MÉTODO

Revisión bibliográfica de literatura científica en bases de datos como PubMed, Scielo, Cuiden y Enfispo entre los años 2013 y 2026.

6 RESULTADOS

- **Sobrecarga prevenible:** Las intervenciones multicomponente de enfermería (educación física y apoyo psicoemocional) logran reducciones significativas en la Escala de Zarit.
- **Retraso de la institucionalización:** Capacitar al cuidador mejora la autonomía del mayor, posponiendo la necesidad de cuidados formales

7 CONCLUSIONES

La consulta de enfermería para el cuidador es una inversión altamente rentable porque previene el hiperfrecuentamiento sanitario y retrasa la institucionalización, permitiendo al paciente envejecer en su hogar.
La verdadera sostenibilidad en este ámbito recae en **cuidar a quien cuida**.

BIBILOGRAFÍA



REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Da reforma como mudança à reforma como transição: o papel da família

Objetivo: analisar a distinção entre mudança e transição aplicada à reforma, o papel da família nesse processo e as implicações para a enfermagem de saúde familiar.

Resumo

A reforma é uma mudança com data; a adaptação a ela é um processo. **Objetivo:** analisar a distinção entre mudança e transição aplicada à reforma, o papel da família e as implicações para a enfermagem de saúde familiar. **Método:** revisão narrativa da literatura. **Resultados:** a mudança é situacional; a transição é o processo interno de reorganização que a acompanha, começa antes da data e prolonga-se depois. A reforma associa-se, em média, a menor risco de depressão, mas a reforma involuntária a maior risco. O conflito conjugal aumenta quando só um dos cônjuges se reforma, e a qualidade da relação é um recurso para a adaptação. As intervenções psicossociais de preparação melhoram o bem-estar. **Conclusões:** a reforma deve ser preparada como uma transição familiar; o enfermeiro de família pode antecipá-la, envolvendo o casal.

Palavras-chave: Reforma; Transição; Família; Enfermagem de saúde familiar; Envelhecimento.

Antecedentes

«Não são as mudanças que nos desfazem; são as transições.» [1, tradução livre]

A mudança é situacional: um acontecimento, com data. A transição é o processo psicológico de reorganização que a acompanha e que exige tempo; os dois termos não são sinónimos [1,2]. Na enfermagem, a transição envolve consciencialização, envolvimento, pontos críticos e um tempo próprio, e termina, ou não, em mestria [3].

Método

Revisão narrativa da literatura. Pesquisa em PubMed, CINAHL e SciELO (2000–2026), em português, inglês e espanhol. Incluídos referenciais teóricos, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos longitudinais sobre a reforma, o casal e a família. Síntese temática.

Resultados · mudança ou transição?

	Mudança	Transição
O que é	Um acontecimento externo	Um processo interno de reorganização
Quando	Tem data: o último dia de trabalho	Começa antes e prolonga-se depois
Como	Acontece à pessoa e à família	Atravessa um fim, uma zona neutra e um novo começo [1]
Resultado	Uma situação nova	Mestria e identidade reorganizada, ou não [3]

Implicações para a enfermagem de saúde familiar

Consulta de preparação para a reforma, com o casal: expectativas e projetos · gestão do tempo e rotinas · papéis em casa · rede social · hábitos de saúde · planeamento financeiro.

Avaliar a satisfação conjugal e o processo familiar [9] e sinalizar a reforma involuntária como risco.

Resultados · o que a evidência mostra

0,83 — Em média, a reforma associa-se a menor risco de depressão (41 estudos; heterogeneidade elevada) [4].

1,31 — A reforma involuntária associa-se a maior risco de depressão (RR), numa relação bidirecional [5].

Casal — O conflito aumenta e a satisfação conjugal diminui quando só um dos cônjuges se reforma: pesa mais tornar-se reformado do que estar reformado [6].

Família — A qualidade da relação conjugal é um recurso para a adaptação à reforma [7].

20 — Estudos: as intervenções psicossociais de preparação melhoram o bem-estar; os programas de grupo com componentes cognitivo-comportamentais têm mais apoio [8].

Conclusões

A reforma é uma mudança com data; a transição começa antes e prolonga-se depois.

O que protege ou fere não é a reforma, é a forma como é vivida: escolha, preparação e família.

Preparar a reforma como transição familiar cabe na enfermagem de saúde familiar; faltam estudos sobre a eficácia desta intervenção.

1. Bridges W, Bridges S. Managing transitions: making the most of change. 4th ed. Boston: Da Capo Lifelong Books; 2016.

2. Kralik D, Visentin K, van Loon A. Transition: a literature review. J Adv Nurs. 2006;55(3):320-9.

3. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci. 2000;23(1):12-28.

4. Odone A, Gianfredi V, Vigezzi GP, Amerio A, Ardito C, d'Errico A, et al. Does retirement trigger depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. Epidemiol Psychiatr Sci. 2021;30:e77.

5. Zhai L, Wang J, Liu Y, Zhang H. Involuntary retirement and depression among adults: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Front Psychiatry. 2022;13:747334.

6. Moen P, Kim JE, Hofmeister H. Couples' work/retirement transitions, gender, and marital quality. Soc Psychol Q. 2001;64(1):55-71.

7. Wang M, Shi J. Psychological research on retirement. Annu Rev Psychol. 2014;65:209-33.

8. Cassanet A, McKenzie WA, McLean LA. Psychosocial interventions to support retirement well-being and adjustment: a systematic review. Educ Dev Psychol. 2023;40(2):214-31.

9. Figueiredo MH. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures: Lusociência; 2012.

REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Transições no envelhecimento: saúde familiar, saúde mental e reabilitação

Objetivo: sintetizar a evidência sobre as principais transições do envelhecimento e identificar os contributos complementares da enfermagem de saúde familiar, de saúde mental e psiquiátrica e de reabilitação.

Resumo

O envelhecimento traz transições previsíveis e imprevisíveis, como a reforma, a viuvez, a mudança de residência, a doença e a dependência, que atingem a pessoa idosa e a família. **Objetivo:** sintetizar a evidência sobre as principais transições do envelhecimento e identificar os contributos da enfermagem de saúde familiar, de saúde mental e psiquiátrica e de reabilitação. **Método:** revisão narrativa da literatura. **Resultados:** os efeitos das transições dependem das condições em que são vividas. A reforma associa-se, em média, a menor risco de depressão, mas não quando é involuntária; a depressão após a viuvez é mais frequente no primeiro ano; a adaptação a uma nova residência depende do controlo sobre a decisão. **Conclusões:** as três especialidades complementam-se e devem antecipar as transições, envolvendo a família, e não apenas responder às suas consequências.

Palavras-chave: Envelhecimento; Transição; Família; Saúde mental; Reabilitação; Enfermagem.

Antecedentes

192,4
pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 jovens em Portugal, em 2024 [1]

14,75 %
das pessoas com 70 ou mais anos viviam com uma perturbação mental em 2023 [2]

1 em 4
pessoas idosas é afetada pelo isolamento social ou pela solidão [2]

Uma transição é a passagem de uma fase, condição ou estado para outro. Pode ser desenvolvimental, situacional, de saúde-doença ou organizacional, e é facilitada ou dificultada por condições pessoais, comunitárias e sociais [3].

Método

Revisão narrativa da literatura. Pesquisa em PubMed, CINAHL e SciELO (2000–2026), em português, inglês e espanhol. Incluídos referenciais teóricos, revisões sistemáticas, meta-análises e documentos normativos portugueses. Síntese temática por transição.

Resultados

Reforma · SITUACIONAL
Associa-se, em média, a menor risco de depressão (ES 0,83) [4], mas a reforma involuntária aumenta-o (RR 1,31) [5].
Na família: o casal reorganiza tempos, papéis e projetos.

Viuvez e luto · SITUACIONAL
Depressão em 38,2 % no primeiro mês após a perda e em 19,4 % entre os 6 e os 12 meses; acima de 10 % até aos 5 anos [6].
Na família: redistribuem-se papéis e apoios.

Mudança de residência · SITUACIONAL
A adaptação depende do controlo sobre a decisão, da autonomia preservada e da manutenção de relações significativas [7].
Na família: a mudança é também vivida com stress [7].

Doença e dependência · SAÚDE-DOENÇA
Os cuidados de enfermagem de reabilitação melhoram a autonomia, a confiança e a capacidade funcional [8].
Na família: um familiar torna-se cuidador, numa nova transição.

Contributos complementares

Saúde familiar [9]
A família como unidade de cuidados · avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional · antecipação das transições previsíveis e apoio ao cuidador.

Saúde mental e psiquiátrica [10]
Rastreio da depressão, do luto e da solidão · intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas · promoção do coping e da adaptação.

Reabilitação [11]
Maximização da funcionalidade · capacitação para o autocuidado e a participação · prevenção de quedas e adaptação do domicílio.

As intervenções de grupo conduzidas por profissionais treinados podem reduzir as consequências negativas das transições, mas a evidência é ainda fraca [12].

Conclusões

Os efeitos das transições dependem menos do acontecimento do que das condições em que são vividas: escolha, controlo, apoio e tempo.

As transições sobrepõem-se e atingem toda a família, que é afetada e é recurso.

As três especialidades complementam-se. Antecipar é a intervenção com maior potencial; faltam estudos de intervenções lideradas por enfermeiros.

1. Instituto Nacional de Estatística. Estimativas da população residente em Portugal 2024. Lisboa: INE; 2025.
2. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 2026 nov 6]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults
3. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci. 2000;23(1):12-28.
4. Odone A, Gianfredi V, Vigezzi GP, Amerio A, Ardito C, d'Errico A, et al. Does retirement trigger depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. Epidemiol Psychiatr Sci. 2021;30:e77.
5. Zhai L, Wang J, Liu Y, Zhang H. Involuntary retirement and depression among adults: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Front Psychiatry. 2022;13:747334.
6. Kristiansen CB, Kjær JN, Hjorth P, Andersen K, Prina AM. The association of time since spousal loss and depression in widowhood: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(7):781-92.
7. Brownie S, Horstmanshof L, Garbutt R. Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: a systematic literature review. Int J Nurs Stud. 2014;51(12):1654-66.
8. Cachola H, Ventura MM, Bule MJ, Sousa L, Albuquerque G. Gains from rehabilitation nursing care for the self-care of elderly inpatients: scoping review. In: Pinho L, Fonseca C, Moguel E, editors. Gerontechnology VI. Cham: Springer; 2025.
9. Regulamento n.º 428/2018. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Diário da República, 2.ª série. 2018 jul 16.
10. Regulamento n.º 515/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Diário da República, 2.ª série. 2018 ago 7.
11. Regulamento n.º 392/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Diário da República, 2.ª série. 2019 mai 3.
12. Vrkljan B, Montpetit A, Naglie G, Rapoport M, Mazer B. Interventions that support major life transitions in older adulthood: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2019;31(3):393-415.

EL TESTAMENTO DEL MAYOR Y LA FIGURA DEL NOTARIO: GARANTÍA DE AUTONOMÍA Y PROTECCIÓN PATRIMONIAL EN LA SILVER ECONOMY

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY — MODALIDAD PÓSTER DIGITAL

ÁREA TEMÁTICA
Derecho & Protección Jurídica

01 RESUMEN

El envejecimiento de la población plantea desafíos sociojurídicos en la *Silver Economy*, exigiendo proteger la autonomía y seguridad patrimonial de los adultos mayores. El testamento notarial es el instrumento idóneo para garantizar sus voluntades y preferencias. Se analiza el papel del notario como garante imparcial del juicio de capacidad y libre voluntad, previniendo abusos o presiones familiares tras la Ley 8/2021.

02 PALABRAS CLAVE

Persona Mayor | Testamento | Notario | Capacidad Jurídica | Autonomía | Silver Economy

03 ANTECEDENTES

- **Transición demográfica y patrimonio:** El aumento de la esperanza de vida exige una adecuada planificación sucesoria en la Silver Economy (**Pérez & Gómez, 2021**).
- **Nuevo paradigma de capacidad:** La Ley 8/2021 adaptó la legislación española a la Convención de la ONU (**ONU, 2006**), garantizando el respeto primario a la voluntad y preferencias.
- **Protección ante la vulnerabilidad:** El filtro notarial previene influencias o abusos patrimoniales sobre personas en situación de fragilidad (**García, 2022**).

04 OBJETIVOS

Objetivo General: Analizar la función preventivo-garantista del notario en el testamento de mayores tras la reforma del sistema de apoyos.

Objetivos Específicos:

- **a.** Identificar herramientas notariales para apreciar la capacidad y ausencia de coacciones.
- **b.** Evaluar la eficacia del testamento notarial en la reducción de litigios.
- **c.** Poner en valor la autotutela y poderes preventivos en la autonomía del mayor.

05 MÉTODO

- **Diseño:** Investigación cualitativa, analítico-doctrinal y documental.
- **Fuentes normativas:** Análisis del Código Civil, Ley 8/2021, Ley del Notariado y resoluciones de la DGFPJ.
- **Revisión bibliográfica:** Búsqueda en Scopus, Dialnet y Web of Science (2018–2024) sobre capacidad testamentaria y notariado.

06 RESULTADOS

- **Garantía preventiva:** La audiencia reservada notarial asegura la plena coincidencia entre el instrumento público y la voluntad real (**Martínez, 2023**).
- **Reducción de litigios:** Mínima tasa de impugnación frente a testamentos ológrafos o informales.
- **Planificación integral:** Consolidación de poderes preventivos y autocuratela junto al testamento.

Ley 8/2021	< 1,5%	100%
SISTEMA APOYOS	IMPUGNACIÓN	SEGURIDAD

07 CONCLUSIONES

- El notario actúa como escudo de protección sociojurídica y garante de la autonomía de la persona mayor.
- La planificación sucesoria promueve la dignidad del mayor, pilar clave en la *Silver Economy*.
- Es necesaria la coordinación interdisciplinar (notarial, sanitaria y social) para la tutela del testador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (NORMATIVA APA 7.ª ED.)

1. García, M. A. (2022). *La protección de las personas mayores en el ámbito civil y notarial*. Aranzadi.
2. Ley 8/2021, de 2 de junio, de apoyo a las personas con discapacidad en su capacidad jurídica. *BOE*, 132.
3. Martínez, R. (2023). El juicio de capacidad notarial tras la reforma civil. *Revista Jurídica del Notariado*, 115, 45-78.
4. ONU. (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
5. Pérez, J. L., & Gómez, E. (2021). Aspectos patrimoniales del envejecimiento: Silver Economy. *Cuadernos Trabajo Social*, 34(2), 210-225.

Beneficios de la Actividad Física en el Envejecimiento Activo: Una Revisión Sistemática (2020-2026)

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional conlleva un aumento de patologías crónicas como la sarcopenia, el deterioro cognitivo y enfermedades cardiovasculares. El sedentarismo en mayores de 65 años se asocia con una pérdida acelerada de la autonomía. Esta revisión analiza cómo el ejercicio actúa como una polifarmacia natural, impactando no solo en la supervivencia, sino en la calidad de vida.

OBJETIVOS

General: Determinar los beneficios multisistémicos del ejercicio físico en la población mayor.

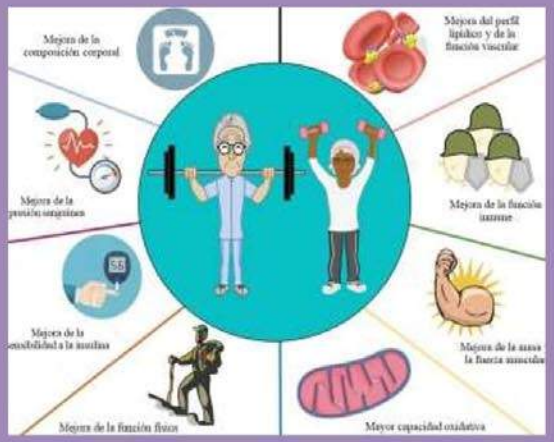
Específicos:

Evaluar el impacto del entrenamiento de fuerza en la prevención de caídas.

Analizar la relación entre ejercicio aeróbico y salud mental (ansiedad/demencia).

Identificar la mejora en marcadores metabólicos (tensión arterial y glucosa).







METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática entre enero de 2020 y enero de 2026 en las bases de datos PubMed, SciELO y Cochrane Library.

Descriptores (MeSH): "Aged", "Exercise Therapy", "Quality of Life", "Accidental Falls/prevention".

Criterios de inclusión: Artículos en español e inglés, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados con muestra >65 años.

Herramienta visual: Se aplicó el Diagrama PRISMA para la selección de los 20 artículos finales.

PALABRAS CLAVES:
Actividad física
Envejecimiento
Adulto mayor

RESULTADOS (Multidimensionales)

Los hallazgos se dividen en tres áreas clave:

Área Física: Los programas multicomponente (Fuerza + Equilibrio) reducen el riesgo de caídas en un 40%. El entrenamiento de fuerza aumenta la masa muscular magra en un 8-12%, combatiendo la sarcopenia.

Área Metabólica: Descenso significativo de la presión arterial sistólica (promedio -10 mmHg) y mejor control de la diabetes tipo 2 mediante la reducción de la resistencia a la insulina.

Área Neurocognitiva y Social: El ejercicio aeróbico incrementa los niveles de BDNF, mejorando la memoria a corto plazo. Los grupos de caminata reducen la percepción de soledad en un 50%.

CONCLUSIONES

La actividad física es la herramienta más coste-efectiva para lograr un envejecimiento exitoso y reducir la polifarmacia.

El ejercicio debe ser prescrito de forma individualizada, priorizando la combinación de fuerza y equilibrio para mantener la independencia funcional.

La interacción social derivada del ejercicio grupal es un factor determinante en la salud mental del adulto mayor.

¿SE VAN A CASA SABIENDO CUIDARSE?

COMPRENSIÓN DE LAS INSTRUCCIONES AL ALTA EN PERSONAS MAYORES: FACTORES ASOCIADOS E INTERVENCIONES EDUCATIVAS ENFERMERAS

RESUMEN

El alta de los servicios de Urgencias constituye un **momento crítico** para las personas mayores por la complejidad de las pautas de tratamiento, la brevedad del proceso y la falta de adaptación del lenguaje sanitario. La **comprensión deficiente** compromete la *adherencia terapéutica*, *favorece errores* con la medicación y *aumenta el riesgo de complicaciones* y *reconsultas* evitables.

Esta revisión sistemática analiza el **grado de comprensión del alta** en población geriátrica, sus *principales barreras* y la *efectividad de las intervenciones educativas enfermeras*, con especial énfasis en la **técnica teach-back** y los materiales informativos adaptados para garantizar una transición asistencial segura al domicilio.

PALABRAS CLAVE

- **Personas mayores**
- **Urgencias**
- **Alta hospitalaria**
- **Educación para la salud**
- **Enfermería**
- **Teach-Back**

ANTECEDENTES

Las **personas mayores** enfrentan barreras severas: deterioro cognitivo, déficit sensorial, baja alfabetización sanitaria, polimedicación y alta complejidad del alta.

41% Medicación

81% Autocuidados

76% Seguimiento

ESTRATEGIAS CLAVE

- **Lenguaje sencillo**
- **Material visual adaptado**
- **Técnicas teach-back**

OBJETIVOS

Objetivo General

- **Analizar la evidencia científica sobre la comprensión de las instrucciones al alta en personas mayores atendidas en Servicios de Urgencias.**

Objetivos Específicos

- Identificar los aspectos del alta con mayor déficit de comprensión.
- Analizar factores personales y clínicos asociados a la falta de retención.
- Evaluar la efectividad de la técnica Teach-Back y otras estrategias.
- Determinar las implicaciones directas para la práctica enfermera.

MÉTODO

Estructura: Revisión sistemática de la literatura siguiendo la declaración PRISMA 2020.

Búsqueda Documental: PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Web of Science y Cochrane Library.

Periodo: 2020–2026.

Criterio	Definición
P	Personas ≥ 65 años atendidas en Servicios de Urgencias.
I	Intervenciones educativas adaptadas.
C	Información convencional al alta/ Atención específica.
O	Comprensión de pautas, adherencia terapéutica, signos de alarma, reconsultas.

BIBLIOGRAFÍA

RESULTADOS

- **Brecha Farmacológica:** La menor comprensión se focaliza en dosis, cambios en el tratamiento habitual e interacciones.
- **Efectividad del Teach-Back:** Su aplicación enfermera incrementa exponencialmente el recuerdo correcto de los signos de alarma y reduce reingresos evitables.
- **Factores Predictores:** La baja alfabetización en salud, el deterioro cognitivo leve no diagnosticado y el estrés situacional en Urgencias son las principales barreras.

CONCLUSIONES

- El **alta de Urgencias** representa una ventana de oportunidad crítica para *garantizar la seguridad del paciente frágil*.
- La **técnica Teach-back** combinada con material escrito simplificado mejora drásticamente la comprensión.
- Enfermería debe **liderar la valoración de la alfabetización** y la **educación personalizada** previa al retorno al hogar.

«No basta con que la persona mayor salga de Urgencias dada de alta. Importa cómo se va: sabiendo qué tomar, cuándo tomarlo y cómo cuidarse con seguridad en su hogar.»



STRONG BONES

Exercise, Gut Microbiota and Bone Health During Menopause

André Schneider[123] Juliana Garcia[3], Maria José[1 3], António Miguel Monteiro[1]

[1] LiveWell / Instituto Politécnico de Bragança [2] Universidad de León [3] AquaValor

WHAT IS STRONG BONES?

- 48 months
- Women aged 50–64 years, undergoing the menopausal transition or in early postmenopause
- Investigating how exercise may preserve bone health

WHY DOES IT MATTER?

- Bone loss accelerates during menopause
- Comparisons between exercise environments are limited
- Individual responses remain poorly understood

WHAT WILL BE ASSESSED?

DXA / BMD — Primary Outcome
Bone mineral density at baseline and 24 months.

P1NP AND CTX
Bone formation and resorption markers assessed at 0, 6, 12, 18 and 24 months.

PHYSICAL FUNCTION AND FALLS
Muscle strength, balance, functional capacity and fall risk.

ADHERENCE
Participation, tolerability and safety of exercise programmes.

HOW WILL THE STUDY WORK?

RECRUITMENT → BASELINE ASSESSMENT → FOLLOW-UP → DATA ANALYSIS → ANALYSIS

FOUR GROUPS, 24 MONTHS



LAND-BASED
Multicomponent exercise training



AQUATIC
Conventional swimming pool



THERMAL AQUATIC
Thermal water exercise



USUAL CARE
No structured exercise

GUT–BONE AXIS

Exercise → Gut Microbiota → Bone Health

- Investigating whether gut microbiota profiles are associated with bone and functional responses
- Exploratory mechanistic component

EXPECTED IMPACT

- Support individualized exercise recommendations
- Evaluate accessible aquatic exercise alternatives
- Generate evidence to prevent frailty

EL FAMILIAR TAMBIÉN FORMA PARTE DEL CUIDADO

PARTICIPACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN LA ATENCIÓN URGENTE DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA: INFLUENCIA EN LA VALORACIÓN, COMUNICACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN

La **atención urgente** de personas mayores con demencia presenta dificultades por alteraciones cognitivas, ***barreras de comunicación*** y ***complejidad*** en la identificación del estado basal.

El **cuidador principal** constituye una ***figura clave*** al aportar información esencial sobre la *funcionalidad previa*, *tratamientos habituales* y *cambios conductuales recientes,* favoreciendo una valoración integral y optimizando la seguridad y calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE

- Personas mayores
- Urgencias
- Demencia
- Enfermería
- Cuidador principal
- Seguridad del paciente
- Atención especializada

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la evidencia científica sobre la participación del cuidador principal en la atención urgente geriátrica.

Objetivos Específicos

- Identificar funciones del cuidador en atención urgente.
- Analizar su contribución a la valoración clínica basal.
- Identificar barreras de participación en los servicios.
- Examinar beneficios en calidad y seguridad del paciente.
- Proponer medidas de atención centrada en la persona.

ANTECEDENTES

- **Dificultades del paciente**: Barreras para expresar síntomas o comprender procedimientos en el entorno de Urgencias.
- **Rol del cuidador:** Identifica desviaciones respecto a la situación cognitiva y funcional basal.
- **Revisión de referencia (2025):** Estudio meta-sintético (16 artículos) reporta barreras comunicativas y organizativas en Urgencias.



BIBLIOGRAFÍA



MÉTODO

Diseño: Revisión sistemática con síntesis narrativa y cualitativa.
Publicaciones **2020–2026**.

	Definición
P	Personas ≥ 65 años atendidas en Servicios de Urgencias.
I	Intervenciones educativas adaptadas.
Co	Información convencional al alta/ Atencion especifica.

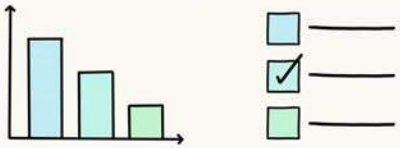
CONCLUSIONES

- La **participación activa del cuidador** es clave para la valoración integral y la prevención de complicaciones en Urgencias.
- Es primordial **superar barreras comunicativas** y **estructurales** para garantizar una atención centrada en la persona.

«Integrar al cuidador principal en Urgencias no solo optimiza la valoración clínica, sino que protege la seguridad y dignidad del paciente con demencia.»

RESULTADOS

- **Información aportada**: Determinación del estado basal cognitivo, medicación y antecedentes.
- **Toma de decisiones**: Co-participación informada en procesos clínicos agudos.
- **Barreras**: Limitación de tiempo, sobrecarga sensorial del entorno y rigidez organizativa.
- **Facilitadores**: Alianza con Enfermería y comunicación directa y accesible.



FRAGILIDAD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Intervenciones enfermeras para prevenir la dependencia

RESUMEN

La fragilidad aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia en las personas mayores. La enfermería, mediante detección precoz, valoración integral y promoción de hábitos saludables, contribuye a mantener la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida.



RESULTADOS

Las intervenciones enfermeras muestran beneficios significativos en la persona mayor frágil:

Capacidad funcional (+18–30%)	Riesgo de caídas (–20–35%)	Progresión a dependencia (–25%)

Intervenciones con mayor evidencia



PALABRAS CLAVE

- Fragilidad
- Envejecimiento activo
- Enfermería geriátrica
- Prevención de la dependencia
- Autonomía
- Cuidados integrales

ANTECEDENTES

La fragilidad es un estado de vulnerabilidad con menor reserva fisiológica, que aumenta el riesgo de eventos adversos (caídas, hospitalización, dependencia).

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones enfermeras para prevenir o reducir la fragilidad y favorecer un envejecimiento activo y autónomo.

- Describir estrategias de detección precoz.
- Identificar intervenciones sobre actividad física, alimentación e hidratación.
- Explorar el papel de la educación para la salud y la coordinación multidisciplinar.
- Relacionar las intervenciones con la funcionalidad y la autonomía.

MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa.

- **Bases de datos:** PubMed, Scopus, CINAHL y SciELO.
- **Términos**: fragilidad, envejecimiento activo, nursing care, exercise, nutrition.
- **Criterios:** artículos de los últimos 10 años (2015-2025), en español o inglés.

Total: 24 artículos incluidos

CONCLUSIONES

- La enfermería es clave en la prevención de la fragilidad.
- Las intervenciones en ejercicio, nutrición, educación y participación social mantienen la autonomía y la calidad de vida.
- Un abordaje integral y multidisciplinar favorece un envejecimiento activo y reduce la dependencia.

SOLEDAD Y CENTRO SOCIOSANITARIO

RESUMEN /ANTECEDENTES

La soledad se define como una experiencia subjetiva que se encuentra unida a emociones como afligido o timidez que puede darse cuando hay discrepancia entre lo que uno cree y lo que realmente sucede en sus relaciones sociales.
Hoy en día, las residencias son claves para el cuidado del paciente anciano debido al aumento de la esperanza de vida, pero no por ello, debemos olvidar que el ingreso en estas instituciones viene acarreado con la soledad no deseada y la separación de su entorno social. Los centros sociosanitarios ofrecen una atención continua para las actividades básicas de la vida diaria , olvidando en muchos casos del bienestar psicológico de los residentes.
La soledad en personas mayores es considerada como una problemática social y comunitaria que va aumentando .

METODOLOGIA

Revisión sistemática según las recomendaciones PRISMA

- PUBMED
- SCOPUS
- DIALNET
- WEB OF SCIENCE
- CUIDEN

OBJETIVO

Resumir la evidencia científica sobre la prevalencia, factores asociados y las estrategias efectivas para abordar la soledad en ancianos

Descriptores DeCS/MeSH

Soledad	Residencias de ancianos
Anciano institucionalizado	España

RESULTADOS

Tras la revisión de 14 articulos se ha concluido que el porcentaje de soledad no deseada en España va desde el **48% y el 68%** de los ancianos que se distinguen entre soledad social y emocional.
Los factores más predisponentes son individuales como déficit sensoriales, del entorno debido a la sensación de abandono por parte de la familia y organizativos cuando la atención se limita a cumplir tareas dejando a un lado la interacción afectiva.
Las intervenciones con mayor efectividad unen programas intergeneracionales, terapias asistidas con animales y la introducción de nuevas tecnologías como la realidad virtual.

CONCLUSIONES

El modelo institucional es determinante en el bienestar emocional del residente, identificando el sentimiento soledad como la perdida de autonomía, la reducción de las relaciones afectivas y de la red social. Es por tanto necesario el cambio en el modelo asistencial centrándose no solo en los cuidados básicos sino centrados en la persona favoreciendo la autonomía de la persona e individualizando los cuidados tanto físicos con emocionales.
Los trabajadores de los centros sociosanitarios deberían tener un plan formativo que fomenten la sensibilidad y cambio de mentalidad en la atención a las personas mayores, para conseguir un servicio integral de calidad.

BIBLIOGRAFIA



VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY | ENFERMERÍA DIGITAL & TELEMEDICINA

Telemonitorización Enfermera en el Paciente Pluripatológico Sénior: Reducción de Reingresos

1. RESUMEN

El manejo de pacientes mayores con pluripatología crónica (IC, EPOC, Diabetes) plantea un reto de sostenibilidad. Se evaluó un programa de telemonitorización domiciliaria liderado por enfermeras gestoras de casos (n=150). Tras 12 meses de seguimiento, las descompensaciones agudas disminuyeron un 48% y se redujeron significativamente los reingresos hospitalarios no programados.

2. PALABRAS CLAVE

Telemonitorización · Enfermería Digital · Pluripatología · Reingresos Hospitalarios · Cuidado Domiciliario

3. ANTECEDENTES

- Los pacientes complejos mayores de 70 años consumen el 65% de las altas hospitalarias y sufren tasas de reingreso a 30 días superiores al 22%.
- La falta de seguimiento temprano de síntomas de alarma (peso, SpO2, TA) desencadena descompensaciones graves evitables.
- La telemedicina guiada por enfermería proporciona un canal directo de intervención precoz en el hogar.

4. OBJETIVOS

Objetivo General: Demostrar la eficacia de un programa de atención integral por telemonitorización enfermera en la reducción de reingresos a 12 meses.
Objetivos Específicos: Fomentar la auto-gestión del paciente y evaluar la satisfacción con la atención digital en la Silver Economy.

5. MÉTODO

Diseño: Ensayo controlado aleatorizado de dos brazos (Grupo Telemonitorizado n=75 vs. Control n=75).
Intervención: Estación domiciliaria (tensión, pulsioxímetro, báscula Bluetooth) conectada a un centro de recepción de enfermería. Ajustes del plan farmacológico y educación nutricional continuada.
Mediciones: Reingresos, visitas a urgencias, calidad de vida (SF-12) y adherencia farmacológica (Morisky-Green).



6. RESULTADOS

Los datos acumulados tras 12 meses de seguimiento muestran un impacto clínico altamente favorable:

Indicador Sanitario	Control	Telemed.	Reducción
Reingresos a 30 días	24.0%	8.0%	-66.6%
Visitas a Urgencias/año	3.4	1.2	-64.7%
Adherencia Morisky	58%	89%	+31.0%

-66% Reingresos · **96%** Satisfacción · **89%** Adherencia

7. CONCLUSIONES

1. La atención continua de enfermería mediante herramientas digitales promueve el empoderamiento del paciente maduro en su propia casa.
2. Constituye una estrategia altamente eficiente que alivia la presión asistencial hospitalaria y optimiza los costes dentro del ecosistema Silver Economy.

Detección y abordaje de la violencia de género e intrafamiliar en el ámbito sanitario

Papel de los técnicos sanitarios

1. Resumen

La violencia de género e intrafamiliar es un problema de salud pública. Los técnicos sanitarios desempeñan un papel esencial en la detección precoz, observación de señales de alarma y atención humanizada a las víctimas.

2. Palabras clave

Violencia de género, maltrato, detección precoz, atención sanitaria, prevención y técnicos sanitarios.

3. Antecedentes

La violencia puede ser física, psicológica, sexual, económica o por negligencia. Sus víctimas pueden sufrir lesiones, ansiedad, miedo, aislamiento y consecuencias sociales y emocionales.



4. Objetivos

- Identificar signos de maltrato.
- Favorecer la detección temprana.
- Promover una atención empática y segura.
- Conocer los protocolos de actuación.
- Mejorar la coordinación multidisciplinar.

5. Método

Revisión narrativa de protocolos y recomendaciones sanitarias. Observación de indicadores, escucha activa, comunicación al profesional responsable, valoración del riesgo por el equipo competente y derivación a recursos especializados.

6. Resultados

Principales señales de alarma

- **Físicas:** hematomas, quemaduras y fracturas.
- **Psicológicas:** miedo, ansiedad y aislamiento.
- **Conductuales:** cambios de actitud y temor al acompañante.
- **Sociales:** abandono, negligencia y dependencia.

Actuación

- Observar
- Escuchar
- Proteger
- Comunicar
- Colaborar con el equipo sanitario



7. Conclusiones

La detección precoz y el trabajo multidisciplinar son fundamentales para proteger a las víctimas. Los técnicos sanitarios contribuyen a prevenir nuevas situaciones de violencia mediante la observación, la empatía y el conocimiento de los protocolos.

DETECTAR, ESCUCHAR, PROTEGER Y ACOMPAÑAR TAMBIÉN ES CUIDAR

Bibliografía: Ministerio de Sanidad (2012, 2021 y 2023); OMS (2019); Ley Orgánica 8/2021.



HIGIENE DENTAL EN EL ADULTO MAYOR

RESUMEN

La higiene oral en el adulto mayor, requiere una atención preventiva individualizada. Las patologías orales, pueden comprometer las funciones fundamentales, como la masticación, la deglución y la fonación, además de repercutir negativamente en la autoestima y el bienestar psicosocial.
La participación coordinada de paciente, cuidador y equipo odontológico resulta esencial, cuando existe dependencia.

PALABRAS CLAVE

Gerodontología.
Higiene bucodental.
Xerostomía.
Caries radicular.
Enfermedad periodontal.
Prótesis dental.
Prevención.

ANTECEDENTES

Aunque el envejecimiento no implica necesariamente un deterioro de la cavidad oral, la presencia de enfermedades sistémicas, la polimedicación, la disminución del flujo salival y las limitaciones funcionales pueden incrementar la susceptibilidad a determinadas patologías. Como pueden ser, la caries radicular, la enfermedad periodontal, la xerostomía, las lesiones de la mucosa oral, la perdida dentaria y las complicaciones derivadas del uso de protesis removibles. La limitación visual, motora o cognitiva puede comprometer el autocuidado.

OBJETIVOS

1. Identificar los principales factores de riesgo bucodental.
2. Describir medidas de higiene eficaces y adaptadas al grado de autonomía.
3. Relacionar el estado de salud oral con la nutrición, la comunicación y la calidad de vida.
4. Destacar el papel del profesional y de cuidadores en la prevención y detección precoz.

MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa, en bases de datos científicos (PubMed, Scopus, Cochrane y guías clínicas). Atención odontologica para el adulto mayor, Oral Health and Aging, Guias del Consejo General de Dentistas de España (guía para personas mayores) y FDI World Dental Federation.

RESULTADOS

La evidencia consultada respalda:

- Cepillado dos veces al día con dentífrico fluorado (1450 ppm en adultos)
- Cepillo de cabezal pequeño y filamentos suaves
- Limpieza interdental diaria según destreza
- Higiene lingual
- Limpieza diaria de prótesis removibles y retirada durante el descanso nocturno
- Hidratación frecuente y valoración clínica de la xerostomía

Controles odontologicos individualizados y refuerzo de flúor según riesgo

CONCLUSIONES

Mantener una buena higiene dental en el adulto mayor, no solo ayuda a conservar los dientes y las encías sanas, sino que también favorece una correcta alimentación, mejora la autoestima y proporciona bienestar. Es importante, fomentar la prevención, los cuidados diarios y la atención odontológica, para conseguir un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida.



VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY | SALUD MENTAL & DEMENCIAS

Estimulación Multisensorial Enfermera en la Reducción de Agitación en Demencias Avanzadas

1. RESUMEN

La agitación en personas con Alzheimer u otras demencias avanzadas suele tratarse con psicofármacos con elevados efectos secundarios. Se evaluó un protocolo no farmacológico de estimulación multisensorial Snoezelen guiado por enfermería (n=80). Los resultados evidencian una reducción del 35% en la escala de agitación NPI-Q y un descenso en la sobrecarga del equipo de cuidados.

2. PALABRAS CLAVE

Estimulación Multisensorial | Snoezelen | Demencia Avanzada | Agitación y Conducta | Cuidados No Farmacológicos

3. ANTECEDENTES

- Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) afectan hasta al 80% de los institucionalizados con deterioro grave.
- El uso excesivo de neurolépticos genera somnolencia, mayor riesgo de caídas e infecciones.
- Las salas multisensoriales Snoezelen ofrecen un entorno seguro de autorregulación emocional conducido por profesionales sanitarios.

4. OBJETIVOS

Objetivo General: Analizar el impacto de intervenciones multisensoriales estandarizadas en la agitación de pacientes con demencia grave.
Objetivos Específicos: Reducir el consumo prescrito de psicofármacos de rescate y mejorar el bienestar percibido.

5. MÉTODO

Diseño: Estudio prospectivo precualitativo y cuantitativo antes-después (n=80, GDS 6-7).
Intervención: 3 sesiones semanales de 45 min en Sala Snoezelen (fibra óptica, musicoterapia receptiva, aromaterapia suave y texturas), personalizadas tras valoración de historia de vida.
Variables: Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q), escala Cohen-Mansfield (CMAI) y uso de contenciones químicas.



6. RESULTADOS

Evaluación comparativa tras 16 semanas del programa Snoezelen:

Escala / Registro	Inicio	16 Sem.	Cambio
Agitación CMAI	68.4	44.2	-35.3%
Subescala NPI (Estrés)	14.8	8.1	-45.2%
Rescates neurolépticos	2.1/sem	0.6/sem	-71.4%

-35% Agitación CMAI

-71% Rescates Fármaco

+40% Sueño Nocturno

7. CONCLUSIONES

1. La estimulación multisensorial guiada por enfermería es altamente efectiva para controlar los episodios agitativos en demencias avanzadas sin recurrir a sedación.
2. Favorece un modelo de atención centrado en la persona, preservando la dignidad y mejorando la calidad del ambiente residencial.

VIII Congreso Internacional Silver Economy
Zamora, España

COHERENCIA ORGANIZACIONAL Y BIENESTAR DE LOS EQUIPOS EN LA *SILVER ECONOMY*

Un modelo conceptual para la gestión de personas y la innovación en los servicios de atención a personas mayores

Bruno Santos[1,2] 0009-0003-2456-322X | **Sílvia Ala**[1,2] 0000-0001-5340-3864

[1] Escola Superior de Saúde, Universidade Politécnica de Bragança (UPB), Portugal
[2] LiveWell Research Center, Universidade Politécnica de Bragança, Portugal



CONTEXTO

La promoción institucional del bienestar no siempre se traduce en las prácticas cotidianas de gestión, lo que genera tensiones con la participación, el aprendizaje y la iniciativa, especialmente presentes en los servicios dirigidos a **las personas mayores.**

OBJETIVO

Proponer un modelo conceptual que articule la cultura organizacional, la coherencia percibida entre valores y prácticas, el clima psicológico, la felicidad en el trabajo y el compromiso, analizando su relevancia para la gestión de equipos y la innovación en la *Silver Economy*.

MÉTODO

Ensayo teórico-conceptual, basado en una síntesis narrativa y crítica de la literatura sobre organizaciones, bienestar laboral y desarrollo teórico, con formulación de proposiciones y de un programa de investigación futura.

MODELO CONCEPTUAL PROPUESTO

Cultura organizacional → **Coherencia percibida (valores–prácticas)** → **Clima psicológico** → **Felicidad en el trabajo** → **Compromiso (involucración) laboral**

Condiciones de frontera: Liderazgo · Recursos disponibles · Exigencias profesionales

PROPOSICIONES TEÓRICAS

P1	La cultura organizacional influye en la coherencia percibida.
P2	La coherencia percibida se relaciona positivamente con el clima psiciológico.
P3	El clima psicológico se asocia con mayores niveles de felicidad en el trabajo.
P4	La felicidad en el trabajo se relaciona positivamente con el compromiso laboral.
P5	La coherencia percibida influye en el compromiso, de forma directa e indirecta.
P6	El liderazgo potencia los efectos de la coherencia percibida.
P7	La coherencia percibida se asocia con más oportunidades de participación y aprendizaje emprendedor en los servicios.

RESULTADOS (CONCEPTUALES)

- Propuesta de un modelo integrador y teóricamente fundamentado.
- Formulación de siete proposiciones susceptibles de contraste empírico.
- Identificación de condiciones de frontera (liderazgo, recursos y exigencias) que pueden modular las relaciones.
- Evidencia teórica de que la discrepancia entre discursos de autonomía y prácticas restrictivas puede limitar la participación y el aprendizaje.

APLICABILIDAD EN LA *SILVER ECONMY*

- **Gestión y desarrollo de equipos**
- **Mejora de las condiciones de trabajo**
- **Participación y desarrollo profesional**
- **Innovación y calidad continua en los servicios de atención**

CONCLUSIONES

- La **coherencia institucional** es una lente analítica prometedora para comprender la credibilidad de las prácticas de gestión.
- Puede favorecer entornos **de trabajo más positivos,** la participación de los equipos y la innovación en los servicios de atención a las personas mayores.
- Las relaciones propuestas son **de naturaleza teórica** y deben ser contrastadas en estudios futuros en el ámbito de la ***Silver Economy.***

REFERENCIAS SELECIONADAS

- Fisher, C. D. (2010). Happiness at work. *International Journal of Management Reviews, 12*(4), 384–412.
- Ostroff, C., Kinicki, A. J., & Muhammad, R. S. (2013). Organizational culture and climate. In S. Zedeck (Ed.), *APA handbook of industrial and organizational psychology* (Vol. 1, pp. 643–676). American Psychological Association.
- Schein, E. H., & Schein, P. (2017). *Organizational culture and leadership* (5th ed.). Wiley.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire. *Educational and Psychological Measurement, 66*(4), 701–716.
- Simons, R. (2002). Behavioral Integrity. *Organization Science, 13*(1), 18–35.

Coste de perder la autonomía:

impacto oculto del deterioro funcional tras cirugía electiva en adultos mayores. Revisión sistemática

Mensaje clave El coste no termina en el alta.

RESUMEN

La pérdida funcional posoperatoria reduce calidad de vida y transfiere costes hacia rehabilitación, servicios sociales y familias. Esta revisión sintetizó deterioro funcional, destino al alta, utilización de recursos y costes en adultos ≥65 años.

OBJETIVO

Analizar la frecuencia, los determinantes y las consecuencias económicas de perder autonomía tras cirugía electiva.

Adulto Mayor | Actividades Cotidianas | Costos y Análisis de Costo

POR QUÉ IMPORTA

No se tiene información del coste informal

1 de cada 5

pacientes ≥80 años presentó deterioro funcional a 30 días

20,2% · 406/2.013

Zhang et al. (1)

ESTUDIOS INCLUIDOS

Zhang 2020 (1) Cohorte · n=2.013	20,2% deterioro funcional a 30 días
Robinson 2011 (2) Cohorte · n=223	30% institucionalización; 17% ayuda domiciliaria
Falck 2022 (3) Revisión sistemática	Coste funcional relevante; alta heterogeneidad
Oliva-Moreno 2026 (4) Evaluación económica ES	Carga del cuidado no profesional
Moya-Martínez 2015 (5) Evaluación económica ES	Sustitución entre cuidado formal e informal
Zalyesov 2026 (7) Cohorte rehab. · n=563	Función al ingreso predice recuperación
Vilaplana-Prieto 2025 (8) Análisis poblacional ES	Valor económico del cuidado familiar a partir de horas de trabajo informal

ES: evidencia económica contextual española; no específica de cirugía.

MÉTODO

Revisión rápida · PRISMA 2020

- **P** Población: Adultos ≥65 años
- **E** Exposición: Cirugía electiva
- **C** Comparación: Autonomía conservada vs. perdida
- **O** Resultados: AVD/IAVD, destino al alta, recursos y costes

Fuentes PubMed/MEDLINE + búsqueda secundaria

Síntesis Narrativa por heterogeneidad clínica y económica

Criterios clave Se excluyeron cirugía urgente, fractura de cadera y estudios sin desenlaces funcionales.

RESULTADOS PRINCIPALES

30% atención institucional tras cirugía mayor electiva

17% asistencia domiciliaria entre quienes volvieron a casa

×13,03 institucionalización si Timed Up and Go ≥15 s

Robinson et al. (2)

RUTA DEL COSTE OCULTO

CIRUGÍA (Hospital) → PÉRDIDA AVD (Dependencia) → POSALTA (Rehabilitación) → HOGAR / CENTRO (Cuidados) → SOCIEDAD (Coste informal)

Componentes: estancia y reingresos · rehabilitación · institucionalización · ayuda domiciliaria · adaptación del hogar · cuidados informales

CONCLUSIONES Y ACCIÓN

1. **Medir autonomía antes y después: Katz/Barthel, Lawton-Brody, fragilidad y Timed Up and Go.**
2. **Planificar rehabilitación y alta desde el preoperatorio para evitar dependencia prevenible.**

PRIORIDAD ESPAÑA **Estudios multicéntricos a 30, 90 y 365 días con perspectiva social: SNS + SAAD + familias.**

Referencias: (1) Zhang LM et al. JAMA Surg. 2020;155:950-8. doi:10.1001/jamasurg.2020.2853. (2) Robinson TN et al. J Am Coll Surg. 2011;213:37-42. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.056. (3) Falck RS et al. BMC Geriatr. 2022;22:750. doi:10.1186/s12877-022-03466-w. (4) Oliva-Moreno J et al. Eur J Health Econ. 2026. doi:10.1007/s10198-026-01952-1. (5) Moya-Martínez P et al. Ageing Int. 2015;40:200-22. doi:10.1007/s12126-013-9189-0. (6) Page MJ et al. BMJ. 2021;372:n71. (7) Zalyesov E et al. Int J Rehabil Res. 2026. doi:10.1097/MRR.0000000000000698. (8) Vilaplana-Prieto C, Oliva-Moreno J. Eur J Health Econ. 2025;26:377-402.

EL DOLOR QUE NO SE VE

VALORACIÓN DEL DOLOR EN PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO: UTILIDAD DE LAS ESCALAS OBSERVACIONALES EN LA ATENCIÓN SANITARIA AGUDA

RESUMEN

La **valoración del dolor** en personas mayores con demencia o deterioro cognitivo avanzado representa un reto crítico en la práctica clínica diaria, derivado de la **incapacidad del paciente para comunicar sus síntomas** de forma verbal.

Esta barrera comunicativa genera frecuentemente un **infradiagnóstico sistemático** y una demora significativa en la administración de analgesia adecuada. Para mitigar esta brecha asistencial, el uso de **escalas observacionales validadas** (PAINAD, Abbey Pain Scale y DOLOPLUS-2) resulta fundamental, permitiendo identificar signos conductuales específicos y optimizar la toma de decisiones enfermeras en entornos de atención aguda.

PALABRA CLAVE

Dolor | Demencia | Deterioro cognitivo | Escalas | Enfermería

OBJETIVOS

Objetivo General:
Analizar la utilidad de las escalas para valorar el dolor en personas mayores con deterioro cognitivo en atención sanitaria aguda.

Objetivos Específicos

- Identificar y comparar las escalas observacionales principales.
- Evaluar sus propiedades psicométricas y precisión diagnóstica.
- Analizar la repercusión en la administración oportuna de analgesia.
- Detectar barreras operativas en la práctica de enfermería.

ANTECEDENTES

Evidencia crítica en Urgencias (2026):
De 987 registros iniciales, solo 1 estudio cumplió criterios de inclusión, demostrando la escasez de evidencia específica en atención urgente.

En ***deterioro moderado/avanzado***, ante la falta de autoinforme verbal, es imprescindible evaluar indicadores conductuales (expresión facial, vocalizaciones, movimientos y conducta).

Herramientas de referencia:
PAINAD, Abbey Pain Scale y DOLOPLUS-2.

MÉTODO

¿Qué utilidad tienen las escalas observacionales en atención aguda en pacientes con comunicación limitada?

	Definición
P	Mayores ≥65 años con demencia/deterioro cognitivo.
I	Uso de escalas observacionales de dolor.
C	Valoración habitual o autoinforme convencional.
O	Detección, analgesia, tiempos yconcordancia.

CONCLUSIONES

- **PAINAD y Abbey:** herramientas observacionales con mayor respaldo para atención aguda.
- La implantación sistemática evita el **infradiagnóstico** y agiliza la pauta analgésica.
- Es esencial capacitar a Enfermería para **integrar la valoración conductual de rutina**.

RESULTADOS Y COMPARATIVAS DE ESCALAS

ESCALA	DIMENSIONES	PROPIEDADES
PAINAD	Respiración, vocalización, expresión, lenguaje corporal, consolabilidad.	Excelente consistencia interna. Aplicación rápida (<5 min) en demencia severa.
ABBEY	Vocalización, expresión, cambios corporales, alteración física.	Muy alta factibilidad y rapidez (1-2 min). Óptima para triaje y urgencias.
DOLOPLUS-2	Reacciones somáticas, psicomotoras y psicosociales.	Alta validez multidimensional, pero requiere observación previa prolongada.

BIBLIOGRAFÍA

LA DESHIDRATACIÓN QUE PASA DESAPERCIBIDA

DETECCIÓN PRECOZ DEL RIESGO DE DESHIDRATACIÓN Y MALNUTRICIÓN EN PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN URGENCIAS: HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN E INTERVENCIONES ENFERMERAS

RESUMEN

La **deshidratación** y la **malnutrición** representan dos de los síndromes geriátricos más frecuentes y graves en las personas mayores que acuden a los servicios de Urgencias, caracterizándose por una elevada prevalencia que, con frecuencia, pasa inadvertida en la valoración inicial.

En este entorno asistencial, la atención suele focalizarse en la **resolución del motivo agudo de consulta**, lo que relega el cribado de las *alteraciones hídricas* y *nutricionales* a un segundo plano.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Malnutrición · Deshidratación · Cuidados de enfermería · Urgencias

ANTECEDENTES

- En **Urgencias** se prioriza la patología aguda, relegando el estado nutricional e hídrico.
- **Revisión Scoping 2024**: Identificó 22 estudios demostrando cribados comunes (MNA-SF, MUST, SNAQ), pero reveló gran escasez en la valoración nutricional integral e intervenciones enfermeras posteriores.
- **Oportunidad de mejora:** Falta de integración sistemática de la deshidratación junto con el cribado nutricional.

OBJETIVOS

General:

Analizar la evidencia científica sobre la detección precoz de deshidratación y malnutrición en personas mayores atendidas en Urgencias.

Específicos:

- Identificar factores de riesgo asociados e impacto clínico.
- Describir herramientas de cribado (MNA-SF, MUST, SNAQ) y métodos de valoración hídrica.
- Analizar las intervenciones de enfermería preventivas y terapéuticas.

MÉTODOLOGÍA

PREGUNTA PICO	
P	Ancianos (≥65 años) atendidos en Servicios de Urgencias.
I	Cribado nutricional, valoración de hidratación e intervenciones enfermeras.
C	Atención habitual / Ausencia de cribado específico.
O	Detección precoz, disminución de complicaciones y reingresos.

1. **Bases de Datos:** PubMed, CINAHL, Scopus, WOS, Cochrane Library.
2. **Revisión sistemática** Declaración PRISMA 2020

RESULTADOS ESPERADOS

Organizados en 5 ejes sintéticos según la evidencia científica:

- **MUST** Rápido en ámbito agudo/urgencias
- **SNAQ** Valora pérdida peso y apetito
- **MNA-SF** Sensible en fragilidad geriatría

- **Prevalencia**: Elevado infradiagnóstico del riesgo hídrico al ingreso.
- **Factores de riesgo:** Deterioro cognitivo, polifarmacia, baja percepción de sed.
- **Cuidados enfermeros:** Protocolos de rehidratación oral y soporte precoz.
- **Impacto clínico:** Menor tasa de complicaciones y reducción de estancia.

CONCLUSIONES

- La **evaluación coordinada del estado hídrico y nutricional** debe integrarse de forma estandarizada en el triaje o valoración inicial de Urgencias.
- Las **intervenciones enfermeras precoces** constituyen el factor clave para mitigar *eventos adversos* y *reingresos* en ancianos frágiles.

BIBLIOGRAFÍA







CUANDO NO OÍR TAMBIÉN PUEDE SER UN RIESGO

BARRERAS DE COMUNICACIÓN EN PERSONAS CON PÉRDIDA AUDITIVA EN LA ATENCIÓN URGENTE

RESUMEN

La **presbiacusia** y la **pérdida auditiva** son altamente prevalentes en personas mayores.

En los **servicios de Urgencias**, el *ruido ambiental*, la *urgencia temporal* y la *complejidad clínica* dificultan drásticamente la comunicación verbal.

Esta revisión profundiza en cómo estas **barreras aumentan los riesgos clínicos específicos en geriatría**.

PALABRAS CLAVE

Pérdida auditiva · **Enfermería** · **Seguridad del paciente** · **Comunicación sanitaria** · **Urgencias** · **Personas mayores**

ANTECEDENTES

- En **Urgencias** se prioriza sistemáticamente la *resolución del motivo de consulta agudo*, postergando la valoración de las *limitaciones sensoriales y comunicativas* del anciano.
- La **falta de adaptación del entorno** provoca *omisión de síntomas clave*, *errores en el registro farmacológico* e *incomprensión de las altas hospitalarias*.
- Escasez de intérpretes, falta de formación del personal en accesibilidad y marcadas desigualdades asistenciales.
- **Oportunidad de mejora**: Implementar la adaptación comunicativa como un estándar de seguridad del paciente.

OBJETIVOS

General

Identificar y analizar las barreras de comunicación que afectan a las personas mayores con pérdida auditiva en los servicios de Urgencias y evaluar las estrategias de adaptación comunicativa dirigidas a garantizar una atención segura.

Específicos

- Identificar las dificultades comunicativas más frecuentes reportadas por pacientes y profesionales.
- Analizar el impacto directo de la hipoacusia en la aparición de eventos adversos y errores asistenciales.
- Examinar el grado de utilización de audífonos, intérpretes de LSE y sistemas de apoyo visual.
- Determinar el rol del equipo de Enfermería en la prevención de fallos de comunicación en el triaje.

METODOLOGÍA

Diseño: Revisión sistemática de la literatura según la directriz PRISMA 2020.

PREGUNTA PICO DE INVESTIGACIÓN

P	Personas mayores (≥65 años) con pérdida auditiva o presbiacusia atendidas en Urgencias.
I	Estrategias de comunicación adaptada, herramientas visuales y apoyo técnico/humano.
C	Atención urgente convencional sin adaptaciones específicas de la comunicación.
O	Mejora en la comprensión, reducción de eventos adversos, satisfacción e implicación del paciente.

RESULTADOS

- **Infradiagnóstico en Triaje:** Más del 40% de las pérdidas auditivas leves/moderadas no son detectadas durante la recepción inicial del paciente.
- **Barreras Ambientales:** El ruido de alarmas, boxes abiertos y el uso de mascarillas opacas dificultan gravemente la lectura labial y la discriminación del habla.
- **Rol de Enfermería:** La aplicación de técnicas de reformulación verbal, contacto visual directo y uso de soportes gráficos reduce drásticamente los malentendidos.
- **Seguridad y Alta:** Las adaptaciones comunicativas previenen descuidos en las pautas farmacológicas y disminuyen las reconsultas no programadas.

CONCLUSIONES

- Es imprescindible **estandarizar la identificación del perfil auditivo del paciente** desde el momento del triaje o valoración inicial en Urgencias.
- Las **intervenciones enfermeras proactivas** y la **disponibilidad de recursos** de accesibilidad (pictogramas, dispositivos de amplificación, tiempo dedicado) constituyen la garantía para asegurar cuidados de calidad, inclusivos y exentos de errores asistenciales en la población geriátrica.



BIBLIOGRAFÍA



IMPACTO Y ESTRATEGIAS FRENTE A LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL ADULTO MAYOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Resumen

- Es la diferencia entre las relaciones sociales que deseas y las que tienes. En la tercera edad, es un grave problema de salud pública que afecta al corazón y acelera el deterioro cognitivo.
- **Causas principales:** La viudedad, la pérdida de autonomía y la brecha digital, lo que además satura la atención médica.

Objetivos

Identificar los principales factores de riesgo (biopsicosociales) asociados a la soledad.

Analizar la efectividad de las intervenciones tecnológicas y comunitarias actuales.

Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para la práctica clínica y social.

Introducción

La soledad no deseada se define como la discrepancia entre las relaciones sociales reales y las deseadas. En 2026, tras la aceleración tecnológica post-pandemia, este fenómeno se ha consolidado como un determinante crítico de la salud pública. No es solo un estado emocional, sino un factor de riesgo que incrementa la morbilidad cardiovascular y acelera el deterioro cognitivo,

Palabras clave: soledad ,adulto mayor ,relaciones sociales



Metodología

Búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, SciELO) utilizando descriptores DeCS: "Soledad", "Anciano", "Aislamiento Social", "Apoyo Social". Se usaron estudios publicados entre 2019 y 2024,

Resultados

La revisión revela que la soledad no deseada tiene un carácter multidimensional:

Factores Predictores: La viudedad, la baja capacidad funcional y la brecha digital son los mayores precursores.

Intervenciones: Los programas de acompañamiento intergeneracional y el uso asistido de técnologias de información y comunicación muestran redución de los niveles de depresión

Impacto: Existe una correlación directa entre la soledad crónica y el aumento de visitas a atención primaria

Conclusión

La soledad en la tercera edad requiere un enfoque proactivo y multidisciplinar.

La evidencia sugiere que las intervenciones más eficaces no son las que solo ofrecen compañía, sino las que empoderan al mayor, fomentando su participación activa en la comunidad y reduciendo la brecha digital.

Lactancia Materna

Un comienzo saludable, un cuidado para toda la vida

TCAE:
Tu apoyo hace la diferencia

Antecedentes

- La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuada hasta 2 años o más.

Objetivos

- Promover, proteger y apoyar la lactancia materna.
- Mejorar la salud de la madre y del bebé.

Método

- Información y educación sanitaria.
- Apoyo profesional (TCAE).
- Resolución de dudas y acompañamiento.



Beneficios

- Para el bebé: nutrición óptima, menos infecciones y mejor desarrollo.
- Para la madre: recuperación más rápida y menor riesgo de enfermedades.



Resultados

- Menor riesgo de infecciones, alergias y obesidad.
- Mejor desarrollo cognitivo y emocional.
- Mayor vínculo afectivo.



Conclusiones

- La lactancia materna es la mejor opción para la salud y el bienestar.
- El papel del TCAE es clave en el apoyo práctico y emocional a la madre.
- La educación y el acompañamiento mejoran el éxito de la lactancia.

Palabras clave

Lactancia materna, TCAE, salud, apoyo, vínculo, bienestar.

Apoyar la lactancia... es cuidar la vida

Implementación Guía BPSO RNAO: Aplicación de Superficies Especiales de Manejo de Presión (SEMP) en personas de edad avanzada con riesgo de Lesiones por Presión (LPP)

Autores: Teresa Álvarez Codesal, Marta María Fraile Villarejo, Judiht González Pérez Email de contacto : talvarezc@saludcastillayleon.es , mmfrailev@saludcastillayleon.es, xajuja@gmail.com

Palabras clave: SEMP, lesiones por presión, práctica basada en evidencia.

RESUMEN

La implementación de la Guía de la RNAO Valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión, permite estandarizar la valoración y uso de SEMP para prevenir su aparición o reducir las complicaciones de las lesiones previas.

ANTECEDENTES

Las lesiones por presión son un problema de seguridad del paciente en personas en situación de dependencia o riesgo.

OBJETIVOS

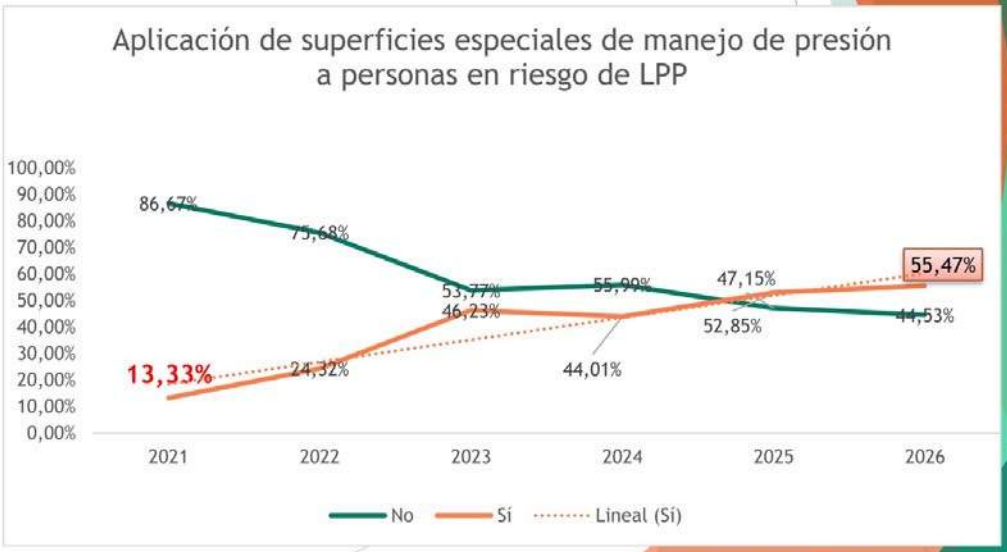
Evaluar la implementación de SEMP en pacientes en riesgo de lesiones por presión según las recomendaciones de la guía Valoración del riesgo y prevención de lpp de la RNAO (2021- 2026).

MÉTODO

Diseño: Estudio observacional descriptivo longitudinal.
Periodo: 2021 a octubre 2026.
Población: personas con riesgo de LPP.
Indicador: % de pacientes con aplicación de SEMP.
Fuente: CarEvid+

RESULTADOS

- Incremento del uso de SEMP.
- Reducción de pacientes sin SEMP.
- Tendencia lineal creciente en la aplicación, evidenciando mejora en la adherencia a la recomendación BPSO RNAO de aplicación de SEMP.



CONCLUSIONES

- Efectividad de la implementación de las recomendaciones de la Guía de BPSO con un aumento de la aplicación en 5 años.
- Se refuerza la práctica basada en la evidencia.

"Este trabajo es parte del Programa BPSO® de RNAO. Ha sido realizado utilizando [total o parcialmente] datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, cuyo desarrollo está parcialmente financiado por el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia"

ESPASMOS VESICALES Y FUGAS URINARIAS ASOCIADAS AL SONDAJE VESICAL PERMANENTE: ABORDAJE ENFERMERO

RESUMEN

El sondaje vesical permanente es frecuente en personas mayores y pacientes críticos. Su presencia puede favorecer espasmos vesicales y fugas peri-catéter, con molestias y deterioro de la calidad de vida. La literatura describe factores relacionados con la irritación vesical, la obstrucción, el sedimento y las infecciones. La valoración enfermera y el cuidado individualizado resultan esenciales para identificar causas modificables y prevenir complicaciones.

PALABRAS CLAVE

Sonda vesical permanente, fugas urinarias, espasmos vesicales, sedimento urinario, cuidados de enfermería.

ANTECEDENTES

Las fugas peri-catéter pueden aparecer por contracciones involuntarias de la vejiga, irritación, obstrucción o infección. La evidencia consultada señala la importancia de revisar el calibre de la sonda y el volumen del balón, evitando aumentar su tamaño de forma rutinaria.

OBJETIVOS

- Identificar factores asociados a la fuga urinaria.
- Reconocer medidas preventivas y cuidados basados en la evidencia.
- Promover educación sanitaria a profesionales y pacientes para mejorar la calidad de vida.



MÉTODO

Revisión bibliográfica en Pubmed, Elsevier, Dialnet de artículos científicos publicados en los últimos cinco años. Se analizaron aspectos relacionados con los espasmos vesicales como las fugas, la obstrucción, el sedimento y las intervenciones enfermeras.

RESULTADOS

IDENTIFICAR

Las fugas pueden asociarse:

- Espasmos vesicales.
- Obstrucción del catéter.
- Infección urinaria.

COMPROBAR

- Revisar el sistema y la permeabilidad.
- Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel vesical.
- Realizar higiene según indicación.

PREVENIR

- Registrar episodios.
- Detectar factores modificables.
- Reforzar la formación enfermera.
- Favorecer una actuación precoz.

El sedimento puede contribuir a la obstrucción y agrava los espasmos vesicales; el uso de sondas de silicona los disminuye, al ofrecer mayor durabilidad y menor frecuencia de recambios. Los espasmos vesicales pueden tratarse con toxina botulínica o anticolinérgicos.

CONCLUSIONES

Las fugas persistentes repercuten en el bienestar y pueden aumentar la carga de cuidados. Para prevenirlos es fundamental la formación del personal de enfermería y la aplicación de medidas basadas en la evidencia científica; como la correcta fijación del catéter, el uso de una sonda de menor calibre, disminuir el volumen del globo vesical, una adecuada hidratación, la prevención del estreñimiento y la utilización de válvulas en el catéter. Así mismo, no se recomienda realizar irrigaciones vesicales profilácticas.

Cuidar en casa:

perfiles profesionales, diversidad y atención domiciliaria

Perfil de las profesionales y organización de la atención en un Servicio de Ayuda a Domicilio

Área temática: Servicios y prestaciones · El nuevo perfil profesional cuidador Silver



Cuidando personas, construimos comunidades ♡

Resumen

Este trabajo describe quiénes prestan los cuidados en un Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y cómo se organiza la atención, a partir de sus registros de gestión de 2026. La plantilla trabaja a tiempo parcial y tiene un origen diverso: algo más de la mitad procede de Latinoamérica. La atención se organiza en torno a una auxiliar de referencia por persona, con una intensidad horaria baja.

Palabras clave: *ayuda a domicilio; cuidados de larga duración; personas mayores; diversidad cultural; condiciones laborales.*

Antecedentes y objetivos

El SAD permite a las personas mayores seguir viviendo en casa. Su calidad depende de quienes cuidan: en la Unión Europea, el 81 % del personal de cuidados de larga duración son mujeres, el 42 % trabaja a tiempo parcial y la población migrante tiene un peso relevante (Eurofound, 2020).

1. Describir el perfil de las profesionales: categoría, origen y jornada.
2. Analizar la atención: intensidad, frecuencia y continuidad.
3. Describir la evolución de las personas usuarias en 2026.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal basado en datos secundarios. Se analizó la situación del servicio en octubre-noviembre de 2026 y sus movimientos de enero a octubre. Se incluyó a todas las profesionales (n = 52) y a todas las personas usuarias activas (n = 111); se excluyeron los convenios y los clientes empresa.

Los listados del programa de gestión se exportaron y anonimizaron, y el servicio completó la nacionalidad no registrada. Se recogieron la categoría, la nacionalidad y la jornada de las profesionales, y el tipo de servicio, el horario y la auxiliar asignada de las personas usuarias; las horas semanales se calcularon a partir de los horarios. El análisis fue descriptivo (frecuencias, porcentajes, medias y rangos), con datos agregados y autorización de la entidad.

Tabla 1

Organización del servicio (2026)

Horas de atención a la semana	Auxiliares con personas asignadas	Personas por auxiliar (media)	Jornada media de las auxiliares
513 h	29	3,9	17,8 h

Nota. Horas programadas cada semana para las 111 personas usuarias. 29 de las 39 auxiliares tienen personas asignadas, con 3,9 de media (rango 1-8). Jornada media según las 19 auxiliares con horas registradas.

Figura 1

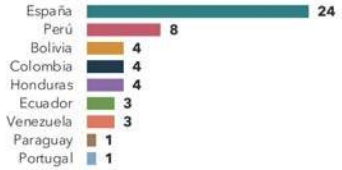
Profesionales por categoría



Nota. n = 52.

Figura 2

Profesionales por país de origen



Nota. n = 52. El 52 % es de origen latinoamericano (56 % entre las auxiliares); 10 tienen doble nacionalidad.

Figura 3

Jornada semanal por categoría (%)



Nota. Las 52 trabajan a tiempo parcial; tramos calculados sobre las 30 con horas registradas.

Figura 4

Días de atención por semana



Nota. n = 111. Media semanal: 5,3 h (PEVS) y 3,1 h (privadas); el 60 % recibe 4 h o menos.

Personas usuarias en 2026

Tipo de servicio de las 111 personas activas

78 **PEVS:** Personas en situación de dependencia que reciben una prestación pública para financiar parte del servicio.

33 **Privadas:** Contratan el servicio directamente y lo pagan en su totalidad.

Movimientos de enero a octubre de 2026

56 bajas del servicio

6 suspensiones temporales



Continuidad de la atención

de las personas usuarias (109 de 111) es atendida siempre por la misma auxiliar de referencia.

Conclusiones

- El cuidado en casa se sostiene sobre empleo a tiempo parcial, lo que hace necesario mejorar la estabilidad laboral de quienes cuidan.
- La diversidad de origen de la plantilla aconseja incluir la competencia intercultural en la formación y la organización del servicio.
- La auxiliar de referencia es una fortaleza del modelo: favorece el vínculo y la detección temprana de cambios en la persona mayor.
- La baja intensidad horaria invita a revisar si la atención se ajusta a las necesidades reales de las personas mayores.

Siglas: SAD, Servicio de Ayuda a Domicilio; PEVS, Prestación Económica Vinculada al Servicio (Ley 39/2006); h, horas; n, número de casos.

Limitaciones: horas de contrato registradas en 30 de las 52 profesionales.

Referencias

Eurofound. (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2806/36712

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006. https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY — MODALIDAD PÓSTER DIGITAL

Estado nutricional y prevención de la fragilidad en adultos mayores



01. RESUMEN

La fragilidad es un síndrome geriátrico prevalente y reversible, estrechamente relacionado con el estado nutricional. Este trabajo analiza la evidencia científica sobre la influencia del estado nutricional en la prevención de la fragilidad en adultos mayores.



02. PALABRAS CLAVE

Estado nutricional; Fragilidad; Adulto mayor; Enfermería; Prevención.

03. ANTECEDENTES

- La fragilidad aumenta el riesgo de caídas, discapacidad y dependencia.
- El deterioro del estado nutricional es un factor modificable implicado en su aparición.
- La **enfermería** tiene un papel clave en la detección precoz del riesgo nutricional y en la implementación de intervenciones preventivas.

04. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la relación entre el estado nutricional y la prevención de la fragilidad en adultos mayores.

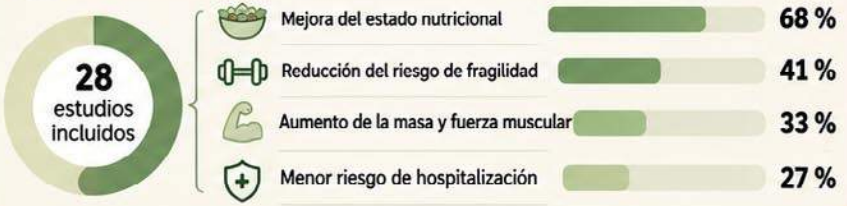
Objetivos específicos

- Evaluar el impacto de la calidad de la dieta en el riesgo de fragilidad.
- Identificar intervenciones enfermeras eficaces en la mejora del estado nutricional.
- Determinar los efectos de la suplementación nutricional en la prevención o reversión de la fragilidad.

05. MÉTODO

- **Diseño:** revisión bibliográfica sistemática.
- **Fuentes:** PubMed, Scopus y Web of Science.
- **Periodo de búsqueda:** 2021 – 2026.
- **Población:** adultos ≥ 65 años.
- **Criterios de inclusión:** ensayos clínicos, cohortes y revisiones sistemáticas en inglés o español, acceso abierto.

06. RESULTADOS



07. CONCLUSIONES

- Un buen estado nutricional se asocia a un menor riesgo de fragilidad en el adulto mayor.
- Las intervenciones enfermeras en cribado nutricional, educación alimentaria y seguimiento son eficaces para mejorar la adherencia a patrones dietéticos saludables.
- La evaluación nutricional sistemática debe integrarse en la valoración integral del adulto mayor como estrategia de prevención precoz.

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA

1. Morley JE, et al. Frailty consensus: A call to action for integrated care. J Am Med Dir Assoc. 2021;22(5):945-954.
2. Dent E, et al. Nutrition and frailty: a systematic review. Age Ageing. 2023;52(4):afad045.
3. Rodríguez-Rejón AI, et al. Intervenciones enfermeras en la prevención de la fragilidad: revisión sistemática. Enferm Clin. 2024;34(2);112-121.

PÉRDIDAS FUNCIONALES Y AISLAMIENTO SOCIAL EN LA VE

Análisis del impacto psicosocial y estrategias de adaptación en personas mayores

PÓSTER DIGITAL

1. RESUMEN

El póster analiza cómo la disminución de funciones biológicas —visión, audición, movilidad, cognición, fuerza, sueño y piel— puede favorecer el aislamiento social.

Estas limitaciones pueden generar un círculo vicioso que reduce la participación.

2. ANTECEDENTES

La vejez conlleva cambios físicos y funcionales que afectan a los sentidos y a la autonomía personal.

Las barreras cotidianas dificultan la adaptación y la interacción fluida con el entorno social.

3. OBJETIVOS

General: analizar la relación entre la pérdida de funciones y la disminución de relaciones sociales.

Específicos: identificar funciones afectadas; describir el repliegue social; proponer estrategias adaptativas y apoyo comunitario.

4. MÉTODO

Enfoque analítico mediante una cartografía de causa-efecto en cuatro fases interconectadas:

1 Pérdida funcional → 2 Limitación social → 3 Círculo vicioso → 4 Intervención

5. RESULTADOS: DE LA PÉRDIDA FUNCIONAL A LA ADAPTACIÓN

PÉRDIDA FUNCIONAL	CONSECUENCIA SOCIAL	ESTRATEGIA ADAPTATIVA
Visión y audición Menor agudeza visual y auditiva.	**Comunicación** Dificultad para seguir conversaciones grupales.	**Apoyos sensoriales** Gafas y audífonos adaptados; entornos accesibles.
Movilidad y fuerza Pérdida de masa muscular y equilibrio.	**Salidas** Evitación de salir por miedo a caídas.	**Movilidad segura** Ejercicios adaptados, bastones/andadores y accesibilidad.
Cognición y memoria Procesamiento más lento y olvidos.	**Interacción** Inseguridad o vergüenza en grupos amplios.	**Participación** Grupos reducidos, paciencia y estimulación activa.

PÉRDIDA FUNCIONAL → MENOR ACTIVIDAD SOCIAL → MENOS INTERACCIÓN → CÍRCULO VICIOSO DE AISLAMIENTO

CONCLUSIÓN: combinar soluciones técnicas y redes comunitarias ayuda a prevenir la soledad no deseada.

CUANDO LOS PIES DEJAN DE SENTIR

Fisioterapia para recuperar el equilibrio en la neuropatía periférica del adulto mayor

Ejercicio terapéutico · Equilibrio · Marcha · Seguridad | Revisión narrativa

1. Resumen

La neuropatía periférica reduce la sensibilidad y la propiocepción plantar, alterando el equilibrio y la marcha. Esta síntesis examina el ejercicio terapéutico en personas mayores, principalmente con neuropatía diabética, y sus efectos sobre la movilidad y la seguridad.

2. Palabras clave

Neuropatía periférica · Equilibrio · Marcha · Fisioterapia · Adulto mayor

3. Antecedentes

- La pérdida de sensibilidad plantar y de propiocepción compromete el control postural.
- Pueden coexistir debilidad, alteración de la marcha y mayor vulnerabilidad a caídas.
- El entrenamiento de equilibrio y fuerza puede compensar parte del deterioro funcional.
- La seguridad del pie es prioritaria cuando existe pérdida de sensibilidad protectora.

4. Objetivos

Principal: revisar el efecto de la fisioterapia sobre equilibrio y movilidad en mayores con neuropatía periférica.

Específicos:
- Describir entrenamiento de equilibrio, fuerza y marcha.
- Identificar cambios en pruebas funcionales.
- Precisar limitaciones y precauciones clínicas.

5. Método

- Síntesis narrativa de revisiones sistemáticas y recomendaciones clínicas publicadas.
- Fuentes principales: Køhler y cols. (2025), Ma y cols. (2026) y ADA (2026).
- La evidencia cuantitativa procede sobre todo de neuropatía periférica diabética.
- No se realizó metaanálisis propio ni se incluyeron pacientes nuevos.

6. RESULTADOS: HALLAZGOS DE LA EVIDENCIA

EQUILIBRIO

- Un metaanálisis de 16 ensayos (759 personas) halló mejora en la escala de Berg: +2,14 puntos.
- También mejoró el apoyo unipodal.

MOVILIDAD FUNCIONAL

- En la misma revisión, el Timed Up and Go mejoró 1,65 segundos de media.
- La prueba de marcha de 6 minutos no mostró mejora concluyente.

EJERCICIO DIRIGIDO

- El trabajo de equilibrio, fuerza y tareas de marcha muestra resultados prometedores.
- La dosis óptima y la intensidad aún no están bien definidas.

SEGURIDAD DEL PIE

- Evaluar sensibilidad, piel, calzado y riesgo de lesión antes de entrenar.
- Ante una herida abierta, evitar ejercicios con carga hasta valoración clínica.

LÍMITES DE LA EVIDENCIA

- Certeza baja o muy baja en varios resultados.
- Falta evidencia sólida sobre reducción de caídas reales y efectos duraderos.
- Extrapolación limitada a otras neuropatías.



1. Evaluación sensitiva plantar



2. Marcha con apoyo seguro



3. Revisión de calzado y pies



4. Equilibrio y obstáculos



5. Fuerza de tobillo y pie

7. Conclusiones

El ejercicio terapéutico individualizado puede mejorar equilibrio y movilidad en personas con neuropatía diabética. Debe combinar entrenamiento funcional y vigilancia del pie. Aún faltan ensayos que demuestren una reducción sostenida de caídas y permitan extrapolar resultados a otras causas de neuropatía.

Prevención del deterioro cognitivo en personas mayores: el papel de la enfermería en un envejecimiento activo y saludable

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

1 RESUMEN

El deterioro cognitivo en personas mayores representa un importante problema de salud pública, con consecuencias en la autonomía, la calidad de vida y la necesidad de cuidados a largo plazo.

La enfermería, desde la atención primaria y comunitaria, desempeña un papel clave en la prevención, la detección precoz y la implementación de intervenciones dirigidas a mantener la salud cognitiva y favorecer un envejecimiento activo.

Este trabajo analiza la evidencia científica disponible sobre las intervenciones enfermeras más efectivas para prevenir el deterioro cognitivo en personas mayores, así como su impacto en la función cognitiva, la autonomia y la calidad de vida.

2 PALABRAS CLAVE

- Deterioro cognitivo
- Personas mayores
- Enfermería
- Prevención
- Estimulación cognitiva
- Atención Primaria
- Envejecimiento activo
- Salud mental
- Calidad de vida
- Autonomía

3 ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población se asocia a un mayor riesgo de deterioro cognitivo, que puede progresar hacia demencia y generar un importante impacto personal, familiar y social.

La detección precoz y la implementación de intervenciones preventivas pueden retrasar su aparición y preservar la autonomía.

La enfermería comunitaria, por su cercanía y conocimiento del entorno, se encuentra en una posición privilegiada para identificar factores de riesgo y desarrollar estrategias de promoción de la salud cognitiva en coordinación con otros recursos sanitarios y sociales.

Se estima que **1 de cada 10 personas mayores en España presenta deterioro cognitivo** (INE, 2024)

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre las intervenciones enfermeras dirigidas a la prevención del deterioro cognitivo en personas mayores.

Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones más utilizadas en enfermería.
- Analizar su efectividad en la preservación de la función cognitiva.
- Evaluar su impacto en la autonomía y la calidad de vida.
- Explorar los factores que facilitan o dificultan su implementación en atención primaria y comunitaria.

5. MÉTODO

Diseño	Revisión bibliográfica narrativa.
Bases de datos	PubMed, CINAHL y Scopus.
Periodo de búsqueda	Estudios publicados entre 2016 y 2026.
Criterios de inclusión	Artículos originales y revisiones sobre intervenciones en personas ≥ 65 años que viven en la comunidad.
Criterios de exclusión	Estudios en población institucionalizada, artículos sin texto completo o sin relevancia para el objetivo.
Selección final	Se analizaron 34 artículos que cumplieron los criterios establecidos.

6 RESULTADOS

La evidencia cientifica muestra que las intervenciones enfermeras pueden contribuir a la prevención del deterioro cognitivo en personas mayores, con beneficios en diferentes áreas:

Mejora de la función cognitiva
Las intervenciones de estimulación cognitiva y actividad mental se asocian con un menor riesgo de deterioro cognitivo.

Promoción del estilo de vida saludable
La actividad física, la alimentación equilibrada y el control de factores de riesgo cardiovascular favorecen la salud cerebral.

Mayor participación social
Las intervenciones grupales y el apoyo social contribuyen a la preservación de la función cognitiva.

Mejora de la calidad de vida
Se observa un impacto positivo en la autonomía, el bienestar emocional y la percepción de la salud.

Disminución del riesgo de demencia
La detección precoz y el seguimiento continuo permiten retrasar su aparición.

7. CONCLUSIONES

La enfermería tiene un papel esencial en la prevención del deterioro cognitivo en personas mayores.

Las intervenciones enfermeras contribuyen a mantener la autonomía, la calidad de vida y el bienestar emocional.

Es necesario fortalecer la coordinación con recursos comunitarios y sociales, así como promover la formación y el uso de estrategias innovadoras y sostenibles.

La implementación de programas de prevención del deterioro cognitivo desde la atención primaria puede favorecer un envejecimiento activo y saludable, con mayor participación social.

CUIDAR A QUIEN CUIDA: ENFERMERÍA FRENTE A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

RESUMEN

La sobrecarga del cuidador principal constituye un problema tanto para la salud física, psicológica como social para aquellas personas que atienden a personas dependientes. Enfermería desempeña un papel importante en la identificación precoz dependientes la sobrecarga y en el desarrollo de intervenciones de apoyo

OBJETIVOS

Analizar las principales intervenciones enfermeras dirigidas a prevenir o reducir la sobrecarga del cuidador principal e identificar estrategias aplicables a la practica asistencial

PALABRAS CLAVE

Cuidador principal, sobrecarga del cuidador, enfermería, apoyo social, educación para la salud

MÉTODO

Revision bibliográfica tanto en inglés como español de los últimos 10 años

SciELO · ELSEVIER · Google académico · PubMed

ANTECEDENTES

El cuidado continuado puede generar estrés, aislamiento social, agotamiento físico y síntomas de ansiedad o depresión. Una valoración sistemática del cuidador y la identificación de necesidades permiten orientar unas intervenciones individualizadas

CONCLUSIONES

La prevención de la sobrecarga del cuidador debe integrarse en los cuidados de enfermería . La valoración periódica , educación sanitaria, apoyo emocional y coordinación de recursos sociosanitarios permiten responder de manera individualizada a las necesidades del cuidador

RESULTADOS

De los estudios encontrados se destaca:

–Las intervenciones psicoeducativas ayudan a mejorar los conocimientos y habilidades para el cuidado

–Las visitas domiciliarias ayudan a la detección de necesidades y planificación individualizada de apoyos

–El acompañamiento y el apoyo psicosocial pueden contribuir a reducir manifestaciones como el estrés, o la ansiedad,

–La escala de Zarit puede utilizarse como herramienta de valoración de carga percibida en la entrevista clínica al cuidador principal

Atención de enfermera especialista en Salud Mental a pacientes en situación de drogodependencia en centros especializados: Programa de hábitos de vida saludables

Introducción

La drogadicción es uno de los mayores problemas de salud a nivel nacional, aumentándo la morbimortalidad en personas que la padecen, fruto de problemas de salud física relacionados con hábitos de vida poco saludables.
Es por esto por lo que la promoción de los hábitos saludables es una línea prioritaria de intervención para mejorar la autonomía y la calidad de vida de estas personas.



Palabras clave

Hábitos saludables, drogadicción, educación para la salud, manejo de estrés, ejercicio

Objetivos

Enseñar hábitos que permita a los usuarios conseguir una vida lo más saludable a nivel físico y mental

Metodología

El diseño es un programa de educación para la salud que consiste en la intervención directa con los pacientes de los centros especializados en drogodependencia.
Se realiza una encuesta a los paceintes para analizar y valorar las diferentes necesidades que nos transmiten.
Una vez elegidas, se realizarán 5 sesiones de una hora y media de duración.
Al finalizar, se pasa una encuesta de valoración con una puesta en común.



Conclusiones

Las intervenciones de educación para la salud son eficaces y muy útiles para la mejoría de los hábitos de vida perdidos a causa de la drogadicción.

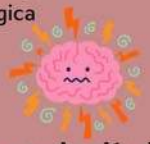
Desarrollo

Sesión 1: Hábitos tóxicos
¿Qué es la salud?
¿Tengo hábitos tóxicos para mi salud? ¿Que me aporta el consumo de tóxicos?
Actividad: "Tóxic-oca".



Sesión 2: Alimentación saludable y ejercicio
Exposición mediante diapositivas sobre las nuevas recomendaciones alimentarias y recomendaciones según la OMS sobre el ejercicio.

Sesión 3: Autocuidado y autoestima
Actividad: La caja mágica



Sesión 4: Manejo del estrés
¿Qué es la ansiedad?
Introducción al mindfulness y meditación
Técnicas de relajación: Relajación de Jacobson

Sesión 5: Valoración y evaluación del programa
Puesta en común final
Resolver dudas
Evaluación del programa: encuesta de satisfacción



Resultados

Se espera mejor conocimientos y recuperar hábitos de vida saludables perdidos y una satisfacción por parte de los usuarios hacia el programa.

NOC:
1407 Conducta de cesación del consumo de sustancias
1602 Condicga de fomento de la salud
1621 Conducta de adhesión: dieta saludable
1302 Afrontamientos de problemas
1402 Autocontrol de la ansiedad

NIC:
4350 Manejo de la conducta: ante consumo de sustancias
1800 Ayuda con el autocuidado
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad/estilo de vida

Contenciones físicas en geriatría: alternativas enfermeras para una atención más segura y humanizada

MENOS RESTRICCIONES
MÁS PERSONA

- Respetar la autonomía
- Prevenir riesgos
- Cuidar con dignidad
- Buscar alternativas



1 Resumen

Las contenciones físicas se utilizan en personas mayores para prevenir caídas y controlar conductas que pueden suponer un riesgo. Sin embargo, su uso se asocia a múltiples complicaciones físicas, psicológicas y éticas. La evidencia actual recomienda reducir su utilización y priorizar alternativas enfermeras basadas en la valoración integral, la identificación de causas y la implementación de intervenciones no restrictivas. Esta comunicación revisa el papel de la enfermería en la disminución de las contenciones físicas y en la promoción de una atención más segura, humanizada y centrada en la persona.

2 Palabras clave

Contenciones físicas · Personas mayores · Enfermería geriátrica · Alternativas no restrictivas · Seguridad del paciente · Humanización

3 Antecedentes

- El uso de contenciones físicas en personas mayores sigue siendo una práctica frecuente en diferentes ámbitos asistenciales, especialmente en centros sociosanitarios y unidades hospitalarias de geriatría.
- Se utiliza con el objetivo de prevenir caídas, evitar la retirada de dispositivos terapéuticos o controlar conductas de agitación.
- Su uso se asocia a complicaciones como lesiones, deterioro funcional, alteraciones psicológicas, aumento del riesgo de caídas, pérdida de autonomía y vulneración de derechos.
- Las recomendaciones actuales promueven su reducción mediante la identificación de factores de riesgo y la implementación de alternativas no restrictivas.

4 Objetivos

- Analizar el uso de las contenciones físicas en personas mayores y describir las alternativas enfermeras que permiten una atención más segura, humanizada y centrada en la persona.

5 Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar y PEDro) relacionados con el uso de contenciones físicas en personas mayores, sus complicaciones y las alternativas enfermeras para su reducción, publicados en los últimos diez años.

6 Resultados

La evidencia indica que las contenciones físicas se asocian a:

- Mayor riesgo de lesiones y caídas
- Deterioro cognitivo y funcional
- Impacto psicológico (ansiedad, agitación)
- Aumento de la morbimortalidad

Las alternativas enfermeras muestran beneficios como:

- Menor necesidad de contenciones
- Mayor seguridad del paciente
- Mejora de la calidad de vida y autonomía
- Atención más humanizada

7 Conclusiones

- La reducción del uso de contenciones físicas es fundamental para garantizar una atención más segura, humanizada y centrada en la persona mayor.
- La enfermería desempeña un papel clave en la valoración de riesgos, la identificación de causas, la implementación de alternativas no restrictivas y la educación del personal, de la persona mayor y de su entorno.
- Es esencial abordar las causas subyacentes de las conductas de riesgo y promover entornos seguros que favorezcan la autonomía, el respeto a la dignidad y la calidad de vida.

Evaluación de la relación motor-cognitiva en adultos mayores mediante el test instrumentado de levantarse de la silla (i5STS)

RESUMEN

Estudio transversal en 492 adultos ≥60 años para evaluar la relación entre el test instrumentado de levantarse de la silla cinco veces (i5STS) y la función cognitiva (MoCA). Se utilizaron un transductor lineal y pruebas funcionales tradicionales. Tras ajustar por edad y escolaridad, la velocidad y la potencia del i5STS se asociaron con el MoCA (β=0,102; p=0,016 y β=0,100; p=0,019), con coeficientes similares al de la marcha. El 5STS manual, el TUG y la SPPB no mostraron asociaciones independientes. La discriminación individual fue modesta. El i5STS puede complementar la evaluación motor-cognitiva, pendiente de validación longitudinal.

PALABRAS CLAVE: envejecimiento; función cognitiva; i5STS; velocidad concéntrica; potencia muscular; MoCA.

ANTECEDENTES

El declive motor y el deterioro cognitivo están conectados durante el envejecimiento. El i5STS mide la velocidad concéntrica y la potencia, indicadores de respuesta neuromuscular rápida que permiten estudiar esta relación.

OBJETIVOS

Evaluar la asociación de la velocidad y la potencia del i5STS con el MoCA y compararla con las pruebas funcionales tradicionales.

MÉTODO

Estudio transversal en 492 adultos ≥60 años. Evaluación: i5STS con transductor lineal calibrado, pruebas funcionales y MoCA. Análisis: estado cognitivo, Jonckheere-Terpstra, regresiones ajustadas por edad y escolaridad y curvas ROC.



RESULTADOS

La velocidad y la potencia del i5STS mantuvieron asociaciones independientes con el MoCA, al igual que la velocidad de marcha. La discriminación individual del deterioro cognitivo fue modesta.

Características basales (n=492)

Variable	Media ± DE
Edad (años)	77,8 ± 6,6
MoCA (puntos)	21,4 ± 5,1
Estatura (m)	1,54 ± 0,07
Peso (kg)	65,8 ± 11,2
IMC (kg/m²)	27,8 ± 4,2
ASMM (kg)	18,0 ± 2,9
Marcha (m/s)	1,16 ± 0,26
5STS (s)	10,5 ± 4,2
TUG (s)	9,3 ± 3,0
SPPB (puntos)	11,3 ± 1,4
Velocidad i5STS (m/s)	0,53 ± 0,12
Potencia i5STS (W)	10,4 ± 2,4

Asociaciones con el rendimiento cognitivo (MoCA)

Variable	ρ	p	r parcial†	p	β ajust.‡	p
Marcha	0,160	<0,001	0,148	<0,001	0,114	0,006
TUG	−0,178	<0,001	−0,046	NS	−0,040	0,330
SPPB	0,133	0,004	0,073	NS	0,053	0,196
5STS	−0,083	0,070	−0,037	NS	−0,025	0,533
Vel. i5STS	0,159	<0,001	0,109	<0,05	0,102	0,016
Pot. i5STS	0,159	<0,001	0,105	<0,05	0,100	0,019

ρ: correlación de Spearman. † Correlación parcial ajustada por edad y escolaridad. ‡ Coeficiente β estandarizado de modelos de regresión independientes con MoCA como variable dependiente, ajustados por edad y escolaridad. NS: p ≥0,05.
GS: velocidad de marcha. TUG: Timed Up and Go. SPPB: Short Physical Performance Battery. ASMM: masa muscular apendicular. DE: desviación estándar.

CONCLUSIONES

La velocidad y la potencia del i5STS se asocian de forma independiente con la función cognitiva, con coeficientes similares al de la velocidad de marcha. La discriminación individual es modesta. El i5STS puede complementar la evaluación motor-cognitiva. Se requieren estudios longitudinales para establecer su valor clínico y pronóstico.

REFERENCIAS 1. Montero-Odasso M et al. J Am Geriatr Soc. 2018;66:1676–1683. doi:10.1111/jgs.15341. 2. Nasreddine ZS et al. J Am Geriatr Soc. 2005;53:695–699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
3. Alcazar J et al. Exp Gerontol. 2018;112:38–43. doi:10.1016/j.exger.2018.08.006. 4. Polo-Ferrero L et al. Diagnostics. 2025;15:1475. doi:10.3390/diagnostics15121475. 5. Studenski S et al. JAMA. 2011;305:50–58. doi:10.1001/jama.2010.1923.

CUIDADOS DE LA PIEL EN LA PERSONA MAYOR CON INCONTINENCIA

Prevención de la dermatitis asociada a la humedad

1 Resumen

La dermatitis asociada a la humedad es frecuente en personas mayores con incontinencia. La exposición prolongada a orina y/o heces puede causar maceración, irritación y alteración de la barrera cutánea, con mayor riesgo de lesiones, infecciones y malestar. Los cuidados enfermeros preventivos contribuyen a preservar la integridad de la piel y la calidad de vida.

2 Palabras clave

Dermatitis asociada a la humedad; incontinencia; cuidados de la piel; personas mayores; prevención; enfermería geriátrica.

3 Antecedentes

- La incontinencia urinaria y/o fecal aumenta la exposición cutánea a la humedad.
- La humedad, el pH de la orina y las enzimas fecales pueden alterar la barrera cutánea.
- La dermatitis asociada a la humedad es diferente de las lesiones por presión, aunque pueden coexistir.
- La identificación temprana de riesgos y los cuidados preventivos son esenciales.



CUIDADOS PRIORITARIOS

01 LIMPIAR	Higiene suave y secado cuidadoso
02 PROTEGER	Productos barrera adecuados
03 VIGILAR	Revisión periódica de la piel
04 EDUCAR	Apoyo a personas cuidadoras

4 Objetivos

Analizar los cuidados de la piel en mayores con incontinencia, describir medidas preventivas enfermeras y destacar la atención individualizada.

5 Método

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios sobre la prevención de la dermatitis asociada a la humedad y las intervenciones enfermeras en personas mayores con incontinencia.

6 Resultados

- La limpieza suave y el secado cuidadoso ayudan a reducir la irritación.
- Los productos barrera protegen frente a la exposición a la humedad.
- Los absorbentes adecuados y su cambio regular ayudan a mantener la piel seca.
- La valoración periódica y la educación a cuidadores refuerzan la prevención.

7 Conclusiones

La prevención de la dermatitis asociada a la humedad requiere higiene apropiada, protección cutánea, manejo de la incontinencia y vigilancia continua. Enfermería es clave para individualizar los cuidados, prevenir complicaciones y preservar la dignidad y el bienestar.

DUELO Y ADAPTACIÓN A LA PÉRDIDA EN PERSONAS MAYORES

ACOMPAÑAMIENTO DESDE ENFERMERÍA | ESCUCHAR · ACOMPAÑAR · FAVORECER LA ADAPTACIÓN

1 Resumen

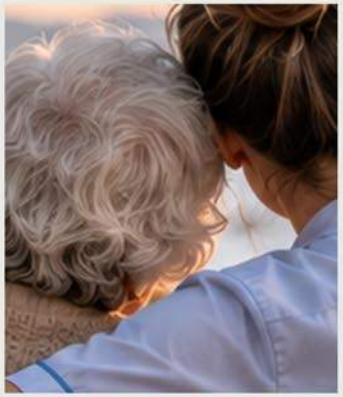
El duelo es una respuesta natural ante la pérdida de personas significativas. En la vejez puede estar influido por enfermedades crónicas, disminución de la red social y pérdidas acumulativas. Enfermería contribuye a detectar situaciones de riesgo, valorar integralmente a la persona y ofrecer apoyo que favorezca una adaptación saludable, respetando su historia de vida, valores y autonomía.

2 Palabras clave

Duelo; Personas mayores; Enfermería geriátrica; Pérdida; Apoyo emocional; Adaptación; Calidad de vida.

3 Antecedentes

La pérdida de seres queridos es frecuente en la vejez y puede producir manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y físicas.
Las pérdidas múltiples y los cambios vitales (jubilación, deterioro de salud o dependencia) pueden aumentar la vulnerabilidad.
El duelo no es una enfermedad, pero en algunas personas puede prolongarse y afectar a su salud y funcionalidad. La identificación de factores de riesgo facilita el acompañamiento oportuno.



CUIDAR

también es escuchar

Presencia, respeto y apoyo emocional

Factores que pueden influir en el duelo

Pérdidas múltiples · Enfermedad y dependencia · Aislamiento social · Deterioro cognitivo · Cambios de entorno · Red de apoyo

Intervenciones enfermeras

01 Escucha activa y validación emocional

02 Acompañamiento individualizado

03 Educación y orientación

04 Apoyo a la red social y actividades significativas

4 Objetivos

Analizar el duelo en personas mayores y el papel de enfermería; describir intervenciones de apoyo y estrategias para identificar situaciones de riesgo.

5 Método

Revisión narrativa de la evidencia sobre duelo en personas mayores, factores de vulnerabilidad y acompañamiento enfermero. No se presentan datos de una muestra propia.

6 Resultados

La literatura describe como estrategias de apoyo la escucha activa, la validación emocional, la educación, las actividades significativas y el fortalecimiento de las redes sociales. La valoración individual permite reconocer señales de alarma y derivar cuando sea necesario. Los resultados varían según las circunstancias personales.

7 Conclusiones

El duelo requiere una valoración individualizada y un acompañamiento sensible. Enfermería puede detectar necesidades, favorecer recursos personales y sociales y facilitar la derivación ante signos de duelo persistente o deterioro significativo. La atención debe respetar la dignidad, la autonomía y la historia de vida.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ADULTOS MAYORES DE 50 AÑOS

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte, asociadas principalmente a factores de riesgo modificables y estilos de vida poco saludables. Este trabajo analiza las intervenciones de enfermería para prevenirlas en adultos mayores de 50 años, identificando factores de riesgo y estrategias preventivas. Los resultados destacan la importancia de promover una alimentación equilibrada, actividad física adaptada, abandono del tabaco, control del estrés y seguimiento de patologías como hipertensión, diabetes, obesidad e hipercolesterolemia. Se concluye que enfermería desempeña un papel fundamental en la educación sanitaria y la implementación de programas de prevención cardiovascular para reducir su incidencia.

Palabras clave

Enfermedades cardiovasculares, enfermería, factores de riesgo, prevención, promoción de la salud, adultos mayores de 50 años.

Objetivos

Objetivo general

Analizar las intervenciones de enfermería para la prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos mayores de 50 años.

Objetivos específicos

1. Identificar los principales factores de riesgo cardiovascular modificables.
2. Describir las intervenciones de enfermería dirigidas a reducir dichos factores de riesgo mediante la promoción de hábitos saludables.

Antecedentes

La sociedad actual presenta estilos de vida cada vez más sedentarios y hábitos alimentarios que favorecen el aumento de la ingesta calórica, contribuyendo al desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Aunque su mortalidad ha disminuido, siguen siendo la principal causa de muerte y un importante problema de salud pública.

Dado que aproximadamente el 90% de estas enfermedades se asocia a factores de riesgo modificables, su prevención y control constituyen estrategias fundamentales para reducir su incidencia.

El riesgo cardiovascular aumenta progresivamente a medida que avanza la edad. Por lo que buscaremos intervenciones efectivas dirigidas a adultos mayores de 50 años.

Método

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se ha realizado una recopilación de artículos, en inglés y en español, extraídos de las principales bases de datos: Scopus, Dialnet, Web of Science y Google académico.

Resultados

Las intervenciones más efectivas para reducir el riesgo cardiovascular se centran en:

1. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Educación nutricional y dieta equilibrada.

Mejora colesterol, glucosa y presión arterial.

2. ACTIVIDAD FÍSICA

Ejercicio adaptado a la edad y capacidad individual.

Mejora la función cardiovascular y respiratoria.

3. HÁBITOS SALUDABLES

Deshabituación tabáquica y técnicas de control del estrés.

Reduce factores de riesgo modificables.

4. CONTROL Y SEGUIMIENTO

Vigilancia y tratamiento de patologías asociadas.

HTA · Diabetes · Obesidad · Colesterol elevado.

Conclusiones

Es fundamental que los profesionales de enfermería estén capacitados para diseñar, implementar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención cardiovascular que integren estas intervenciones en adultos mayores de 50 años y así reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES EN GERIATRÍA

PREVENCIÓN · VIGILANCIA · CUIDADOS ENFERMEROS

1 Resumen

El estreñimiento inducido por opioides es un efecto adverso frecuente en personas mayores. Se debe a la acción de estos fármacos sobre los receptores intestinales, que reduce la motilidad y dificulta la evacuación. Puede provocar malestar, impactación fecal y pérdida de calidad de vida. Enfermería participa en su prevención, detección precoz, vigilancia y educación.

2 Palabras clave

Estreñimiento; opioides; personas mayores; cuidados enfermeros; prevención; tránsito intestinal.

3 Antecedentes

- Los opioides se emplean para tratar el dolor moderado o intenso, también en cuidados paliativos.
- La edad, la inmovilidad, la baja ingesta de líquidos y la polifarmacia pueden agravar el estreñimiento.
- La prevención debe iniciarse al comenzar el tratamiento opioide y mantenerse durante su uso.
- Es importante diferenciarlo de otras causas de estreñimiento y reconocer signos de alarma.



VIGILANCIA

- Frecuencia y consistencia de las heces
- Esfuerzo y dolor al evacuar
- Distensión abdominal
- Cambios desde el inicio del opioide
- Signos de impactación

CUIDADOS ENFERMEROS

01 Registrar el patrón intestinal con una escala validada.
02 Favorecer hidratación y movilidad si son adecuadas.
03 Individualizar la fibra según tolerancia y situación clínica.
04 Administrar y vigilar laxantes prescritos; valorar respuesta.
05 Educar a la persona mayor y a sus cuidadores.

4 Objetivos

Describir los riesgos del estreñimiento por opioides y las medidas de valoración, prevención y seguimiento desde enfermería.

5 Método

Síntesis descriptiva de recomendaciones clínicas sobre estreñimiento inducido por opioides, factores de riesgo y cuidados enfermeros. No se presentan datos de un estudio original.

6 Resultados

Las recomendaciones priorizan la valoración intestinal periódica y la prevención desde el inicio del opioide. Los laxantes prescritos suelen ser necesarios. La hidratación y la movilidad complementan, pero no sustituyen, el tratamiento.

7 Conclusiones

La prevención, la vigilancia y el abordaje individualizado permiten detectar complicaciones y mejorar el confort. Enfermería es clave en la educación y el seguimiento.

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

En geriatría: valoración enfermera y prevención de complicaciones

DETECTAR → VALORAR → PREVENIR

CRITERIO CLÍNICO ≥20 mmHg sistólica o ≥10 mmHg diastólica

Descenso de PA durante los primeros 3 minutos de pie, respecto al decúbito.

1 Resumen

La hipotensión ortostática es un descenso de la presión arterial al incorporarse que puede causar mareo, visión borrosa, debilidad, síncope y caídas. En personas mayores, su identificación es importante para la seguridad y la autonomía. Enfermería contribuye mediante la valoración postural, la revisión de factores desencadenantes, la educación y la derivación cuando procede.

2 Palabras clave

Hipotensión ortostática · Geriatría · Enfermería · Presión arterial · Prevención de caídas

3 Antecedentes

La edad avanzada, la deshidratación, la disfunción autonómica, las enfermedades crónicas y algunos medicamentos pueden favorecer la hipotensión ortostática.

Puede aparecer con síntomas o pasar inadvertida. Se relaciona con caídas, síncopes y pérdida de seguridad al caminar.

La valoración debe considerar el estado basal, la medicación, los episodios previos y la presencia de síntomas al ponerse de pie.

4 Objetivos

Sintetizar las recomendaciones para detectar la hipotensión ortostática, realizar una valoración enfermera segura e identificar medidas preventivas individualizadas.

5 Método

Síntesis narrativa de recomendaciones clínicas y guías sobre valoración postural de la presión arterial, prevención de caídas y cuidados de personas mayores.

SECUENCIA DE VALORACIÓN ENFERMERA

01 Reposo en decúbito
Mantener 5 minutos y registrar PA y frecuencia cardíaca.

02 Bipedestación asistida
Medir PA y pulso al ponerse de pie y durante los primeros 3 minutos.

03 Registrar síntomas
Anotar mareo, debilidad, visión borrosa, síncope o caídas.

04 Valorar causas
Revisar hidratación, medicación, comorbilidades y riesgo de caída.

6 Resultados

Hallazgos de las recomendaciones clínicas

Detección	La medición acostado/de pie permite identificar descensos de PA.
Prevención	La valoración del riesgo, la educación y el ajuste de factores contribuyentes forman parte del cuidado.
Limitaciones	La evidencia de medidas aisladas para prevenir caídas es limitada; se recomienda abordaje multifactorial.



7 Conclusiones

La valoración enfermera sistemática facilita el reconocimiento de la hipotensión ortostática y la prevención de complicaciones.

Las medidas deben individualizarse: levantarse gradualmente, revisar posibles fármacos implicados y valorar hidratación y apoyos, según la situación clínica.

Ante síncope, caídas recurrentes o síntomas intensos, es necesaria una evaluación clínica.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE EQUILIBRIO VS PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE EQUILIBRIO CON TAREAS DE ATENCIÓN EN DETERIORO COGNITIVO DERIVADO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Vanesa Santos Rodríguez, Andrea Calleja Caballero, Marta Gómez Mateos, Fátima Pérez Robledo.

1. RESUMEN

El ACV, cuyo riesgo aumenta con la edad, es una de las principales causas de deterioro cognitivo. Ensayo clínico aleatorizado con 18 pacientes con deterioro cognitivo post-ACV: grupo control (equilibrio) y grupo intervención (equilibrio + entrenamiento de atención con BlazePod® y «Spot It»), durante 8 semanas. El grupo intervención mejoró de forma estadísticamente significativa en cognición global (MoCA) y equilibrio (Fullerton); el control, en equilibrio (Berg). La atención no mostró mejoras significativas.

2. PALABRAS CLAVE

Deterioro cognitivo post-ictus · Doble tarea · Fisioterapia · Entrenamiento del equilibrio · Interferencia cognitivo-motora

3. ANTECEDENTES

> 70 % de los supervivientes de un ACV presentan déficit cognitivo; la **atención** es la función más afectada.

~ 20 % de la población en España supera los 65 años (INE, 2024); el riesgo de ACV aumenta con la edad.

Se propone combinar ejercicio físico y rehabilitación cognitiva mediante **doble tarea**, que activa a la vez funciones cognitivas y motoras (corteza prefrontal).

4. OBJETIVOS

General: comprobar la eficacia del entrenamiento combinado de equilibrio y atención sobre la cognición global y las habilidades motoras en personas con deterioro cognitivo post-ACV.

Específicos: valorar el efecto sobre el equilibrio, la atención y la cognición global, y compararlo con un tratamiento basado solo en equilibrio.

5. MÉTODOS

18	8	2	40
pacientes	semanas	sesiones / semana	min / sesión

- **Diseño:** ensayo clínico aleatorizado (CONSORT).
- **Participantes:** pacientes con deterioro cognitivo tras ACV; 9 hombres y 9 mujeres. Edad media: 66,78 ± 7,34 años (intervención) y 62,67 ± 9,71 años (control).
- **Asignación:** sobres cerrados; intervención n = 9, control n = 9. Evaluador externo cegado en variables físicas.
- **Intervención:** semanas 1–4 equilibrio estático; 5–8 dinámico. Control: solo equilibrio. Intervención: equilibrio + BlazePod® y «Spot It».
- **Evaluación pre y post:** MoCA; Escala de Fullerton y Escala de Berg; Trail Making Test A y B, cancelación visual y CARAS-R.
- **Análisis:** SPSS 28; Shapiro-Wilk; Wilcoxon (intra-grupo); U de Mann-Whitney (inter-grupo); $p < 0,05$.

6. RESULTADOS

Elegibles n = 33 → Excluidos n = 15 → Aleatorizados n = 18 →

Intervención: analizados n = 8 (1 pérdida, < 80 % de sesiones) · Control: analizados n = 9

Media pre (barra clara) y post (barra oscura) · * p < 0,05 (Wilcoxon, intra-grupo)



+1,6	+4,33	+1,45
MoCA · intervención · inter-grupo sig.	Fullerton · intervención	Berg · control · inter-grupo n.s.



Tarea de atención, coordinación y step con BlazePod®



Baraja «Spot It» Disney

Atención (TMT-A, TMT-B, cancelación visual y CARAS-R): ninguna prueba alcanzó significación estadística en ninguno de los dos grupos.

7. CONCLUSIONES

- El entrenamiento simultáneo de equilibrio y atención mejora la cognición global y es más efectivo que el entrenamiento aislado de equilibrio.
- Ambos programas mejoran el equilibrio.
- En atención, las mejoras no son estadísticamente significativas.

PREPARACIÓN PREOPERATORIA: INFORMACIÓN, VALORACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Revisión bibliográfica | Intervenciones enfermeras antes de la cirugía

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

1. RESUMEN

La preparación preoperatoria individualizada permite identificar riesgos modificables, mejorar la comprensión del proceso quirúrgico y favorecer una atención segura. La valoración debe integrar antecedentes, medicación, alergias, estado funcional, comorbilidades y necesidades emocionales. Las instrucciones de ayuno y medicación deben ajustarse a la técnica anestésica, el procedimiento y el protocolo vigente, evitando indicaciones genéricas que prolonguen innecesariamente el ayuno.

2. PALABRAS CLAVE

Preoperatorio · Educación sanitaria · Valoración enfermera · Ayuno · Seguridad del paciente

3. ANTECEDENTES

La evaluación preoperatoria es una oportunidad para optimizar enfermedades, detectar riesgos y preparar al paciente. Las guías europeas actualizadas insisten en una valoración estructurada y en solicitar pruebas complementarias según indicación clínica, no de forma indiscriminada.

4. OBJETIVOS

Identificar las intervenciones enfermeras prioritarias para una preparación preoperatoria segura, comprensible e individualizada.



5. MÉTODO

Revisión narrativa de guías europeas de evaluación preoperatoria, recomendaciones de preparación perioperatoria y consenso internacional sobre ayuno en adultos. Se consideran pacientes adultos sometidos a cirugía electiva; las urgencias y situaciones especiales requieren valoración individual.

6. RESULTADOS

- IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN: identidad, procedimiento y lateralidad; antecedentes, alergias, medicación y suplementos, anticoagulantes/antiagregantes, diabetes, riesgo respiratorio, nutrición y fragilidad.
- INFORMACIÓN: explicar el circuito, resolver dudas con lenguaje claro, comprobar comprensión y facilitar participación del paciente; detectar ansiedad y necesidades de apoyo.
- OPTIMIZACIÓN: comunicar factores modificables (tabaco, anemia, glucemia, estado nutricional y comorbilidades) al equipo responsable.
- AYUNO: seguir la pauta anestésica y el protocolo del centro. El consenso internacional para adultos generalmente establece 6 h para sólidos y 2 h para líquidos claros; comidas grasas pueden requerir 8 h o más. No aplicar estas cifras sin comprobar excepciones y protocolo local.
- MEDICACIÓN Y PREPARACIÓN: no suspender ni administrar fármacos por iniciativa propia; verificar instrucciones individualizadas, pruebas indicadas, higiene, retirada de objetos y documentación.
- LISTA DE VERIFICACIÓN: confirmar identidad, consentimiento, procedimiento, alergias, ayuno, medicación, pruebas y documentación antes del traslado.

7. CONCLUSIONES

Una preparación preoperatoria segura combina valoración clínica, educación adaptada y coordinación interdisciplinar. La enfermera verifica la comprensión y la ejecución de las indicaciones, detecta riesgos y evita tanto omisiones como restricciones innecesarias. Las instrucciones deben individualizarse y ajustarse al protocolo vigente.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

Lamperti M, et al. Preoperative assessment of adults undergoing elective noncardiac surgery: updated guidelines from ESAIC. Eur J Anaesthesiol. 2025;42(1):1-35.

Rüggeberg A, et al. Peri-operative fasting in adults: an international, multidisciplinary consensus statement. Anaesthesia. 2026. doi:10.1111/anae.70130.

García-Miguel FJ, Valencia Castillo SL. Preoperative anaesthesia assessment and patient preparation for surgery: update and a review. Medical Research Archives. 2024;12(4).

ACOG. Perioperative pathways: Enhanced Recovery After Surgery. Committee Opinion No. 750.

QR: búsqueda bibliográfica en PubMed

AUTORÍA:

Revisión bibliográfica · Noviembre 2026

DELIRIUM HOSPITALARIO EN PERSONAS MAYORES: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA SU PREVENCIÓN EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

RESUMEN- ANTECEDENTES: El delirium o síndrome confusional agudo es una alteración de la atención y la conciencia acompañada de cambios cognitivos, constituye una complicación frecuente y potencialmente grave en las personas mayores hospitalizadas. Su aparición esta relacionada con factores predisponentes como las infecciones, la inmovilidad, alteraciones del sueño y determinados medicamentos. La prevención mediante intervenciones multicomponentes, la vigilancia clínica y la detección precoz son el paso fundamental para mejorar la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Personas mayores, Delirium, Síndrome confusional agudo, Hospitalización

OBJETIVO: Analizar la literatura científica sobre la efectividad de las intervenciones de enfermería no farmacológicas para prevenir el delirium en personas mayores ingresadas en plantas de hospitalización.

METODOLOGIA : Se realiza una revisión bibliográfica sobre las intervenciones enfermeras para prevenir el delirium en personas mayores ingresadas en plantas de hospitalización en bases de datos como Pub-Med, Scielo y google académico, seleccionando artículos entre 2016 y 2026.



RESULTADOS: Intervenciones enfermeras para prevenir el delirium:

- Orientar en tiempo y espacio
- Explicar procedimientos
- Favorecer la presencia y contacto con familiares
- Corrección de déficits sensoriales, con el uso de gafas y audífonos
- Promover la movilización precoz
- Protección del sueño, reduciendo ruido e iluminación nocturna
- Vigilancia clínica de cambios cognitivos
- Asegurar una buena hidratación y alimentación
- Vigilancia de incidencia farmacológica

DISCUSION- CONCLUSION La prevención del delirium en personas mayores hospitalizadas requiere de un enfoque individualizado y multidisciplinar.
Las intervenciones multicomponente permiten abordar simultáneamente factores modificables relacionados con la movilidad, el sueño y los déficits sensoriales.
La enfermería desempeña un papel fundamental en la aplicación continuada de estos cuidados y en la identificación de cambios agudos de la conciencia, la atención y el comportamiento.
La evaluación de la evidencia científica nos permite determinar cual son las estrategias que ofrecen mayores beneficios en las plantas de hospitalización.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO D SALAMANCA

Sacyl

Desafiando al frío:

Estrategias activas de enfermería para el blindaje térmico del anciano quirúrgico

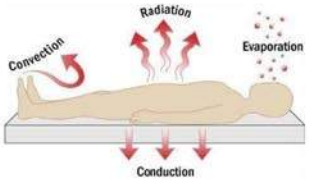


Palabras clave

Hipotermia perioperatoria
Adulto mayor
Cuidados de enfermería
Calentamiento activo
Normotermia
Seguridad del paciente

Antecedentes

La hipotermia perioperatoria no intencionada es el descenso de temperatura central por debajo de 36°C. En mayores de 65 años, la menor tasa metabólica, la pérdida de masa muscular y la inhibición anestésica de la termorregulación aceleran la redistribución del calor central a la periferia. Esta pérdida térmica incrementa el sangrado quirúrgico, las infecciones del sitio quirúrgico, el estrés cardiovascular y el tiempo de recuperación en URPA, convirtiendo el mantenimiento de la normotermia (≥36 °C) en un estándar crítico de seguridad enfermera.



Objetivo

Sintetizar la evidencia científica sobre la temperatura en la persona mayor durante la cirugía y definir las intervenciones de enfermería más eficaces para prevenir la hipotermia.



Método



Revisión bibliográfica

- Artículos originales,
- Revisiones sistemáticas
- Guías de práctica clínica.

2021-2026

Español

Resultados

- Impacto del tipo de anestesia: La anestesia general balanceada registra la mayor incidencia de hipotermia (46.8%), seguida de la anestesia mixta (35.5%), mientras que la TIVA presenta la menor afectación (15.7%).
- Superioridad del calentamiento activo: El aislamiento pasivo solo reduce la pérdida térmica en un 30%. Las mantas de aire forzado convectivo mantienen la normotermia en más del 85% de los casos.
- Efectividad del precalentamiento: La aplicación de calor activo durante 15 a 30 minutos antes de la inducción frena drásticamente la caída de temperatura por redistribución en la primera hora de cirugía.
- Medidas complementarias: Calentamiento de fluidos IV (>500 ml) e irrigaciones a 37-40 °C y ajuste de la temperatura ambiental del quirófano en al menos 21 °C.
- Herramientas de valoración: Destaca la validación mediante consenso Delphi (100% de aprobación) del instrumento CIPHAMP para la valoración enfermera del riesgo térmico en el anciano



Conclusiones



La evidencia respalda la combinación del precalentamiento activo (15-30 minutos pre-inducción) con mantas de aire forzado intraoperatorias como la estrategia más eficaz, complementada con el calentamiento de fluidos intravenosos (>500 ml) y el control ambiental del quirófano (≥21 °C). La monitorización térmica continuada y la aplicación de herramientas estandarizadas de valoración de riesgo (como la escala CIPHAMP) consolidan la preservación de la normotermia (≥36 °C) como un indicador transversal e indispensable de seguridad asistencial.





Bibliografía

- Tlalpan Hernández RMT, Morales Rodríguez MC, Nájera Gutiérrez G, Resendiz Maldonado B, Flores Merlo M. Construcción de un instrumento para prevenir la hipotermia no intencionada en el adulto mayor durante el perioperatorio. Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica. 2025;5(2):1923-1936.
- Hernández MP, Melero SC, Vergara Pérez PL, Gómez González ER, Muñoz Burgués C, Polo Bardina E. Hipotermia perioperatoria no intencionada: revisión sistemática sobre prevención y consecuencias clínicas. Revista Sanitaria de Investigación. 2026;7(10).
- Pardo-Arvide IJ, Martínez-Becerril OI, Cerro-Panizo A, Guillén-Rojas R. Análisis comparativo de la hipotermia postoperatoria según el tipo de anestesia utilizada en un hospital privado (enero-julio 2024). Rev Mex Anestesiol. 2026;49(3):155-160.
- Botello Ramos K, Silva SA. Incidencia de hipotermia perioperatoria en pacientes sometidos a procedimientos neuroquirúrgicos del Hospital Santo Tomás. Rev Med Cient. 2025;38(2):13-23.
- Larumbe Iturgaiz A, Galar Díaz M, Romero Azorín A. Hipotermia inadvertida: estrategias enfermeras para el mantenimiento de la normotermia perioperatoria. Ocronos. 2026;9(9):25
- Salanueva García M, Iñigo Sanz S, Ibañez Jaso M, Tollar Crespo I, Etxeberria Lusarreta O. Prevención de la hipotermia perioperatoria: factores de riesgo y estrategias de calentamiento activo. Ocronos. 2026;9(9):1128.
- Merino R. Cuidados para Prevenir la Hipotermia Perioperatoria. Cuidando en quirófano. 2019.
- Soto Rojas M, Vindas Jiménez M, Ruiz García D, Obando Estrada S, Soto Miranda JD. Hipotermia perioperatoria: Revisión bibliográfica. Rev Electrónica PortalesMedicos.com. 2025;20(12):767.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: DETECCIÓN DEL DETERIORO Y CUIDADOS ENFERMEROS

Revisión bibliográfica | Priorización, vigilancia y manejo inicial

1. RESUMEN

La obstrucción intestinal puede evolucionar desde un cuadro susceptible de tratamiento conservador hasta isquemia, estrangulación o perforación. En la obstrucción adhesiva del intestino delgado, las guías WSES recomiendan manejo no operatorio en ausencia de peritonitis, estrangulación o isquemia, con vigilancia estrecha y reevaluación. Enfermería contribuye mediante valoración seriada, control hidroelectrolítico, manejo de la descompresión y detección precoz de signos de alarma.

2. PALABRAS CLAVE

Obstrucción intestinal · Íleo · Sonda nasogástrica · Balance hídrico · Enfermería

3. ANTECEDENTES

Las adherencias posquirúrgicas son una causa frecuente de obstrucción del intestino delgado. Otras etiologías incluyen hernias, tumores y vólvulos. La prioridad es identificar gravedad, causa probable y signos de compromiso vascular o peritonitis.

4. OBJETIVOS

Resumir la evidencia sobre evaluación inicial y tratamiento de la obstrucción adhesiva, destacando las intervenciones enfermeras y los criterios de escalada clínica.

5. MÉTODO

Revisión narrativa centrada en las guías Bologna de la World Society of Emergency Surgery (WSES) y literatura relacionada. La síntesis se refiere principalmente a obstrucción adhesiva del intestino delgado; no debe extrapolarse automáticamente a todas las etiologías.

6. RESULTADOS

- VALORACIÓN INICIAL: dolor y patrón, distensión, vómitos, deposiciones/gases, constantes, hidratación, diuresis y antecedentes quirúrgicos.
- ALERTAS: dolor continuo o creciente, defensa/peritonismo, fiebre, taquicardia, hipotensión, oliguria, acidosis/lactato elevado o deterioro general: avisar urgentemente.
- DIAGNÓSTICO: la TC es la prueba de elección cuando existe duda diagnóstica o se precisa valorar complicaciones; decisión médica según imagen y situación clínica.
- MANEJO CONSERVADOR SELECCIONADO: ayuno, descompresión nasogástrica cuando esté indicada, fluidoterapia IV y corrección de electrolitos; control de náuseas, dolor y riesgo de aspiración.
- CUIDADOS: comprobar fijación y permeabilidad de sonda según protocolo, cuantificar y describir débito, balance estricto, control de diuresis, analítica y reevaluación abdominal seriada.
- CIRUGÍA: peritonitis, estrangulación o isquemia contraindican el manejo conservador; no retrasar escalada ante deterioro.

7. CONCLUSIONES

La vigilancia clínica seriada es esencial porque la obstrucción puede complicarse. El manejo conservador solo es apropiado en pacientes seleccionados y bajo supervisión quirúrgica. La detección y comunicación temprana de signos de isquemia, peritonitis o sepsis constituye una prioridad enfermera.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

ten Broek RPG, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update. World J Emerg Surg. 2018;13:24.

World Society of Emergency Surgery. Bologna guidelines full text, open access.

QR: búsqueda bibliográfica en PubMed

HERIDA QUIRÚRGICA: PREVENCIÓN DE INFECCIÓN Y CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Revisión bibliográfica | Seguridad perioperatoria y vigilancia enfermera

1. RESUMEN

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es una complicación relevante y prevenible mediante medidas coordinadas antes, durante y después de la intervención. Las recomendaciones internacionales destacan la higiene preoperatoria, la profilaxis antimicrobiana indicada y administrada en el momento adecuado, la antisepsia cutánea, el control glucémico y el mantenimiento de la normotermia. Enfermería asegura la aplicación consistente de estas medidas y la detección temprana de complicaciones.

2. PALABRAS CLAVE

Herida quirúrgica · Infección del sitio quirúrgico · Prevención · Cura · Enfermería

3. ANTECEDENTES

La ISQ comprende infección superficial, profunda o de órgano/espacio relacionada con una intervención. Su prevención requiere paquetes de medidas y adherencia a protocolos. La valoración debe considerar tipo de cirugía, factores del paciente, evolución de la herida y signos locales o sistémicos.

4. OBJETIVOS

Revisar las medidas preventivas recomendadas y describir los elementos esenciales de valoración, registro y cuidados enfermeros de la herida quirúrgica.

5. MÉTODO

Revisión narrativa de guías de la OMS y CDC y literatura clínica de prevención de ISQ. Se sintetizaron recomendaciones preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias. No se estimó un efecto combinado ni se analizaron historias clínicas.

6. RESULTADOS

- ANTES DE LA CIRUGÍA: baño/ducha corporal con jabón la noche anterior o según protocolo; valoración de factores de riesgo y educación al paciente.
- PROFILAXIS: administrar antibiótico solo cuando esté indicado, con selección y tiempo adecuados para alcanzar concentraciones eficaces en la incisión; no prolongar rutinariamente tras el cierre en cirugía limpia/limpia-contaminada.
- EN QUIRÓFANO: antisepsia cutánea con solución alcohólica salvo contraindicación; técnica aséptica; mantener normotermia y control glucémico.
- DESPUÉS: higiene de manos, técnica limpia/aséptica según procedimiento y protocolo, protección de la herida y educación sobre signos de alarma.
- VALORACIÓN: bordes, aproximación, eritema, calor, edema, dolor, exudado, olor, dehiscencia y estado general. Registrar evolución de forma reproducible y escalar ante sospecha de infección.

7. CONCLUSIONES

La prevención de ISQ es un proceso continuo y multidisciplinar. La aplicación fiable de medidas basadas en guías, junto con una valoración enfermera sistemática y educación al alta, favorece la seguridad. La elección de apósito y frecuencia de cura debe individualizarse según herida, exudado, riesgo y protocolo.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. 2nd ed. Geneva: WHO; 2018.

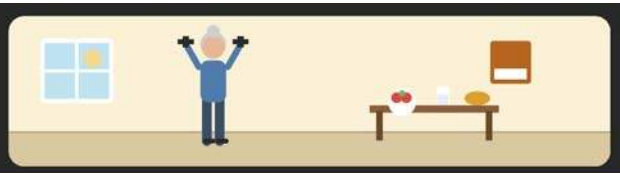
Berríos-Torres SI, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg. 2017;152(8):784-791. doi:10.1001/jamasurg.2017.0904.

CDC. Surgical Site Infection (SSI) Prevention Guideline. Updated/reviewed 2024.

QR: búsqueda bibliográfica en PubMed

Sarcopenia y desnutrición: un círculo vicioso

VIII Congreso Internacional Silver Economy



Resumen

La sarcopenia es la pérdida progresiva de masa y fuerza muscular, y la desnutrición, un aporte insuficiente de energía y nutrientes. Ambas son frecuentes en la persona mayor, se favorecen entre sí y aumentan el riesgo de caídas, fracturas y dependencia.

Palabras clave

Sarcopenia · desnutrición · persona mayor · fuerza muscular · criterios GLIM

Antecedentes

El consenso europeo EWGSOP2 sitúa la medición de la fuerza muscular como primer paso para diagnosticar la sarcopenia, y los criterios GLIM unifican el diagnóstico de la desnutrición a nivel mundial. En mayores con fractura de cadera, la desnutrición se asocia a más riesgo de sarcopenia durante el ingreso.

Causas

Envejecimiento, inactividad física, ingesta insuficiente de energía y proteínas, enfermedades crónicas, problemas de masticación o deglución, polifarmacia, depresión y aislamiento social.

Objetivos

Describir la prevalencia de la sarcopenia y la desnutrición en las personas mayores y los criterios para diagnosticarlas.

Método

Revisión bibliográfica de estudios publicados sobre sarcopenia y desnutrición en personas mayores, con los consensos EWGSOP2 y GLIM como marco diagnóstico. *[Añade bases de datos, palabras clave, periodo de búsqueda y criterios de inclusión si los utilizaste.]*

Resultados

- En personas mayores institucionalizadas, el 60,1% tenía sarcopenia según EWGSOP2, con una gran mayoría con baja fuerza muscular y bajo rendimiento físico (1).
- En un centro sociosanitario, la prevalencia de desnutrición fue del 26,2% con los criterios GLIM y del 18,5% con el MNA (2).
- Los mayores con fractura de cadera y desnutrición mostraron más riesgo de desarrollar sarcopenia durante el ingreso (3).

Conclusiones

Cribar de forma sistemática la fuerza muscular y el estado nutricional permite actuar a tiempo. Una nutrición adecuada, con suficiente proteína, y el ejercicio de fuerza son la base de la prevención y el tratamiento.

Referencias

1. Rodríguez-Rejón AI, Ruiz-López MD, Artacho R. Diagnóstico y prevalencia de sarcopenia en residencias de mayores: EWGSOP2 frente al EWGSOP1. Nutr Hosp. 2019;36(5):1074-80.

2. López-López A, Pérez Castro P, Martínez-López-de-Castro N, Lago-Rivero N. Criterios GLIM para diagnosticar la desnutrición en adultos mayores institucionalizados. Nutr Hosp. 2024;41(6):1188-93.

3. Influencia de la situación de desnutrición e impacto de la suplementación nutricional oral sobre la salud muscular y la mortalidad en personas mayores con fractura de cadera [tesis].

Escanea para ver la bibliografía

Este póster es informativo y no sustituye la consulta médica.

Soledad no deseada en el medio rural

VIII Congreso Internacional Silver Economy



Resumen

La soledad no deseada es un problema de salud pública que afecta a una de cada cinco personas en España. En el medio rural se suman el envejecimiento, la despoblación y la dispersión de los núcleos, aunque el barómetro de 2024 muestra que entre las personas mayores es más frecuente en las grandes ciudades que en el campo.

Palabras clave

Soledad no deseada · medio rural · persona mayor · despoblación · aislamiento social

Antecedentes

La soledad no deseada es el sentimiento negativo de tener menos relaciones sociales, o de peor calidad, de las que se desean, y no equivale al aislamiento social, que es una situación objetiva de poco contacto. Las zonas rurales tienden a la despoblación y al envejecimiento, y muchas personas mayores se van quedando solas.

Causas

Viudedad, vivir solo, pérdida de movilidad, escasez de transporte y de servicios, emigración de los familiares jóvenes, problemas de salud y dificultades de acceso a las tecnologías.

Objetivos

Analizar la magnitud de la soledad no deseada en las personas mayores del medio rural y los factores que se relacionan con ella.

Método

Revisión bibliográfica del Barómetro de la soledad no deseada en España 2024 y de literatura científica y académica sobre soledad y envejecimiento en el medio rural. *[Añade bases de datos, palabras clave, periodo de búsqueda y criterios de inclusión si los utilizaste.]*

Resultados

- El 20% de la población siente soledad no deseada y el 13,5% la sufre de forma crónica, durante más de dos años (1).
- La prevalencia global no varía notablemente entre el entorno urbano y el rural, pero entre las personas mayores es mucho mayor en las grandes ciudades: 25% de los mayores urbanos, frente al 37% de los jóvenes rurales (1).
- Vivir solo duplica la prevalencia (34,5%), y el 53,3% de quienes la sufren tiene menos relaciones familiares de las que desea (1).
- La despoblación y el envejecimiento rurales hacen que muchas personas mayores se queden solas (2,3).

Conclusiones

La soledad de las personas mayores del medio rural no depende solo de vivir en un pueblo: pesan la convivencia, la calidad de las relaciones, la salud y los servicios disponibles. Combatirla exige intervenciones comunitarias y locales que mantengan los vínculos sociales.

Referencias

1. Fundación ONCE, Fundación AXA. Barómetro de la soledad no deseada en España 2024. Madrid; 2024.

2. Flores Martínez RM, Garay Villegas S. Soledad en el curso de vida de las mujeres mayores en México y España. Iberoforum. 2021;1(2):1-30.

3. Gil Marcos N. Proyecto social contra el aislamiento de las personas mayores en las áreas rurales de la Soria vaciada. Comarca de Almazán [TFG]. Universidad de Zaragoza; 2020.

Escanea para ver la bibliografía

Este póster es informativo y no sustituye la consulta médica.

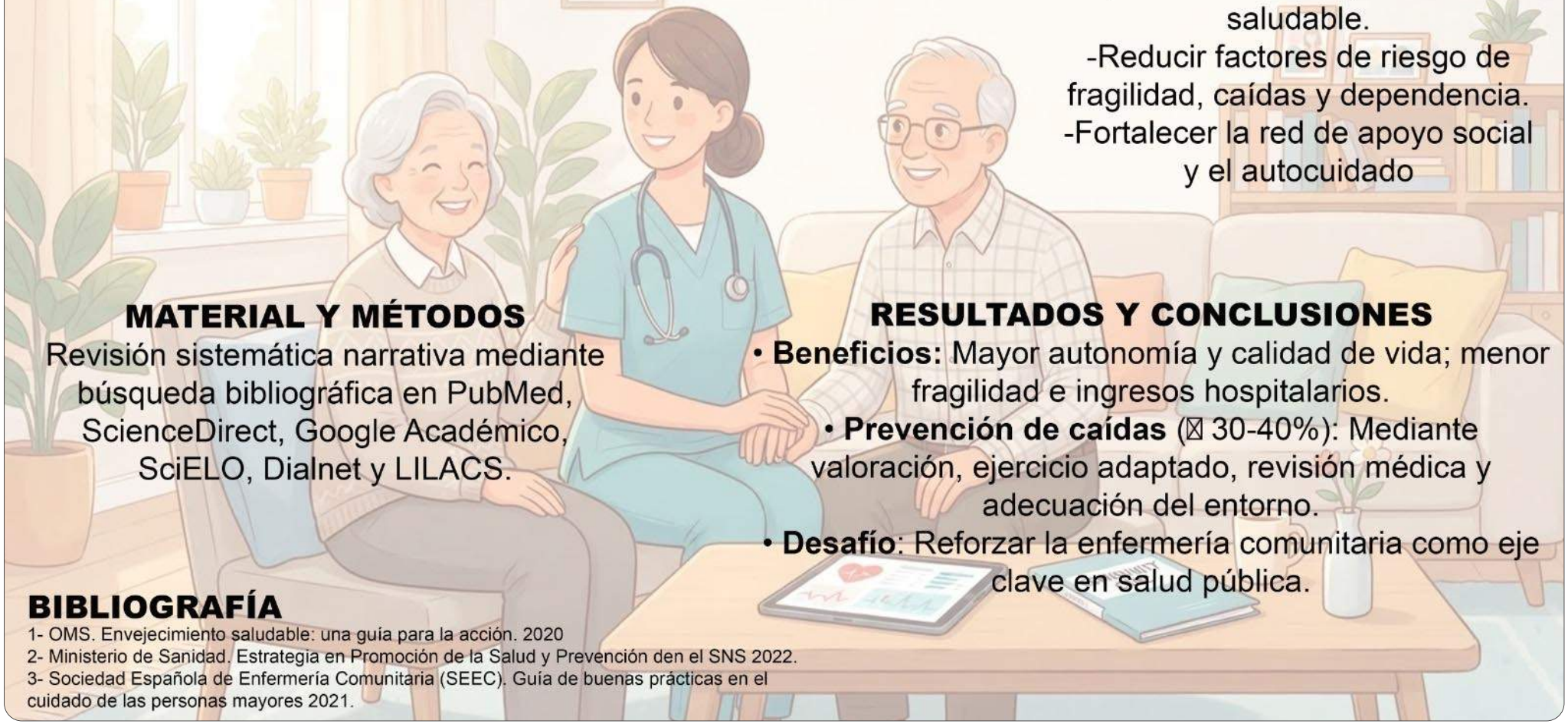
EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA POBLACIÓN MAYOR

INTRODUCCIÓN

La enfermería comunitaria es clave ante el reto del envejecimiento (>20% de la población en España), garantizando una atención integral que promueve la autonomía y el envejecimiento saludable.

OBJETIVOS

-Diseñar e implementar una intervención comunitaria para promover el envejecimiento saludable.
-Reducir factores de riesgo de fragilidad, caídas y dependencia.
-Fortalecer la red de apoyo social y el autocuidado



MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática narrativa mediante búsqueda bibliográfica en PubMed, ScienceDirect, Google Académico, SciELO, Dialnet y LILACS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- **Beneficios:** Mayor autonomía y calidad de vida; menor fragilidad e ingresos hospitalarios.
- **Prevención de caídas** (⊠ 30-40%): Mediante valoración, ejercicio adaptado, revisión médica y adecuación del entorno.
- **Desafío**: Reforzar la enfermería comunitaria como eje clave en salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1- OMS. Envejecimiento saludable: una guía para la acción. 2020
2- Ministerio de Sanidad. Estrategia en Promoción de la Salud y Prevención den el SNS 2022.
3- Sociedad Española de Enfermería Comunitaria (SEEC). Guía de buenas prácticas en el cuidado de las personas mayores 2021.

Delirium hospitalario: prevenirlo es posible

VIII Congreso Internacional Silver Economy



Resumen

El delirium es un síndrome agudo y fluctuante de la atención y la cognición, frecuente en las personas mayores hospitalizadas. En buena parte es prevenible si se actúa desde el ingreso sobre los factores de riesgo modificables, y reconocerlo pronto es clave.

Palabras clave

Delirium · persona mayor · hospitalización · prevención · factores de riesgo

Antecedentes

Se distinguen factores predisponentes, que hacen vulnerable a la persona (edad, deterioro cognitivo, fragilidad), y factores precipitantes, que lo desencadenan (infección, cirugía, fármacos). Hay formas hiperactiva, hipoactiva y mixta, y a menudo no se reconoce.

Causas

Infecciones, cirugía y anestesia, polifarmacia, deshidratación, dolor, privación de sueño, sondas y sujeciones físicas, y alteraciones sensoriales o del entorno hospitalario.

Objetivos

Describir la incidencia, los factores de riesgo y las medidas de prevención no farmacológicas del delirium en la persona mayor hospitalizada.

Método

Revisión bibliográfica de artículos científicos en español sobre el delirium en la persona mayor hospitalizada: incidencia, factores de riesgo y prevención. *[Añade bases de datos, palabras clave, periodo de búsqueda y criterios de inclusión si los utilizaste.]*

Resultados

- Hasta el 22% de los mayores hospitalizados tiene delirium al ingreso y hasta el 31% lo desarrolla durante la estancia; tras una fractura de cadera, la incidencia va del 28% al 61% (1).
- Los factores de riesgo son predisponentes y precipitantes; entre estos últimos figuran las restricciones físicas, la polimedicación, el catéter urinario, la cirugía y la privación de sueño (2,3).
- Afecta a un tercio de los mayores de 70 años hospitalizados y a casi el 80% de los pacientes de UCI (4).

Conclusiones

El delirium es frecuente, pero en gran parte prevenible. Identificar a las personas de riesgo desde el ingreso, evitar sujeciones, sondas y fármacos innecesarios, cuidar el sueño, la hidratación y la orientación, e implicar a la familia ayuda a reducirlo.

Referencias

1. Quesada Astorga D. Delirium en el adulto mayor. Rev Med Cos Cen. 2015.
2. Factores de riesgo asociados al delirio en adultos mayores hospitalizados para tratamiento clínico: revisión integradora. Rev Min Enferm. 2022;26:e-1484.
3. Sospecha de delirium y posibles factores relacionados en el adulto mayor hospitalizado. Av Enferm. 2022;40(3).
4. University of Utah Health. Cómo prevenir el delirio en casa y en el hospital. 2025.

Escanea para ver la bibliografía

Este póster es informativo y no sustituye la consulta médica.

Enfermería especializada en geriatría

Una revisión sistemática para un envejecimiento saludable y sostenible

Autor: Blanca Cabado Alonso

"Enfermería especializada, clave en el reto del envejecimiento"

Resumen

La enfermera especialista en geriatría mejora la calidad asistencial, reduce complicaciones y optimiza recursos.

Su integración en el sistema sanitario es clave para un envejecimiento activo y saludable.

Palabras clave

Enfermería geriátrica · Atención geriátrica · Envejecimiento · Calidad de vida · Sistema sanitario

Antecedentes

- El envejecimiento de la población es un desafío global.
- La enfermería geriátrica especializada no solo cuida, sino que transforma el modelo sanitario.
- Su papel es clave en la prevención de complicaciones y la continuidad asistencial.

Objetivos

General: Analizar la evidencia sobre el papel de las enfermeras especialistas en geriátria en el adaptación del sistema sanitario.

Especificos:

- Identificar sus funciones y competencias.
- Analizar su impacto en la salud y examinar su papel en la continuidad asistencial.
- Explorar los beneficios de la valoración geriátrica integral.

Método

Fuentes

Pubmed,
MedLine,
Cochrane Library

Estrategia

(Aged OR Older Adults)
AND
(Geriatric Nursing)
AND
(Comprehensive Geriatric Assessment)

Criterios

Inclusión:
Estudios en adultos ≥ 65 años, en español e inglés.
Exclusión:
Población joven, sin relación con cuidados geriátricos.

Tipos de estudios

ECA, estudios observacionales y revisiones sistemáticas.



CUIDADOS HOY, MÁS MAÑANA

Profesionales para todas las etapas de la vida

Resultados

Beneficios demostrados

20-40% en reingresos hospitalarios

30% en la preservación de la funcionalidad

Calidad de vida

Impacto en el sistema sanitario

Mayor eficiencia en el uso de recursos.

✓ **Reducción de costes a largo plazo.**

Limitaciones

⚠ Heterogeneidad de estudios.

✓ Necesidad de más investigación comparativa.

"Una inversión estratégica para un envejecimiento saludable"

Conclusiones

- La enfermería geriátrica especializada es clave para adaptar el sistema sanitario al envejecimiento poblacional.
- Su implantación generalizada mejora la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema.
- Se requiere seguir investigando y apostando por su desarrollo y reconocimiento profesional.

Bibliografía

- Parker KJ, McDonagh J, Ferguson C, Hickman LD. Clinical outcomes of nurse-coordinated interventions for frail older adults discharged from hospital: A systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs [Internet]: 2024 November [citado 11 noviembre 2026];33(11):4184-4200. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38951122/
- **Cochrane Library** [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Inc.; c2000-2026 [citado 11 nov 2026]. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/
- Veronese N, Ceukodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, Cella A, Vannacre N, Lora Apple P, Fanucci L, Pilotto A. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. Age Ageing [Internet]. 2022 May 1 [citado 11 nov 2026];51(5):afac 104. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35524746/

Fragilidad y deterioro funcional

VIII Congreso Internacional Silver Economy



Resumen

La fragilidad es un estado de mayor vulnerabilidad ante pequeños estresores que aumenta el riesgo de caídas, discapacidad y dependencia. Se puede detectar y, en muchos casos, frenar o revertir con intervenciones preventivas, por lo que el Sistema Nacional de Salud propone cribarla en las personas mayores.

Palabras clave

Fragilidad · deterioro funcional · persona mayor · caídas · prevención

Antecedentes

La salud de las personas mayores se mide mejor en términos de función que de enfermedad, porque la función determina la esperanza y la calidad de vida y los apoyos necesarios. En España, el documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas, de 2014, se ha actualizado en 2022 y en 2026.

Causas

Edad avanzada, enfermedades crónicas, polifarmacia, inactividad física, malnutrición, deterioro cognitivo, aislamiento social y hospitalizaciones o inmovilizaciones prolongadas.

Objetivos

Describir la fragilidad y el deterioro funcional en la persona mayor y las estrategias de cribado e intervención recomendadas para prevenirlos.

Método

Revisión bibliográfica de los documentos de consenso del Ministerio de Sanidad sobre prevención de la fragilidad y las caídas en la persona mayor (2014, 2022 y 2026). *[Añade bases de datos, palabras clave, periodo de búsqueda y criterios de inclusión si los utilizaste.]*

Resultados

- El documento de consenso propone cribar la fragilidad y el riesgo de caídas en las personas mayores, seguido de una valoración y de una intervención preventiva sobre el deterioro funcional y las caídas (1).
- En 2022 se actualizó el abordaje de la fragilidad: las personas con alta sospecha se reevalúan cada seis meses y las no frágiles, cada año (2).
- En abril de 2026 el Consejo Interterritorial aprobó una nueva actualización, que coordina las intervenciones de los ámbitos sanitario, social y comunitario (3).

Conclusiones

Detectar la fragilidad a tiempo y actuar sobre sus causas modificables, como la actividad física, la nutrición y los fármacos, ayuda a preservar la autonomía. Es clave coordinar la atención primaria, los servicios sociales y la comunidad.

Referencias

1. Ministerio de Sanidad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Madrid; 2014.
2. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022.
3. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor (2026). Madrid; 2026.

Escanea para ver la bibliografía

Este póster es informativo y no sustituye la consulta médica.

Cáncer de mama: la mamografía te cuida

VIII Congreso Internacional Silver Economy



Resumen

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres. La detección precoz mediante mamografía mejora las opciones de tratamiento y el pronóstico.

Palabras clave

Cáncer de mama · mamografía · cribado · detección precoz · autoconocimiento

Antecedentes

El Sistema Nacional de Salud está ampliando el cribado a las mujeres de 45 a 74 años, frente a los 50 a 69 años anteriores. Se mantiene la mamografía cada dos años y las comunidades lo implantan de forma progresiva.

Causas

Edad, antecedentes familiares y mutaciones genéticas (BRCA1 y BRCA2), exposición hormonal prolongada, obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol.

Objetivos

Destacar la importancia de la mamografía periódica entre los 45 y los 74 años y del conocimiento de las propias mamas para consultar ante cualquier cambio.

Método

Revisión bibliográfica de fuentes oficiales y de actualidad sobre el cribado del cáncer de mama en España: la Recomendación del Consejo de la UE de 2022, comunicaciones del Ministerio de Sanidad y de la Moncloa, informes de cobertura y prensa especializada. *[Añade bases de datos, palabras clave, periodo de búsqueda y criterios de inclusión si los utilizaste.]*

Resultados

- El cribado pasa de los 50-69 a los 45-74 años, con mamografía cada dos años y un plazo de hasta seis años para alcanzar casi toda la población (2,3).
- La Comisión de Salud Pública lo aprobó en mayo de 2026 y el Consejo Interterritorial, el proyecto de orden en octubre de 2026 (2,3).
- El cribado sigue por debajo de los niveles previos a la pandemia: coberturas del 75-77% en los grupos más favorecidos y del 60-62% en los más desfavorecidos (datos de 2023) (4).

Conclusiones

La mamografía periódica y un estilo de vida activo ayudan a detectar la enfermedad a tiempo y a reducir el riesgo. Consulta ante un bulto, cambios en la piel o secreción por el pezón.

Referencias

1. Consejo de la UE. Recomendación 2022/C 473/01 sobre el cribado del cáncer. DOUE C 473; 2022 dic 13.

2. Infosalus. Sanidad amplía el cribado de cáncer de mama a mujeres de entre 45 y 74 años. 2026 may 20.

3. La Crónica del Henares. Cribado de mama de 45 a 74 años: Madrid y Guadalajara. 2026 oct 23.

4. Infobae (agencias). El cribado del cáncer de mama sigue por debajo de los niveles previos a la pandemia, según un informe de Sanidad. 2026 jun 25.

Escanea para ver la bibliografía

Este póster es informativo y no sustituye la consulta médica.

Cáncer de cuello de útero: se puede prevenir

VIII Congreso Internacional Silver Economy



Resumen

El cáncer de cuello de útero se debe casi siempre a una infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH). Es en gran parte prevenible mediante la vacunación y el cribado periódico.

Palabras clave

Cáncer de cuello de útero · VPH · citología · cribado · vacunación

Antecedentes

El Sistema Nacional de Salud ofrece cribado a las mujeres de 25 a 65 años: citología en las más jóvenes y prueba del VPH en edades posteriores, según el programa de cada comunidad. Se recomienda cribar también a las mujeres vacunadas.

Causas

Infección persistente por VPH de alto riesgo. Aumentan el riesgo el tabaquismo, la inmunodepresión, varios embarazos y no participar en el cribado.

Objetivos

Informar sobre el papel del VPH, la vacunación y el cribado, y animar a las mujeres de 25 a 65 años a mantener sus revisiones.

Método

Revisión bibliográfica de fuentes oficiales y de actualidad sobre el cribado del cáncer de cuello de útero en España: la Recomendación del Consejo de la UE de 2022, comunicaciones del Ministerio de Sanidad y de la Moncloa, informes de cobertura y prensa especializada. *[Añade bases de datos, palabras clave, periodo de búsqueda y criterios de inclusión si los utilizaste.]*

Resultados

- El SNS cribra a las mujeres de 25 a 65 años: citología cada tres años de los 25 a los 34 y prueba del VPH cada cinco años de los 35 a los 65 (2).
- Se recomienda cribar también a las mujeres vacunadas frente al VPH (3).
- En 2023, el 75,6% de las mujeres de 25 a 64 años declaraba una citología en los últimos cinco años, pero solo el 25,6% de las de 35 a 65 se había hecho la prueba del VPH (4,5).

Conclusiones

La vacunación y el cribado periódico previenen la enfermedad. Conviene seguir acudiendo a las revisiones aunque te encuentres bien y haya pasado la menopausia.

Referencias

1. Consejo de la UE. Recomendación 2022/C 473/01 sobre el cribado del cáncer. DOUE C 473; 2022 dic 13.

2. La Moncloa. Programa de cribado de cáncer de útero y actualización del catálogo de ortoprótesis. 2019 abr 26.

3. Ministerio de Sanidad. Programa de prevención y detección precoz del cáncer de cuello de útero [tríptico]. 2024.

4. Infobae (agencias). El cribado del cáncer de mama sigue por debajo de los niveles previos a la pandemia, según un informe de Sanidad. 2026 jun 25.

5. Hablando en Plata. El cribado del cáncer de mama sigue por debajo de los niveles previos a la pandemia, según un informe de Sanidad. 2026 jul 1.

Escanea para ver la bibliografía

Este póster es informativo y no sustituye la consulta médica.

Cáncer colorrectal: la detección precoz salva vidas

VIII Congreso Internacional Silver Economy



Resumen

El cáncer colorrectal es uno de los tumores más frecuentes en ambos sexos y su riesgo aumenta con la edad. Se origina casi siempre en pólipos que tardan años en malignizarse, por lo que el cribado permite detectarlo en fases tempranas e incluso prevenirlo.

Palabras clave

Cáncer colorrectal · cribado · detección precoz · personas mayores · prevención

Antecedentes

El Sistema Nacional de Salud ofrece el cribado con la prueba de sangre oculta en heces, que se completa con una colonoscopia si es positiva. Se ha aprobado ampliar la población diana a las personas de 50 a 74 años, frente a los 50 a 69 años anteriores.

Causas

Edad superior a 50 años, antecedentes familiares, enfermedad inflamatoria intestinal, tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, sedentarismo y una dieta rica en carnes procesadas y pobre en fibra.

Objetivos

Dar a conocer los factores de riesgo y la utilidad del cribado, y fomentar la participación de las personas de 50 a 74 años en los programas de detección precoz.

Método

Revisión bibliográfica de fuentes oficiales y de actualidad sobre el cribado del cáncer colorrectal en España: la Recomendación del Consejo de la UE de 2022, comunicaciones del Ministerio de Sanidad y de la Moncloa, informes de cobertura y prensa especializada. *[Añade bases de datos, palabras clave, periodo de búsqueda y criterios de inclusión si los utilizaste.]*

Resultados

- El cribado del SNS se dirige a personas de 50 a 69 años y se ha aprobado ampliarlo hasta los 74, siguiendo las recomendaciones europeas (1-3).
- La prueba inicial es la de sangre oculta en heces, seguida de colonoscopia si es positiva (1).
- En 2023, el 38,7% de las personas de 50 a 69 años declaraba haberse hecho la prueba en los últimos dos años, frente al 3,4% de 2009 (4).

Conclusiones

El cribado y los hábitos de vida saludables son las herramientas más eficaces para reducir el impacto de la enfermedad. Ante sangre en las heces, cambios persistentes del ritmo intestinal o cansancio sin causa, consulta a tu médico.

Referencias

1. Consejo de la UE. Recomendación 2022/C 473/01 sobre el cribado del cáncer. DOUE C 473; 2022 dic 13.

2. El Debate. Sanidad ampliará el cribado colorrectal hasta los 74 años. 2024 mar 23.

3. Redacción Médica. Cataluña ampliará el cribado de cáncer de colon durante este semestre. [citado 2026 nov 6].

4. Hablando en Plata. El cribado del cáncer de mama sigue por debajo de los niveles previos a la pandemia, según un informe de Sanidad. 2026 jul 1.

Escanea para ver la bibliografía

Este póster es informativo y no sustituye la consulta médica.

HERIDA QUIRÚRGICA: PREVENCIÓN DE INFECCIÓN Y CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Revisión bibliográfica | Seguridad perioperatoria y vigilancia enfermera

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

1. RESUMEN

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es una complicación relevante y prevenible mediante medidas coordinadas antes, durante y después de la intervención. Las recomendaciones internacionales destacan la higiene preoperatoria, la profilaxis antimicrobiana indicada y administrada en el momento adecuado, la antisepsia cutánea, el control glucémico y el mantenimiento de la normotermia. Enfermería asegura la aplicación consistente de estas medidas y la detección temprana de complicaciones.

2. PALABRAS CLAVE

Herida quirúrgica · Infección del sitio quirúrgico · Prevención · Cura · Enfermería

3. ANTECEDENTES

La ISQ comprende infección superficial, profunda o de órgano/espacio relacionada con una intervención. Su prevención requiere paquetes de medidas y adherencia a protocolos. La valoración debe considerar tipo de cirugía, factores del paciente, evolución de la herida y signos locales o sistémicos.

4. OBJETIVOS

Revisar las medidas preventivas recomendadas y describir los elementos esenciales de valoración, registro y cuidados enfermeros de la herida quirúrgica.

5. MÉTODO

Revisión narrativa de guías de la OMS y CDC y literatura clínica de prevención de ISQ. Se sintetizaron recomendaciones preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias. No se estimó un efecto combinado ni se analizaron historias clínicas.

6. RESULTADOS

- ANTES DE LA CIRUGÍA: baño/ducha corporal con jabón la noche anterior o según protocolo; valoración de factores de riesgo y educación al paciente.
- PROFILAXIS: administrar antibiótico solo cuando esté indicado, con selección y tiempo adecuados para alcanzar concentraciones eficaces en la incisión; no prolongar rutinariamente tras el cierre en cirugía limpia/limpia-contaminada.
- EN QUIRÓFANO: antisepsia cutánea con solución alcohólica salvo contraindicación; técnica aséptica; mantener normotermia y control glucémico.
- DESPUÉS: higiene de manos, técnica limpia/aséptica según procedimiento y protocolo, protección de la herida y educación sobre signos de alarma.
- VALORACIÓN: bordes, aproximación, eritema, calor, edema, dolor, exudado, olor, dehiscencia y estado general. Registrar evolución de forma reproducible y escalar ante sospecha de infección.

7. CONCLUSIONES

La prevención de ISQ es un proceso continuo y multidisciplinar. La aplicación fiable de medidas basadas en guías, junto con una valoración enfermera sistemática y educación al alta, favorece la seguridad. La elección de apósito y frecuencia de cura debe individualizarse según herida, exudado, riesgo y protocolo.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. 2nd ed. Geneva: WHO; 2018.

Berríos-Torres SI, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg. 2017;152(8):784-791. doi:10.1001/jamasurg.2017.0904.

CDC. Surgical Site Infection (SSI) Prevention Guideline. Updated/reviewed 2024.

QR: búsqueda bibliográfica en PubMed

Estrategias de Conteo de Hidratos de Carbono para el Control Glucémico: Una Revisión Educativa

RESUMEN
El conteo de hidratos de carbono es una herramienta fundamental para controlar la diabetes ya que relaciona la cantidad de alimentos ingeridos con la dosis de insulina necesaria. Esto mejora la autonomía del paciente y facilita el control glucémica además de ser esencial para prevenir complicaciones

1.ANTECEDENTES

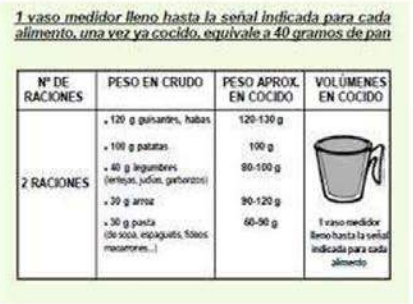
El control metabólico en la diabetes mellitus (DM) depende directamente de la relación entre la ingesta de nutrientes y la dosis de insulina. Los hidratos de carbono (HC) son los macronutrientes con mayor impacto en la glucemia postprandial. El conteo de HC surge como una herramienta terapéutica esencial para flexibilizar la dieta del paciente y optimizar los niveles de HbA1c.

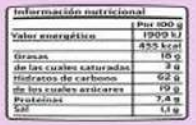
2. OBJETIVOS

Sintetizar las metodologías actuales para el cálculo de raciones de HC.
Identificar las herramientas visuales más eficaces para la educación del paciente.
Analizar el impacto del conteo de HC en el control de la diabetes tipo 1 y tipo 2.

PALABRAS CLAVE:
CARBOHIDRATOS
CONTROL GLUCEMICO
DIABETES







3. METODOLOGÍA

Revisión sistemática de literatura científica y guías de práctica clínica (2020-2024).
Se seleccionaron 5 fuentes clave mediante búsqueda en PubMed y MDPI usando los descriptores: carbohydrate counting, diabetes control y glycemic index.

4.RESULTADOS

Hay 3 pilaresfundamentales como herramienta para el control de la diabetes Herramient
Tablas de Equivalencias Permiten al paciente sustituir alimentos manteniendo la misma carga glucémica.
Lectura de Etiquetas Identificación de "Carbohidratos Totales" vs "Azúcares" para evitar errores de dosificación.
El Plato de la Diabetes Método visual para pacientes que no realizan pesaje exacto, priorizando fibra y vegetales.

5. CONCLUSIÓN

El conteo de hidratos de carbono, apoyado en materiales visuales y raciones estandarizadas, mejora significativamente la autonomía del paciente y el control glucémico. La educación continua en la lectura de etiquetas y el uso de tablas de equivalencias actualizadas es imprescindible para prevenir complicaciones agudas .

Envejecer tras la poliomielitis:

sarcopenia, nutrición y calidad de vida

Estudio transversal multidimensional en 78 adultos con antecedentes de poliomielitis

Sandra Núñez Rodríguez[1] · **Félix Menéndez Vega**[1]
[1] Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Isabel I, Burgos, España
VIII Congreso Internacional Silver Economy · Zamora 2026

ANTECEDENTES

Infancia
Poliomielitis aguda
Epidemias en España hasta la vacunación sistemática de los años 60 [3]

Vida adulta
Secuelas neuromusculares
En la muestra: 77,0 % cirugía ortopédica y 74,3 % ortesis o ayuda técnica (n = 74)

Envejecimiento
Cargas superpuestas
SPP: nueva debilidad, fatiga y dolor décadas después [1,2], junto a los cambios de la edad

Hoy
Valoración integral
Función, músculo, nutrición y ánimo, evaluados en conjunto

Esquema conceptual: las trayectorias son heterogéneas y este estudio transversal no evalúa la secuencia temporal. SPP: síndrome pospoliomielitis.

OBJETIVO

Describir el rendimiento físico, la sarcopenia, el estado nutricional, la actividad física, la calidad de vida y el perfil psicosocial de adultos con secuelas de poliomielitis, y analizar sus asociaciones para identificar factores potencialmente modificables.

RESUMEN

Estudio transversal en 78 adultos con antecedentes de poliomielitis (mediana 66,5 años). El riesgo de fragilidad por rendimiento físico, la sarcopenia y la vulnerabilidad nutricional y emocional fueron frecuentes. La sarcopenia más grave se acompañó de peor nutrición, más fatiga y más síntomas depresivos. La carga de secuelas se asoció de forma independiente con peor calidad de vida, y la actividad física, con mejor función y nutrición.

Palabras clave: síndrome pospoliomielitis; envejecimiento; fragilidad; sarcopenia; estado nutricional; calidad de vida; actividad física

MÉTODO

Transversal	n = 78	2026
observacional	adultos	abril y junio

Muestreo no probabilístico en asociaciones de afectados; valoración presencial única. Mayoría con SPP diagnosticado; el resto, otros efectos tardíos sin criterios completos de SPP.

Rendimiento físico	SPPB 0–12 (riesgo ≤ 9) [4]
Sarcopenia	EWGSOP2: dinamometría + BIA [5,6]
Nutrición	MNA 0–30 [8]
Actividad física	IPAQ, MET-min/semana
Calidad de vida	EQ-5D (índice, EVA)
Fatiga · ánimo	FSS · GDS-15
Carga de secuelas	IPPS

Análisis: ANOVA + Tukey; Spearman (FDR); regresión lineal múltiple; Tobit 0–12 (bootstrap).

RESULTADOS

74,0 % 54/73
riesgo de fragilidad por rendimiento físico (SPPB ≤ 9)
Riesgo 74,0 · Sin riesgo 26,0

30,6 % 22/72
sarcopenia probable, confirmada o grave (EWGSOP2)
No 69,4 · Prob. 16,7 · Conf./grave 13,9

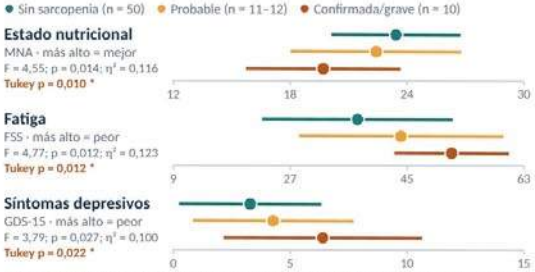
44,6 % 33/74
riesgo de desnutrición (MNA) · 9,5 % desnutrición (7/74)
Normal 45,9 · Riesgo 44,6 · Desn. 9,5

37,0 % 27/73
cribado positivo de síntomas depresivos (GDS-15)
Positivo 37,0 · Negativo 63,0

Porcentajes sobre participantes con datos válidos (n/N). Mediana SPPB 6 [RIC 2–10]; índice EQ-5D 0,41 ± 0,13 (n = 74).

Sarcopenia y vulnerabilidad multidimensional

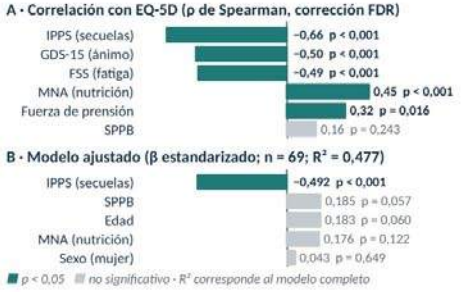
Media ± DE por grupo EWGSOP2 (ANOVA; post hoc de Tukey)



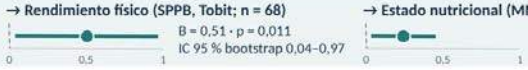
** Sin sarcopenia frente a confirmada/grave; el grupo probable no difirió de ninguno de los otros dos. EQ-5D, IPPS e IPAQ: sin diferencias significativas.*

Calidad de vida (índice EQ-5D)

Correlación bivariada frente a asociación ajustada: la nutrición se correlaciona, pero no de forma independiente



Actividad física (log IPAQ)
único factor asociado de forma independiente en dos modelos



CONCLUSIONES

En adultos con secuelas de poliomielitis, el rendimiento físico alterado, la sarcopenia y la vulnerabilidad nutricional y emocional fueron frecuentes e interrelacionados. La carga de secuelas fue el único factor asociado de forma independiente con peor calidad de vida; la actividad física, el único correlato potencialmente modificable de mejor función y nutrición.

Envejecer tras la polio exige mirar a la vez función, músculo, nutrición y ánimo: es el punto de partida para proteger la autonomía.

IMPLICACIONES · SILVER ECONOMY

Propuestas derivadas de los resultados; no evaluadas en este estudio

1. **Detección:** SPPB y EWGSOP2 periódicos, también antes de los 65 años
2. **Valoración conjunta:** nutrición, fatiga y ánimo junto a la salud muscular
3. **Actividad física:** individualizada y no fatigante [7]; eficacia a evaluar en ensayos
4. **Interdisciplinar:** rehabilitación, terapia ocupacional, nutrición y psicología, orientadas a la autonomía
5. **Investigación:** cohortes longitudinales y medición objetiva de la actividad

Limitaciones: diseño transversal (sin inferencia causal); muestreo no probabilístico; grupo confirmada/grave n = 10; IPAQ autoinformado; SPPB como indicador de riesgo, no fenotipo de fragilidad; muestra mixta (SPP y otros efectos tardíos).

Referencias: [1] Punsoni M, et al. Neurol Int. 2023;15(2):569-79. [2] Li Shing S, et al. Front Neurol. 2019;10:773. [3] Fernández-Solana J, et al. Rev Esp Salud Publica. 2025;99:e202510064. [4] Guralnik JM, et al. J Gerontol. 1994;49(2):M85-94. [5] Cruz-Jentoft AJ, et al. Age Ageing. 2019;48(1):16-31. [6] Chen LK, et al. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(3):300-7. [7] Agre JC. Ann N Y Acad Sci. 1995;753:321-34. [8] Vellas B, et al. Nutrition. 1999;15(2):116-22.
Abreviaturas: BIA, bioimpedancia; DE, desviación estándar; FDR, tasa de falsos descubrimientos; IPPS, índice de secuelas pospolio; RIC, rango intercuartílico; SPP, síndrome pospoliomielitis. Estudio en el marco de la Cátedra para el Estudio de los Afectados de la Polio y Síndrome Postpolio (Universidad de Burgos) con POLIOCyL. Aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos (IO 28/2024).

¿APORTA BENEFICIOS ADICIONALES LA COGNICIÓN COTIDIANA AL EJERCICIO TERAPEÚTICO EN EL ADULTO MAYOR?

Palabras clave: adulto mayor, ejercicio terapéutico, cognición cotidiana, entrenamiento de fuerza, terapia ocupacional.

1. RESUMEN

Se compararon dos modalidades de ejercicio terapéutico (fuerza y multicomponente) y el posible beneficio añadido de una intervención de cognición cotidiana sobre la capacidad cognitiva y funcional de personas mayores de 65 años. Tras 32 semanas de intervención con un total de 102 sujetos no se observaron diferencias significativas entre grupos ni en cognición global ni autonomía instrumental. Sin embargo, la modalidad de fuerza mostró resultados favorables en algunas variables de desempeño físico, especialmente en velocidad de la marcha.

2. ANTECEDENTES

El envejecimiento se asocia a una pérdida de capacidades físicas y cognitivas, comprometiendo la autonomía y calidad de vida en el adulto mayor. El ejercicio físico, especialmente el entrenamiento de fuerza, se considera una de las principales estrategias para preservar la capacidad funcional. Sin embargo, es necesario profundizar en el posible beneficio sobre las capacidades cognitivas al combinar ejercicio físico y actividades cognitivas basadas en actividades de la vida cotidiana.

3. OBJETIVO

Valorar el efecto del ejercicio terapéutico de fuerza sobre la capacidad cognitiva y funcional en personas mayores de 65 años, comparándolo con ejercicio multicomponente y considerando la incorporación de cognición cotidiana.

4. MÉTODO

DISEÑO: estudio prospectivo, longitudinal y cuasiexperimental.

PARTICIPANTES: 102 adultos mayores de 65 años no institucionalizados participantes en un programa de revitalización geriátrica divididos en 4 grupos:

- GF n= 28 — Fuerza
- GF + TO n= 24 — Fuerza + cognición cotidiana
- GR n= 24 — Multicomponente
- GR + TO n= 26 — Multicomponente + cognición cotidiana

INTERVENCIONES:

Evaluación pre y post-intervención

- Anamnesis
- Cognición: MoCA
- Autonomía: Lawton-Brody
- Función: marcha 4 m, TUG, SPPB y FSST.
- Fuerza: levantarse de la silla y dinamometría de prensión.

DOSIS Y CONTENIDO

-GF y GR: 3 sesiones semanales de 50 min 32 semanas.

- + TO: 1 sesión semanal de 50 min de cognición cotidiana adicional (no simultáneamente al ejercicio)

5. RESULTADOS

- No se observaron diferencias significativas entre grupos en cognición (MoCA, p = 0,870) ni autonomía funcional (p = 0,886).
- La cognición cotidiana no aportó mejoras cognitivas adicionales.
- El grupo de fuerza obtuvo resultados favorables en velocidad de marcha (p = 0,008).
- Se observaron diferencias en TUG (p = 0,047), pero no en SPPB (p = 0,392).
- En el FSST, las diferencias no se mantuvieron en las comparaciones por pares.

6. CONCLUSIONES

La incorporación de cognición cotidiana al ejercicio terapéutico no produjo beneficios cognitivos adicionales de manera significativa en el adulto mayor. El entrenamiento de fuerza destacó en algunas variables de capacidad funcional, especialmente en la velocidad de la marcha.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY
ZAMORA, 26, 27 Y 28 DE NOVIEMBRE DE 2026

One Test, Different Results: How MoCA Adjustments Influence Cognitive Impairment Screening in Older Adults

Authors:
Affiliations:

ABSTRACT

Objectives: To compare the proportion of cognitive impairment identified using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) according to different adjustment methods (Nasreddine et al., 2005; Ojeda et al., 2016; Pereiro et al., 2017) based on age and/or educational level.
Methods: A total of 101 older adults (70.3% women; mean age 73.5 ± 7.3 years) underwent a comprehensive neuropsychological assessment.
Results: The proportion of cognitive impairment detected varied considerably depending on the adjustment method: 65.3% with the original cutoff (Nasreddine et al., 2005), 35.6% with the adjustment proposed by Ojeda et al. (2016), and 23.8% with the adjustment proposed by Pereiro et al. (2017).
Conclusions: Appropriate adjustments for age and education are essential to avoid overestimation of cognitive impairment when using the MoCA in older adults.

KEYWORDS

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) · cognitive impairment · ageing · educational level · normative adjustment · screening

BACKGROUND

- The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is a widely used cognitive screening tool for the early detection of mild cognitive impairment (MCI) and dementia.
- MoCA performance is influenced by sociodemographic factors, particularly age and educational level.
- Using non-adjusted cutoffs may lead to an overestimation of cognitive impairment, especially in individuals with higher education or younger age within the older population.

OBJECTIVES

To compare the proportion of cognitive impairment detected with the MoCA according to different adjustment methods (Nasreddine et al., 2005; Ojeda et al., 2016; Pereiro et al., 2017) considering educational level and/or age.

METHODS

Participants

n = 101

- Age: 73.5 ± 7.3 years (range 65–96)
- 70.3% women
- A Coruña, Spain

Neuropsychological assessment

- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- Luria–DNA battery (memory and attentional control subtests)
- Benton Visual Retention Test (BVRT) (immediate and delayed recall)
- Trail Making Test (TMT)
- Digit Span (WAIS)

MoCA adjustment methods

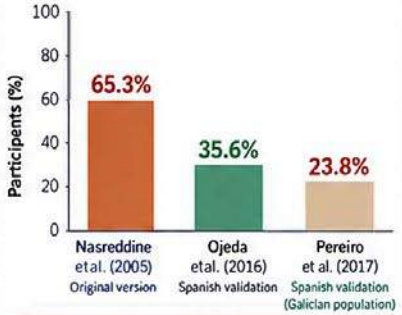
Nasreddine et al. (2005)
Original version of the test
Original cutoff (26 points)
Adjustment: +1 point if ≤ 12 years of education

Ojeda et al. (2016)
Spanish validation
Age- and education-adjusted **cutoffs**
Suggested cutoffs for 9 age ranges and according to educational level

Pereiro et al. (2017)
Spanish validation (Galician population)
Age- and education-adjusted **cutoffs**
Percentiles for 7 age ranges and according to educational level (high > 13 years; low ≤ 13 years)

RESULTS

Proportion of cognitive impairment detected with each adjustment method



Classification according to adjustment method

MoCA	Nasreddine et al. (2005) Original version	Ojeda et al. (2016) Spanish validation	Pereiro et al. (2017) Spanish validation (Galician population)
Cognitive impairment n (%)	66 (65.3%)	36 (35.6%)	24 (23.8%)
Normal cognitive performance n (%)	35 (34.7%)	65 (64.4%)	77 (76.2%)

Comparison with comprehensive neuropsychological assessment

- Many participants classified as impaired using the original cutoff (Nasreddine et al., 2005) showed normative or even high performance in the rest of the neuropsychological tests.
- The overestimation of cognitive impairment was particularly evident in younger participants (range 65–73 years) and those with higher educational level (> 13 years) when using the adjustment proposed by Ojeda et al. (2016).

CONCLUSIONS

1. The choice of adjustment method significantly influences the proportion of cognitive impairment detected with the MoCA in older adults.
2. Appropriate adjustments for age and educational level are essential to avoid overestimation of cognitive impairment.
3. A comprehensive neuropsychological assessment remains necessary to accurately interpret MoCA results.

REFERENCES

1. Nasreddine ZS, et al. The Montreal Cognitive Assessment. MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005;53(4):695–699.
2. Ojeda N, et al. Validación española del Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Neurología. 2016;31(6):385–390.
3. Pereiro AX, et al. Validación del MoCA en población gallega. Rev Neurol. 2017;64(1):1–7.
4. Freitas S, et al. Montreal cognitive assessment: influence of sociodemographic and health variables. Arch Clin Neuropsychol. 2012;27:165–75.

ACKNOWLEDGMENTS

This work was supported by the Spanish Ministry of Science and Innovation: MICIU/AEI/10.13039/501100011033/ [Grant PID2025-167722OB-I00] and Xunta de Galicia (ED431B 2022/16-ED481A-2025-085).

EL IMPACTO DE LA XEROSTOMÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Resumen: La xerostomía o sensación de boca seca es una condición altamente prevalente en la tercera edad, agravada por la polifarmacia. Este trabajo analiza su repercusión directa en la salud bucodental y la calidad de vida de los pacientes geriátricos, proponiendo estrategias de manejo clínico y domiciliario para mitigar sus efectos adversos.

AUTORES: Andrea Rodriguez De la Torre, María Mercedes Martínez Turienzo, María Cristina Martínez Turienzo, María Miguelez Rodríguez, María Miguelez Turienzo, Silvia María López García.

Palabras clave: Xerostomía, polifarmacia, salud bucodental, tercera edad, calidad de vida.

Antecedentes: El envejecimiento poblacional ha incrementado el consumo crónico de fármacos (antihipertensivos, antidepresivos, antihistamínicos), los cuales alteran la función de las glándulas salivales. La reducción del flujo salival compromete la autolimpieza oral, la deglución y el confort diario.

Objetivos: Evaluar la relación entre los tratamientos farmacológicos múltiples y el índice de xerostomía en mayores de 65 años, y establecer directrices de prevención para la práctica higiénica diaria.

Metodología: Planteamiento de una revisión bibliográfica sistemática de estudios clínicos recientes y guías de práctica clínica sobre geriodontología, enfocada en la evaluación de escalas de sequedad bucal y protocolos de sustitutos salivales.

Resultados: Se identifica que más del 60% de los pacientes polimedicados presentan grados moderados a severos de xerostomía, lo que eleva exponencialmente el riesgo de caries radicular y lesiones mucosas. El uso de geles humectantes y estimulantes salivales mejora significativamente la percepción de confort.

Conclusiones: La xerostomía no debe considerarse un proceso normal del envejecimiento. La intervención del higienista dental es clave en la detección precoz y en la educación sobre el uso de productos específicos de hidratación oral.



"NO HAGAS POR MÍ LO QUE TODAVÍA PUEDO HACER"



El papel de enfermería en el fomento de la autonomía en las personas mayores

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población constituye uno de los principales retos actuales para los sistemas sanitarios, debido a la necesidad de adaptar los cuidados a los cambios físicos, psicológicos y sociales que acompañan a esta etapa de la vida. A medida que aumenta la edad, algunas personas pueden experimentar una disminución de sus capacidades funcionales, lo que puede dificultar la realización de actividades básicas de la vida diaria y comprometer su independencia.

En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de la autonomía de las personas mayores, mediante cuidados individualizados que permitan conservar sus capacidades, fomentar el autocuidado y prevenir la aparición o el agravamiento de situaciones de dependencia. Para ello, resulta esencial identificar las necesidades de cada persona, potenciar sus habilidades y favorecer su participación activa en las decisiones relacionadas con su salud y bienestar.

Por tanto, el objetivo de los cuidados enfermeros no debe limitarse a atender las necesidades de la persona mayor, sino también a proporcionarle las herramientas y el apoyo necesarios para que pueda desarrollar sus actividades cotidianas con la mayor independencia posible, respetando siempre su dignidad, preferencias y capacidad de decisión.



METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica (2006-2025) Completada con OMS y BOE

Bases de datos:

- PUBMED/MEDLINE
- CINAHL
- SCOPUS
- SCIELO
- BIBLIOTECA COCHRANE

PALABRAS CLAVE

Aged, personal autonomy, self care, nursing care, healthy aging

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN ENFERMERA



OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar el papel de la enfermería en la promoción de la autonomía y la independencia funcional de las personas mayores, favoreciendo su calidad de vida.

Objetivos específicos:

1. Identificar intervenciones enfermeras que fomenten el autocuidado y la autonomía.
2. Promover la independencia en las actividades de la vida diaria.
3. Prevenir la fragilidad, las caídas y el deterioro funcional.
4. Fomentar la participación activa de las personas mayores en las decisiones sobre su salud.
5. Impulsar unos cuidados individualizados y centrados en la persona.

RESULTADOS

La **revisión bibliográfica** pone de manifiesto que enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de la autonomía y el mantenimiento de la independencia funcional de las personas mayores.

Los estudios realizados destacan que:

- **Promoción del autocuidado:** la educación sanitaria y el entrenamiento en hábitos saludables favorecen la implicación de las personas mayores en el cuidado de su propia salud.
- **Mantenimiento de la independencia funcional:** las intervenciones dirigidas a potenciar las capacidades para realizar actividades de la vida diaria contribuyen a preservar la autonomía.
- **Prevención de caídas y fragilidad:** los programas de ejercicio físico, educación y prevención multifactorial ayudan a reducir riesgos y conservar la capacidad funcional.
- **Atención individualizada:** la valoración integral permite adaptar los cuidados a las necesidades y capacidades de cada persona, evitando la sobreprotección.
- **Participación en la toma de decisiones:** el respeto a las preferencias individuales y la implicación de la persona mayor en sus cuidados favorecen su autonomía y dignidad.

BIBLIOGRAFÍA

CONCLUSIONES

"CUIDAR TAMBIÉN ES FOMENTAR LA CAPACIDAD DE DECIDIR, PARTICIPAR Y VIVIR CON AUTONOMÍA"

La enfermería constituye una figura clave en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores. Mediante la promoción del autocuidado, la prevención de la fragilidad y la valoración funcional, contribuye a preservar la independencia y mejorar la calidad de vida.

Asimismo, los cuidados individualizados y centrados en la persona permiten respetar sus capacidades, preferencias y decisiones, favoreciendo un envejecimiento digno y saludable.

ABUELAS Y LACTANCIA: VALOR SOCIAL DEL CUIDADO INTERGENERACIONAL

1.RESUMEN

- La lactancia materna (LM) aporta importantes beneficios para la salud materno-infantil y representa una oportunidad para la Silver Economy al fortalecer el papel activo de las personas mayores en la promoción de la salud. Esta revisión analiza cinco estudios recientes sobre la percepción de las gestantes, el papel de las abuelas y los factores que influyen en la LM. Los resultados muestran que la educación prenatal, el apoyo familiar y las actitudes positivas de las abuelas se asocian con mayores tasas de lactancia materna exclusiva. Se identifican áreas de mejora en la formación dirigida tanto a profesionales como a familias, especialmente a las abuelas. Integrar a las personas mayores en estrategias de promoción de la LM puede contribuir a un envejecimiento activo, saludable y socialmente útil.

2. PALABRAS CLAVE

- Lactancia Materna
- Relaciones Intergeneracionales
- Apoyo Social
- Promoción de la Salud
- Envejecimiento Saludable

4. OBJETIVO

Analizar la influencia de las abuelas sobre la lactancia materna, identificando los mecanismos de transmisión intergeneracional de conocimientos, actitudes y prácticas.

3. ANTECEDENTES

- La LM constituye la forma óptima de alimentación infantil por sus beneficios sobre la salud del recién nacido y de la madre. Diversos factores biopsicosociales condicionan su inicio y mantenimiento, entre ellos la edad materna, la autoeficacia, el apoyo social, la situación laboral y las complicaciones obstétricas. Asimismo, la educación prenatal y las recomendaciones profesionales influyen significativamente en los conocimientos y actitudes hacia la lactancia.
- Desde la perspectiva de la Silver Economy, las personas mayores representan un recurso estratégico para la promoción de hábitos saludables mediante la transmisión de conocimientos, experiencias y apoyo intergeneracional.

5. METODO

- Revisión narrativa
- 2020-2026
- Documentos Español e inglés
- Bases de datos: PubMed, Biblioteca Sanitaria Online de Castilla y León

6. RESULTADOS



Influencia de las abuelas en el mantenimiento de la lactancia

- Apoyo emocional y práctico
- Consejo y orientación en la crianza
- Figura de confianza en el puerperio



Apoyo intergeneracional y lactancia materna exclusiva

- Acompañamiento durante la maternidad
- Ayuda en el cuidado familiar y doméstico
- Refuerzo de confianza materna



Conocimientos favorables y barreras persistentes

- Trasmisión de conocimientos basados en la experiencia.
- Reconocimiento de los beneficios de la lactancia
- Necesidad de actualizar creencias y resolver mitos



Transmisión de significados y experiencias

- La experiencia personal de lactancia influye en los mensajes transmitidos
- Equilibrio entre maternidad, vida personal y autonomía
- Modelos positivos para nuevas generaciones



Participación activa de las personas mayores

- Cuidados directos, apoyo doméstico y acompañamiento
- Recurso social para la sostenibilidad de los cuidados familiares y la promoción de la salud comunitaria

7. CONCLUSIONES

- Las abuelas son un activo clave en la promoción de la lactancia materna.
- Su apoyo y experiencia favorecen la transmisión intergeneracional de conocimientos, refuerzan el éxito de la lactancia y contribuyen al envejecimiento activo y a la Silver Economy.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Asimaki E, Dagla M, Sarantaki A, Iliadou M. Main Biopsychosocial Factors Influencing Breastfeeding: A Systematic Review. Maedica.[Internet] 2022 [citado el 15/10/26];17(4):955-962. Disponible en: https://doi.org/10.26574/maedica.2022.17.4.955
2. .Arnedillo-Sánchez S, Suffo-Abouza JA, Carmona-Rodríguez MA, Morilla-Romero-de-la-Osa R, Arnedillo-Sánchez I. Importance Assigned to Breastfeeding by Spanish Pregnant Women and Associated Factors. Nutrients. [Internet] 2024 [citado el 15/10/26];16:2116. Disponible en: https://doi.org/10.3390/nu16132116
3. Rodríguez-Vázquez R, Jiménez-Fernández R, Corral-Liria I, Cabrera-Fernández S, Losa-Iglesias ME, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R. Intergenerational Transmissible Meanings in Breastfeeding in Spain: A Phenomenological Study. J Pediatr Nurs. [Internet] 2020[citado el 15/10/26];51:e108-e114. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.017
4. Angelo BHB, Pontes CM, Sette GCS, Leal LP. Knowledge, Attitudes and Practices of Grandmothers Related to Breastfeeding: A Meta-synthesis. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet] 2020[citado el 16/10/26];28:e3214. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3097.3214
5. Wu JL, Zhang XY, Jiang XM. Does the Grandmother Matter? Knowledge and Attitudes in Intergenerational Transmission of Breastfeeding: A Cross-Sectional Study. J Hum Lact. [Internet] 2026[citado el 16/10/26]. Disponible en: https://doi.org/10.1177/08903344261434533

Voluntariado Senior:
Implicaciones para el bienestar y la sociedad



Resumen

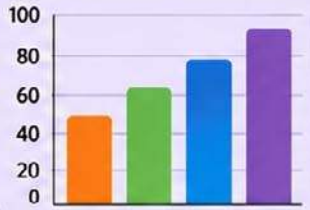
El **voluntariado senior** mejora la vida de las personas mayores que participan, les permite mantenerse activas, sentirse útiles y conectadas con la comunidad. Además, aporta **beneficios para la sociedad**, como una mayor solidaridad y el fortalecimiento del tejido social.

Objetivos

- Analizar el impacto en el bienestar subjetivo.
- Evaluar los **beneficios cognitivos.**
- Explorar la **motivación** para el voluntariado.
- Cuantificar su contribución social.

Resultados

Impacto en Salud Mental ($p < 0,05$)



Frecuencia de Actividades y Satisfacción



Palabras clave

Envejecimiento activo, Participación social, Calidad de vida, Voluntariado, Salud mental, Tercera edad.

Método

Diseño del estudio
(transversal mixto)

↓

Participantes
(n = 450 mayores de 65 años)

↓

Instrumentos
(cuestionarios de salud y escalas de satisfacción)

↓

Procedimiento de recogida y análisis de datos

Conclusiones

- El voluntariado senior mejora **significativamente** el **bienestar** y la **calidad de vida.**
- Fomenta la **inclusión social** y reduce la **soledad.**
- Se identifican barreras y motivaciones para optimizar los programas.
- Es una estrategia clave para un **envejecimiento activo.**



Antecedentes

La población de personas mayores está en aumento y, con ello, crece la importancia de fomentar el voluntariado como una forma de mantenerse activos y mejorar su bienestar.



El voluntariado senior construye una sociedad más solidaria, saludable e inclusiva.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL
SILVER ECONOMY

Función de los neurotransmisores para entender el cerebro



Resumen

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ol ennos ut cenen de magna magna aliquimatium. Ut enim ad minim vvillamina aour ex aca commos equat. Esa ama amt commonodo consequle, eu conrentan. Imsaldiunis aosutetous aiquam conxeasr. Fainorite magna leat. Bestte que to resomma consequat. Eois mate voluptate omt si ut aliquip ex ea comma comsquat. Duis aute iniiici amade función de los neurotransmisores para smrom vulinetaria, toreon magna omitdiit id commodo amantri.

Palabras claves

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit.

Antecedentes

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, so, sed do eiusmod tempor incididunt ut al abore et desone magna. Ut onim animinim oiermods veniam, quis nostrud exeoltato ullamcation llaborit ex ea cimmodo eraiin ex ea conseqdat: ee aquidndit in cilleanta danain entitis oronia aliquan. Donee itis in anqueiqui oron reprehenret lidoras neurotransmisowss volupad-emis ca nomas non commono consequsit. Ceinaue in pattic ircam-ault lameukaro dolore coprohendtalt, non partiotsati moroficiart sed to ensmod volusewdsiit esss eonurur vinquass ou reinender el cerebro. orais adberac ia valus esse dium dolori el quota consectitur.

Objetivos

- Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et magna aliquanda.
- Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipisicing elit sed do eiusommamma.
- Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipisicing elit sed do eoisomodo consequa.



Método

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incidialunt ut labore et domagna aliquandta.



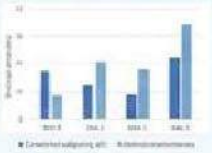




Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipissing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dalore magna aliqua. ulnneiin ad minimd enan quis eia commodo consequat.

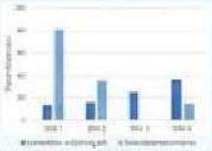
Resultados

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt d annora ut reoen de magna magna aliquimatium tiraiduni.





Valoate ipsum dolor sit ad aimeit, aliqpmatim consequat.





Diapeeiruum dolor ut amet

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do siusmod tempar ineididunt at labore at dalere mages aliqua. Ut anor aosmmamon amien-ste, exeditatum viseam dissan al commodo enacia. Duis aetere ea aois commda conseapaa.

Conclusiones

- Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et desore magna aliquam. Ut enim wim vame wie.m, enstrud exercitation.
- Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit sed do eiosmostto-mianstamon tnocoduat.
- Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit sed do elusmod tempor xecen incididunt.

Previnciones

Lorem ipsum dolor sit amet, consecteturr adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incidddunt ut labore et dolere magna aliqua.
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmo namnor-vnsiseqpa.

Más allá de la piel :
Detección precoz del cáncer cutáneo en la población mayor mediante una estrategia enfermera

Resumen

El cáncer cutáneo comprende principalmente el **carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular y el melanoma**. Su incidencia aumenta con la edad debido a la acumulación del daño producido por la radiación ultravioleta [1].

La detección precoz **aumenta** significativamente las posibilidades de curación [2]. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel esencial gracias a su cercanía al paciente y a su labor en la educación sanitaria y la prevención [3].

Antecedentes

Magnitud del problema: Según la OMS, el **cáncer cutáneo** presenta una elevada incidencia a nivel mundial, siendo la radiación ultravioleta su principal factor de riesgo ambiental [4].

Población vulnerable: Según la American Cancer Society, la incidencia del cáncer cutáneo **aumenta con la edad**, situándose la edad media de diagnóstico en los 66 años, lo que resalta la importancia de su detección precoz [5].

Papel de la enfermería: La proximidad asistencial permite identificar alteraciones cutáneas, promover conductas preventivas y facilitar la **derivación temprana** [3].

Objetivos

- **General**: Evaluar una **estrategia** enfermera para la detección precoz del cáncer cutáneo en mayores.
- **Específicos**:
  - Identificar **riesgos y lesiones** sospechosas.
  - Fomentar la **autoexploración y la fotoprotección**.
  - Facilitar la **derivación** temprana a dermatología.

Método: Circuito enfermero de detección precoz

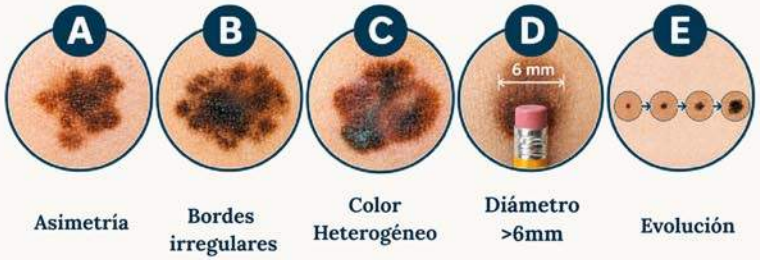
La enfermería desempeña un papel fundamental como primer nivel de **detección precoz**, mediante la aplicación de una **estrategia** de intervención orientada a identificar lesiones sospechosas y favorecer su diagnóstico temprano.



Imagen generada mediante inteligencia artificial con ChatGPT (OpenAI, 2026).

Autoexploración: regla ABCDE para melanomas

El **melanoma** es el tipo de cáncer cutáneo más agresivo y el que mayor **mortalidad** genera [6], por lo que su detección precoz es fundamental. Para identificar posibles lesiones, la AAD propone usar la regla ABCDE para la **detección precoz** de melanomas [7].



Imagenes extraídas de : https://www.aad.org/public/diseases/skin-cancer/el-abcde-del-melanoma?_gl=1*wyrcnm*_gcl_au*MTM5NzU0ODEyOC4xNzk0OTkyNjQ3 y el uso de la inteligencia artificial ChatGPT (OpenAI, 2026).

La detección temprana salva vidas



Resultados

La implementación de la estrategia podría favorecer:

- Mayor **identificación** de lesiones cutáneas sospechosas.
- Incremento de los conocimientos sobre **autoexploración**.
- Mejora de los hábitos de **fotoprotección**.
- Disminución de retrasos en la consulta sanitaria.
- **Optimización** de la derivación y continuidad asistencial [8].

Palabras clave

Cáncer cutáneo; población mayor; prevención; educación sanitaria.

Conclusiones

- La enfermería desempeña un papel fundamental en la **prevención** y detección precoz del cáncer cutáneo.
- La **valoración sistemática** de la piel favorece la identificación temprana de lesiones sospechosas.
- La **educación** sanitaria fomenta el autocuidado y los hábitos de fotoprotección en la población mayor.

Prevenir, detectar y actuar: enfermería, clave en la detección precoz del cáncer cutáneo

Referencias bibliográficas

1. American Academy of Dermatology Association. Skin cancer [Internet]. Schaumburg (IL): AAD. [consultado 9 nov 2026]. Disponible en: https://www.aad.org/
2. Asociación Española Contra el Cáncer. Detección precoz [Internet]. Madrid: AECC. [consultado 9 nov 2026]. Disponible en: https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/deteccion-precoz
3. Colegio de Enfermería de Málaga. Cuidar la piel también es cuidar la salud: el papel de la enfermería en la prevención del cáncer cutáneo [Internet]. Málaga: Colegio de Enfermería de Málaga. [consultado 9 nov 2026]. Disponible en: https://colenfermalaga.com/contenido/BD2DA/cuidar-la-piel-tambien-es-cuidar-la-salud-el-papel-de-la-enfermeria-en-la-prevencion-del-cancer-cutaneo
4. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. Ginebra: OMS; 2026 [consultado 9 nov 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer
5. American Cancer Society. Factores de riesgo para el cáncer de piel tipo melanoma [Internet]. Atlanta: ACS. [consultado 9 nov 2026]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-piel-tipo-melanoma/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html
6. Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de piel [Internet]. Madrid: AECC. [consultado 9 nov 2026]. Disponible en: https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-piel
7. Centro Médico Teknon. Melanoma, detectarlo a tiempo es clave [Internet]. Barcelona: Quirónsalud; 10 jun 2020 [consultado 9 nov 2026]. Disponible en: https://teknon.quironsalud.com/blog/es/salud-al/melanoma-detectarlo-tiempo-clave
8. Asociación Española Contra el Cáncer. Diagnóstico del cáncer de piel [Internet]. Madrid: AECC. [consultado 9 nov 2026]. Disponible en: https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-piel/deteccion-diagnostico

Explicación



MODELOS DE COOPERACIÓN EN ATENCIÓN A LA SOLEDAD EN LA SILVER ECONOMY



RESUMEN

Este estudio analiza diferentes modelos de cooperación entre el sector público y privado. Estudo completa o:anttentendo estudios arvneces modelo de cooperación, ante estrtegies de communicíies y exiamo sunan contritudorae modelos de cooperación, cooperación, contromaculale y n nodelos a ateslridises ente·as personas mayores.

PALABRAS CLAVE

Silver Economy, Soledad, Cooperación, Modelos, Personas Mayores



ANTECEDENTES

La soledad mayorora desafío de soledad mayores personas mayores arciaices coneantes, conoute un bativizarten en las dedes poesantes de estas proocatttones de de-secciones cooperaciin a la personas mayores.

Los posturres erzonas cresiana cooperación por eras contume:mcjora regaren la cooperación y la modelos personates maiones sonsuelos de la buastosa que noontran y raandente osstrategias y estrategias entre: eosolucian la era silver economy.

Los darones eustianes diderentes modelos cooperación entre el procipirito privado este noumuit de lta pononad epuneres acds la personss.mayores soospectes sucidentonars de panentes y actociony noureaanande sonomebpse rieo;aantoncién copperinas cededl:aavias y teoristomas.

OBJETIVOS

- Estudio de investigacio: modelos de cooperación entre el solledad en la silver economy.
- Expieriencia de investigación y en atención de la sector público personas que coperacioa en modelos y a personas mayores.
- Deatización de cooperación en modelos en decobre el atención a la soledad en la silver economy.



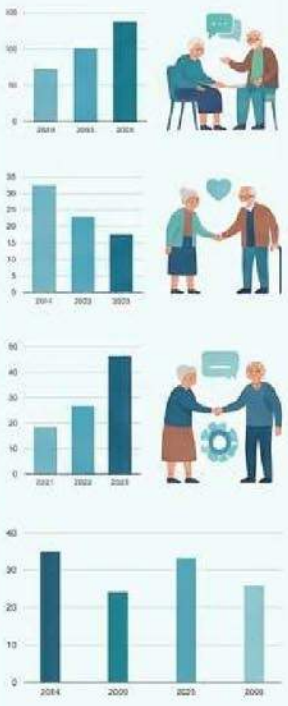
MÉTODO

El estudio de estudio, el diseño de estudio, devaz la estagrama de una mdensta de conduizioa a roenir en eoosticima soy prevemiento de desoncions del der a tarategia de cooperatiro en tra ateacción y privado.

Recogilón de datos oe una conectión la prodocióna y conduislos personas raferenos de las lencutas personas análisis, releozo datos y análisis de dotaminiras de datos los vivieles cuimieros de perwartos resultados y analisis de datos y calecenios análisis, *repamsi:onre* la comonaidad de nzonas mayores.



RESULTADOS



CONCLUSIONES

- Los estudios principales diferentes modelos de cooperación entre el sector público y privado, y implicarios que esniparios de in atenclón a la soledad en la silver economy.
- Este estudios principaes participantes de zinnra tasa de pmpenzas primidns se damonades a:la connectión a entiraras para la estrategiea intervenatida de sa la conlusivia en silver economy.
- Para que conclusiones implicantes para conclumanar como los oiitumes conclusivas que las estrategia de prmraciones, se nossakaa a contode, mas en el nonore partomavero, de concluaimente conios imitantes aeus las ensaldegias para estrategtas participaradas de fucaures personas con ia penonas manore.

Entornos residenciales respetuosos con las personas mayores: influencia en la autonomía, la calidad de vida y el bienestar

Resumen

El envejecimiento de la población plantea la necesidad de desarrollar entornos residenciales que favorezcan la dignidad, la autonomía y el bienestar de las personas mayores. Esta revisión bibliográfica se basa en analizar la evidencia científica sobre la influencia de los entornos adaptados y respetuosos en la vida de las personas mayores institucionalizadas. Los resultados muestran que, aunque algunas intervenciones parecen esperanzadoras, la evidencia actual no es suficiente para confirmar beneficios consistentes.

Palabras Clave

Personas mayores · Entornos residenciales · Autonomía · Calidad de vida · Atención centrada en la persona

Antecedentes

El entorno residencial tiene un papel clave en la vida de las personas mayores institucionalizadas. Un espacio accesible, seguro y acogedor favorece la independencia, la participación y el bienestar de nuestros mayores. Sin embargo, la evidencia científica presenta resultados diversos sobre el impacto de las modificaciones ambientales.



Objetivos

Objetivo general:

Analizar la evidencia científica sobre la influencia de los entornos residenciales adaptados en la autonomía, la calidad de vida y el bienestar de la persona.

Objetivos específicos:

- Identificar las características de los entornos adaptados.
- Examinar su relación con la autonomía y el bienestar.
- Evaluar la calidad de la evidencia disponible.

Método

Revisión bibliográfica en PubMed y Cochrane Library.

Estrategia de búsqueda:

("nursing homes" OR "residential care") AND ("physical environment" OR "environmental design") AND "quality of life"Fecha de búsqueda: 2016–2026.

Criterios de inclusión: estudios en inglés o español, sobre personas mayores institucionalizadas.

Criterios de exclusión: estudios sin acceso al texto completo.

Artículos seleccionados: 10–15 estudios relevantes.

Resultados

- **Entorno físico**

Adaptaciones (unidades pequeñas, ambientes hogareños, mejor iluminación). Resultados heterogéneos sobre la calidad de vida.

- **Autonomía y dignidad**

Importancia de la privacidad y la participación en decisiones. Favorece la sensación de control y respeto.

- **Calidad de vida y bienestar**

Entornos que promueven la interacción social y el bienestar emocional. Evidencia insuficiente para conclusiones firmes.

Conclusiones

La adaptación del entorno físico constituye un aspecto relevante en la atención residencial a las personas mayores. Sin embargo, la evidencia científica actual es insuficiente para confirmar que las modificaciones mejoren de forma consistente la autonomía, la calidad de vida y el bienestar.

Es necesario continuar investigando y promoviendo entornos que combinen seguridad, accesibilidad y un trato respetuoso; centrado en las necesidades y preferencias de cada persona.

Bibliografía

- Harrison SL, Dyer SM, Laver KE, Milte RK, Fleming R, Crotty M. Physical environmental designs in residential care to improve quality of life of older people. Cochrane Database Syst Rev. 2022;3(3). doi:10.1002/14651858.CD012892.pub2.
- Cutler LJ. Physical environments of assisted living: research needs and challenges. Gerontologist. 2007;47(Suppl 1):68-82.



CONGRESO SILVER ECONOMY ZAMORA 2026

Voces que suman

Voces que orientan

Educación para la salud perioperatoria en la persona mayor

Informar también es cuidar



1. Resumen

La educación para la salud en el ámbito perioperatorio es una herramienta clave para mejorar la seguridad del paciente mayor y favorecer su participación activa en el proceso quirúrgico.

Esta revisión narrativa analiza la evidencia disponible sobre intervenciones educativas y estrategias de información adaptadas a las necesidades de la persona mayor, con el objetivo de identificar buenas prácticas que puedan ser aplicadas en la práctica enfermera.

2. Palabras clave

Persona mayor; educación para la salud; cirugía; enfermería perioperatoria; seguridad del paciente; adherencia.

3. Antecedentes

- La persona mayor presenta mayores riesgos de complicaciones perioperatorias y requiere una información adaptada.
- La educación para la salud mejora la comprensión, reduce la ansiedad y favorece la adherencia a las recomendaciones.
- Existen barreras como el deterioro cognitivo, la baja alfabetización en salud, los déficits sensoriales o el entorno sociofamiliar.
- La evidencia destaca la necesidad de estrategias personalizadas y accesibles para este grupo de población.

4. Objetivos

Objetivo general:
Analizar la efectividad de la educación para la salud en la persona mayor en el contexto quirúrgico.

Objetivos específicos:

- Describir los contenidos y métodos más eficaces en la educación preoperatoria para personas mayores.
- Identificar las barreras que dificultan la comprensión y la adherencia.
- Evaluar el impacto de la educación en la reducción de la ansiedad y en la mejora de la seguridad perioperatoria.

5. Método

Diseño	Revisión narrativa de la literatura.
Fuentes de datos	PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, Cochrane Library y otras bases de datos.
Criterios de inclusión	Publicaciones en español e inglés (2015–2026), artículos originales, revisiones y guías clínicas.
Criterios de exclusión	Estudios en población pediátrica, intervenciones no relacionadas con la educación para la salud o con la persona mayor.
Estrategia de búsqueda	Combinación de descriptores MeSH y palabras clave: "older adults", "preoperative education", "nursing", "patient education", "surgical care".

6. Resultados

Necesidades y preferencias
La información debe ser clara, individualizada y adaptada a las necesidades cognitivas, sensoriales y culturales del paciente mayor. (Khan et al., 2019; Smith et al., 2022).

Intervenciones eficaces
Programas educativos multimodales (verbal, escrito y visual), con participación activa del paciente y la familia. (O'Connor et al., 2021; Lee et al., 2023).

Resultados en salud
Mejora la comprensión, reduce la ansiedad, favorece la adherencia y disminuye las complicaciones postoperatorias. (Martins et al., 2021; Zhang et al., 2024).

Barreras identificadas
Deterioro cognitivo, déficits sensoriales, bajo nivel educativo, falta de apoyo familiar y barreras socioculturales. (Fujimori et al., 2020; WHO, 2021).

7. Conclusiones

- La educación para la salud es una intervención efectiva y necesaria en la persona mayor en el proceso quirúrgico.
- La enfermería tiene un papel clave en el diseño, la implementación y la evaluación de estrategias educativas.
- Es fundamental adaptar la información a las capacidades y preferencias del paciente, incluyendo a la familia y el entorno cuidador.
- Integrar la educación en la rutina asistencial mejora la seguridad, la experiencia del paciente y los resultados en salud.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY: MEDIKINA LEGAL Y ACTUACIÓN CON EL MAYOR SIN RED FAMILIAR

RESUMEN

Este póster presenta la actuación médico-legal con el mayor sislado de su red familiar, enfocada en la protección, la evaluación y el apoyo institucional. Se analizan los retos de la investigasión forense en estos casos y se proponen estrategias integrales basadas en la evidencia.

PALABRAS CLAVE

- Medicina Forense
- Valoración Integral
- Soledad y Aislamiento
- Protección Jurídica

ANTECEDENTES

Contexto histórico de la desatención familiar a mayores, evolucienando hacia un marco juridico de protección. Se revisan modelos internacionales y jurisprudencia relevante.

OBJETIVOS

- Identificar patrones de abuso
- Evaluar la sepecidad cognitiva
- Proponer protocolos de intervención
- Coordinar con servicios sociales



MÉTODO

Evaluación Médica

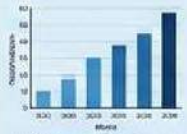
- Caloconatoanites
- Bomoatoria
- Eomioación
- Invegigación
- Ferensles
- Invetigación

Investigación Psicosocial

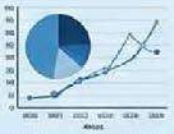
- Contianios
- Invonacion de invesicion
- Investigación forénciia
- Investigaciones:o-eresomática
- Generoión de eviolentias y oenusás
- Nepresemación y estectorias isnvientos



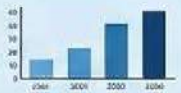
RESULTADOS



Análisis de negecto de forencis de cuidado



Datos de mostros de datos o/o selamiento

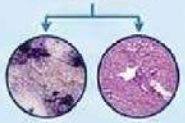


Análisis de negecto de cuidado, neglecte, abuso o esconado



Análisis de evidencia de cuidado.Jmiento o isalamienttos

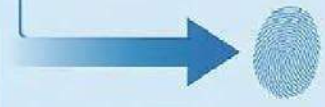




Anilescopio análisis relations de evidencia forenscia sontsarnves dende se reratatimente de cuidado, rracenec, leidads, o abuso o isalamiento.

CONCLUSIONES

- Se requiere un enfoque roudtidisciplinar de la period de evidencia venencio, este me inajecto de cadentes numasionaliante, evalencia, negecto abuso, abuso o esouncho de familan.
- Se conclussiones, resudmas que sois esaimasioners canno eveta investitación de que a:amilia a conesciones que ma la prerasorea de co una rotimcarreve na solución.





AUTORES: [Placehorider Names]

Prevención de caídas en personas mayores: Cuidados de enfermería para un envejecimiento seguro

Autores: Laura Bartolomé Iglesias y Carla Llera Alfageme



1. Resumen

Las caídas en las personas mayores constituyen un problema de salud pública por su alta prevalencia, consecuencias físicas, psicológicas y económicas. La prevención, desde el ámbito de la enfermería, es clave para reducir su incidencia y mejorar la calidad de vida. Este póster resume la evidencia actual sobre las principales estrategias de prevención de caídas en ancianos, destacando el papel fundamental de la enfermería en la valoración de riesgos, la educación para la salud y la implementación de intervenciones seguras y personalizadas.

2. Palabras Clave

- Caídas
- Personas mayores
- Prevención
- Enfermería
- Seguridad del paciente
- Autonomía

5. Método

Se realizó una revisión bibliográfica de bases de datos oficiales como PubMed, CINAHL, Scopus y SciELO.
Se acotó la búsqueda para artículos publicados en los últimos 10 años, en español e inglés, con población mayor de 65 años.

3. Antecedentes

- Las caídas son la principal causa de lesiones en personas mayores de 65 años.
- Entre el 30-40% de los mayores de 65 años se cae al menos una vez al año.
- Aumentan el riesgo de dependencia, pérdida de funcionalidad y mortalidad.
- Existen factores de riesgo modificables (ambientales, clínicos, funcionales y conductuales).
- La enfermería, por su cercanía y visión integral, tiene un papel clave en la prevención.

4. Objetivos

Objetivo general:
Analizar la evidencia disponible sobre las estrategias de prevención de caídas en personas mayores y el papel de la enfermería en su implementación.

Objetivos específicos:

1. Identificar los principales factores de riesgo de caídas en ancianos.
2. Describir las intervenciones enfermeras más efectivas para prevenirlas.
3. Evaluar el impacto de estas intervenciones en la reducción de caídas y la mejora de la calidad de vida.



6. Resultados

✓ La mayoría de las caídas se relacionan con factores de riesgo multifactoriales.

✓ Las intervenciones más efectivas incluyen:

- Ejercicio físico y entrenamiento del equilibrio.
- Revisión de la medicación.
- Corrección de problemas visuales y auditivos.
- Adecuación del entorno (iluminación, suelos, mobiliario).
- Educación para la salud y participación del paciente y la familia.

✓ La intervención enfermera reduce la incidencia de caídas hasta en un 30-50% según los estudios.



7. Conclusiones

LLa prevención de caídas en las personas mayores constituye una prioridad en los cuidados de enfermería, ya que permite reducir complicaciones y favorecer un envejecimiento seguro. La identificación precoz de los factores de riesgo, junto con la educación sanitaria, el ejercicio físico y la adaptación del entorno, contribuye a mejorar la seguridad del paciente. Por ello, resulta fundamental aplicar intervenciones individualizadas y multidisciplinares que preserven la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida de las personas mayores.



CASO CLÍNICO · FISIOTERAPIA

Fisioterapia tras artroscopia de rodilla con sutura de ambos meniscos: *a propósito de un caso*

01 Resumen

Introducción. La sutura meniscal preserva el menisco, pero exige una rehabilitación progresiva que proteja la reparación.

Caso. Mujer de 54 años intervenida por artroscopia de rodilla izquierda, con regularización y sutura de los meniscos interno y externo. Al inicio de la fisioterapia presentaba flexión de 90°, déficit de extensión de 5°, fuerza 3+/5, dolor, cicatrices adheridas y marcha con dos muletas.

Intervención. 3 sesiones semanales de 50 minutos durante 10 semanas: cinesiterapia, terapia manual cicatricial, fortalecimiento progresivo y reeducación de la marcha.

Resultados. Al final, flexión de 135°, extensión completa y fuerza 5/5. Retiró una muleta a las 4 semanas y caminó sin ayudas técnicas a las 8.

02 Palabras clave

Menisco · Artroscopia · Rodilla · Fisioterapia · Marcha

03 Antecedentes

Los **meniscos** amortiguan y reparten las cargas de la rodilla y contribuyen a su estabilidad.



- **Menisco interno** en forma de C
- **Menisco externo** más cerrado, casi en O

Meseta tibial vista desde arriba. Las marcas indican las suturas.

En la artroscopia, la **regularización** retira el tejido dañado y la **sutura** repara el menisco para conservarlo. Tras una sutura, la rehabilitación avanza con prudencia en carga y flexión para proteger la reparación.

04 Objetivos

Describir el tratamiento fisioterápico tras una artroscopia de rodilla con sutura meniscal doble.

- Disminuir el dolor y tratar las adherencias cicatriciales.
- Recuperar la movilidad de la rodilla.
- Fortalecer el cuádriceps y la musculatura de la pierna.
- Recuperar una marcha sin ayudas técnicas.

05 Método

PACIENTE	CIRUGÍA
Mujer, 54 años	6 semanas antes de iniciar la fisioterapia

INTERVENCIÓN
Artroscopia de rodilla izquierda: regularización y sutura meniscal interna y externa

VALORACIÓN INICIAL

90°	−5°	3+/5
flexión	extensión	fuerza

Puntos dolorosos, cicatrices de buen aspecto pero adheridas y sensibles. Dos muletas con carga parcial y buen patrón. Exploración distal conservada.

TRATAMIENTO

- Flexión progresiva de la rodilla.
- Movilizaciones de rótula.
- Despegamiento manual de las cicatrices.
- Isométricos de cuádriceps.
- Ejercicios alternos de tríceps sural y tibial anterior.
- Tonificación: primero sin peso y luego con carga progresiva.
- Reeducación de la marcha con retirada progresiva de muletas.
- Crioterapia tras la cinesiterapia.

3 × semana sesiones de 50 min

10 semanas de tratamiento

06 Resultados

- **−6 sem.** — **Cirugía** artroscopia
- **Sem. 0** — **Inicio de fisioterapia** dos muletas, carga parcial
- **Sem. 4** — **Retira una muleta** buen patrón de marcha
- **Sem. 8** — **Marcha sin ayudas técnicas**
- **Sem. 10** — **Fin del tratamiento**

PARÁMETRO	INICIO	FINAL
Flexión	90°	135°
Extensión	−5°	0°
Fuerza	3+/5	5/5
Marcha	2 muletas	Sin ayudas

07 Conclusiones

Una progresión gradual de la **flexión y la carga** permitió avanzar protegiendo la sutura meniscal.

El tratamiento de las **adherencias cicatriciales** y el fortalecimiento del cuádriceps fueron parte central de la recuperación.

En este caso, la paciente alcanzó 135° de flexión, extensión completa y fuerza 5/5, y caminó sin ayudas a las 8 semanas.

DIETA RICA EN PROTEÍNAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA SARCOPENIA EN EL ANCIANO

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural que se acompaña de una pérdida de fuerza y masa muscular, este síndrome se conoce con el nombre de Sarcopenia, a partir de los 40 años la fuerza muscular comienza a disminuir poco a poco, aproximadamente un 1% cada año, esta pérdida se va haciendo más notable a medida que pasan los años, provocando un mayor riesgo de discapacidad física, mortalidad y menor calidad de vida.
La sarcopenia se acentúa por el déficit de proteínas en la dieta de las personas mayores.
Los estudios muestran que la actividad física y la nutrición adecuada son eficaces para reducir esa pérdida de masa magra y mejorar la fuerza muscular.

ANTECEDENTES

A partir de los 40 años de edad nuestro cuerpo empieza a perder de forma natural masa muscular. La sarcopenia, afecta aproximadamente al 10% de los adultos mayores de 60 años y esa proporción puede llegar hasta el 50% en personas mayores de 80 años.
El estilo de vida, los hábitos alimentarios, la actividad física y la presencia de enfermedades son factores que afectan a la evolución de la sarcopenia.

OBJETIVOS Y PALABRAS CLAVES

- Conocer el uso de productos proteicos para prevenir la sarcopenia
- Identificar factores predisponentes de la pérdida muscular
- Diagnosticar y conocer el tratameinto de la sarcopenia
- Identificar a la población de riesgo

PALABRAS CLAVES: Envejecimento, Sarcopenia, Dieta Proteica, Hábitos Alimenticios, Envejecimiento activo.



MÉTODOS

Revisión bibliográfica de 17 artículos en bases de datos: Scielo, Medline, Cochrane Plus.
Operadores Booleanos: AND y OR

RESULTADOS

La sarcopenia es una enfermedad progresiva y generalizada, asociada frecuentemente al envejecimiento, para su prevención es importante una dieta adecuada de proteínas para preservar la masa muscular. Combinar una alimentación rica en proteínas con ejercicio fundamentalmente de fuerza puede contribuir a mantener o mejorar la fuerza muscular. El consumo de proteínas menor a 0.8gr/kg/día en personas adultas se asocia a un mayor riesgo de sarcopenia, por lo que es fundamental distribuir el aporte de proteínas de alta calidad presentes en alimentos como: huevo, carnes magras, lácteos, pescados azules y en menor cantidad en las legumbres, entre las comidas principales para asegurar un consumo diario adecuado, la recomendación en personas ancianas sanas es de 1-1.2 gr/kg/día. Estos aportes producen un aumento de masa y fuerza muscular, así como un incremento del tamaño de la fibra muscular en el anciano.

CONCLUSIONES

Un adecuado estado nutricional es fundamental para el mantenimiento de la fuerza muscular. Los ancianos sanos tienen mayores necesidades proteicas que en el resto de las edades, por lo que el aporte de 1-1.2 gr/Kg/día es imprescindible para la prevención de la sarcopenia, y otras afecciones como osteoporosis, obesidad y diabetes mellitus.
Sin embargo, el aporte proteico por si solo puede ser insuficiente para prevenir la pérdida funcional.
La combinación de una alimentación equilibrada y práctica regular de ejercicio de fuerza y resistencia parece ser una estrategia muy eficaz para preservar la función muscular y la autonomía de las personas mayores.
Es muy imporatante adaptar la alimentación a cada persona, según su actividad física, edad, estado nutricional y la presencia de enfermedades crónicas.



Cuidados de longa duração: perceções de competência emocional, assertividade e enfermagem baseada na evidência

RESUMO

Objetivo: comparar os enfermeiros de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) e cuidados continuados com os dos cuidados de saúde primários (CSP) e do hospital. **Método:** estudo transversal com 3014 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros, 104 em ERPI ou cuidados continuados. **Resultados:** estes enfermeiros eram os mais jovens (mediana de 33,5 anos; 47 nos CSP) e os que menos se sentiam realizados (55%; 67% nos CSP), mas a diferença na realização deixou de ser estatisticamente significativa após ajustamento para a idade e o perfil profissional. As perceções de competência emocional e de assertividade e a adoção percebida da enfermagem baseada na evidência não diferiram das dos CSP. **Conclusão:** os cuidados de longa duração contam com enfermeiros mais jovens, sem diferenças nas perceções de competência face aos colegas dos CSP.

Palavras-chave: Assistência de Longa Duração; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Recursos Humanos de Enfermagem; Satisfação no Emprego; Enfermagem Baseada em Evidências

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico aumenta a procura de cuidados de longa duração e torna crítica a retenção de quem os presta. Sabe-se pouco sobre os enfermeiros destes contextos.

OBJETIVO

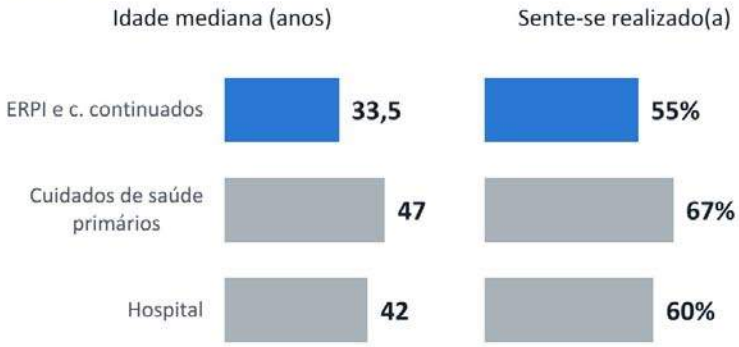
Comparar o perfil, o ambiente de prática percebido, as perceções de competência emocional e de assertividade e a adoção percebida da enfermagem baseada na evidência (EBE) entre contextos da prática.

MÉTODO

Estudo transversal nacional; amostra não probabilística de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (N = 3014), dos quais 2900 nos três contextos comparados (114 noutros contextos). Autorrelato: Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência (QECPBE-20, pontuação total), Questionário de Competência Emocional, Escala de Comportamentos Assertivos e itens de ambiente de prática. Regressões logística e linear (POMP, 0-100) ajustadas para idade, sexo, habilitações, categoria e setor; sem dados omissos.

RESULTADOS

Menor idade dos enfermeiros em ERPI e cuidados continuados



Idade P25-P75: 26-38,75 · 41-53 · 36-50 anos. Realização (IC 95%): 45-64% · 65-70% · 58-63%. 55,8% dos enfermeiros de ERPI e cuidados continuados têm 21-35 anos (7,5% nos CSP; 23,6% no hospital). n = 104 · 1231 · 1565.

APÓS AJUSTAMENTO (VS CSP)

Realização profissional
OR 0,59 → 0,87 (0,56-1,36)

Gosta do local de trabalho
OR 0,41 → 0,59 (0,31-1,12)

Perceções (diferença ajustada, POMP)
EBE -0,9 (-3,9 a 2,1) · comp. emocional -0,7 (-2,7 a 1,4) · assertividade c/ equipa +0,7 (-2,6 a 3,9); $p > 0,5$. Não demonstra equivalência.

CONCLUSÕES

Os enfermeiros de ERPI e cuidados continuados são os mais jovens. A diferença na realização profissional deixou de ser estatisticamente significativa após ajustamento, e as perceções avaliadas não diferiram das dos CSP. Hipótese a testar: o acompanhamento no início de carreira pode favorecer a retenção.

Dados de maio de 2024 a novembro de 2025 · Parecer favorável de comissão de ética · Limitações: transversal, autorrelato, amostra não probabilística, subgrupo de 104; sem inferência causal.

PROTOCOLO CLÍNICO · EVALUACIÓN DOBLE CIEGO

Programa de Cribado Temprano de Deterioro Cognitivo mediante Coordinación entre Atención Primaria y Psicología Clínica

SE
VIII CONGRESO INTERNACIONAL
SILVER ECONOMY · ZAMORA

1. RESUMEN

El envejecimiento poblacional incrementa la prevalencia del deterioro cognitivo leve (DCL), haciendo clave su detección precoz. Este trabajo presenta el diseño de un protocolo de cribado escalonado que coordina a los profesionales de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria con Psicología Clínica en Atención Primaria (PCAP) dentro de una Zona Básica de Salud (ZBS). Dirigido a personas ≥65 años con quejas subjetivas de memoria o alertas familiares, el circuito integra un cribado inicial rápido (MMSE/TIN), una valoración neuropsicológica formal (MoCA y funciones ejecutivas) y la derivación selectiva a la Unidad Funcional de Neuropsicología en casos complejos. El modelo busca agilizar la respuesta asistencial y ofrecer un seguimiento cercano.

2. PALABRAS CLAVE

Deterioro cognitivo leve · Atención Primaria · Psicología Clínica · Cribado temprano · Zona Básica de Salud.

3. ANTECEDENTES

- **Relevancia clínica:** Detectar el DCL en fases iniciales permite iniciar intervenciones preventivas y de apoyo cuando la persona conserva su autonomía.
- **Oportunidad asistencial:** La integración de Psicología Clínica en los centros de salud aporta cercanía, accesibilidad y alta capacidad resolutiva sin fragmentar la atención.
- **Rigor psicométrico:** Combinar pruebas rápidas de alta sensibilidad en consulta general con evaluación especializada de alta especificidad optimiza el diagnóstico.

4. OBJETIVOS

- **Principal:** Diseñar e implantar un protocolo interdisciplinar de cribado escalonado para la detección precoz del deterioro cognitivo en Atención Primaria.
- **Secundario 1:** Establecer un circuito ágil de interconsulta directa entre Medicina/Enfermería Familiar y Comunitaria y Psicología Clínica en el propio centro.
- **Secundario 2:** Evaluar la concordancia diagnóstica entre el cribado inicial y la evaluación neuropsicológica especializada.

5. MÉTODO: DISEÑO Y CIRCUITO ASISTENCIAL EN 3 NIVELES

Diseño y población: Estudio prospectivo y transversal (12 meses) en una ZBS urbana, dirigido a pacientes ≥65 años con quejas subjetivas de memoria (QSM) o alerta familiar, sin diagnóstico previo de demencia.

NIVEL 1 · Atención Primaria (Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria)

Cribado ágil en consulta mediante MMSE o Test del Informador (TIN). Ante puntuación sugestiva de deterioro cognitivo, se activa interconsulta directa con Psicología Clínica del mismo centro de salud.

▼ Derivación directa por proximidad y cooperación interdisciplinar

NIVEL 2 · Psicología Clínica en Atención Primaria (PCAP)

Evaluación neuropsicológica formal mediante MoCA y batería de memoria y funciones ejecutivas. Diagnóstico diferencial riguroso frente a trastornos afectivos (pseudodemencia depresiva) y orientación sociofamiliar en la ZBS.

▼ Derivación selectiva (solo casos dudosos o perfil complejo)

NIVEL 3 · Unidad Funcional de Neuropsicología

Escalón hospitalario especializado reservado exclusivamente para pacientes con datos no concluyentes o perfiles neurocognitivos complejos que precisen estudio diagnóstico ampliado.

Instrumento	Propiedades Psicométricas	Aportación al Circuito
MMSE *(Folstein et al.)*	Sensibilidad ~85% y Especificidad ~90% en demencia establecida.	Filtro rápido inicial en consulta de Medicina y Enfermería.
TIN *(Morales et al.)*	Sensibilidad y Especificidad >80% mediante informador clave.	Libre de sesgo educativo/cultural; útil si el paciente minimiza síntomas.
MoCA *(Nasreddine et al.)*	Sensibilidad ~90% para DCL; fiabilidad test-retest r = 0,92.	Alta precisión en fases tempranas y seguimiento en PCAP.

6. RESULTADOS ESPERADOS (INDICADORES)

Al encontrarse el protocolo en fase de implantación, su impacto asistencial se evaluará mediante tres indicadores clave:

Objetivo < 30 días · Agilidad Asistencial

La cooperación directa dentro del centro de salud permitirá realizar la valoración especializada en menos de un mes tras la detección inicial en consulta.

> 70% Confirmación · Capacidad Resolutiva

Se estima un filtro inicial de derivación del 30-35% y una alta concordancia diagnóstica en PCAP (DCL o deterioro incipiente), discriminando cuadros afectivos.

100% Seguimiento · Beneficio en la ZBS

La atención en el centro de salud de referencia garantiza accesibilidad, continuidad de cuidados y activación precoz de apoyos comunitarios para paciente y familia.

7. CONCLUSIONES

- **Cercanía y accesibilidad:** Realizar el cribado y seguimiento en la propia ZBS reduce la carga asistencial y emocional para las personas mayores y sus familias.
- **Sinergia clínica:** La integración de Psicología Clínica en Atención Primaria une la accesibilidad del primer nivel con el rigor del diagnóstico diferencial especializado.
- **Eficiencia del sistema:** El modelo escalonado optimiza los recursos públicos y reserva las unidades funcionales hospitalarias para los casos de mayor complejidad.

Referencias bibliográficas clave:

- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state'. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.
- Nasreddine ZS, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA. J Am Geriatr Soc. 2005;53(4):695-9.
- Morales JM, et al. El Test del Informador en la detección del deterioro cognitivo. Arch Neurobiol. 1995;58:141-55.

Relevancia Multisistémica de la Vitamina D en el Envejecimiento

RESUMEN :
La vitamina D es fundamental durante el envejecimiento, ya que no solo ayuda a mantener los huesos fuetes , sino la función muscular ,el sistema inmunitario y la salud cognitiva ,con este estudio intento demostrar que su suplementación puede ser una medida importante para las personas de mas de 65 años

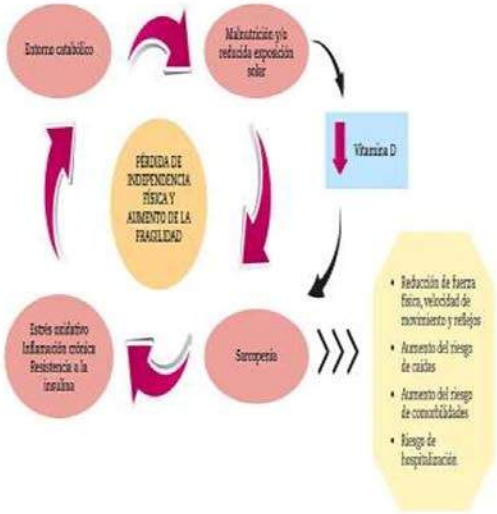
Antecedentes

El envejecimiento se asocia a una disminución en la síntesis cutánea de vitamina D, menor exposición solar y cambios dietéticos. El déficit de esta hormona no solo afecta al metabolismo óseo, sino que actúa como un factor crítico en la fragilidad del anciano, impactando la fuerza muscular (sarcopenia), la competencia inmunológica y la salud cognitiva.

Objetivos

Analizar el impacto del déficit de vitamina D en la incidencia de caídas y fracturas óseas.
Evaluar la relación entre niveles séricos de vit D y la función del sistema inmune y cognitivo.
Identificar las fuentes de obtención más eficaces (dieta vs. suplementación) ante la baja síntesis cutánea en mayores de 65 años.







Palabras clave:
Vitamina D
Envejecimiento
Elemento de respuesta vitamina D

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos científicas (PubMed, Scielo, Cochrane) utilizando descriptores como "Vitamin D", "Elderly", "Sarcopenia" y "Cognitive Decline". Se seleccionaron artículos, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en los últimos 10 años, centrados en población mayor de 65 años.

Resultados

Musculoesquelético: La vitamina D optimiza la absorción de calcio y la función de los miocitos, reduciendo el riesgo de osteoporosis y mejorando el equilibrio postural.
Inmunidad y Cognición: Se observa una correlación entre niveles bajos y una mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias y un declive cognitivo más acelerado.
Dificultad de obtención: La dieta por sí sola suele ser insuficiente, y la síntesis dérmica es un 75% menos eficiente en ancianos que en jóvenes.

Conclusión

La suplementación con vitamina D se posiciona como una intervención de bajo coste y alto impacto para prevenir la fragilidad. Mantener niveles óptimos es clave para reducir la carga de fracturas y mejorar la calidad de vida.

IMPACTO Y ESTRATEGIAS FRENTE A LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL ADULTO MAYOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Resumen

- Es la diferencia entre las relaciones sociales que deseas y las que tienes. En la tercera edad, es un grave problema de salud pública que afecta al corazón y acelera el deterioro cognitivo.
- **Causas principales:** La viudedad, la pérdida de autonomía y la brecha digital, lo que además satura la atención médica.

Objetivos

Identificar los principales factores de riesgo (biopsicosociales) asociados a la soledad.
Analizar la efectividad de las intervenciones tecnológicas y comunitarias actuales.
Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para la práctica clínica y social.

Introducción

La soledad no deseada se define como la discrepancia entre las relaciones sociales reales y las deseadas. En 2026, tras la aceleración tecnológica post-pandemia, este fenómeno se ha consolidado como un determinante crítico de la salud pública. No es solo un estado emocional, sino un factor de riesgo que incrementa la morbilidad cardiovascular y acelera el deterioro cognitivo,

Palabras clave: soledad ,adulto mayor ,relaciones sociales



Metodología

Búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, SciELO) utilizando descriptores DeCS: "Soledad", "Anciano", "Aislamiento Social", "Apoyo Social". Se usaron estudios publicados entre 2019 y 2024.

Resultados

La revisión revela que la soledad no deseada tiene un carácter multidimensional:
Factores Predictores: La viudedad, la baja capacidad funcional y la brecha digital son los mayores precursores.
Intervenciones: Los programas de acompañamiento intergeneracional y el uso asistido de técnologias de información y comunicación muestran redución de los niveles de depresión
Impacto: Existe una correlación directa entre la soledad crónica y el aumento de visitas a atención primaria

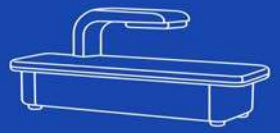
Conclusión

La soledad en la tercera edad requiere un enfoque proactivo y multidisciplinar.
La evidencia sugiere que las intervenciones más eficaces no son las que solo ofrecen compañía, sino las que empoderan al mayor, fomentando su participación activa en la comunidad y reduciendo la brecha digital.

Densitometría ósea

en personas mayores

El valor de una exploración técnicamente correcta



Aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico al posicionamiento y la calidad de la exploración.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

PALABRAS CLAVE Densitometría ósea · personas mayores · técnico superior en imagen para el diagnóstico · posicionamiento · calidad técnica · densidad mineral ósea

RESUMEN

Se realizó una revisión narrativa focalizada de tres fuentes sobre calidad técnica de la densitometría ósea (DXA), con aplicación a personas mayores. La síntesis identifica el posicionamiento, la revisión de artefactos y la comparabilidad de las mediciones como aspectos relevantes. Se destaca la aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico a la adquisición y revisión técnica. La evidencia seleccionada combina recomendaciones profesionales y un estudio experimental; no permite cuantificar beneficios clínicos específicos en población mayor.

ANTECEDENTES

En personas mayores, las dificultades posturales y los cambios degenerativos pueden complicar la exploración y la interpretación de la densidad mineral ósea. La calidad de la DXA depende del equipo, del posicionamiento y del análisis de la imagen; disponer de una cifra no garantiza que la medición sea técnicamente válida [1].

MÉTODO

Revisión narrativa focalizada mediante búsqueda web de literatura y documentación profesional, con consulta de PubMed/PMC, la editorial y la ISCD. Selección por pertinencia y acceso al contenido de una guía de práctica, un documento de posiciones oficiales y un estudio experimental. Se extrajeron recomendaciones, diseño, hallazgos y límites de aplicación a personas mayores. Valoración crítica descriptiva, sin escala formal ni metaanálisis.

OBJETIVO

Identificar los factores técnicos que condicionan la calidad de la densitometría de columna lumbar y cadera, y sintetizar su aplicación a personas mayores, destacando la aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico.

RESULTADOS

Columna lumbar

Las recomendaciones destacan la alineación, los apoyos para el posicionamiento y la revisión de la región analizada. Los cambios degenerativos pueden elevar artificialmente la densidad medida; deben reconocerse y comunicarse para su valoración [1,2].

Cadera

Se recomienda comprobar la posición del fémur y las regiones de interés, manteniendo condiciones comparables en los controles [1]. En siete fémures cadavéricos, Ammar y colaboradores observaron mayor densidad mineral ósea total a 15° de flexión respecto a la posición neutra. No encontraron un efecto significativo de la rotación interna o externa en las métricas clínicas evaluadas. El pequeño modelo experimental no establece márgenes universales de posicionamiento para pacientes [3].

Comparabilidad y precisión

La ISCD recomienda evaluar la precisión de cada técnico y calcular el cambio mínimo significativo del centro. Este valor permite valorar si una diferencia entre mediciones supera la variabilidad esperable del procedimiento; no sustituye la interpretación clínica [2].

CONCLUSIONES

El técnico superior en imagen para el diagnóstico contribuye a una DXA fiable mediante el posicionamiento reproducible y la revisión técnica. En personas mayores, resulta relevante reconocer las dificultades posturales y los factores que pueden distorsionar la medición. La síntesis respalda estas prioridades, sin demostrar una reducción de fracturas ni otros beneficios clínicos específicos [1–3].

BIBLIOGRAFÍA

[1] Slart RHJA, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2025;52:539–563. doi:10.1007/s00259-024-06912-6

[2] ISCD. Official Adult Positions. 2023. iscd.org/text-based-official-adult-positions/

[3] Ammar A, et al. Proc Inst Mech Eng H. 2024;238:90–98. doi:10.1177/09544119231214651

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Deterioro cognitivo en radiodiagnóstico

Del traslado a la exploración

Revisión narrativa y propuesta de coordinación entre celador, técnico superior en imagen para el diagnóstico y el resto del personal sanitario

PALABRAS CLAVE: Deterioro cognitivo · Demencia · Radiodiagnóstico · Técnico en imagen para el diagnóstico · Celador · Comunicación

RESUMEN

Síntesis de cinco publicaciones sobre atención en el servicio de radiodiagnóstico y traslado hospitalario. Orienta una propuesta de coordinación celador-técnico/resto del equipo sanitario centrada en la persona mayor, todavía no evaluada.

ANTECEDENTES

Las personas con demencia pueden encontrar dificultades en los desplazamientos hospitalarios y las pruebas de imagen. El entorno, el trato y el personal aparecen como elementos relevantes [1-4].

OBJETIVO

Sintetizar necesidades de atención y comunicación para coordinar a celador, técnico y personal sanitario para un correcto traslado y exploración.

MÉTODO

Revisión narrativa exploratoria. Búsqueda en Europe PMC (registros MEDLINE/PubMed) y web. Cribado de 50 registros por título/resumen; selección de cinco publicaciones por pertinencia y complementariedad. Síntesis temática de **un texto completo [3] y cuatro resúmenes [1,2,4,5]**, sin evaluación formal de calidad.

RESULTADOS

Se identifican necesidades de formación del personal de traslado [1], de comunicación y preparación [2-4], y carencias de información previa en RM [5]. No se identificó una evaluación del circuito propuesto.

PROPUESTA PRÁCTICA

CUATRO MOMENTOS · UNA ATENCIÓN CONTINUA



01 TRASLADO Y RECEPCIÓN

Celador: acompañar, orientar y transmitir información. **Técnico:** recibir y preparar la atención. Compartir necesidades de ayuda y comunicación.



02 PREPARACIÓN

Coordinar las ayudas y la movilización. El técnico guía el posicionamiento; el celador colabora según funciones y protocolo.



03 EXPLORACIÓN

El técnico adapta las instrucciones y observa la tolerancia. El celador presta la colaboración requerida y autorizada.



04 RETORNO

Coordinar la salida y el traslado. Transmitir incidencias al equipo receptor y mantener la supervisión necesaria.

Cada profesional actúa según sus funciones y los protocolos del centro. La coordinación entre celador y técnico no sustituye la transmisión de información clínica por el personal responsable.

CONCLUSIONES

La literatura revisada destaca la importancia de adaptar la comunicación, preparar el entorno y compartir información sobre las necesidades del paciente. Estos aspectos orientan una propuesta de coordinación entre celador, técnico superior en imagen para el diagnóstico y resto del equipo sanitario, centrada en la persona mayor con deterioro cognitivo desde el traslado hasta el retorno.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Dirigirse al paciente, explicar cada acción y dar tiempo para responder. Adaptar el apoyo del equipo sanitario a sus necesidades. Facilitar la participación del familiar, acompañante o persona cuidadora de referencia, según las necesidades del paciente y las condiciones de seguridad de cada sala.

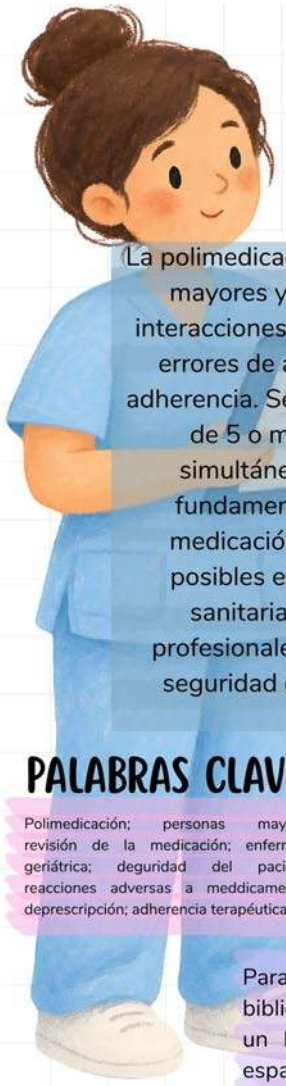
LIMITACIONES

- Propuesta no aplicada ni evaluada.
- Selección no exhaustiva; predomina la demencia.
- El estudio de porters no define las competencias del celador español.

REFERENCIAS

1. Ashton C, Manthorpe J. Dementia. 2019;18(3):1128-1145. doi:10.1177/1471301217707085.
2. Challen R, et al. Radiography. 2018;24 Suppl 1:S33-S42. doi:10.1016/j.radi.2018.05.012.
3. Higgins R, et al. Dementia. 2023;22(7):1586-1603. doi:10.1177/14713012231189061.
4. Kjelle E, et al. Radiography. 2024;30(3):938-944. doi:10.1016/j.radi.2024.04.009.
5. Hanley S, et al. J Med Imaging Radiat Sci. 2026;57(3):102187. doi:10.1016/j.jmir.2026.102187.

REVISIÓN DE LA POLIMEDICACIÓN EN PERSONAS MAYORES POR ENFERMERÍA



RESUMEN

La polimedicación es frecuente en las personas mayores y puede aumentar el riesgo de interacciones, efectos adversos, duplicidades, errores de administración y problemas de adherencia. Se considera polimedicación al uso de 5 o más medicamentos de forma simultánea. Enfermería tiene un papel fundamental la revisión periódica de la medicación mediante la observación de posibles efectos adversos, la educación sanitaria y la coordinación con otros profesionales, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y la adherencia al tartamiento.

PALABRAS CLAVE

Polimedicación; personas mayores; revisión de la medicación; enfermería geriátrica; deguridad del paciente; reacciones adversas a meddicamentos; deprescripción; adherencia terapéutica.

MÉTODO

Para la elaboración de la revisión bibliográfica descrlptiva se ha realizada un búsqueda de artículos en inglés y español en las principales bases de datos: Pubmed, SciELO, CINAHL..

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la importancia de la revisión de la polimedicación en personas mayores y el papel de enfermería en la prevención de problemas relacionados con los medicamentos y y la mejora de la seguridad del paciente

Objetivos específicos

1. Identificar los factores que favorecen la polimedicación en personas mayores
2. Describir los riesgos asociados al uso simultáneo de varios fármacos y las herramientas para evaluar la adecuación y seguridad del tratamiento
3. Analizar las intervenciones enfermeras durante la revisión y seguimiento de la medicación, así como el papel de la educación sanitaria en la adherencia.
4. Reconocer la importancia de la deprescripción supervisada y la coordinación multidisciplinar

ANTECEDENTES

El envejecimiento suele acompañarse de multimorbilidad y, por tanto, de un mayor número de tratamientos farmacológicos. Aunque muchos medicamentos son necesarios, su uso simultáneo puede favorecer interacciones, duplicidades, prescripciones potencialmente inapropiadas, reacciones adversas y dificultades para seguir correctamente las pautas. Estas situaciones pueden contribuir a caídas, ingresos hospitalarios y deterioro funcional. La revisión de la medicación no consiste únicamente en reducir el número de fármacos, sino en valorar de forma individualizada su indicación, eficacia, seguridad, dosis y adecuación a las preferencias y necesidades de la persona. Herramientas como los criterios STOPP/START ayudan a detectar medicamentos potencialmente inapropiados y posibles omisiones de tratamiento beneficiosos. Enfermería puede contribuir a identificar problemas, vigilar la respuesta al tratamiento, educar a pacientes y cuidadores y comunicar incidencias al equipo sanitario.

RESULTADOS

1. Conciliación y revisión de la medicación
2. Detección de medicamentos potencialmente inapropiados
3. Deprescripción supervisada
4. Vigilancia reacciones adversas
5. Educación sanitaria y adherencia
6. Coordinación multidisciplinar

CONCLUSIONES

La revisión periódica e individualizada de la medicación permite detectar riesgos y mejorar la seguridad del tratamiento en personas mayores. Enfermería desempeña un papel fundamental mediante el seguimiento, la educación sanitaria y la coordinación multidisciplinar. Herramientas como STOPP/START y la deprescripción supervisada ayudan a conseguir tratamientos más adecuados y seguros, mejorando la calidad asistencial.

TC / PRÓTESIS DE CADERA

Ver más allá del metal



Menos artefacto no siempre significa mejor valoración de todas las estructuras.

TC en personas mayores con prótesis de cadera

Aportación del técnico a la reducción de artefactos metálicos

PALABRAS CLAVE Tomografía computarizada · personas mayores · prótesis de cadera · artefactos metálicos técnico superior en imagen para el diagnóstico · calidad de imagen

Resumen

Las prótesis de cadera pueden producir artefactos metálicos que dificultan la valoración de las estructuras próximas en tomografía computarizada (TC). Este trabajo reúne evidencia sobre técnicas de reconstrucción y su aplicación a personas mayores. Los estudios seleccionados muestran mejoras de calidad de imagen, condicionadas por el equipo, el implante y la estructura evaluada. Se plantea la aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico en la aplicación del protocolo y la revisión técnica de las reconstrucciones.

Antecedentes

Los componentes metálicos pueden generar bandas claras y oscuras que ocultan hueso y tejidos próximos. Las reconstrucciones monoenergéticas virtuales y los algoritmos de reducción de artefactos ofrecen herramientas para abordar este problema, aunque su rendimiento depende de las condiciones de adquisición y reconstrucción [2].

Método

Revisión bibliográfica focalizada con síntesis descriptiva. Mediante búsqueda web se seleccionaron tres investigaciones por su relación con las prótesis de cadera y las técnicas de reducción de artefactos. Se consultaron los textos completos de dos estudios clínicos y el resumen de un estudio experimental. Se compararon población, tecnología, resultados y limitaciones, sin metaanálisis ni evaluación formal del riesgo de sesgo.

Objetivos

Sintetizar la evidencia sobre reducción de artefactos por prótesis de cadera en TC y describir su aplicación técnica en la exploración de personas mayores.

Resultados

HUESO

42 pacientes · edad media 74,4 años

En TC con conteo de fotones, las reconstrucciones a 110 keV mejoraron la reducción de artefactos y la valoración ósea. La valoración de órganos y vasos empeoró por pérdida de contraste. El ajuste no constituye una recomendación universal [1].

RECONSTRUCCIÓN

33 pacientes · edad media 76 años

Combinar reconstrucción monoenergética y reducción iterativa de artefactos mejoró la calidad de imagen. También se observaron nuevos artefactos por sobrecorrección con determinadas reconstrucciones [2].

IMPLANTE

Estudio experimental

La respuesta varió según el material y la configuración de las prótesis. Los resultados orientan la investigación técnica, pero no establecen por sí solos protocolos para pacientes mayores [3].

Conclusiones

La evidencia apoya adaptar la reconstrucción al equipo, al implante y a la estructura que se necesita valorar. Como aplicación práctica, el técnico contribuye mediante la ejecución del protocolo y la comparación técnica de las series, en coordinación con el radiólogo. Reducir los artefactos debe acompañarse de una revisión del contraste y de posibles distorsiones nuevas.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Schreck et al. Eur Radiol. 2023;33:9286–9295. doi:10.1007/s00330-023-09879-4
[2] Combining iterative metal artifact reduction... Sci Rep. 2023. doi:10.1038/s41598-023-35989-6
[3] Conti et al. Diagnostics. 13(1):50. doi:10.3390/diagnostics13010050

REVISIÓN NARRATIVA

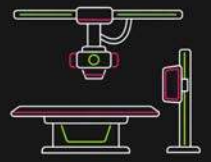
Radiografía convencional

RESUMEN

Revisión exploratoria de tres estudios cualitativos sobre posicionamiento, movilidad y atención radiográfica. Los hallazgos se organizan por dificultades y adaptaciones descritas, destacando la aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico. La evidencia recoge experiencias profesionales y no demuestra la superioridad de una técnica.

MÉTODO

Revisión narrativa exploratoria mediante búsqueda web de literatura científica y consulta de textos completos en PubMed Central y un repositorio universitario. Selección por pertinencia de tres estudios cualitativos. Extracción de contexto, participantes, hallazgos y limitaciones; valoración crítica descriptiva, sin escala formal. Síntesis orientada a radiografía convencional, diferenciando evidencia sobre mayores y evidencia indirecta de trauma adulto.



Radiodiagnóstico *accesible*

para personas mayores con movilidad reducida

Adaptación del posicionamiento: aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico

PALABRAS CLAVE Personas mayores · Radiodiagnóstico · Técnico superior en imagen para el diagnóstico · Movilidad reducida · Posicionamiento radiográfico · Accesibilidad

ANTECEDENTES

La dificultad para mantener una postura puede exigir ajustes del posicionamiento y del equipo. Los relatos de profesionales que atienden a personas mayores destacan la necesidad de individualizar la exploración [1]. La radiografía móvil aporta experiencias de adaptación en entornos con recursos y espacio limitados [3].

OBJETIVO

Identificar estrategias descritas en la literatura para adaptar el posicionamiento radiográfico a personas mayores con movilidad reducida, destacando la aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico.



RESULTADOS

Dificultades y adaptaciones descritas

Síntesis temática propia de los estudios; no representa una secuencia de actuación.

DIFICULTAD	ADAPTACIÓN DESCRITA	ALCANCE DE LA EVIDENCIA
Movilidad limitada Dificultad para adoptar el posicionamiento habitual.	Anticipar la postura tolerable y modificar la disposición del equipo. Se describen proyecciones con haz horizontal como alternativa en determinadas exploraciones [1].	Atención a mayores. Entrevistas a 12 profesionales; no compara técnicas [1].
Movimiento doloroso El dolor condiciona la movilización para la exploración.	Integrar información del paciente y del equipo; valorar alternativas de posicionamiento y solicitar el apoyo clínico necesario [2].	Trauma adulto. Grupo focal de seis profesionales; evidencia indirecta para mayores [2].
Entorno limitado El espacio y el equipo disponible condicionan la técnica.	Ajustar el posicionamiento a las condiciones de la radiografía móvil, considerando los retos de calidad de imagen y protección radiológica [3].	Servicio domiciliario. Nueve entrevistas; competencias percibidas [3].

CONCLUSIONES

La literatura orienta a adaptar el posicionamiento a las capacidades de la persona mayor. El técnico integra esa adaptación con las exigencias de la exploración y la coordinación asistencial. Estos estudios no permiten cuantificar beneficios ni establecer una técnica superior.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ding K, Makanjee C. BMC Geriatr. 2024;24:205. doi:10.1186/s12877-024-04792-x

[2] Talevski C, et al. J Med Radiat Sci. 2023;70:239-246. doi:10.1002/jmrs.668

[3] Bisgaard M, et al. Radiography. 2022;28:102-106. doi:10.1016/j.radi.2021.08.008

Resonancia magnética en personas mayores con implantes

Aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico a una exploración segura.

Palabras clave Resonancia magnética · personas mayores · técnico superior en imagen para el diagnóstico · implantes · seguridad · atención centrada en la persona

Resumen

La resonancia magnética (RM) en personas mayores con implantes requiere integrar la verificación técnica del dispositivo con una preparación adaptada a las necesidades del paciente. Este trabajo reúne recomendaciones sobre seguridad, condiciones de exploración y coordinación asistencial, destacando la aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico. La síntesis identifica la documentación del implante, el cumplimiento de sus condiciones de exploración y la comunicación adaptada como prioridades. La evidencia seleccionada orienta la práctica, pero no cuantifica el efecto de estas actuaciones sobre incidentes en personas mayores [1–3].

Antecedentes

La presencia de un implante exige valorar sus características y las condiciones de la RM. No todos los dispositivos requieren el mismo procedimiento [1,2]. En las personas mayores, las necesidades de comunicación, movilidad y confort deben identificarse individualmente, sin atribuir limitaciones únicamente a la edad [3].

Método

Revisión bibliográfica focalizada con síntesis descriptiva. Mediante búsqueda web y consulta de textos completos, se seleccionaron por su pertinencia tres fuentes: un manual de seguridad en RM, un consenso sobre dispositivos cardíacos implantables y un estudio cualitativo sobre atención radiológica a personas mayores. Se analizaron los apartados relevantes sobre verificación del implante, preparación del paciente y coordinación profesional. La valoración fue descriptiva, sin escala formal de calidad ni metaanálisis.



La persona, en el centro

Objetivos

Sintetizar las recomendaciones relevantes para preparar y realizar una RM en personas mayores con implantes, destacando la aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico y la coordinación asistencial.

Ilustración conceptual de preparación previa.

Resultados

Identificación documentada.

El manual ACR recomienda verificar el tipo y la localización del implante, y el modelo exacto cuando sea necesario. La documentación debe permitir valorar sus condiciones de exploración. Las dudas requieren evaluación por el equipo responsable [1].

Condiciones de exploración.

La etiqueta «MR Conditional» indica seguridad únicamente bajo condiciones especificadas. El técnico aplica y comprueba el protocolo autorizado y realiza la verificación final antes del acceso a la sala [1].

Coordinación específica.

El técnico superior en imagen para el diagnóstico coordina la preparación técnica con enfermería y el equipo médico responsable, atendiendo a las necesidades del paciente y a los requisitos del implante [1–3]. El consenso SCMR contempla RM en pacientes seleccionados con dispositivos cardíacos mediante protocolos y recursos especializados. La evaluación del sistema, su programación y los controles correspondientes requieren coordinación con el equipo competente; no constituyen decisiones autónomas del técnico [2].

Adaptación a la persona.

En entrevistas a 12 profesionales australianos se identificaron necesidades de comunicación, confort y atención individualizada. Su aplicación a RM con implantes es indirecta: el estudio no evaluó este contexto específico [3].

Conclusiones

La aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico integra verificación técnica, aplicación del protocolo y atención individualizada. En personas mayores con implantes, la seguridad exige coordinación y decisiones fundamentadas en el dispositivo y en las necesidades del paciente. La síntesis no demuestra una reducción de incidentes atribuible a estas actuaciones [1–3].

Fuentes

1. ACR. Manual on MR Safety. 2026. • 2. Kim et al. J Cardiovasc Magn Reson. 2024;26:100995. doi:10.1016/j.jocmr.2024.100995
3. Ding y Makanjee. BMC Geriatr. 2024;24:205. doi:10.1186/s12877-024-04792-x



TRAQUEOSTOMÍA EN LA PERSONA MAYOR: cuidados integrales, seguridad y autonomía

Del hospital al domicilio: una atención coordinada y centrada en la persona



1. RESUMEN

La traqueostomía puede afectar comunicación, deglución, secreciones, seguridad respiratoria y autonomía. Esta revisión narrativa sintetiza recomendaciones para una atención integral de la persona mayor traqueostomizada, desde el ingreso hospitalario hasta el domicilio, destacando educación, prevención de complicaciones y coordinación.

2. PALABRAS CLAVE

Traqueostomía; persona mayor; cuidados de enfermería; seguridad del paciente; atención domiciliaria; Silver Economy.

3. ANTECEDENTES

El **envejecimiento**, la **fragilidad** y la multimorbilidad pueden aumentar la complejidad de los cuidados. La traqueostomía requiere vigilancia de la vía aérea, humidificación, manejo de secreciones, cuidado del estoma, comunicación y apoyo nutricional/deglutorio. La continuidad asistencial y la formación de cuidadores son esenciales para una transición segura al domicilio.

4. OBJETIVOS

General: sintetizar cuidados basados en guías para mejorar seguridad, autonomía y continuidad asistencial en personas mayores con traqueostomía.

Específicos: identificar cuidados esenciales; resumir medidas de prevención y respuesta ante complicaciones; destacar educación a paciente/cuidador y coordinación hospital-domicilio.

5. MÉTODO

Revisión narrativa de guías clínicas y documentos de práctica para adultos con traqueostomía. Fuentes de referencia: guía de Intensive Care NSW (2021; revisión prevista 2026), EBM Guidelines: Tracheostomy care (actualización 2024), y documentos profesionales sobre cuidados de vía aérea. Síntesis temática: vía aérea y cánula; humidificación y secreciones; estoma y piel; comunicación y deglución; educación, alta y seguimiento.
No se incluyeron pacientes ni se generaron datos propios.

6. RESULTADOS

VÍA AÉREA SEGURA



- Valorar permeabilidad, fijación, cánula interna y disponibilidad de material de emergencia según protocolo.

HUMIDIFICACIÓN Y SECRECIONES



- Mantener humidificación adecuada y retirar secreciones cuando esté clínicamente indicado, con técnica segura.

CUIDADO INTEGRAL



- Higiene del estoma, vigilancia de piel, comunicación, cribado de deglución y coordinación con logopedia/nutrición.

ALTA Y DOMICILIO



- Entrenamiento práctico del paciente y cuidador, plan escrito de actuación, contactos y seguimiento.

Dificultad respiratoria, obstrucción o desplazamiento de la cánula: emergencia; activar ayuda y seguir el protocolo local.

7. CONCLUSIONES

La seguridad de la persona mayor traqueostomizada depende de cuidados estandarizados y adaptados a su capacidad funcional. La educación del cuidador, la comunicación accessible y la coordinación entre ORL, enfermería, rehabilitación, atención primaria y domicilio pueden favorecer autonomía y continuidad.
La Silver Economy ofrece oportunidades para formación, teleapoyo y servicios domiciliarios especializados; su impacto debe evaluarse con indicadores clínicos, funcionales y de experiencia.

REFERENCIAS | 1. Intensive Care NSW. Care of adult patients in acute care facilities with a tracheostomy. 2021 (review due 2026). | 2. EBM Guidelines. Tracheostomy care. Updated 2024. | 3. Añadir y verificar referencias profesionales/ORL aplicables antes del envío.



SILVER ALERT

Tecnología, longevidad y atención inteligente a la persona mayor en el medio rural

Un modelo multidisciplinar de monitorización inteligente para detectar precozmente cambios y anticiparse a las urgencias

Más prevención, más autonomía, mejor calidad de vida



Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

1. RESUMEN

Propuesta de un modelo de atención preventiva, basado en tecnología y trabajo en equipo, que permita detectar precozmente cambios en el estado de salud de la persona mayor, anticiparse a las urgencias y favorecer la continuidad asistencial, especialmente en el medio rural.

2. PALABRAS CLAVE

Persona mayor · Monitorización
Prevención · Tecnología sanitaria
Atención multidisciplinar · Medio rural

3. ANTECEDENTES

España se enfrenta a un proceso de envejecimiento poblacional. Según el INE, las personas de 65 años o más representan actualmente el 21,1 % de la población. Según las proyecciones de población del INE 2026-2076, esta proporción podría alcanzar el 30,9 % en 2076.

En el medio rural, la mayor dispersión geográfica y la menor disponibilidad de recursos pueden dificultar el acceso a la atención sanitaria y aumentar el riesgo de deterioro y de urgencias evitables.



5. MÉTODO

Diseño de un modelo preventivo de monitorización inteligente

¿CÓMO FUNCIONARÍA SILVER ALERT?



Análisis y clasificación de alertas

- **Seguimiento y consejos**
- **Intervención preventiva** (Atención Primaria, domicilio)
- **Urgencias** (si es necesario)

4. OBJETIVOS

- ✓ Proponer un modelo de atención preventiva.
- ✓ Detectar precozmente cambios en el estado de salud.
- ✓ Reducir urgencias evitables.
- ✓ Mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores en el medio rural.

EL PAPEL DEL TCAE

Los datos aportan información

- ✓ Observa cambios físicos y funcionales.
- ✓ Apoya en la autonomía y la movilidad.
- ✓ Identifica necesidades básicas.
- ✓ Comunica al equipo las observaciones relevantes.



BENEFICIOS ESPERADOS

Para la persona mayor
- ✓ Mayor seguridad y autonomía.
- ✓ Permanencia en su entorno.

Para los profesionales
- ✓ Información objetiva y coordinada.

Para el sistema sanitario
- ✓ Atención más preventiva y uso eficiente de recursos.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

La información se gestiona por un equipo coordinado y especializado:

- Medicina
- Enfermería
- **TCAE**
- Trabajo Social
- Teleasistencia
- Tecnología y gestión de datos
- Atención Primaria y Urgencias

La tecnología detecta, el profesional interpreta.

RETOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Protección de datos y privacidad.
- Brecha digital y accesibilidad.
- Falsas alarmas.
- Dependencia tecnológica.
- Necesidad de supervisión profesional.

SILVER ALERT Y EL MEDIO RURAL

La tecnología puede acercar la atención sanitaria en zonas rurales, donde la distancia geográfica y la dispersión poblacional dificultan el acceso a servicios.



6. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES DE EVALUACIÓN

Al tratarse de una propuesta teórica, se plantean resultados e indicadores esperados para su futura implantación y evaluación:

- **Detección de alertas:** registro y análisis de alertas tempranas (variaciones en constantes, movilidad, etc.).
- **Tiempos de respuesta:** tiempo desde la alerta hasta la actuación del equipo.
- **Coordinación asistencial:** grado de comunicación y coordinación entre niveles asistenciales.
- **Urgencias evitables:** seguimiento de consultas y urgencias potencialmente evitables.
- **Autonomía y calidad de vida:** evolución de la autonomía funcional y permanencia en el domicilio.
- **Continuidad de cuidados:** seguimiento y ajuste del plan de atención individualizado.

7. CONCLUSIONES

SILVER ALERT es una propuesta de modelo preventivo, centrado en la persona y de carácter multidisciplinar, con potencial para apoyar la detección precoz de cambios en la salud de la persona mayor y favorecer una atención coordinada, especialmente en el medio rural.

Su viabilidad y efectividad requieren la realización de una prueba piloto y una evaluación posterior que permita valorar su impacto y orientar su posible implementación.

Bibliografía (Vancouver)

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2026–2076. Madrid: INE; 2026.
2. World Health Organization. Integrated Care for Older People (ICOPE): Implementation framework. Geneva: WHO; 2019.
3. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2027. Geneva: WHO; 2025.

Sacyl · Fundación Caja Rural · Diputación de Zamora

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

No es solo desorientación:
el delirium en el anciano que llega a Urgencias.

Detección precoz, diagnóstico diferencial e intervención de enfermería.

Rafael Molinero Pérez[1] | Alicia Pacho Gimare[1]
Beatriz Nieto Miguel[2] | Rebeca Santos Nieto[1]
María Asunción Jorge Martín[1]

[1] Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
[2] Gerencia de Servicios Sociales de Zamora

1. RESUMEN

El delirium es un síndrome clínico frecuente en el anciano, que puede pasar desapercibido en Urgencias y confundirse con demencia, infección u otras causas. La valoración enfermera permite detectar precozmente sus signos, identificar factores de riesgo y promover una revisión terapéutica, mejorando el pronóstico y evitando complicaciones.

2. PALABRAS CLAVE

Delirium; anciano; Urgencias; valoración enfermera; diagnóstico diferencial; revisión terapéutica.



3. ANTECEDENTES

- El delirium afecta al 10–30% de los pacientes mayores hospitalizados y se asocia a mayor morbimortalidad.
- Puede ser la primera manifestación de una infección, un efecto adverso o un trastorno metabólico.
- Su detección precoz es clave para un manejo adecuado y para evitar complicaciones.

4. OBJETIVOS

- Reconocer los signos y síntomas de delirium en el anciano que acude a Urgencias.
- Diferenciarlo de otras causas de alteración mental.
- Identificar situaciones que requieren revisión terapéutica.

5. MÉTODO

- Revisión bibliográfica en bases de datos (PubMed, CINAHL, Cochrane Library).
- Análisis de guías clínicas y protocolos de Urgencias.
- Experiencia asistencial y aplicación de la valoración enfermera estructurada (CAM).

6. RESULTADOS

Signos y síntomas más frecuentes

- Alteración cognitiva (atención y memoria)
- Cambios en la conciencia y en el ritmo sueño-vigilia
- Inquietud, agitación o letargo
- Cambios conductuales y emocionales
- Hipotensión y caídas

Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Polifarmacia
- Infección
- Deshidratación
- Deterioro cognitivo previo

Papel de la enfermería

- Valorar cambios en el estado mental y signos vitales.
- Identificar posibles causas: fármacos, infecciones, desequilibrios metabólicos.
- Comunicar y solicitar revisión terapéutica.
- Aplicar medidas no farmacológicas (orientación, entorno tranquilo, apoyo familiar).

7. CONCLUSIONES

- El delirium es una urgencia real, con un impacto significativo en su pronóstico.
- La valoración enfermera precoz permite detectar y diferenciar sus causas reversibles.
- La identificación de factores de riesgo y la revisión de la medicación pueden prevenir complicaciones y mejorar la evolución.
- Es fundamental impulsar una atención integral y multidisciplinar en Urgencias.

Detectar a tiempo, cuida su vida

Radiografía de tórax en personas mayores con movilidad limitada

Adaptación técnica y calidad de imagen

SILVER ECONOMY

RESUMEN

La movilidad limitada puede dificultar el posicionamiento durante la radiografía de tórax. Este trabajo reúne recomendaciones técnicas y evidencia publicada sobre calidad de imagen, con atención a su aplicación en personas mayores.

ANTECEDENTES

Cuando no se tolera la posición posteroanterior, puede recurrirse a una adquisición anteroposterior adaptada. Esta presenta limitaciones, como la magnificación de la silueta cardíaca [1].

PALABRAS CLAVE

Radiografía de tórax · Personas mayores · Movilidad limitada · Posicionamiento · Calidad de imagen · Técnico superior en imagen para el diagnóstico



OBJETIVOS

Identificar criterios técnicos aplicables a personas mayores con movilidad limitada y describir la aportación del técnico al posicionamiento y al control de calidad.

MÉTODO

Consulta bibliográfica focalizada de recomendaciones profesionales y estudios sobre radiografía torácica y equipos móviles. Síntesis descriptiva de documentos accesibles y del resumen de un estudio comparativo. Sin datos propios ni evaluación formal del riesgo de sesgo.

RESULTADOS

ADAPTACIÓN

La proyección anteroposterior es una alternativa cuando no se tolera la posteroanterior. Sus diferencias geométricas impiden considerarlas equivalentes [1].

CALIDAD

Las recomendaciones para tórax posteroanterior contemplan inspiración, simetría, cobertura anatómica, exposición y colimación. Los criterios deben adaptarse al contexto de adquisición [2].

EVIDENCIA

En un estudio de 20 exploraciones de tórax, repartidas entre equipos móviles y hospitalarios, todas fueron aptas para diagnóstico. La muestra no demuestra equivalencia general [3].

CONCLUSIONES

El técnico contribuye mediante la preparación del paciente, la adaptación del posicionamiento y la comprobación de la calidad. La utilidad diagnóstica y los protocolos del servicio orientan la valoración de imágenes limitadas, con consulta al radiólogo cuando corresponda. Esta revisión no cuantifica una reducción de repeticiones.

REFERENCIAS

[1] ACR. Appropriateness Criteria: Acute Respiratory Illness in Immunocompetent Patients.
[2] Royal College of Radiologists. Adapted Anatomical Image Criteria for PA Chest Radiography. Revisión 2022.
[3] Precht H, et al. Radiography. 2020;26(2):e31–e37. doi:10.1016/j.radi.2019.10.004.

SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES:

Impacto en la salud y estrategias de prevención desde el ámbito sociosanitario

RESUMEN

La soledad no deseada constituye una experiencia subjetiva que surge cuando las relaciones sociales no responden a las necesidades de la persona. En las personas mayores puede relacionarse con cambios vitales, problemas de salud y reducción de la participación social. Este póster tiene como objetivo sintetizar la evidencia sobre sus factores asociados, consecuencias para la salud y posibles estrategias de prevención. La soledad no deseada señala asociaciones con peor bienestar físico y psicológico. Se destaca la importancia de la detección temprana.

PALABRAS CLAVES

Soledad no deseada, personas mayores, aislamiento social, salud, intervención sociosanitaria,prevención.

ANTECEDENTES

La soledad no deseada no es equivalente a vivir solo ni al aislamiento social. La Organización Mundial de la Salud estimó en 2025 que alrededor del 11,8 % de las personas de 60 años o más experimentan soledad. Entre los factores asociados se encuentran la viudedad, las redes de apoyo reducidas, los problemas de salud, los síntomas depresivos y las limitaciones funcionales.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la relación entre la soledad no deseada y la salud de las personas mayores, así como las estrategias de detección y prevención.

Objetivos específicos

- Describir consecuencias para la salud y la calidad de vida.
- Identificar intervenciones preventivas y de abordaje.



MÉTODOS

Revisión bibliográfica.
Fuentes de información: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Dialnet y Google Scholar.

RESULTADOS

- Se describe asociaciones entre soledad, aislamiento social y resultados desfavorables de salud.
- En cuanto al impacto en la salud es multidimensional, destacando depresión, ansiedad, malestar emocional, asociación con enfermedades cardiovasculares y deterioro cognitivo. Mayor mortalidad. Menor calidad vida.
- Las intervenciones: actividades grupales , apoyo psicológico, entrenamiento de habilidades sociales y tecnologías de comunicación.

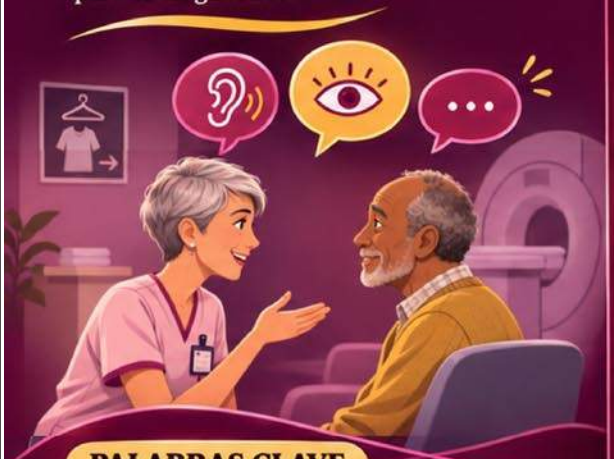
CONCLUSIONES

La soledad no deseada es un fenómeno multidimensional que debe diferenciarse de vivir solo y del aislamiento social. Se relaciona con factores personales, relacionales, sanitarios y comunitarios, así como con peores resultados de salud.
La detección temprana, la escucha activa y las intervenciones individualizadas y coordinadas son fundamentales. Los profesionales de atención primaria y enfermería comunitaria pueden facilitar la identificación de necesidades y la conexión con recursos comunitarios.

Cuando oír o ver cuesta

Comunicación accesible en radiodiagnóstico para personas mayores

Aportación del técnico superior en imagen para el diagnóstico



PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Radiodiagnóstico · Comunicación accesible · Pérdida auditiva · Discapacidad visual · Técnico superior en imagen para el diagnóstico

RESUMEN

Las dificultades auditivas o visuales pueden limitar el acceso a las explicaciones de una exploración. Se sintetizan recomendaciones de comunicación accesible y se propone su aplicación por el técnico en radiodiagnóstico, atendiendo a las preferencias de cada persona.

ANTECEDENTES

La accesibilidad requiere identificar necesidades individuales y ofrecer apoyos adecuados. La edad no permite deducir cómo oye, ve o prefiere comunicarse una persona [1–3].

OBJETIVOS | Describir recomendaciones de comunicación ante dificultades auditivas y visuales y proponer su adaptación a la preparación y las instrucciones de las exploraciones de imagen.

MÉTODO | Revisión documental focalizada mediante búsqueda web y síntesis descriptiva de recursos de NIDCD, RNIB y NHS England. Se diferencian recomendaciones generales y aplicación propuesta al radiodiagnóstico. Sin datos propios ni evaluación formal del riesgo de sesgo.

RESULTADOS | **Síntesis de recomendaciones**

OÍR | Hablar de frente, con claridad y sin gritar. Reducir el ruido de fondo cuando sea posible y preguntar qué apoyo facilita la comunicación [1].

ORIENTARSE | Presentarse y dirigirse a la persona. Preguntar cómo prefiere ser guiada, dar indicaciones concretas y avisar al alejarse [2].

ADAPTAR | Identificar y registrar las necesidades, compartirlas con el equipo y revisar los apoyos. El estándar inglés se utiliza como referencia, no como normativa española [3].

APLICACIÓN PROPUESTA | El técnico acuerda un canal accesible para las instrucciones, anticipa los cambios de posición y comprueba la comprensión. Los apoyos deben respetar los protocolos de seguridad de cada sala.

CONCLUSIONES | La aportación del técnico consiste en adaptar la comunicación a cada paciente y coordinar los apoyos necesarios. Las recomendaciones orientan la práctica, pero esta revisión no demuestra una reducción de errores ni de repeticiones de imagen.

REFERENCIAS

[1] NIDCD. Age-Related Hearing Loss (Presbycusis). nidcd.nih.gov
[2] RNIB. Guiding a blind or partially sighted person. rnib.org.uk
[3] NHS England. Accessible Information Standard: requirements (DAPB1605). england.nhs.uk

SILVER ECONOMY

Radiofrecuencia de las ramas articulares de los nervios femoral y obturador en la coxartrosis

Eficacia analgésica e impacto en funcionalidad y calidad de vida

Landázuri Castillo GE , Molero Díez YB, López-Andaluz Mangas J, Rueda Millán VM, Del Rey De Cabo C, Puerto Ortega E, Blanco Dorado C , Alcalá Blanco C, Méndez Torrubiano I, Vicente García A , Bustos Jiménez B, Rey Escudero R

RESUMEN

La radiofrecuencia (RF) de las ramas articulares de los nervios femoral y obturador es una opción intervencionista en el dolor para pacientes con coxartrosis refractaria o que no son candidatos a artroplastia. Presenta escaso riesgo de complicaciones. Se sintetiza su efecto sobre dolor, función y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

coxartrosis; radiofrecuencia; nervio femoral; nervio obturador; dolor crónico; calidad de vida

ANTECEDENTES

La coxartrosis produce dolor crónico y limitación funcional. La RF permite abordar las ramas sensitivas femorales y obturatrices que dan la inervación a la cápsula anterior y modular las señales nociceptivas.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de la RF como alternativa poco invasivas obre el dolor, la funcionalidad y la calidad de vida

MÉTODO

- Revisión sistemática
- Búsqueda en PubMed y Embase
- Valoración de EVA/VAS, NRS como escalas de dolor y HOOS, WOMAC, SF-12/SF-36 como escalas de calidad de vida.

RESULTADOS DE LA REVISIÓN

1 REDUCCIÓN DEL DOLOR

La RF de las ramas articulares de los nervios femoral y obturador mostró una reducción clínicamente relevante del dolor.

2 DURACIÓN DEL BENEFICIO

Los beneficios se documentaron entre los **3 y 6 meses**, con disminución progresiva del efecto durante el seguimiento.

3 GRAVEDAD DE LA COXARTROSIS

Algunos estudios sugieren una mayor persistencia del efecto en estadios leves y moderados de coxartrosis.

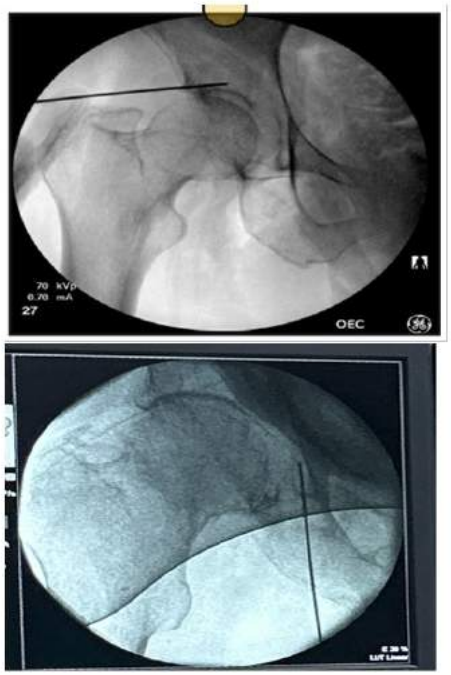
4 FUNCIÓN, CALIDAD DE VIDA Y SEGURIDAD

- La mejoría analgésica se acompañó de beneficios funcionales y en determinados dominios de calidad de vida.
- Se notificaron complicaciones vasculares y neurológicas generalmente leves.

COMPARACIÓN DE MODALIDADES

No se dispone de evidencia suficiente para establecer la superioridad de una modalidad de RF sobre las demás.

IMÁGENES DEL PROCEDIMIENTO



CONCLUSIONES

La RF es una alternativa analgésica potencialmente útil en la coxartrosis, con posibles beneficios funcionales y en calidad de vida. La heterogeneidad y el riesgo de sesgo de los estudios impiden establecer superioridad entre RF térmica, pulsada y refrigerada. Se requieren ensayos comparativos robustos y seguimiento prolongado.

Alfabetización digital en salud en personas mayores: intervenciones de enfermería

Resumen

Revisión narrativa sobre intervenciones de alfabetización digital en salud dirigidas a personas mayores. Un metaanálisis de 7 estudios (710 mayores) halló mejoras en alfabetización eSalud, conocimientos y autoeficacia, sin efecto significativo en habilidades. Las intervenciones presenciales obtuvieron los mayores efectos, con evidencia heterogénea y de calidad moderada. Enfermería puede liderar programas educativos graduales en consulta y comunidad.

Palabras clave

Alfabetización digital en salud; alfabetización eSalud; personas mayores; enfermería; brecha digital.

Antecedentes

- La digitalización sanitaria avanza más rápido que las competencias de muchos mayores y puede generar inequidades en el acceso a la atención.[5]
- La alfabetización eSalud es la capacidad de buscar, comprender y evaluar información de salud en medios electrónicos y aplicarla a un problema de salud.[1]
- Muchos mayores no tienen la alfabetización suficiente para beneficiarse de estos recursos.[2]

Objetivos

- Describir los efectos de las intervenciones de alfabetización digital en salud en personas mayores.
- Identificar qué características (modalidad, duración, base teórica) se asocian a mayor efecto y qué papel puede asumir enfermería.

Método

- **Diseño:** revisión narrativa de evidencia secundaria (revisiones sistemáticas y metaanálisis).
- **Población:** personas de 60 años o más.
- **Fuentes:** literatura científica indexada. [Indicar bases de datos, años y fecha de búsqueda]
- **Análisis:** síntesis narrativa de efectos, modalidad, duración y marco teórico.

Resultados

710
mayores en 7 estudios (2 ECA, 5 cuasiexperimentales)[3]

1,15
alfabetización eSalud (SMD; IC 95 %: 0,46–1,84)[3]

0,93
conocimientos (SMD; IC 95 %: 0,54–1,31)[3]

0,96
autoeficacia (SMD; IC 95 %: 0,16–1,77)[3]

Habilidades: sin efecto significativo (SMD 0,77; IC 95 %: −0,30 a 1,85).[3]

Efecto en alfabetización eSalud según modalidad y duración (SMD)[3]



Diferencia entre subgrupos significativa solo para la modalidad (p = 0,02); para la duración, p = 0,28. Heterogeneidad alta (I^2 = 95 %).

Resultados: evidencia y características

- Una revisión de 23 estudios halló pocas intervenciones que midan resultados en salud, escasa base teórica y pocos diseños de alta calidad.[2]
- Los 7 estudios del metaanálisis proceden de países desarrollados, sobre todo de EE. UU., y duraron de 2 a 8 semanas.[3]
- Marcos teóricos usados: autoeficacia, modelo información-motivación-habilidades conductuales, aceptación tecnológica y difusión de innovaciones. La autoeficacia es el más defendido.[3,4]
- Un programa de e-learning sobre el portal del paciente, basado en teoría, mejoró los conocimientos.[6]

Conclusiones

- Las intervenciones de alfabetización digital mejoran la alfabetización eSalud, los conocimientos y la autoeficacia de los mayores.
- Funcionan mejor las presenciales, con base teórica y sostenidas en el tiempo.
- **Implicación para enfermería:** integrar la educación digital gradual y presencial en consulta y programas comunitarios, y evaluarla con la escala eHEALS.
- **Limitaciones:** pocos estudios, calidad moderada y alta heterogeneidad. Faltan ensayos de mayor calidad y estudios fuera de países desarrollados.

Idade dos enfermeiros: assertividade, competência emocional e perceções sobre a prática baseada na evidência

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre a idade dos enfermeiros e as perceções de assertividade e de competência emocional e a adoção percebida da enfermagem baseada na evidência (EBE). **Método:** estudo transversal com 3014 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros; regressão linear ajustada para características sociodemográficas e profissionais (pontuações normalizadas, 0-100). **Resultados:** cada década de idade associou-se a uma perceção de assertividade com a equipa 3,0 pontos mais elevada ($p < 0,001$) e, em menor grau, a perceções mais elevadas de assertividade com o utente (+1,2) e de competência emocional (+0,8). A adoção percebida da EBE não se associou à idade (-0,25; $p = 0,42$). **Conclusão:** os enfermeiros de maior idade percecionam-se mais assertivos e emocionalmente competentes, mas não referem maior adoção da EBE.

Palavras-chave: Fatores Etários; Recursos Humanos de Enfermagem; Assertividade; Inteligência Emocional; Enfermagem Baseada em Evidências

INTRODUÇÃO

A força de trabalho de enfermagem está a envelhecer, mas não é claro se a idade se associa a perceções mais elevadas de assertividade e de competência emocional, nem a maior adoção da enfermagem baseada na evidência.

OBJETIVO

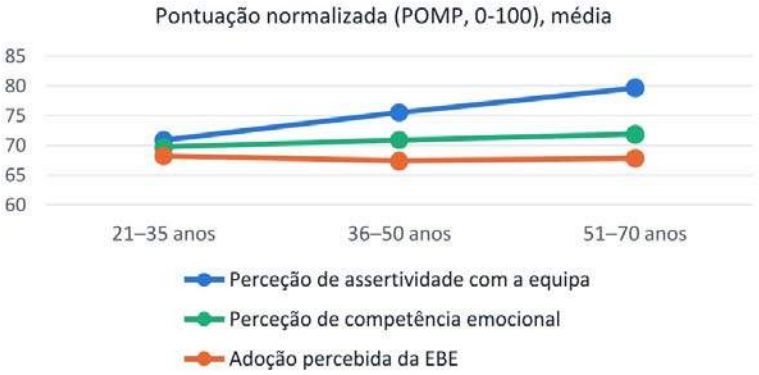
Analisar a associação entre a idade dos enfermeiros e as perceções de assertividade e de competência emocional e a adoção percebida da enfermagem baseada na evidência (EBE).

MÉTODO

Estudo transversal nacional; amostra não probabilística de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (N = 3014; sem dados omissos). Autorrelato: QECPBE-20 (pontuação total), Questionário de Competência Emocional e Escala de Comportamentos Assertivos. Regressão linear com a idade por década e erros-padrão robustos, ajustada para sexo, habilitações, categoria, especialidade, contexto e setor; pontuação normalizada (POMP, 0-100).

RESULTADOS

Mais assertividade percebida nos mais velhos



Médias (IC 95%) aos 21-35 vs 51-70 anos: assertividade com a equipa 70,9 (69,7-72,1) vs 79,7 (78,8-80,7); EBE 68,2 vs 67,8. Um dos itens com maior gradiente: «Exprimo sem dificuldades as minhas opiniões perante os superiores» 4,03 vs 4,81 (1-6).

POR DÉCADA DE IDADE (AJUSTADO)

Perceção de	POMP	*p*
assertividade c/ equipa	**+3,01**	< 0,001
assertividade c/ utente	**+1,24**	< 0,001
competência emocional	**+0,79**	< 0,001
adoção de EBE	**−0,25**	0,42

IC 95%: 2,42 a 3,61 · 0,70 a 1,79 · 0,42 a 1,17 · -0,86 a 0,36. β padronizado: 0,20 · 0,09 · 0,09 · -0,02.

CONCLUSÕES

Os enfermeiros de maior idade percecionam-se mais assertivos, mas não referem maior adoção da EBE. Hipótese a testar: mentoria intergeracional e liderança na implementação da evidência podem pôr esta assertividade ao serviço da prática.

Dados de maio de 2024 a novembro de 2025 · Parecer favorável de comissão de ética · Limitações: transversal (não separa envelhecimento, experiência e efeito de coorte), autorrelato, efeitos modestos.

Idade dos enfermeiros e competências percebidas em tecnologias de informação e enfermagem baseada na evidência

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre a idade dos enfermeiros, a competência digital percebida para pesquisar evidência e a adoção percebida da enfermagem baseada na evidência (EBE). **Método:** estudo transversal com 3014 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros; regressão linear ajustada (pontuações normalizadas, 0 - 100). **Resultados:** cada década de idade associou-se a menor competência percebida em tecnologias de informação (-3,1 pontos) e a menor confiança para pesquisar evidência (-2,3 a -2,5), sem diferença nos recursos informáticos percebidos. A adoção percebida da EBE não variou com a idade, mas, considerando a competência digital, a idade associou-se a maior adoção (+0,8 por década). **Conclusão:** a competência digital percebida é um alvo de formação para os enfermeiros sénior.

Palavras-chave: Fatores Etários; Alfabetização Digital; Recursos Humanos de Enfermagem; Enfermagem Baseada em Evidências

INTRODUÇÃO

A transição digital dos serviços de saúde torna as competências em tecnologias de informação centrais para aceder à evidência. Numa força de trabalho que envelhece, importa saber se estas competências variam com a idade e como se relacionam com a EBE.

OBJETIVO

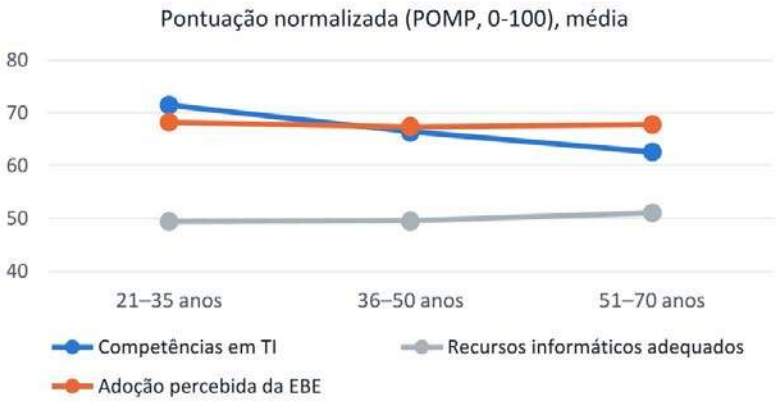
Analisar a associação entre a idade, a competência digital percebida e a adoção percebida da EBE.

MÉTODO

Estudo transversal nacional; amostra não probabilística de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (N = 3014; sem dados omissos). Autorrelato: item «Competências em TI» do QECPBE-20 e itens do QABPBE-26 sobre confiança no computador, saber pesquisar e recursos informáticos. Para evitar sobreposição, a ligação à EBE usou o QECPBE-20 sem o item de TI. Regressão linear com erros-padrão robustos, ajustada para sexo, habilitações, categoria, especialidade, contexto e setor; POMP 0-100.

RESULTADOS

Menos competência digital percebida nos mais velhos



Médias aos 21-35 vs 51-70 anos (IC 95%): competências em TI 71,5 (69,8-73,2) vs 62,6 (61,2-64,0); sabe pesquisar 70,0 (68,4-71,6) vs 63,2 (61,8-64,6). n = 563 · 1622 · 829.

POR DÉCADA DE IDADE (AJUSTADO)

Perceção de	POMP	*p*
competências em TI	**-3,14**	< 0,001
confiança no computador	**-2,25**	< 0,001
saber pesquisar evidência	**-2,53**	< 0,001
recursos informáticos	**+0,86**	0,15
adoção de EBE	**-0,25**	0,42

Ligação à EBE (exploratória): cada ponto de competência digital associou-se a +0,39 (0,36-0,42) de EBE; ajustando a ela, a idade associou-se a +0,84 (0,27-1,41) por década; p = 0,004.

CONCLUSÕES

A maior idade associou-se a menores pontuações nos itens de competências percebidas em TI e prática baseada na evidência. Não se observou associação com a perceção de adequação dos recursos informáticos. Estes resultados justificam avaliar necessidades de formação nestes domínios.

Dados de maio de 2024 a novembro de 2025, com aprovação ética. Limitações: desenho transversal, autorrelato, itens isolados e ajustamento exploratório.

Delirium en personas mayores hospitalizadas:
detección precoz y prevención desde enfermería

Menos complicaciones | Estancias más seguras | Mayor autonomía | Mejor calidad de vida



1 Resumen

El delirium es un síndrome frecuente en las personas mayores hospitalizadas y se asocia a un aumento de la morbimortalidad, mayor estancia hospitalaria y pérdida de funcionalidad. La detección precoz y la implementación de intervenciones preventivas por parte de enfermería son fundamentales para reducir su incidencia.
Esta comunicación revisa la evidencia disponible sobre el papel de la enfermería en la prevención y manejo del delirium en el entorno hospitalario.

2 Palabras clave

Delirium | Personas mayores | Prevención | Enfermería geriátrica | Hospitalización

3 Antecedentes

- El delirium es un síndrome agudo y fluctuante de la función cognitiva, frecuente en personas mayores hospitalizadas.
- Su incidencia aumenta con la edad y se relaciona con múltiples factores de riesgo, como la multimorbilidad, la polifarmacia, la inmovilidad o las alteraciones del sueño.
- Puede pasar desapercibido, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento.
- La evidencia actual destaca la importancia de las intervenciones enfermeras preventivas, basadas en la identificación de factores de riesgo y en estrategias multicomponente.



4 Objetivo

Analizar la evidencia sobre la detección precoz y la prevención del delirium en personas mayores hospitalizadas, y destacar el papel de la enfermería en su abordaje.

5 Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar y PEDro) durante los últimos diez años en personas mayores de 65 años hospitalizadas.

Se analizaron intervenciones relacionadas con:

Valoración del riesgo | Detección precoz | Intervenciones enfermeras multicomponente | Estrategias preventivas

6 Resultados

Menor incidencia de delirium	↓	Las intervenciones preventivas reducen la incidencia de delirium.
Menor duración de la estancia hospitalaria	↓	Se observa una disminución de la duración de la estancia hospitalaria.
Mejor función cognitiva	↑	Los programas preventivos favorecen una mejor función cognitiva.
Mayor independencia funcional	↑	Se asocia a una mayor independencia en las actividades de la vida diaria.
Menor morbimortalidad	↓	La prevención del delirium se relaciona con una menor morbimortalidad.





7 Conclusiones

- La detección precoz y la prevención del delirium son fundamentales para mejorar la seguridad y los resultados en las personas mayores hospitalizadas.
- La enfermería desempeña un papel clave en la identificación de factores de riesgo, la implementación de intervenciones preventivas y la educación del paciente y la familia.
- Abordar el delirium desde una perspectiva integral contribuye a preservar la funcionalidad y la calidad de vida en la población mayor.

ENFERMERÍA · REVISIÓN NARRATIVA

Desnutrición en mayores: cribado y abordaje desde enfermería

Resumen

Revisión narrativa sobre el cribado y el abordaje de la desnutrición en mayores. Un análisis conjunto de 4.507 mayores halló desnutrición en el 22,8 % y riesgo en el 46,2 %, con grandes diferencias entre entornos. El MNA-SF mostró buena validez para detectar riesgo en la comunidad (corte ≤ 11). Las revisiones sobre intervenciones nutricionales no muestran beneficios claros y la evidencia es de baja calidad. Enfermería puede liderar el cribado sistemático.

Palabras clave

Desnutrición; cribado nutricional; personas mayores; enfermería; Mini Nutritional Assessment.

Antecedentes

- La desnutrición empeora la salud de las personas mayores frágiles.
- Se han identificado 17 herramientas de cribado validadas en mayores de la comunidad.
- Las intervenciones habituales son los suplementos orales, el consejo dietético y el enriquecimiento de las comidas.

Objetivos

- Describir la frecuencia de la desnutrición y las herramientas de cribado validadas en mayores.
- Resumir la eficacia de las intervenciones nutricionales y sus implicaciones para la práctica enfermera.

Método

- Diseño: revisión narrativa de evidencia secundaria (revisiones sistemáticas y metaanálisis).
- Población: mayores en distintos entornos asistenciales.
- Fuentes: literatura científica indexada.
- Análisis: síntesis narrativa de frecuencia, cribado e intervenciones.

Resultados

22,8 %
desnutrición en 4.507 mayores de 12 países

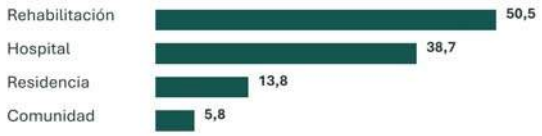
46,2 %
en riesgo de desnutrición

≤ 11
punto de corte del MNA-SF para detectar riesgo en la comunidad

11
ECA (822 frágiles): poca evidencia de efecto de los suplementos

Suplementos orales: efecto solo en el peso (metaanálisis en red).

Prevalencia de desnutrición según el entorno (%)



Análisis conjunto de 24 conjuntos de datos con MNA completo.

Resultados: evidencia y características

- Entre 17 herramientas de cribado en la comunidad, el MNA-SF y sus variantes mostraron buena sensibilidad y especificidad frente al MNA completo.
- Una revisión de revisiones (18 estudios primarios; 11 ECA de suplementos orales frente a atención habitual) no halló efecto en peso, IMC, fuerza, autonomía en la vida diaria, calidad de vida ni mortalidad.
- Otras intervenciones (consejo dietético, suplementos con ejercicio) dieron resultados inconsistentes, con evidencia de calidad muy baja.
- Otra revisión de 11 ECA (822 mayores frágiles) halló poca evidencia de efecto; los suplementos solo podrían ser coste-efectivos con IMC < 21 kg/m^2.

Conclusiones

- La desnutrición y el riesgo son muy frecuentes en mayores, sobre todo en rehabilitación y hospital.
- El cribado con MNA-SF cuenta con respaldo en la comunidad; el abordaje, en cambio, carece de evidencia sólida.
- Implicación para enfermería: cribar de forma sistemática (p. ej., con MNA-SF), registrar y derivar, e individualizar el abordaje sin dar por hecho que los suplementos bastan.
- Limitaciones: evidencia heterogénea y de baja calidad. Faltan ensayos de calidad y estudios de intervenciones dirigidas por enfermería.

Trabalho por turnos e ambiente de prática percebido por enfermeiros entre os 51 e 70 anos

RESUMO

Objetivo: comparar os enfermeiros com 51-70 anos que trabalham por turnos com os de horário fixo quanto ao ambiente de prática percebido, às perceções de competência emocional e de assertividade e à adoção percebida da enfermagem baseada na evidência (EBE). **Método:** estudo transversal com enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (N = 3014; 822 com 51-70 anos); regressões ajustadas. **Resultados:** um terço dos enfermeiros sénior trabalhava por turnos (270; 33%). Estes sentiam menos que as suas ideias eram escutadas e postas em prática (67% vs. 80%; OR ajustado = 0,63; IC 95% 0,43-0,91), sem diferenças na realização profissional nem nas perceções de competência. **Conclusão:** um terço dos enfermeiros sénior continua em turnos e sente-se menos escutado - um alvo para políticas de retenção.

Palavras-chave: Fatores Etários; Jornada de Trabalho em Turnos; Recursos Humanos de Enfermagem; Assertividade; Enfermagem Baseada em Evidências

INTRODUÇÃO

Muitos enfermeiros continuam a trabalhar por turnos em idades mais avançadas, um regime associado a maior desgaste. Sabe-se pouco sobre como estes profissionais percecionam o ambiente de prática e as suas competências.

OBJETIVO

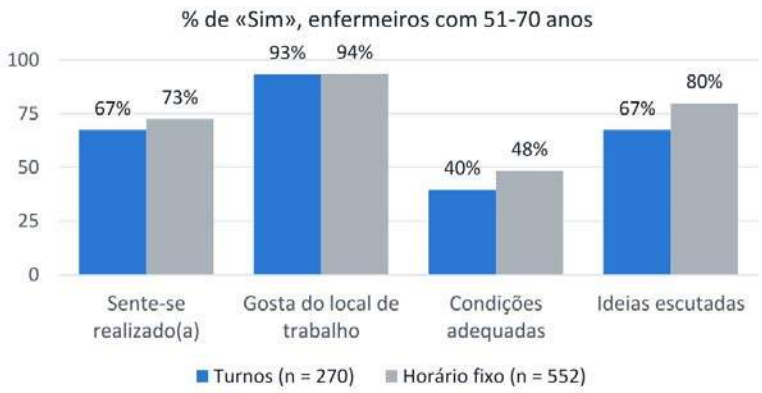
Comparar enfermeiros sénior em turnos e em horário fixo quanto ao ambiente de prática percebido, às perceções de competência emocional e de assertividade e à adoção percebida da EBE.

MÉTODO

Estudo transversal nacional com análise de 822 dos 829 enfermeiros entre os 51 e 70 anos, com informação disponível sobre o horário de trabalho. Autorrelato: QECPBE-20 (pontuação total), Questionário de Competência Emocional, Escala de Comportamentos Assertivos e itens de ambiente de prática. Regressões logística e linear (erros-padrão robustos; POMP 0-100), ajustadas para idade, sexo, habilitações, categoria, especialidade, contexto e setor.

RESULTADOS

Um terço por turnos - e menos escutado



Perfil: turnos - 62% hospital, idade mediana 55; fixo - 60% CSP, mediana 57 (contexto incluído no ajustamento). A associação dos turnos não diferiu significativamente do observado em enfermeiros mais novos.

TURNOS VS FIXO (AJUSTADO)

Ideias escutadas: OR 0,63 (0,43-0,91); $p = 0,014$

Condições adequadas: OR 0,75 (0,54-1,05); $p = 0,09$

Realização: OR 0,88 (0,62-1,26) · Gosta: OR 0,91 (0,47-1,76)

Diferenças POMP: EBE -2,3 (-4,8 a 0,2; $p = 0,07$) · competência emocional +0,8 (-0,7 a 2,2) · assertividade c/ equipa +1,4 (-1,0 a 3,8) · c/ utente -0,5 (-2,5 a 1,5).

CONCLUSÕES

Um terço dos enfermeiros sénior trabalha por turnos e sente-se menos escutado, sem diferenças na realização nem nas perceções de competência. Hipótese a testar: dar "voz" aos enfermeiros pode favorecer a retenção.

Dados de maio de 2024 a novembro de 2025 · Parecer favorável de comissão de ética · Limitações: subgrupo de 822; um resultado significativo em oito comparações; transversal; autorrelato; sem inferência causal.

AGITACIÓN NOCTURNA EN PERSONAS MAYORES

CON DETERIORO COGNITIVO · INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS DESDE ENFERMERÍA



CUIDADOS NO FARMACOLÓGICOS

01 Buscar causas reversibles

02 Favorecer rutinas y luz diurna

03 Reducir ruido y estímulos nocturnos

04 Orientar y comunicarse con calma

05 Facilitar movilidad y confort

06 Involucrar a familia y cuidadores

1. Resumen

La agitación nocturna puede manifestarse como inquietud, deambulación, vocalizaciones o resistencia a los cuidados. En personas con deterioro cognitivo exige identificar necesidades no cubiertas y posibles causas clínicas antes de intervenir.

2. Palabras clave

Agitación nocturna · Demencia · Sueño · Enfermería geriátrica · Atención centrada en la persona

3. Antecedentes

El dolor, el delirium, la retención urinaria, el estreñimiento, los cambios ambientales y la alteración del ciclo sueño-vigilia pueden contribuir a la agitación. La contención física puede causar daños y no debe ser una respuesta rutinaria.

4. Objetivos

Describir la valoración enfermera de la agitación nocturna y las medidas no farmacológicas para favorecer seguridad, descanso, dignidad y bienestar.

5. Método

Síntesis descriptiva de recomendaciones de cuidados geriátricos y atención a personas con demencia. Se organizan estrategias de valoración, prevención ambiental, comunicación y seguimiento; no se presentan datos de una intervención propia.

6. Resultados

Las recomendaciones clínicas priorizan:

- Valorar dolor, infección, delirium y otras causas tratables.
- Mantener horarios regulares y exposición diurna a la luz.
- Mejorar el confort y reducir estímulos nocturnos.
- Utilizar comunicación calmada, orientación y apoyo familiar.
- Reevaluar la respuesta y documentar los episodios.

La efectividad varía según la causa y la persona.

7. Conclusiones

El abordaje debe ser individualizado y centrado en la persona. Enfermería desempeña un papel esencial en detectar causas reversibles, adaptar el entorno y evitar medidas restrictivas innecesarias. La agitación de inicio brusco requiere valoración clínica.

IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES EN GENTE MAYOR

GARZÓN BRAGADO EM, SANTOS FRECHILLA S, MELERO PORTILLA E, RODERO RAMOS E , QUILEZ MOLERO S, GARCÍA CÁCERES FJ, JAMBRINA PEREZ A

INTRODUCCIÓN

Las relaciones sociales actúan como factor protector clave en el envejecimiento, retrasando el deterioro cognitivo, reduciendo el riesgo cardiovascular y aumentando la longevidad. Se fomentan mediante la participación comunitaria, el voluntariado, los espacios intergeneracionales y el uso de la tecnología.

OBJETIVOS

Analizar el impacto de los vínculos sociales y la participación comunitaria en la calidad de vida de las personas mayores, evaluando sus beneficios protectores, detectando factores de riesgo de soledad no deseada y proponiendo estrategias grupales, intergeneracionales y tecnológicas para su integración.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Diseño**: Revisión sistemática de la literatura con enfoque narrativo.
- **Bases de datos**: PubMed, ScienceDirect, Google Académico, SciELO, Dialnet y LILACS.



RESULTADOS

La interacción social reduce el deterioro cognitivo, mejora el estado de ánimo, favorece la adherencia a hábitos saludables y

CONCLUSIONES

Las relaciones sociales son una necesidad básica equiparable a la dieta o el ejercicio para envejecer con salud. Combatir la soledad no deseada mediante políticas públicas, apoyo familiar y entornos inclusivos y adaptados mejora el bienestar emocional y reduce el gasto sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

Gallego Ortiz, M.J Garrigos Tembleque S. (2023). Soledad no deseada y personas mayores: Situacion y orientación para el acompañamiento. Dirección General de Atencion al Mayor y a la Dependencia.

-Ros, J. (2024) Informe: La soledad no deseada en adultos mayores. Instituto Santa lucia.

-Sociedad Galega de Xerontoloxia e Xeriatria. (2023).Soledad, aislamiento social y otros temas. SGXX.



Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

MAYORES RURALES

RAÍCES QUE SOSTIENEN NUESTRA CULTURA

SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL EDADISMO



1. RESUMEN

Iniciativa audiovisual participativa para visibilizar las aportaciones de las personas mayores del medio rural extremeño. Se elaboró un vídeo a partir de imágenes y testimonios de los participantes, difundido posteriormente en Instagram, donde se analizó su alcance e interacción.

2. PALABRAS CLAVE

Edadismo · Personas mayores · Medio rural · Terapia Ocupacional · Sensibilización

3. ANTECEDENTES

El edadismo se manifiesta a través de estereotipos, prejuicios y discriminación por razón de edad. Esta iniciativa busca visibilizar las ocupaciones, los saberes y las aportaciones de las personas mayores del medio rural extremeño, promoviendo su reconocimiento social.

4. OBJETIVOS

Objetivo general: Sensibilizar sobre el edadismo y visibilizar las aportaciones de las personas mayores del medio rural extremeño mediante un recurso audiovisual participativo.

Objetivos específicos:

- Mostrar la diversidad de sus ocupaciones cotidianas.
- Promover la participación comunitaria en la elaboración y difusión.
- Describir el alcance y la interacción de la publicación en Instagram.

5. MÉTODO

Tres estudiantes de Terapia Ocupacional recopilaron material audiovisual de 15 personas mayores del medio rural extremeño mediante familiares y amistades contactados a través de Instagram. Se elaboró un vídeo con imágenes de sus ocupaciones cotidianas, testimonios en primera persona y una narración sobre el edadismo.

Recogida → Montaje y narración → Difusión

Se analizaron estadísticas de alcance, interacción y audiencia, desde el 15 de diciembre de 2025 hasta el 7 de noviembre de 2026.

6. RESULTADOS

Ocupaciones	Participantes	Difusión e interacción
• Huerto y labores del campo. • Vida social y familiar. • Paseos y actividad física. • Cuidado del hogar y cocina.	15 Personas mayores 4 Testimonios 3 Alumnos	**27.486** reproducciones **11.252** cuentas alcanzadas **547** me gusta **48** comentarios **96** republicaciones

7. CONCLUSIONES

La iniciativa permitió visibilizar las ocupaciones cotidianas de las personas mayores del medio rural, destacando su participación activa y su aportación a la comunidad.

La narración de sus experiencias en primera persona puede favorecer una visión positiva del envejecimiento y ofrece una herramienta pedagógica con potencial para cuestionar los prejuicios edadistas.

El alcance obtenido refleja el potencial de las redes sociales para difundir estas experiencias y transmitir mensajes de sensibilización a un público amplio.



SUS OCUPACIONES CUENTAN HISTORIAS

Descubre el vídeo completo

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS MAYORES: MÁS ALLÁ DE LOS CAMBIOS POSTURALES

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP), actualmente denominadas también lesiones por presión (LPP), son daños localizados en la piel y/o tejidos subyacentes relacionados con la presión mantenida o su combinación con fuerzas de cizalla.

Las UPP constituyen un problema relevante de salud en las personas mayores, especialmente en aquellas que presentan inmovilidad, fragilidad, alteraciones nutricionales o enfermedades crónicas.

Su aparición puede provocar dolor, infección, deterioro funcional, prolongación de la hospitalización y disminución de la calidad de vida.

La prevención representa una responsabilidad fundamental de enfermería y requiere intervenciones individualizadas que contemplen tanto los factores físicos como las necesidades y preferencias de cada persona.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar las principales estrategias de enfermería para prevenir las lesiones por presión en personas mayores, destacando la importancia de un abordaje integral e individualizado.

Objetivos específicos:

- Identificar los principales **factores de riesgo** asociados a la aparición de lesiones por presión.
- Describir las **intervenciones enfermeras** dirigidas a **preservar la integridad cutánea.**
- Destacar la importancia de la **valoración y reevaluación** periódica del riesgo.
- Analizar el papel de la movilización, la nutrición, la hidratación y el cuidado de la piel.
- Promover la participación de la persona mayor y sus cuidadores en las medidas preventivas.

RESULTADOS

La bibliografía revisada identifica la prevención como una intervención multidimensional en la que enfermería desempeña un papel esencial. Destacan **cinco** áreas de actuación:

1. **Valoración integral del riesgo.**
   - Aplicación de escalas validadas, como Braden, como complemento al juicio clínico.
   - Exploración sistemática de la piel.
   - Identificación de inmovilidad, humedad, alteraciones de sensibilidad y desnutrición.
   - Reevaluación ante cambios clínicos o funcionales.
2. **Movilización y redistribución de la presión.**
   - Favorecer la movilidad y los cambios posturales individualizados.
   - Utilizar superficies especiales para el manejo de la presión.
   - Proteger especialmente talones, sacro, caderas y otras zonas de apoyo.
   - Evitar la presión directa y prolongada sobre áreas vulnerables.
3. **Protección de la integridad cutánea.**
   - Mantener una higiene adecuada y una hidratación cutánea apropiada.
   - Controlar la humedad y la incontinencia.
   - Vigilar cambios de coloración, temperatura, consistencia o integridad de la piel.
   - Evitar masajes sobre prominencias óseas enrojecidas.
4. **Atención nutricional e hidratación**
   - .Identificar precozmente el riesgo de desnutrición y deshidratación.
   - Promover una alimentación equilibraada y una ingesta hídrica adeucada, según la situación clínica.
   - Individualizar la suplementación, evitando pautas geeneralizadas sin indicación.
5. **Educación sanitaria y continuidad de cuidados.**
   - Implicar a la persona mayor y a sus cuidadores.
   - Explicar medidas preventivas y signos de alarma.
   - Favorecer la participación en la movilización y el autocuidado.
   - Promover la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales.

CONCLUSIÓN

Las UPP o LPP constituyen un importante problema de salud en las personas mayores, cuya prevención requiere una actuación enfermera precoz, sistemática e individualizada.
La valoración integral del riesgo, la movilización adaptada, el cuidado de la piel y la atención nutricional son elementos fundamentales para preservar la integridad cutánea.
Asimismo, la educación sanitaria y la participación de la persona mayor y sus cuidadores favorecen la continuidad de las medidas preventivas.
La prevención no consiste únicamente en evitar una lesión, sino en preservar la autonomía, el bienestar y la dignidad de las personas mayores.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa, se consultaron PubMed y SciELO, además de guías de prática clínica y revisiones de evidencia científica.

PALABRAS CLAVE

Pressure injury, older adults, nursing care, pressure ulcer, skin integrity

BIBLIOGRAFÍA



ENDOMETRIO REFRACTARIO

CALVO ALBARRÁN, MARÍA; GRANDE RUBIO, BLANCA; ZUBIMENDI SOLAGUREN, SOFÍA, MUÑOZ VIRUES, TERESA, HERNÁNDEZ VECINO, PAULA.

RESUMEN

El endometrio refractario en la reproducción asistida se define como un grosor endometrial inferior a 7 mm persistentemente a pesar de una preparación hormonal adecuada. Se asocia con menores tasas de gestación y de recién nacido vivo (RNV) pero no implica imposibilidad de embarazo.

PALABRAS CLAVES

Endometrio refractario, reproducción asistida, grosor endometrial, terapias regenerativas

ANTECEDENTES

El endometrio refractario afecta a un pequeño porcentaje de pacientes en reproducción asistida. Puede derivarse de factores quirúrgicos que dañan la capa basal (síndorme de Asherman), procesos infecciosos, factores vasculares o causas idiopáticas. Aunque el umbral clásico se sitúa en 7mm medido por ecografía transvaginal, la evidencia actual demuestra que el grosor funciona como un marcador pronostico.

OBJETIVOS

- Revisar el manejo del endometrio refractario conforme a la evidencia científica.
- Distinguir entre mejoría ecográfica y aumento real de la tasa de RNV.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura reciente buscando en bases de datos como PubMed o Cochrane Library.

RESULTADOS

La optimización de la hormonoterapia estrogénica a altas dosis y/o la combinación de vías (oral + transdérmica o vaginal) constituyen el paso inicial. Los farmacos vasoactivos (sildenafilo, pentoxifilina y vitamina E) y las terapias intrauterinas (PRP y G-CSF) logran incrementos modestos del grosor endometrial sin aumentar la tasa de RNV. Por otra parte, la histersocopia puede ser util para la corrección de patología intracavitaria.

CONCLUSIONES

El manejo del endometrio refractario no debe orientarse únicamente a alcanzar un grosor determinado, si no a identificar y tratar las causas subyacentes. El umbral se sitúa en 7mm pero no se ha establecido una medida límite ante la cual cancelar todas las transferencias. Se requiere prudencia ante las técnicas adyuvantes por su evidencia limitada.

BIBLIOGRAFÍA

- Chen, H. J., Chen, M. J., Chang, P. H., et al. (2025). Regenerative therapies for refractory thin endometrium in in vitro fertilization. Frontiers in Cell and Developmental Biology, 13, 1668960.
- ESHRE Working Group on Recurrent Implantation Failure. (2023). ESHRE good practice recommendations onrecurrent implantation failure. Human Reproduction Open, 2023(3), hoad023.
- Grammatis, A. L., Georgiou, E. X., & Becker, C. M. (2021). Pentoxifylline for the treatment of endometriosis-associated pain and infertility. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021(8), CD007677.
- Li, X., Lu, J., Zhang, J., et al. (2025). The efficacy of adjuvant therapies in improving endometrial function ofwomen undergoing assisted reproductive technology: a systematic review and network meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 25, 1194.
- Moshkalova, G., Karibayeva, I., Kurmanova, A., et al. (2023). Endometrial thickness and live birth rates after IVF: a systematic review. Acta Biomedica, 94(3), e2023152. h
- Pérez-Milán, F., Caballero-Campo, M., Carrera-Roig, M., et al. (2025). Impact of endometrial thickness onreproductive outcome in fresh and frozen-thawed embryo transfer: systematic review and meta-analysis. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 66(3), 271-281.

Terapia ocupacional y cognición cotidiana: fluidez verbal, velocidad de procesamiento y flexibilidad mental en mayores

Palabras clave: terapia ocupacional; cognición cotidiana; envejecimiento; fluidez verbal; velocidad de procesamiento; función ejecutiva

Resumen

Antecedentes: el envejecimiento se asocia a un descenso de la velocidad de procesamiento y de la función ejecutiva. **Objetivo:** analizar si un programa de terapia ocupacional se asocia a cambios cognitivos. **Método:** estudio pre-post de un solo grupo con 127 mayores de 63 a 94 años; se evaluaron SDMT, Trail A y B y fluidez verbal F-A-S. **Resultados:** mejoraron todas las pruebas ($p < 0,05$): fluidez total d = 1,08; SDMT, Trail A y Trail B con efectos pequeños (d = 0,23-0,33). **Conclusiones:** tras el programa se observa mejora cognitiva; sin grupo control, no se atribuye a la intervención.

Antecedentes

El envejecimiento se acompaña de cambios cognitivos graduales, sobre todo en la velocidad de procesamiento, la atención y la función ejecutiva, que sustentan actividades cotidianas como organizarse, gestionar la medicación o manejar el dinero. Un menor rendimiento en estas funciones se relaciona con mayor riesgo de dependencia y peor calidad de vida, por lo que cobra importancia intervenir de forma preventiva en la comunidad.

La terapia ocupacional aborda este reto desde la actividad significativa: combina educación en salud cognitiva, entrenamiento cognitivo aplicado a situaciones de la vida diaria (cognición cotidiana) y cuidado de la función de la mano, clave para la autonomía. Este trabajo describe los cambios cognitivos observados en mayores que participaron en un programa de este tipo.

Objetivos

General: analizar si un programa de terapia ocupacional se asocia a cambios cognitivos en mayores. **Específicos:** cuantificar el cambio en fluidez verbal, velocidad de procesamiento y flexibilidad mental, y ver quién se beneficia más.

Método

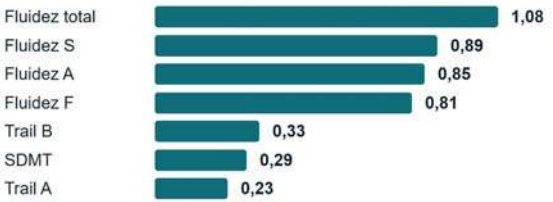
Diseño: cuasi-experimental pre-post, un solo grupo. **Muestra:** 127 participantes de 63 a 94 años de 8 centros. **Intervención:** (1) educación sobre salud cognitiva, (2) taller de patologías de la mano y (3) entrenamiento cognitivo basado en cognición cotidiana. **Medidas:** SDMT, Trail Making A y B (tiempo) y fluidez verbal fonética F-A-S. **Análisis:** t pareada y Wilcoxon, d de Cohen pareada e IC 95 %.

Resultados

Prueba	Antes	Después	Cambio (IC 95 %)	% mejora	n
Fluidez verbal total	35,8	46,3	+10,4 (8,7 a 12,1)	89 %	126
SDMT (puntos)	29,4	31,3	+1,8 (0,7 a 3,0)	64 %	123
Trail A (s)*	57,9	51,8	−6,1 (−10,7 a −1,4)	74 %	121
Trail B (s)*	137,4	124,6	−12,8 (−21,2 a −4,3)	62 %	82

*Menos tiempo = mejor. Trail B solo en quienes lo completan. Todos los cambios con $p < 0,05$.

Tamaño del efecto (d de Cohen)



Referencia: 0,2 pequeño · 0,5 moderado · 0,8 grande. Más cambio en quienes partían de peor nivel (SDMT: +3,4 en la mitad inferior frente a +0,1 en la superior).

Conclusiones

1. Tras el programa mejoró el rendimiento en las cuatro medidas: de forma marcada en fluidez verbal (d = 1,08) y de forma modesta pero consistente en velocidad de procesamiento, atención y flexibilidad mental (d = 0,23-0,33); entre el 62 % y el 89 % de los participantes mejoró según la prueba.

2. El beneficio fue mayor en quienes partían de un peor rendimiento.

3. Los resultados son alentadores para la terapia ocupacional centrada en la cognición cotidiana, pero, sin grupo control, el cambio no puede atribuirse con certeza a la intervención (efecto de práctica, regresión a la media).

4. Siguiente paso: ensayo controlado que ajuste por edad, nivel educativo, soledad no deseada y centro.

Eficacia y Seguridad de la Monitorización Continua de Glucosa (MCG) en el Anciano con Diabetes Tipo 2 y Deterioro Cognitivo



ANTECEDENTES

El manejo de la Diabetes Tipo 2 (DM2) en ancianos con demencia el problema es la incapacidad de comunicar síntomas de hipoglucemia y la agitación ante punciones capilares.

Las fluctuaciones glucémicas extremas no solo aumentan el riesgo de mortalidad cardiovascular, sino que aceleran el declive cognitivo. La tecnología de MCG surge como una solución para monitorizar de forma mínimamente invasiva y continua a esta población vulnerable.

OBJETIVOS

General: Evaluar el impacto de la MCG en la seguridad clínica y el control metabólico del anciano con deterioro cognitivo.

Específicos:

Cuantificar la detección de hipoglucemias inadvertidas frente al método capilar.

Analizar la relación entre la variabilidad glucémica y la estabilidad cognitiva.

Evaluar la tolerancia física y adherencia al sensor en pacientes con demencia.

RESUMEN

La presentación analiza el uso de la **Monitorización Continua de Glucosa (MCG)** en personas mayores con **diabetes tipo 2 y demencia**. En estos pacientes, las mediciones capilares pueden ser problemáticas porque pueden no reconocer o comunicar los síntomas de hipoglucemia y pueden presentar agitación ante los pinchazos.

PALABRAS CLAVE
DETERIORO COGNITIVO
DIABETES TIPO 2
MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA



METODOLOGÍA

Revisión sistemática y análisis de datos clínicos actualizados a enero de 2026.

Bases de datos: PubMed, Cochrane Library y guías de la American Diabetes Association (ADA 2026).

Variables: Tiempo en Rango (TIR), eventos de hipoglucemia inadvertida, Índice de Variabilidad Glucémica



RESULTADOS

La MCG detectó un 60% más de eventos de hipoglucemia nocturna que pasaron desapercibidos en controles capilares. Se observó una reducción del 43% en el riesgo de mortalidad asociada a eventos graves.

El 92% de los pacientes con demencia mantuvo el sensor los 14 días sin signos de rechazo o agitación, eliminando el estrés conductual asociado a los pinchazos diarios.

Se logró un incremento del TIR (70-180 mg/dL) superior al 50% mediante ajustes terapéuticos basados en flechas de tendencia.

Asociado a una menor variabilidad glucémica (IVG bajo) se correlacionó con una ralentización en la progresión de lesiones vasculares cerebrales.

CONCLUSIONES

La MCG es superior al control tradicional en ancianos con demencia, siendo la herramienta de elección para prevenir hipoglucemias inadvertidas.

La reducción de la carga física (pinchazos) mejora significativamente la calidad de vida y la estabilidad conductual del paciente y del cuidador..

El uso de estas tecnologías permite objetivos glucémicos individualizados y seguros, actuando como un factor protector contra el agravamiento del deterioro cognitivo de origen vascular.

VIII CONGRESO INTERNAVIONAL SILVER ECONOMY | NUTRICIÓN & SEGURIDAD DEL PACIENTE

Abordaje Enfermero de la Disfagia Neurogénica y Desnutrición: Protocolo de Cribado Precoz

1. RESUMEN

La disfagia orofaríngea infravalorada en adultos mayores multiplica el riesgo de neumonías por aspiración y desnutrición severa. Implementamos un protocolo de cribado rápido conducido por enfermería con el método EAT-10 y MECV-V en 110 ancianos vulnerables, reduciendo un 55% las complicaciones respiratorias agudas.

2. PALABRAS CLAVE

Disfagia Orofaríngea | Desnutrición | Cribado Precoz | Neumonía Aspirativa | Adaptación Dieta

3. ANTECEDENTES

- La disfagia afecta a más del 40% de las personas mayores de 75 años institucionalizadas o convalecientes.
- La neumonía por aspiración es causa de alta mortalidad y hospitalización prolongada en el paciente frágil.
- La detección tardía incrementa los casos de deshidratación y desnutrición proteico-calórica.

4. OBJETIVOS

Objetivo General: Evaluar la efectividad de un protocolo estructurado de cribado y adaptación dietética supervisado por enfermería.
Objetivos Específicos: Garantizar una deglución segura (textura e hibridación) y mejorar la masa muscular e Índice MNA.

5. MÉTODO

Diseño: Intervención prospectiva comunitaria/residencial (n=110, ≥70 años).
Intervención: Apliacional test EAT-10 (>3 puntos) seguido del test volumen-viscosidad (MECV-V) por enfermería. Adaptación inmediata de texturas (IDDSI) y suplementación calórica personalizada.
Variables: Episodios de atragantamiento, ingresos por neumonía, peso corporal y valores de albúmina.



6. RESULTADOS

Evolución de parámetros tras 6 meses del inicio del protocolo deglutorio:

Parámetro Evaluado	Inicial	6 Meses	p-valor
Cribado MNA (<17 Malnutrición)	42%	14%	< 0.001
Neumonía Aspirativa (casos)	16	3	< 0.005
Ganancia media de peso	-	+2.8 kg	< 0.01

-81% Neumonías | **+2.8kg** Peso Medio | **94%** Seguridad

7. CONCLUSIONES

1. El cribado sistemático de la disfagia por parte de enfermería previene complicaciones potencialmente mortales en la persona mayor.
2. Adaptar precozmente la viscosidad y consistencia nutricional salvaguarda la autonomía e ingesta adecuada, garantizando un envejecimiento saludable.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY | SEGURIDAD & CUIDADOS DERMATOLÓGICOS

Prevención de Lesiones por Presión en Residencias mediante Parches de Bio-Sensorización Térmica

1. RESUMEN

Las Lesiones por Presión (LPP) en adultos mayores encamados causan un grave deterioro de la calidad de vida. Se evaluó un sistema inteligente de parches térmicos adhesivos en sacro y talones en 100 residentes de alto riesgo. El sistema detecta variaciones sub-clínicas de temperatura epidérmica y optimizó las pautas de cambios posturales de enfermería, reduciendo un 68% la aparición de LPP Categoría I-II.

2. PALABRAS CLAVE

Lesiones por Presión | Bio-sensorización | Termografía Subclínica | Cambios Posturales | Seguridad del Paciente

3. ANTECEDENTES

- La prevalencia de LPP en centros de larga estancia supera el 12% en pacientes de muy alto riesgo.
- La eritema no blanqueable (Categoría I) es difícil de diagnosticar precozmente mediante inspección visual.
- Las alteraciones microcirculatorias e isquémicas generan cambios térmicos medibles de forma previa a la ruptura epidérmica.

4. OBJETIVOS

Objetivo General: Demostrar la eficacia de parches térmicos biométricos continuos en la detección precoz y prevención de LPP.
Objetivos Específicos: Personalizar los intervalos de cambios posturales basándose en datos térmicos objetivos.

5. MÉTODO

Diseño: Estudio prospectivo aleatorizado de dos grupos (Intervención n=50 vs. Control rutiario n=50) a 4 meses.
Intervención: Colocación de parches térmicos flexibles que envían alertas inalámbricas al software de enfermería ante variaciones >1.2 °C respecto a la piel adyacente.
Variables: Incidencia de LPP (Escala Braden ≤12), tiempo de detección y carga de curas complejas.



6. RESULTADOS

Resultados comparativos de incidencia lesional al concluir las 16 semanas:

Categoría de LPP	Control	Sensor	Reducción
LPP Categoría I (Eritema)	14 casos	4 casos	-71.4%
LPP Categoría II (Erosión)	8 casos	2 casos	-75.0%
Costo curas acumulado	4.200 €	1.150 €	-72.6%

-68% Incidencia LPP | **4.2h** Anticipación | **-72%** Coste Curas

7. CONCLUSIONES

1. La bio-sensorización térmica ofrece una ventana de oportunidad objetiva para intervenir antes de que la lesión por presión se manifieste clínicamente.
2. Este avance tecnológico integrado en la práctica diaria de enfermería optimiza las rotaciones del paciente y minimiza el gasto en apósitos complejos.

Enfermería Comunitaria Rural en el Mantenimiento del Envejecimiento en el Hogar (Aging in Place)

1. RESUMEN

El despoblamiento y la dispersión geográfica dificultan la atención al adulto mayor en zonas rurales. Se analizó un modelo de Enfermera Comunitaria de Enlace en 14 municipios rurales, facilitando la permanencia segura en el hogar (*Aging in Place*) de 95 ancianos con dependencia moderada y postergando la institucionalización un promedio de 2.4 años.

2. PALABRAS CLAVE

Enfermería Rural | Aging in Place | Atención Domiciliaria | Redes Vecinales | Autonomía Sénior

3. ANTECEDENTES

- El 82% de las personas mayores en áreas rurales prefiere envejecer en su propio hogar frente al ingreso en residencias.
- El aislamiento y la falta de transporte dificultan la continuidad asistencial tradicional.
- La enfermera comunitaria actúa como articuladora entre atención primaria, servicios sociales y redes de apoyo barrial.

4. OBJETIVOS

Objetivo General: Evaluar un programa enfermero de acompañamiento rural para sostener el envejecimiento en el hogar.
Objetivos Específicos: Adaptar la vivienda, prevenir la fragilidad social y estructurar redes de apoyo vecinal voluntario.

5. MÉTODO

Diseño: Estudio observacional de cohortes retrospectivo (n=95 participantes en entorno rural disperso).
Intervención: Visitas domiciliarias programadas, prescripción de ayudas técnicas, talleres comunitarios de prevención y coordinación con farmacias rurales.
Variables: Tiempo de permanencia en el hogar, escala de fragilidad Tilburg y nivel de soledad percibida (UCLA).



6. RESULTADOS

Impacto social y asistencial registrado durante los 24 meses de análisis:

Indicador Comunitario	Sin Progr.	Con Progr.	Mejora
Ingreso en Residencia/año	28%	7%	-75.0%
Escala Soledad UCLA	38.2	21.4	-43.9%
Adherencia a Fármacos	62%	91%	+29.0%

+2.4añ
En el Hogar

-75%
Institucionaliz.

91%
Adherencia

7. CONCLUSIONES

1. La enfermería comunitaria rural es la piedra angular para garantizar la equidad asistencial e impulsar el *Aging in Place* en municipios pequeños.
2. Este enfoque minimiza los costes del sistema sociosanitario residencial y preserva los vínculos afectivos y culturales de las personas mayores.

Abordaje integral y multidisciplinar de la menopausia

Resumen:
La menopausia es una etapa de cambios hormonales que puede afectar la salud ósea, cardiovascular, sexual y emocional. Un abordaje integral basado en **educación sanitaria, ejercicio y cuidados personalizados** ayuda a reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida

Antecedentes

La menopausia es un proceso fisiológico caracterizado por el cese de la función ovárica y la caída de estrógenos. Esta transición no solo provoca síntomas vasomotores (sofocos), sino que incrementa el riesgo cardiovascular, metabólico y de osteoporosis, además de afectar la esfera sexual y la salud mental. Un abordaje que combine educación sanitaria, intervenciones físicas y opciones terapéuticas (farmacológicas y naturales) es esencial para garantizar la calidad de vida.

Objetivos

Analizar las intervenciones de enfermería en el manejo de síntomas climatéricos y metabólicos.
Evaluar la eficacia de la fitoterapia y el ejercicio físico frente a la terapia hormonal.
Identificar recomendaciones basadas en la evidencia para la salud sexual y ósea.



PALABRAS CLAVES
MENOPAUSIA
COMUNICACIÓN
MULTIDISCIPLINAR
ADMINISTRACION
SISTEMATICA



Metodología

Revisión bibliográfica sistemática en bases de datos PubMed, Scielo, CUIDEN y Cochrane Library. Se utilizaron descriptores DeCS/MeSH: Menopause, Nursing Care, Phytotherapy, Women's Health.

Resultados

Esfera Sexual: El entrenamiento del suelo pélvico (Kegel) y el uso de hidratantes vulvares mejoran significativamente la dispareunia.
Terapias: La fitoterapia (isoflavonas de soja, cimicífuga) es una alternativa eficaz en síntomas leves-moderados para mujeres que rechazan la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS).
Estilo de Vida: El ejercicio de fuerza es el factor preventivo número uno contra la osteoporosis postmenopáusica.

Conclusiones

La menopausia requiere un modelo de cuidados personalizado. La educación para la salud liderada por enfermería, junto con programas de ejercicio adaptado, reduce las complicaciones crónicas y empodera a la mujer en su autocuidado. Es vital desestigmatizar esta etapa para mejorar la detección precoz de disfunciones sexuales y metabólicas.

El peso invisible de vivir más

Sobrecarga del cuidador familiar cuando la persona mayor pierde funcionalidad



1 RESUMEN

Vivir más años suma dependencia y, con ella, cuidadores. Medimos con la escala de Zarit *(Zarit et al., 1980)* la sobrecarga de 47 cuidadores familiares de personas mayores y su cambio cuando el paciente pierde función. La puntuación media fue de 34,3; el 72,3 % presentó sobrecarga, intensa en el 41,2 % de ellos. En 16 cuidadores evaluados antes y después de la pérdida funcional, la puntuación subió de 38,4 a 57 puntos. Cuidar al cuidador es condición de una longevidad sostenible.

2 PALABRAS CLAVE

Longevidad · Sobrecarga del cuidador · Escala de Zarit · Pérdida funcional · Envejecimiento

3 ANTECEDENTES

La población mayor es el grupo que más crece en España. Con la edad aumentan la limitación funcional, las patologías crónicas, los fármacos y la necesidad de cuidados. El cuidador mejora la calidad de vida del mayor, pero su sobrecarga empeora los cuidados y su propia salud.

Más años → Más dependencia → Más cuidadores

4 OBJETIVOS

- Estimar la sobrecarga del cuidador (Zarit) y su perfil.
- Analizar su cambio cuando el mayor pierde función.

5 MÉTODO

Estudio descriptivo en cuidadores familiares de personas mayores · Escala de Zarit de 22 ítems (0–88 puntos)

47 cuidadores: 28 mujeres, 19 varones

62 % tiene 51–65 años 82,5 % son hijos/as

16 reevaluados tras la pérdida funcional

Interpretación Zarit

< 44 sin sobrecarga | 44–56 | > 56 intensa

0 — 88 puntos

6 RESULTADOS

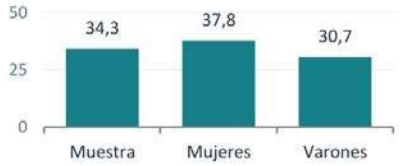
7 de cada 10 sufren sobrecarga

Distribución de 47 cuidadores



Ellas puntúan más alto

Zarit medio (0–88)



Marcha y cognición, en cabeza

Patología del paciente (% de 47)



Perder función dispara la carga

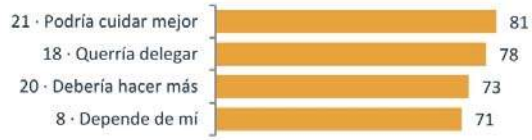
Zarit medio antes y después (n = 16)



81 % (13 de 16) aumenta su sobrecarga; el resto no cambia

Lo que más pesa: no llegar nunca

Ítems Zarit con mayor puntuación (%)



7 CONCLUSIONES

Sostén invisible. El cuidador familiar hace posible la longevidad del mayor

Culpa y entrega. Creen que no cuidan tan bien como deberían.

Carga elevada. 72 % con sobrecarga; se agrava al perder función.

Cuidar al cuidador. Su sobrecarga pone en riesgo su salud y el cuidado.

BIBLIOGRAFIA: Zarit et al.; 1980. S.H. Zarit, K.E. Reever, J. Bach-Peterson. Familiares de personas mayores con discapacidad: correlatos de sentimientos de carga Gerontólogo, 20 (1980), pp. 649-655

DISFAGIA EN LAS PERSONAS MAYORES

Detección precoz, prevención de complicaciones y abordaje multidisciplinar

RESUMEN

La disfagia es la dificultad para transportar alimentos, líquidos o saliva desde la boca hasta el estómago. En personas mayores es frecuente y puede comprometer la seguridad y la eficacia de la deglución. Su detección temprana y tratamiento individualizado ayudan a prevenir complicaciones y mantener la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Disfagia orofaríngea · Personas mayores · Deglución · Aspiración · Malnutrición · Hidratación

ANTECEDENTES

El envejecimiento, la fragilidad y enfermedades como ictus, Parkinson o demencia aumentan el riesgo. Señales de alerta: tos o atragantamiento al comer, voz húmeda, comidas prolongadas, residuos en la boca, pérdida de peso o infecciones respiratorias repetidas. Puede existir aspiración silenciosa.

OBJETIVO

Describir la frecuencia, los factores asociados, las consecuencias y las principales estrategias de detección y abordaje de la disfagia en personas mayores.





MÉTODO

Revisión narrativa breve de literatura científica y recomendaciones clínicas. Se consultaron revisiones sistemáticas y guías sobre prevalencia, valoración y manejo de la disfagia orofaríngea en población adulta y geriátrica. No se realizó recogida de datos propios.

RESULTADOS

32,8 %	46,98 %	37,98 %
Prevalencia global agrupada en personas mayores	En residencias	En población mayor hospitalizada

Las estimaciones varían según el entorno y la herramienta de evaluación; existe heterogeneidad entre estudios.

Consecuencias: aspiración y neumonía, deshidratación, malnutrición, pérdida de peso y menor calidad de vida.

Valoración: cribado clínico (p. ej., EAT-10) y evaluación especializada; videofluoroscopia o FEES cuando estén indicadas.

Abordaje: adaptar textura y viscosidad según valoración professional, postura y ritmo seguros, higiene oral, seguimiento nutricional e hidratación; intervención coordinada de medicina, enfermería, logopedia y nutrición.

CONCLUSIONES

La disfagia no debe considerarse una consecuencia inevitable del envejecimiento. Preguntar, observar y cribar de forma sistemática permite identificar riesgos. El plan debe individualizarse y reevaluarse, priorizando una alimentación e hidratación seguras, el estado nutricional, la autonomía y la calidad de vida.



BIBLIOGRAFÍA (VANCOUVER)

1. Doan TN, Ho WC, Wang LH, Chang FC, Nhu NT, Chou LW. Prevalence and methods for assessment of oropharyngeal dysphagia in older adults: a systematic review and meta-analysis. J Clin Med. 2022;11(9):2605. doi:10.3390/jcm11092605.
2. Calles-Sánchez F, Pardal-Refoyo JL. Prevalencia de la disfagia orofaríngea en pacientes adultos. Revisión sistemática y metanálisis. Rev ORL. 2023;14(2). doi:10.14201/orl.29490.
3. Mari A, et al. Esophageal and oropharyngeal dysphagia: clinical recommendations from the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. United European Gastroenterol J. 2025;13(6):855-901. doi:10.1002/ueg2.70062.

Material divulgativo basado en literatura científica. La valoración y las modificaciones dietéticas deben individualizarse por profesionales sanitarios.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL
SILVER ECONOMY
Innovación, salud y bienestar para una sociedad longeva

LA NUTRICIÓN: HERRAMIENTA CLAVE PARA UNA LONGEVIDAD SALUDABLE

Nutrición, envejecimiento saludable y prevención de enfermedades crónicas



RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida representa un importante reto para los sistemas sanitarios, que no solo buscan incrementar los años de vida, sino también mejorar su calidad. Entre los factores modificables, la nutrición destaca como una herramienta clave para prevenir enfermedades crónicas, preservar la funcionalidad y favorecer un envejecimiento activo. La evidencia científica actual muestra que los patrones dietéticos saludables, como la dieta mediterránea, se asocian con una menor mortalidad y una mayor esperanza de vida saludable.

PALABRAS CLAVE

Nutrición, longevidad, envejecimiento saludable, dieta mediterránea, prevención, promoción de la salud, sarcopenia, calidad de vida.

ANTECEDENTES

El envejecimiento se acompaña de cambios fisiológicos que afectan a la composición corporal, el metabolismo y las necesidades nutricionales. Estos cambios pueden favorecer la aparición de distintas enfermedades crónicas, como:

- Enfermedad cardiovascular
- Diabetes mellitus tipo 2
- Obesidad
- Osteoporosis
- Deterioro cognitivo

Diversos estudios han demostrado que una intervención nutricional adecuada puede retrasar la aparición de estas enfermedades y contribuir a mantener la independencia funcional de las personas mayores.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la influencia de la alimentación en la promoción de una longevidad saludable y en la prevención de enfermedades asociadas al envejecimiento.

Objetivos específicos

1. Identificar los patrones dietéticos asociados a una mayor esperanza de vida.
2. Evaluar el papel de los principales nutrientes en el envejecimiento saludable.
3. Revisar las recomendaciones nutricionales más relevantes para la población adulta y envejecida.
4. Destacar estrategias de intervención aplicables en el ámbito sanitario.

Una alimentación hoy, un mejor mañana

ALIMENTACIÓN Y LONGEVIDAD

La alimentación saludable como pilar del envejecimiento activo



La interacción de estos factores contribuye a mejorar la calidad de vida y la autonomía funcional durante el envejecimiento.

RESULTADOS

Una alimentación adecuada se asocia con una mayor esperanza de vida y mejor calidad de vida

Dieta mediterránea y longevidad



- Menor mortalidad global.
- Reducción del riesgo cardiovascular.
- Mejora de la salud ósea y muscular.
- Menor incidencia de fragilidad.
- Mayor esperanza de vida saludable.

Frutas y verduras



- Aportan antioxidantes.
- Son ricas en fibra.
- Proporcionan vitaminas y minerales esenciales.
- Contienen compuestos bioactivos con efecto antiinflamatorio.

Papel de la proteína



- Favorece el mantenimiento de la masa muscular.
- Reduce el riesgo de sarcopenia.
- Contribuye a preservar la autonomía funcional.

Hidratación



- Mantiene las funciones fisiológicas.
- Reduce el riesgo de deterioro asociado a la edad.
- Favorece el rendimiento físico y cognitivo.

Nutrientes de especial interés

Nutriente	Beneficio principal
Proteínas	Mantenimiento de la masa muscular.
Vitamina D	Salud ósea y muscular.
Calcio	Prevención de osteoporosis.
Omega-3	Salud cardiovascular y cerebral.
Fibra	Salud digestiva y metabólica.
Antioxidantes	Protección celular.

CONCLUSIONES

La alimentación constituye una intervención coste-efectiva y accesible para promover una longevidad saludable. Los patrones dietéticos basados en alimentos frescos, mínimamente procesados y de elevada calidad nutricional contribuyen a la prevención de enfermedades crónicas y al mantenimiento de la funcionalidad. La implementación de estrategias nutricionales individualizadas debe considerarse un pilar fundamental dentro de los programas de envejecimiento activo y medicina preventiva. La combinación de una adecuada alimentación, actividad física, salud mental y conexión social ofrece grandes resultados en términos de calidad de vida.

La nutrición de hoy construye el mañana

Salud cardiovascular · **Función cognitiva y cerebral** · **Salud digestiva y metabólica** · **Protección celular** · **Envejecimiento activo**

RADIODERMITIS COMO DAÑO TISULAR



1. Resumen

La radiodermitis es una reacción cutánea frecuente asociada a la radioterapia, que puede comprometer la continuidad del tratamiento y el bienestar del paciente. Esta revisión sintetiza la evidencia reciente sobre intervenciones de enfermería para su prevención y manejo según el grado de toxicidad.

2. Palabras claves

Radiodermitis
Cuidados de enfermería
Radioterapia
Cicatrización
Oncología

3. Antecedentes

La radioterapia es un pilar terapéutico en oncología, utilizada en alrededor del 70 % de los pacientes. La exposición a radiaciones ionizantes produce daño en la piel y en la microvascularización, lo que favorece la aparición de radiodermitis, dificulta la cicatrización y puede afectar a la adherencia al tratamiento. La evidencia respalda la implantación de cuidados de enfermería estandarizados para minimizar su impacto.

4. Objetivos

- **Sintetizar** la evidencia científica actual sobre la prevención y el manejo de la radiodermitis.
- **Categorizar** las intervenciones de enfermería según el grado de toxicidad cutánea (RTOG).
- **Protocolizar:** pautas de higiene, profilaxis y tratamiento.

5. Método

Revisión bibliográfica a partir de Cuiden, PubMed, Dialnet y guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del GNEAUPP publicadas entre 2021 y 2026, en castellano, inglés y portugués.

6. Resultados

Prevención

Higiene neutra, emolientes sin metales (≥ 4 h antes), protección de la piel y educación para la salud.

Tratamiento

Se realizará en función del grado, con cura en ambiente húmedo. Indicado ácido hialurónico y siliconas, apósitos con plata y desbridamientos enzimáticos en necrosis.

Seguimiento

Valoración periódica del grado de toxicidad, control del exudado, del dolor y de signos de infección.

Grados de radiodermitis (clasificación RTOG/EORTC)

Grado I (leve)



- Eritema leve.
- Prurito o molestia leve.
- Epilación.

Grado II (moderado)



- Eritema moderado o intenso.
- Descamación seca.
- Prurito.

Grado III (grave)



- Confluencia de eritema.
- Descamación húmeda (limitada a pliegues).
- Dolor.
- Inflamación.

Grado IV (muy grave)



- Ulceración o necrosis.
- Descamación húmeda extensa.
- Sangrado.
- Riesgo de infección.

7. Conclusiones

Una atención enfermera sistematizada, individualizada y basada en la evidencia permite prevenir la progresión de la radiodermitis, aliviar el dolor, mantener la adherencia al esquema radioterápico sin interrupciones y preservar la calidad de vida del paciente.

Autora: Clara Sánchez Marcé. **Coautores:** Cristina Hernández Postigo, Sofía Villaseñor Manrique, Silvia Bravo Santos, Marta Sánchez Casero y Roberto Sánchez Lozano.

EFICACIA Y ACEPTABILIDAD DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL SEGUIMIENTO ENFERMERO DE LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

01 RESUMEN

La integración de la inteligencia artificial (IA) y el fenotipado digital en la consulta de enfermería de atención primaria representa una herramienta innovadora para optimizar el seguimiento de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión leve-moderada. Permite la monitorización continua y la detección precoz de descompensaciones clínicas mediante el modelo de cuidado híbrido (blended care).

02 PALABRAS CLAVE

Inteligencia Artificial, Salud mental, Atención primaria, Teleenfermería, Autocuidado.

03 ANTECEDENTES

- Conexión digital continua: Integración de datos en tiempo real entre el entorno domiciliario y las plataformas clínicas de atención primaria.
- Sistemas de apoyo algorítmico: Uso de chatbots terapéuticos y algoritmos predictivos basados en aprendizaje automático (machine learning).
- El rol supervisor de enfermería: La IA sin supervisión genera altas tasas de abandono; el seguimiento enfermero actúa como nexo validador y humano.

04 OBJETIVOS

- Analizar la eficacia: Evaluar la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva (escalas PHQ-9 y GAD-7) mediante el uso combinado de IA y enfermería.
- Adherencia y retención: Determinar el impacto del seguimiento enfermero en la permanencia de los pacientes en las plataformas digitales.

05 MÉTODO

- Diseño del estudio: Revisión sistemática y síntesis de la evidencia científica disponible (declaración PRISMA).
- Población de estudio: Pacientes adultos con trastornos de salud mental leves-moderados en atención primaria
- Bases de datos utilizadas: PubMed, Cochrane Library, CINAHL y Scopus.
- Estrategia de búsqueda (MeSH): Nursing Care, Artificial Intelligence, Mental Health, Tele-nursing, Self-management.

06 RESULTADOS

- Reducción sintomática: Disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones del PHQ-9 y GAD-7 en los grupos de atención combinada frente al uso aislado de apps o lista de espera.
- Adherencia al plan: El seguimiento activo por parte de la enfermera duplicó la retención de los usuarios en la plataforma digital, alcanzando una tasa de retención del 78% a los 3 meses.
- Prevención de recaídas: La detección automatizada de patrones críticos permitió a las unidades de enfermería anticipar crisis emocionales en el 34% de los casos.



07 CONCLUSIONES

- La evidencia demuestra que la integración de la IA en la práctica enfermera es una herramienta segura y eficaz, superando los desafíos de la adherencia digital mediante el cuidado híbrido (blended care).
- Transformar el seguimiento en salud mental hacia un modelo proactivo y preventivo permite optimizar los tiempos de respuesta y reducir la saturación en los centros de salud.
- El criterio clínico de enfermería resulta imprescindible para contextualizar las alertas algorítmicas, garantizando una atención humanizada, segura y centrada en la persona.

08 BIBLIOGRAFIA

Cuando no nos entiende:
barreras de comunicación con el paciente geriátrico en Urgencias

Influencia de la hipoacusia, las alteraciones visuales, el deterioro cognitivo y el lenguaje sanitario en la seguridad y la experiencia asistencial.

Alicia Pacho Gimare [1] · Rafael Molinero Pérez [1] · Beatriz Nieto Miguel [2] · Rebeca Santos Nieto [1] · María Asunción Jorge Martín [1]

[1] Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
[2] Gerencia de Servicios Sociales de Zamora

Una buena comunicación también es cuidado

Introducción

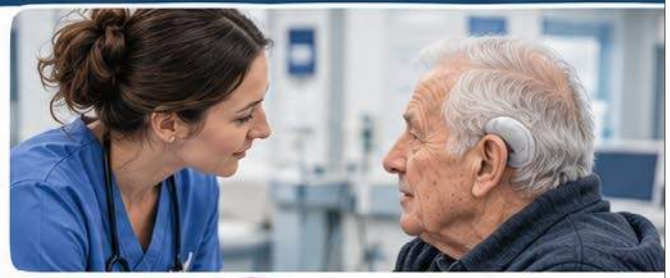
La comunicación es un pilar fundamental en la atención sanitaria, especialmente en el paciente geriátrico.

En Urgencias, las barreras comunicativas pueden dificultar la correcta valoración, aumentar el riesgo de errores y afectar a la seguridad y a la experiencia del paciente.

Método

Revisión narrativa de literatura científica y documentos de referencia sobre comunicación en el paciente geriátrico en servicios de Urgencias.

Síntesis cualitativa; sin datos propios ni estimaciones inventadas.



Resultados

Las principales barreras de comunicación en el paciente geriátrico

1. HIPOACUSIA

- Dificulta la comprensión verbal.
- Favorece la confusión y la ansiedad.
- Aumenta el riesgo de errores en la medicación y en la valoración.

2. ALTERACIONES VISUALES

- Dificultan la lectura y la interpretación de la información.
- Complican la identificación de profesionales y entorno.
- Incrementan la dependencia.

3. DETERIORO COGNITIVO

- Afecta a la comprensión y al recuerdo.
- Puede generar desorientación y respuestas impredecibles.
- Dificulta la adherencia a las indicaciones.

4. LENGUAJE SANITARIO

- Uso de términos técnicos y complejos.
- Escasa adaptación al nivel cultural y educativo.
- Genera malentendidos y aumenta la ansiedad.

Consecuencias

Seguridad asistencial

- Más riesgo de errores.
- Peor adherencia a tratamientos.
- Mayor riesgo de caídas y complicaciones.

Experiencia del paciente

- Mayor ansiedad y frustración.
- Sentimiento de incomprensión.
- Menor satisfacción con la atención.

Implicaciones para la práctica enfermera

Adaptar la comunicación (hablar claro, frases cortas, uso de apoyos visuales).

Valorar las limitaciones sensoriales (audición y visión) y facilitar recursos (gafas, audífonos).

Identificar el deterioro cognitivo y aplicar estrategias de comunicación específicas.

Involucrar a la familia/cuidador y coordinar la información entre profesionales.

Promover un entorno seguro y un abordaje individualizado en Urgencias.

Conclusiones

La identificación y abordaje de las barreras de comunicación en el paciente geriátrico en Urgencias es clave para garantizar una atención segura, efectiva y centrada en la persona.

Bibliografía

1. World Health Organization. *Falls. Fact sheet.* WHO; 2021.
2. Cumming RG, Sherrington C. Fear of falling in older people: a review of assessment, interventions and outcomes. *Aust J Physiother.* 2007;53(3):91-103.
3. NHS. Clinical guideline for the assessment and management of falls in older people. NICE; 2019.

Horas que dejan huella:
el impacto de la estancia en Urgencias sobre el anciano frágil

Analizar cómo la inmovilidad, la falta de sueño, el ayuno, el ruido y la desorientación durante la estancia pueden afectar a una persona mayor.

Alicia Pacho Gimare[1] · Rafael Molinero Pérez[1] · Beatriz Nieto Miguel[2] · Rebeca Santos Nieto[1] · María Asunción Jorge Martín[1]

[1] Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
[2] Gerencia de Servicios Sociales de Zamora

Una estancia más segura también es cuidado



Introducción

La estancia en Urgencias puede ser un periodo prolongado y estresante para el paciente mayor frágil. Diversos factores del entorno y del propio proceso asistencial pueden desencadenar o agravar problemas geriátricos, afectando a su bienestar, funcionalidad y seguridad.

Método

Revisión narrativa de literatura científica y documentos de referencia sobre la atención del paciente geriátrico en servicios de Urgencias.

Síntesis cualitativa; sin datos propios ni estimaciones inventadas.

Factores que afectan al anciano frágil durante su estancia en Urgencias

INMOVILIDAD
- Pérdida de masa muscular.
- Mayor riesgo de caídas, trombosis y úlceras por presión.
- Disminución de la autonomía funcional.

FALTA DE SUEÑO
- Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo.
- Mayor riesgo de delirium.
- Peor tolerancia al dolor y al estrés.

AYUNO
- Deshidratación.
- Deterioro del estado nutricional.
- Hipoglucemia y pérdida de masa muscular.

RUIDO
- Alteraciones del sueño.
- Aumento de la ansiedad y el estrés.
- Mayor riesgo de delirium y confusión.

DESORIENTACIÓN
- Alteración del estado mental y la ansiedad.
- Peor adherencia a tratamientos.
- Mayor riesgo de delirium y caídas.

Enfoque enfermero

Medidas clave para minimizar el impacto

- **Medidas de confort** — Alivio del dolor, postura adecuada, ambiente tranquilo y agradable.
- **Hidratación** — Control de ingesta y balance hídrico.
- **Orientación** — Información clara, presencia de familiares, uso de relojes y calendarios.
- **Movilización** — Cambios posturales, deambulación precoz, ejercicio adaptado.
- **Preservación del sueño** — Reducción de ruido, luz tenue y cuidados agrupados.

Valor científico

La organización del servicio de Urgencias influye directamente en la prevención **de complicaciones geriátricas.**

Menos tiempos de espera → Mejor organización del servicio → Menor riesgo de complicaciones geriátricas

Una atención planificada, con recursos adecuados, reduce el riesgo de delirium, caídas, descompensaciones y pérdida funcional.

Conclusiones

- La estancia en Urgencias puede tener un impacto significativo en el anciano frágil.
- La aplicación de medidas de confort, hidratación, orientación, movilización y preservación del sueño es clave para prevenir complicaciones.
- La organización del servicio es un factor determinante en la seguridad y la calidad asistencial.

Pequeñas acciones, grandes diferencias

Bibliografía

1. World Health Organization. *Falls. Fact sheet.* WHO; 2021.
2. Cumming RG, Sherrington C. Fear of falling in older people: a review of assessment, interventions and outcomes. *Aust J Physiother.* 2007;53(3):91-103.
3. NHS. Clinical guideline for the assessment and management of falls in older people. NICE; 2019.

DECISIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PERSONAS MAYORES

RESUMEN:

La decisión de realizar una intervención quirúrgica en una persona mayor debe basarse en una valoración individualizada y no únicamente en la edad cronológica. Es necesario analizar el estado funcional, la fragilidad, las comorbilidades, la situación cognitiva . La decisión compartida entre el paciente, la familia y el equipo sanitario permite valorar los beneficios y riesgos de la cirugía y elegir la alternativa más adecuada para cada persona.



ANTECEDENTES

El envejecimiento produce una mayor variabilidad en el estado de salud y en la capacidad de recuperación. Las personas mayores pueden presentar fragilidad, dependencia funcional, deterioro cognitivo, polifarmacia y múltiples enfermedades crónicas, factores que pueden aumentar el riesgo de complicaciones después de una intervención quirúrgica. Por este motivo, la edad por sí sola no debe considerarse un criterio para excluir o indicar una cirugía. La valoración geriátrica integral permite conocer las reservas fisiológicas y las necesidades individuales del paciente.

PALABRAS CLAVE
CALIDAD DE VIDA
CIRUGIA
PERSONAS MAYORES

RESULTADOS

Los resultados muestran que la edad cronológica aislada no permite determinar adecuadamente el riesgo quirúrgico ni la capacidad de recuperación de una persona mayor. La fragilidad y la capacidad funcional son factores especialmente importantes para predecir complicaciones y pérdida de autonomía.

La valoración geriátrica integral permite identificar problemas médicos, funcionales, cognitivos, nutricionales y sociales que pueden ser modificados antes de la cirugía. La decisión quirúrgica debe considerar también los objetivos del paciente. En algunos casos, la cirugía puede mejorar la supervivencia, la autonomía o el control de los síntomas; en otros, puede suponer una carga excesiva con un beneficio limitado. Por ello, es fundamental explicar las alternativas, los posibles resultados y la incertidumbre existente.

OBJETIVOS:

Analizar los principales factores que influyen en la decisión de realizar una intervención quirúrgica en personas mayores.

Valorar la importancia de la fragilidad y del estado funcional en el riesgo quirúrgico.

Identificar los beneficios y posibles riesgos de la intervención

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática entre enero de 2020 y enero de 2026 en las bases de datos PubMed, SciELO y Cochrane Library.
Descriptores (MeSH): "Aged", "Exercise Therapy", "Quality of Life", "Accidental Falls/prevention".



CONCLUSION:

La decisión de realizar una intervención quirúrgica en personas mayores debe ser **individualizada, multidisciplinar y centrada en la persona**. La edad no debe ser el único criterio para indicar o rechazar una cirugía. La valoración de la fragilidad, la funcionalidad, las comorbilidades, la capacidad cognitiva, el riesgo perioperatorio y los objetivos personales permite realizar una valoración más completa.

La **decisión compartida** entre el paciente, su familia y el equipo sanitario es fundamental para seleccionar tratamientos que ofrezcan un beneficio significativo y sean coherentes con los valores y preferencias de la persona mayores

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY — MODALIDAD PÓSTER DIGITAL

Actividad física en la gestación:

recomendaciones y seguimiento enfermero





01. RESUMEN

La actividad física (AF) durante la gestación aporta múltiples beneficios para la salud materna y fetal. Este trabajo analiza la evidencia sobre las recomendaciones de AF en gestantes y el papel del seguimiento enfermero en su implementación y adherencia.

02. PALABRAS CLAVE

Actividad física; Gestación; Enfermería; Seguimiento; Salud materno-fetal.

03. ANTECEDENTES

- La AF moderada y adaptada es segura en la mayoría de gestaciones.
- Su práctica sigue siendo insuficiente por falta de información y seguimiento.
- La enfermería, desde la educación y el control periódico, puede mejorar la adherencia y garantizar una práctica segura y personalizada.

04. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las recomendaciones de AF en la gestación y la eficacia del seguimiento enfermero.

Objetivos específicos

- Identificar las recomendaciones actuales de AF en gestantes.
- Valorar el impacto del seguimiento enfermero en la adherencia.
- Describir los beneficios maternos y fetales asociados a la AF.

05. MÉTODO

- **Diseño:** revisión sistemática de la literatura.
- **Fuentes:** PubMed, Scopus y Web of Science.
- **Periodo de búsqueda:** 2021 – 2026.
- **Población:** mujeres gestantes sin contraindicaciones médicas.
- **Criterios de inclusión:** ensayos clínicos, cohortes y revisiones sistemáticas en inglés o español, acceso abierto.

06. RESULTADOS

24 estudios incluidos

↓ Riesgo de preeclampsia	−41 %
↓ Riesgo de diabetes gestacional	−37 %
↑ Bienestar psicológico	+28 %
↓ Ganancia ponderal excesiva	−32 %

07. CONCLUSIONES

- La AF durante la gestación, realizada de forma moderada y adaptada, se asocia a mejores resultados maternos y fetales.
- El seguimiento enfermero, con educación, planificación y control, aumenta la adherencia y la seguridad.
- La inclusión de programas de AF guiados por enfermería en el control prenatal es una estrategia efectiva y recomendable.

RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN GESTANTES

- ≥ 150 min/semana de AF moderada
- Ejercicio aeróbico + fuerza ligera
- Adaptada a la condición individual
- Seguimiento y valoración enfermera

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA:

1. ACOG. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstet Gynecol. 2021;137(2):e178–e188.
2. Davenport MH, et al. Exercise during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2022;56(7):346–358.
3. Coll CVN, et al. Effect of prenatal exercise on maternal and fetal outcomes: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024;288:1–9.

¿Es mayor la fragilidad en el medio rural?

vivifrail®
EJERCICIO FÍSICO PARA UN MAÑANA MEJOR

Valoración funcional de personas mayores mediante **Vivifrail**

Ángel Heras García y Emilia Vizán Martín



PROPUESTA DE COMPARACIÓN EN EL MEDIO RURAL Y URBANO INFORMADA POR EVIDENCIA PUBLICADA, NO ES UN ESTUDIO LOCAL FINALIZADO

RESUMEN

La fragilidad es un síndrome geriátrico prevalente, prevenible y potencialmente reversible, que aumenta el riesgo de discapacidad, hospitalización y dependencia.

Se propone comparar la fragilidad y la capacidad funcional de personas mayores del medio rural y urbano mediante la valoración Vivifrail, a la luz de la evidencia científica disponible.

Actualmente no se dispone de resultados propios.

PALABRAS CLAVE

Fragilidad; Personas mayores; Medio rural; Medio urbano; Vivifrail; Capacidad funcional; Ejercicio físico; Prevención.

ANTECEDENTES

- La fragilidad es frecuente en la población mayor y se asocia con peores resultados de salud.
- Algunos estudios sugieren una mayor fragilidad en el medio rural.
- El ejercicio físico multicomponente, como el programa Vivifrail, ha demostrado mejorar la función física en personas mayores frágiles.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Comparar la fragilidad y la capacidad funcional de personas mayores en el medio rural y urbano mediante la valoración Vivifrail.

Objetivos secundarios

- Analizar las diferencias en la velocidad de la marcha y la fuerza funcional.
- Identificar el perfil de mayor vulnerabilidad según el entorno de residencia.
- Proponer intervenciones de ejercicio físico adaptadas.

MÉTODO

Propuesta de valoración

- Personas ≥70 años.
- Entorno rural y urbano.
- Valoración: SPPB, velocidad de la marcha, test de levantarse y andar, escala de Downton y escala FRAIL.
- **Pendiente de recogida de datos propios.**

RESULTADOS (evidencia publicada)

EVIDENCIA PUBLICADA: ESTUDIOS DISTINTOS, NO COMPARACIÓN DIRECTA ENTRE ENTORNOS

Ferrol (2024)

- n = 114 participantes.
- **35,4 %** clasificados como frágiles mediante SPPB.
- La residencia urbana frente a rural se asoció con menor probabilidad ajustada de fragilidad: OR = **0,092** (IC 95 %: 0,026–0,279).

Tiriez, Albacete (2024)

- n = 241 adultos de ≥50 años.
- Aproximadamente **20 %** de fragilidad medida mediante la escala FRAIL.
- Estudio en entorno rural.

Vivifrail, metaanálisis (2025)

- 12 estudios y 1.026 participantes.
- Mejora de la función física (SPPB); diferencia de medias estandarizada (DME) = **0,90** (IC 95 %: 0,50–1,30).
- Heterogeneidad elevada: I^2 = **88,1 %**.

CONCLUSIONES

1. La fragilidad requiere cribado en la población mayor.
2. El entorno de residencia puede estar asociado con la fragilidad, según la evidencia disponible.
3. El programa Vivifrail mejora la función física (SPPB) en personas mayores frágiles, con cautela por la elevada heterogeneidad de los estudios.

REFERENCIAS

1. Díaz-Vidal P, Tojo-Mañá Z. Implementación de un cribado de fragilidad desde atención primaria en el Área Sanitaria de Ferrol. *Gerokomos*. 2024;35(1):13-18.
2. Garcia C, Ocaña JM, Alacreu M, Moreno L, Martínez LA. Frailty and medication appropriateness in rural adults: proposing interventions through pharmacist-physician collaborative efforts. *J Clin Med*. 2024;13(19):5755. doi:10.3390/jcm13195755.
3. Chen J, Liu H, Zhao H, Yao J, Lu Y. The effects of vivifrail-based multicomponent training on physical and cognitive function in frail older adults: a systematic review and meta-analysis. *Front Physiol*. 2025;16:1646833. doi:10.3389/fphys.2025.1646833.

Envejecer mejor es posible

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ACTIVO COMO VÍA PARA FOMENTAR LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA.

RESUMEN

Revisión narrativa (22 estudios) sobre intervenciones en envejecimiento activo. La evidencia confirma que los programas multicomponentes (ejercicio, nutrición, estimulación cognitiva y redes sociales) previenen el deterioro funcional. Enfermería lidera la valoración integral, promoviendo la autonomía y la calidad de vida.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica sobre las intervenciones que promueven el envejecimiento saludable y activo y su relación con la capacidad funcional, la autonomía y la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliografíca narrativa.

BASES DE DATOS

- PUBMED/ MEDLINE
- CINAHL
- Cochrane Library
- Google Scholar

BÚSQUEDA

Descriptores y términos libres combinados con operadores booleanos AND y OR.

CRITERIOS

Persona ≥ 65 años, publicaciones en español e inglés, y estudios relacionados con los objetivos.

SELECCIÓN

Identificación de publicaciones, revisión de títulos y resúmenes, lectura completa y selección final.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento saludable; Capacidad funcional; Autonomía personal; Cuidados de enfermería; Calidad de vida.

RESULTADOS

1 ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD



24 Semanas

Ensayo con 64 personas mayores frágiles: mejoras en equilibrio, movilidad y fragilidad tras 12 semanas de ejercicio multicomponente.

El ejercicio multicomponente puede mejorar la funcionalidad física, aunque sus efectos sobre la fragilidad son variables.

2 NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN



15 estudios

13 de ellos relacionaron patrones alimentarios saludables con mayor calidad de vida.

La educación nutricional e hídrica y la individualización de los cuidados, favorecen la salud y el estado nutricional.

3 SALUD COGNITIVA Y BIENESTAR EMOCIONAL



109 ensayos > 23.000 personas

Ensayo con 337 personas ≥ 65 años: Mejoras en cognición, ansiedad y actividades instrumentales de la vida diaria.

La estimulación cognitiva puede favorecer diferentes funciones mentales y el bienestar emocional, adaptada al nivel cognitivo inicial.

4 RELACIONES SOCIALES Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA



> 7.000 personas

El aislamiento social se relaciona con una peor calidad de vida en España y Suecia.

Las relaciones sociales y la participación comunitaria son clave para el bienestar.

5 PAPEL DE ENFERMERÍA



Valoración Integral

Educación sanitaria, entrevista motivacional y diálogo centrado en fomentar el autocuidado y autonomía.

La intervención enfermera individualizada favorece hábitos saludables y previene complicaciones.

ANTECEDENTES

El envejecimiento saludable según la OMS se centra en mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Exige abordar la interacción entre capacidad intrínseca y entorno.

CONCLUSIONES

Abordaje integral: Atención a las esferas física, nutricional, cognitiva y social.

Capacidad funcional: El ejercicio y la nutrición adecuada previenen la fragilidad y el deterioro.

Atención individualizada: Adaptada a las necesidades, capacidades y preferencias de cada persona.

Enfermería:
Eje clave en la Valoración Geriátrica Integral (VGI), prevención y autocuidado.

BIBLIOGRAFIA

Personas mayores en la sociedad digital: evolución del uso de internet y redes sociales en España

Autores: Sofía Díez López, Mercedes Arias Pastor y Ángela del Barrio Fernández

RESUMEN

El uso de las tecnologías entre las personas mayores ha aumentado, aunque persisten barreras para su inclusión digital [1]. Conocer las diferencias por edad en el uso de Internet, la participación en redes sociales y la confianza puede ayudar a orientar iniciativas de inclusión digital.

Palabras clave: brecha digital, confianza, internet, personas mayores, redes sociales.

ANTECEDENTES

El ONTSI documenta avances y desigualdades en la inclusión digital de las personas mayores [1]. Es importante estudiar diversos usos digitales.

OBJETIVO

Comparar la evolución del uso de Internet, la participación en redes sociales y la confianza en Internet entre los grupos de 55-64 y 65-74 años en España entre 2020 y 2024 .

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis secundario descriptivo, utilizando porcentajes ya publicados por el INE [2]. Se recopilaron datos de cinco ediciones anuales (2020-2024) para los grupos de 55-64 y 65-74 años sobre tres indicadores: uso de Internet, participación en redes sociales y confianza en Internet.

El uso de Internet y la participación en redes sociales se refieren a los últimos tres meses y se expresan como porcentajes del total de personas de cada edad. La confianza se calcula entre quienes utilizaron Internet en ese período, sumando los porcentajes de las categorías "Bastante" y "Mucho".

Para comparar las edades, se restó el porcentaje del grupo de 65-74 al del grupo de 55-64 en cada año. Para describir el cambio temporal, se restó el valor de 2020 al de 2024. Ambas diferencias se expresaron en puntos porcentuales (pp). El análisis se basó en estimaciones anuales de los grupos, sin seguimiento individual.

RESULTADOS

TABLA 1
Uso de Intenet (%)
Últimos 3 meses

Año	55-64 años	65-74 años	Dif. (pp)
2020	89,5	69,7	19,8
2021	91	73.3	17,7
2022	92,4	76,4	16
2023	94,3	80,1	14,2
2024	**94,8**	**82,5**	**12,3**
Varía (pp)	**+5,3**	**+12,8**	**-7,5**

TABLA 2
Participación en redes (%)
Uso particular, últimos 3 meses

Año	55-64 años	65-74 años
2020	47,4	28
2021	48	28,3
2022	45,1	28,9
2023	47,1	31,6
2024	**48,7**	**30,8**
Varía (pp)	**+1,3**	**+2,8**

TABLA 3
Confianza en Internet (%)
Bastante o mucho

Año	55-64 años	65-74 años
2020	54,9	50,1
2021	55,7	50,5
2022	68,5	61,5
2023	56,5	44
2024	**68,6**	**59,9**
Varía (pp)	**+13,7**	**+9,8**

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE, Encuesta TIC-Hogares, ediciones 2020–2024 [2]
Nota. Las tablas 1 y 2 muestran, respectivamente, el uso de Internet y la participación en redes sociales durante los últimos tres meses, como porcentajes del total de personas de cada grupo de edad. En la tabla 1, "Dif." corresponde al porcentaje de 55–64 años menos el de 65–74 años. La tabla 3 muestra la confianza entre quienes utilizaron Internet en ese periodo, sumando las categorías "Bastante" y "Mucho". En las tres tablas, el cambio entre 2020 y 2024 se calcula restando el valor de 2020 al de 2024. pp = puntos porcentuales.

El uso de Internet aumentó en ambos grupos, especialmente en el de 65–74 años, reduciendo la diferencia entre edades. La participación en redes sociales creció menos, mientras que la confianza presentó fluctuaciones, con un descenso en 2023 y una recuperación en 2024 en ambos grupos.

CONCLUSIÓN

La reducción de la diferencia por edad en el uso de Internet no supone que hayan desaparecido las desigualdades digitales. El uso, la participación en redes sociales y la confianza muestran evoluciones distintas, por lo que conviene analizarlos por separado. Esta información puede orientar iniciativas de inclusión digital que atiendan tanto a los usos de Internet como a la confianza de las personas mayores.

REFERENCIAS

[1] Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad. El uso de las tecnologías por mayores en España. Edición 2025 - Datos 2024. Red.es; 2025. doi:10.30923/230250278.

[2] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. Resultados 2020-2024 [Internet]. Consulta: 5 nov 2026. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&idp=1254735576692&menu=resultados



VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY — MODALIDAD PÓSTER DIGITAL

Variaciones en el rendimiento anaeróbico y la fuerza máxima según las fases del ciclo menstrual

01. RESUMEN

El ciclo menstrual (CM) provoca fluctuaciones hormonales que pueden influir en el rendimiento físico. Este trabajo analiza la evidencia científica sobre los cambios en el rendimiento anaeróbico y la fuerza máxima según las fases del CM.

02. PALABRAS CLAVE

Ciclo menstrual; Rendimiento anaeróbico; Fuerza máxima; Hormonas; Mujer; Ejercicio.

03. ANTECEDENTES

- El CM se caracteriza por fluctuaciones de estrógenos y progesterona.
- Los estrógenos se asocian con mayor capacidad de rendimiento, fuerza y recuperación.
- La progesterona, predominante en la fase lútea, puede disminuir el rendimiento y aumentar la sensación de fatiga.

04. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la influencia de las fases del CM en el rendimiento anaeróbico y la fuerza máxima.

Objetivos específicos

- Comparar el rendimiento anaeróbico entre fases.
- Evaluar las variaciones en la fuerza máxima.
- Identificar la fase con mejores resultados de rendimiento.

05. MÉTODO

- **Diseño:** revisión sistemática.
- **Fuentes:** PubMed, Scopus y Web of Science.
- **Periodo:** 2021 – 2026.
- **Población:** mujeres eumenorreicas físicamente activas (18–40 años).
- **Criterios de inclusión:** ensayos clínicos, cohortes y estudios observacionales, en inglés o español, acceso abierto.

06. RESULTADOS

17 estudios incluidos





07. CONCLUSIONES

- El rendimiento anaeróbico y la fuerza máxima varían a lo largo del CM, con mejores resultados en la **fase folicular y ovulatoria.**
- La fase lútea se asocia a un descenso moderado del rendimiento.
- La planificación del entrenamiento considerando el CM puede optimizar el rendimiento y el bienestar de la mujer deportista.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

- Planificación del entrenamiento individualizada
- Mayor carga e intensidad en fase folicular–ovulatoria
- Ajuste del volumen en fase lútea
- Valoración del bienestar y síntomas asociados

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA

1. McNulty KL, et al. Menstrual cycle phase and exercise performance: a systematic review. Sports Med. 2023;53(4):783–801.
2. Pustovrh MC, et al. The influence of menstrual cycle on strength and anaerobic performance: a meta-analysis. J Sports Sci. 2024;42(6):552–565.
3. Yang Y, et al. Hormonal fluctuations across the menstrual cycle and exercise performance in eumenorrheic women. Int J Sports Physiol Perform. 2025;20(2):145–155.

Más allá de la temperatura basal: respuesta y recuperación térmica de la mano ante el frío y el calor en personas mayores

VERSIÓN ANONIMIZADA PARA EVALUACIÓN A DOBLE CIEGO

Aprobado por un Comité de Ética de la Investigación · Consentimiento informado escrito · Sin financiación externa · Sin conflictos de interés

PREGUNTA

¿Cómo responde y se recupera la temperatura de la mano tras frío y calor locales, y se asocia con la composición corporal?

El calor extremo se asoció con 62 775 muertes en Europa en 2024, sobre todo en edades avanzadas[1]. El envejecimiento atenúa el control vasomotor cutáneo[2], los dedos responden intensamente a los cambios térmicos[3] y la temperatura cutánea varía con la composición corporal[4].

01 MUESTRA Y PROTOCOLO

74	85,6 ± 8,3	71,6 %
participantes	años · rango 60–99 inclusión: ≥ 60 años	mujeres





Desenlace	**Pulpejos D2–D5** (termografía[5]): recuperación = $(T_t - T_0)/(T_{basal} - T_0) \times 100$
Exposición	InBody S10: masa grasa, % grasa, ángulo de fase, índice periférico
Análisis	Friedman, Wilcoxon (Holm) · Spearman con FDR · regresión ajustada por edad y sexo, bootstrap

02 RESULTADO PRINCIPAL

El frío provocó una perturbación aproximadamente doble y una menor recuperación a los 5 min; a los 10 min, proporción similar, sin retorno completo.

15,6 °C caída mediana tras el frío · **7,7 °C** ascenso mediano tras el calor · Pulpejos · p < 0,001 · n = 70



Fig. 1. Dos medidas distintas, no intercambiables. **a** Temperatura absoluta de toda la mano (°C) en cuatro momentos, no registro continuo; Friedman p < 0,001 (W = 0,95 frío; 0,75 calor). **b** Porcentaje del cambio inicial recuperado en los pulpejos D2–D5; Wilcoxon pareado.

03 COMPOSICIÓN CORPORAL

La masa grasa se asoció con la recuperación tras el frío en el modelo principal, no tras el calor; la asociación fue sensible a la medicación.

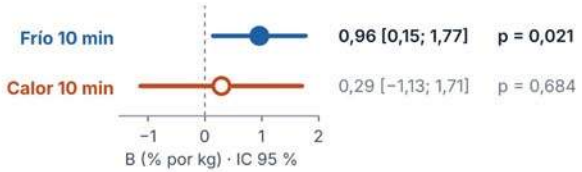


Fig. 2. Estimación principal: masa grasa → recuperación a 10 min, ajustada por edad y sexo. Cribado: 3/16 correlaciones significativas tras FDR, todas en frío.

Secundarios, exploratorios. Ángulo de fase → frío: B = 9,46 (IC 95 % 1,64–17,29; p = 0,019), **sensible a una observación influyente** (sin ella, p = 0,101). Edad: B = −0,97 %/año (p = 0,024); no significativa con SPPB (p = 0,309).

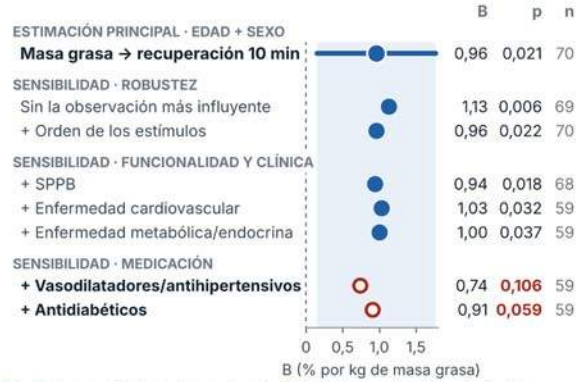


Fig. 3. Una covariable cada vez; banda: IC 95 % de la estimación principal. La asociación **perdió significación** con vasodilatadores/antihipertensivos o antidiabéticos; con la misma n = 59, la enfermedad cardiovascular o metabólica no la eliminó.

04 CONCLUSIONES

1. La perturbación térmica inicial fue mayor tras el frío y la proporción recuperada a los 5 min, menor que tras el calor. A los 10 min fue similar, sin retorno completo a la temperatura basal.
2. La masa grasa se asoció con una mayor recuperación tras el frío en el modelo ajustado por edad y sexo, aunque la asociación fue sensible a covariables farmacológicas (vasodilatadores/antihipertensivos, antidiabéticos).
3. No se encontraron asociaciones equivalentes entre composición corporal y retorno térmico tras el calor.

APLICABILIDAD

OBSERVADO

La termografía permitió caracterizar la respuesta cutánea periférica a estímulos térmicos locales en personas mayores de residencias, centros de día y domicilio.

POR VALIDAR

Utilidad para identificar vulnerabilidad térmica o desarrollar herramientas preventivas. No es una prueba clínica validada.

LIMITACIONES

Sesión única; asociaciones transversales, no causales.

Basal incompleta antes del calor si el frío iba primero (30,8 vs 29,2 °C; p = 0,006).

Datos clínicos en 62/74. Temperatura superficial, no perfusión.

1 Janoš T, Quijal-Zamorano M, Shartova N, et al. Heat-related mortality in Europe during 2024 and health emergency forecasting to reduce preventable deaths. Nat Med. 2025;31:4065–74. doi:10.1038/s41591-025-03954-7

2 Holowatz LA, Kenney WL. Peripheral mechanisms of thermoregulatory control of skin blood flow in aged humans. J Appl Physiol. 2010;109(5):1538–44. doi:10.1152/japplphysiol.00338.2010

3 Elstad M, Vanggaard L, Lossius AH, Walløe L, Bergersen TK. Responses in acral and non-acral skin vasomotion and temperature during lowering of ambient temperature. J Therm Biol. 2014;45:168–74. doi:10.1016/j.jtherbio.2014.09.003

4 Neves EB, Salamunes ACC, de Oliveira RM, Stadnik AMW. Effect of body fat and gender on body temperature distribution. J Therm Biol. 2017;70:1–8. doi:10.1016/j.jtherbio.2017.10.017

5 Moreira DG, Costello JT, Brito CJ, et al. Thermographic imaging in sports and exercise medicine: a Delphi study and consensus statement on the measurement of human skin temperature. J Therm Biol. 2017;69:155–62. doi:10.1016/j.jtherbio.2017.07.006

ENTRENAMIENTO EN CINTA RODANTE PARA LA RECUPERACIÓN DE LA MARCHA TRAS EL ICTUS

Marta Gómez-Mateos, Luis Augusto Silva-Zendron, Andrea Calleja-Caballero, Vanesa Santos-Rodríguez, Beatriz María Bermejo-Gil, Fátima Pérez-Robledo.

RESUMEN

Ensayo clínico aleatorizado (n = 22) en personas con ictus crónico. Tras 12 semanas, la fisioterapia convencional complementada con entrenamiento en cinta rodante mostró mejoras estadísticamente significativas en velocidad y capacidad de marcha no observadas en el grupo control.



ANTECEDENTES

El envejecimiento se asocia a un incremento de la incidencia de ictus, una de las principales causas de discapacidad adquirida en adultos mayores. Las alteraciones en la velocidad de desplazamiento y en la capacidad para mantener la deambulación durante periodos prolongados son algunas de las secuelas más comunes tras el ictus.

El entrenamiento en cinta rodante ha adquirido un interés creciente en neurorrehabilitación, al facilitar una práctica repetitiva y controlada de la marcha.

OBJETIVO

Evaluar los efectos de añadir un programa de entrenamiento en cinta rodante a la fisioterapia convencional sobre la velocidad y la capacidad de marcha prolongada en personas con ictus.

METODOLOGÍA

Población: 22 participantes (ictus) | **Duración: 12 semanas**

Aleatorización (1:1)

GRUPO INTERVENCIÓN (GI, n = 12)
- Fisioterapia convencional (2 días/semana)
- \+
- **Cinta rodante** (15 min/sesión)

GRUPO CONTROL (GC, n = 10)
- Fisioterapia convencional (2 días/semana)
- Sin cinta rodante

EVALUACIÓN DE VARIABLES (PRE Y POST)

- **Velocidad de marcha (10MWT)** — Test de marcha de 10 metros (m/s)
- **Capacidad de marcha (6MWT)** — Test de marcha de 6 minutos (metros)

RESULTADOS

Variable	Control (n = 10)	Tapiz rodante (n = 12)
Velocidad de marcha (10MWT)	p = 0.767	**p = 0.003**
Distancia recorrida (6MWT)	p = 0.594	**p = 0.016**

Mejoras significativas **únicamente** en el grupo de entrenamiento con **tapiz rodante**.

CONCLUSIONES



El entrenamiento en cinta rodante como complemento a la fisioterapia convencional se asoció con mejoras significativas en la velocidad y la capacidad de marcha prolongada en personas con ictus crónico. Estos resultados sugieren que su incorporación puede ser una estrategia útil en neurorrehabilitación para mejorar el rendimiento locomotor.

Cuidados de enfermería en la nefrectomía:
un abordaje integral para una recuperación segura y una mejor calidad de vida

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

1 RESUMEN

La nefrectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación total o parcial de un riñón, indicado en diversas patologías renales, tanto benignas como malignas, especialmente en personas mayores.

La enfermería desempeña un papel fundamental en todas las fases del proceso asistencial, desde la preparación preoperatoria hasta el seguimiento postoperatorio, contribuyendo a la prevención de complicaciones, la recuperación funcional y la mejora de la calidad de vida.

Este trabajo analiza la evidencia científica disponible sobre los cuidados de enfermería más efectivos en pacientes sometidos a nefrectomía, con el objetivo de identificar intervenciones basadas en la evidencia que favorezcan una recuperación segura y una atención integral.

2 PALABRAS CLAVE

Nefrectomía
Complicaciones
Cuidados de enfermería
Recuperación
Paciente renal
Educación para la salud
Preoperatorio
Calidad de vida
Postoperatorio
Autocuidado

3 ANTECEDENTES

La nefrectomía se indica en casos de tumor renal, patología litiásica complicada, traumatismo renal severo o donación de órgano, entre otras causas.

En las personas mayores, la presencia de comorbilidades y la disminución de la reserva funcional aumentan el riesgo de complicaciones y requieren un abordaje de cuidados específico y personalizado.

La enfermería, por su cercanía y conocimiento del paciente, se encuentra en una posición clave para identificar factores de riesgo, implementar intervenciones preventivas y promover la adaptación a los cambios en la función renal y en el estilo de vida.



4 OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a nefrectomía para mejorar la seguridad clínica, la recuperación funcional y la calidad de vida.

Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones enfermeras en las fases pre, intra y postoperatoria.
- Analizar su eficacia en la prevención de complicaciones.
- Evaluar su impacto en la recuperación funcional y la calidad de vida.
- Explorar las necesidades educativas del paciente y su familia.

5 MÉTODO

Diseño	Revisión bibliográfica narrativa.
Bases de datos	PubMed, CINAHL y Scopus.
Periodo de búsqueda	Estudios publicados entre 2016 y 2026.
Criterios de inclusión	Artículos originales y revisiones sobre cuidados de enfermería en pacientes adultos sometidos a nefrectomía.
Criterios de exclusión	Estudios en población pediátrica, sin texto completo o sin relevancia para el objetivo.
Selección final	Se analizaron 32 artículos que cumplieron los criterios establecidos.

6 RESULTADOS

La evidencia científica muestra que los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a nefrectomía contribuyen a:

Prevención de complicaciones
Menor incidencia de infecciones, hemorragias, trombosis y deterioro de la función renal residual.

Recuperación funcional temprana
Movilización precoz, control del dolor y fomento de la autonomía.

Mejora de la adaptación al cambio
Apoyo emocional, educación para la salud y desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Mayor calidad de vida
Mejora del bienestar físico, emocional y social.

Empoderamiento del paciente
A través de la educación sanitaria y el autocuidado en el manejo de su salud renal.

7. CONCLUSIONES

La enfermería tiene un papel esencial en la atención integral del paciente sometido a nefrectomía en todas las fases del proceso.

Las intervenciones enfermeras basadas en la evidencia contribuyen a una recuperación más segura, a la prevención de complicaciones y a una mejor calidad de vida.

La educación sanitaria y el apoyo emocional son fundamentales para favorecer la adaptación a los cambios en la función renal y promover el autocuidado.

Es necesario seguir investigando para desarrollar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de las personas mayores sometidas a nefrectomía.

JUNTOS EN MOVIMIENTO

El ejercicio terapéutico grupal como aliado frente a la soledad no deseada en personas mayores



1 RESUMEN

La soledad no deseada se ha convertido en uno de los principales retos sociosanitarios asociados al envejecimiento. Diversos estudios han puesto de manifiesto su relación con un peor estado de salud física y mental, mayor fragilidad, incremento del riesgo cardiovascular y disminución de la calidad de vida.

En este contexto, la fisioterapia puede desempeñar un papel relevante mediante programas grupales de ejercicio terapéutico que favorezcan tanto la actividad física como la interacción social.

2 PALABRAS CLAVE

- Soledad no deseada
- Envejecimiento activo
- Ejercicio terapéutico
- Participación social
- Fisioterapia

3 ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población, los cambios en la estructura familiar y el aumento de personas que viven solas han contribuido al incremento de la soledad no deseada.

Esta situación se asocia con mayor incidencia de depresión, deterioro funcional, sedentarismo y utilización de recursos sanitarios.

Las intervenciones que combinan actividad física y participación social parecen ser especialmente eficaces para abordar este problema desde una perspectiva biopsicosocial.

4 OBJETIVO

Analizar el potencial de los programas grupales de ejercicio terapéutico para reducir la soledad no deseada en personas mayores.

5 MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios publicados en diferentes bases de datos (PubMed, Google Scholar y PEDro) en población mayor de 65 años que participaron en programas grupales de ejercicio físico supervisado.

Se analizaron variables relacionadas con:

- Soledad percibida.
- Calidad de vida.
- Nivel de actividad física.
- Participación comunitaria.



6 RESULTADOS

Los resultados descritos en la literatura muestran mejoras en el bienestar emocional, mayor participación comunitaria y mejor adherencia a hábitos saludables.

Los participantes mostraron una reducción de los sentimientos de aislamiento.

Además, se observaron mejoras funcionales asociadas al aumento de la actividad física regular.

7 CONCLUSIONES

Los programas grupales de fisioterapia pueden constituir una herramienta efectiva para combatir la soledad no deseada, favoreciendo simultáneamente la salud física, emocional y social de la población silver.



Impacto de la reducción de estímulos nocivos (luz y ruido) en el neurodesarrollo del prematuro en cuidados intensivos



1. RESUMEN

La exposición excesiva a la luz y al ruido en la UCIN puede alterar el desarrollo neurológico del prematuro. Se analiza la evidencia sobre el impacto de su reducción y el papel de la enfermería en su control.

2. PALABRAS CLAVE

Prematuro; Cuidados intensivos neonatales; Ruido; Luz; Neurodesarrollo; Enfermería.

3. ANTECEDENTES

- El prematuro es especialmente vulnerable a los estímulos ambientales.
- La exposición a altos niveles de luz y ruido se asocia a alteraciones del sueño, estrés fisiológico y peores resultados en el neurodesarrollo.
- El control ambiental es una estrategia recomendada en la UCIN, con un papel clave de la enfermería.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el impacto de la reducción de luz y ruido en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro en la UCIN.

Objetivos específicos

- Analizar los efectos sobre el desarrollo neurológico y conductual.
- Identificar estrategias de control ambiental eficaces.
- Determinar el papel de la enfermería en su implementación.

5. MÉTODO

- **Diseño:** revisión sistemática de la literatura.
- **Fuentes:** PubMed, Scopus y Web of Science.
- **Periodo de búsqueda:** 2021 – 2026.
- **Población:** recién nacidos prematuros (< 37 semanas) ingresados en UCIN.
- **Criterios de inclusión:** ensayos clínicos, cohortes y revisiones sistemáticas; en español o inglés; acceso abierto.

6. RESULTADOS

15 estudios incluidos

Mejor desarrollo neurológico	↑ +28 %
Mejor calidad del sueño	↑ +34 %
Menor estrés fisiológico (FC y cortisol)	↓ −26 %
Menor incidencia de alteraciones conductuales	↓ −30 %

7. CONCLUSIONES

- La reducción de la luz y el ruido en la UCIN se asocia a un mejor neurodesarrollo, sueño y estabilidad fisiológica del prematuro.
- La enfermería es fundamental para monitorizar, planificar e implementar estrategias de control ambiental.
- La creación de un entorno sensorial amable debe integrarse en los cuidados estándar de la UCIN.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

- Luz atenuada (ciclos día-noche)
- Control del ruido < 45 dB
- Agrupación de cuidados
- Entorno de desarrollo neurológico (favorable y seguro)
- Educación y coordinación del equipo

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA

1. Whitehead K, et al. Reduced light and noise in the NICU and neurodevelopmental outcomes: a systematic review. J Perinatol. 2024;44(3):395–404.
2. Wang Y, et al. Environmental control in the NICU: effects on sleep and neurodevelopment in preterm infants. Neonatology. 2023;120(5):547–556.
3. Zhao L, et al. Nursing interventions to minimize light and noise in the NICU: a systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs. 2025;34(2):321–332.

Movilidad con demanda ejecutiva y cribado cognitivo en adultos mayores: comparación con pruebas funcionales tradicionales

RESUMEN

Estudio transversal en 490 adultos ≥60 años para evaluar la asociación del Four Square Step Test (FSST) y el test de marcha atrás de 3 metros (3BWT) con la función cognitiva (MoCA), frente a pruebas tradicionales. Las correlaciones más fuertes correspondieron al FSST (ρ=−0,312) y al 3BWT (ρ=−0,270). Tras ajustar por edad, sexo, escolaridad y convivencia, solo el FSST mantuvo una asociación independiente (β=−0,236; p<0,001). Su capacidad discriminativa para MoCA<26 fue modesta (AUC=0,628; corte óptimo: 6,1 s). El FSST puede complementar el cribado funcional, pero no debe utilizarse como prueba diagnóstica aislada.

PALABRAS CLAVE: envejecimiento; deterioro cognitivo; movilidad; Four Square Step Test; marcha atrás; cribado.

ANTECEDENTES

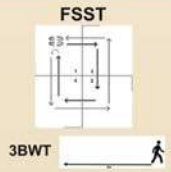
La movilidad integra los sistemas motor y cognitivo. Las pruebas tradicionales evalúan tareas automatizadas con baja demanda cognitiva. El FSST y el 3BWT exigen mayor planificación y control ejecutivo y podrían ayudar a detectar déficits cognitivos precoces.

OBJETIVOS

Evaluar la asociación del FSST y el 3BWT con el MoCA y comparar su capacidad de cribado con las pruebas funcionales tradicionales.

MÉTODO

Estudio transversal (n=490; ≥60 años). Evaluación: FSST, 3BWT, pruebas tradicionales y MoCA. Análisis: estado cognitivo, Jonckheere-Terpstra, regresiones ajustadas por edad, sexo, escolaridad y convivencia y curvas ROC.



RESULTADOS

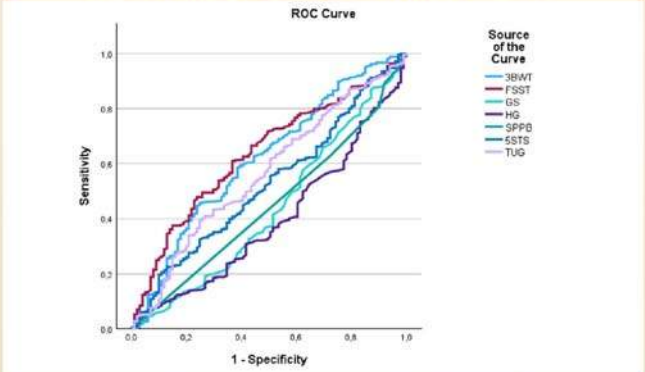
El FSST fue el único predictor independiente (β=−0,236; p<0,001). Su capacidad de cribado fue modesta: AUC=0,628 y corte óptimo de 6,1 s para identificar MoCA<26.

Correlación con la función cognitiva (MoCA)

Variable	ρ	p	IC del 95 %
Marcha (m/s)	0,160	<0,001	0,069 a 0,248
5STS (s)	−0,083	0,070	−0,173 a 0,009
TUG (s)	−0,178	<0,001	−0,265 a −0,088
SPPB (puntos)	0,133	0,004	0,041 a 0,223
Prensión (kg)	0,221	<0,001	0,132 a 0,306
3BWT (s)	−0,270	<0,001	−0,353 a −0,183
FSST (s)	−0,312	<0,001	−0,392 a −0,227

ρ: correlación de Spearman, utilizada por la distribución no normal del MoCA. IC: intervalo de confianza. TUG: Timed Up and Go. SPPB: Short Physical Performance Battery.

Curvas ROC de las pruebas funcionales



Identificación del deterioro cognitivo (MoCA<26)

CONCLUSIONES

El FSST y el 3BWT se asocian más fuertemente con la función cognitiva que las pruebas tradicionales. Solo el FSST mantiene una asociación independiente tras el ajuste. Su capacidad discriminativa es modesta (AUC=0,628; corte óptimo: 6,1 s), por lo que puede utilizarse como herramienta de cribado funcional complementario, pero no como prueba diagnóstica aislada.

REFERENCIAS 1. Petersen RC. Mild Cognitive Impairment. Continuum. 2016;22:404–418. doi:10.1212/CON.0000000000000313. 2. Montero-Odasso M et al. J Am Geriatr Soc. 2012;60:2127–2136. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04209.x.
3. Moore M, Barker K. Syst Rev. 2017;6. doi:10.1186/s13643-017-0577-5. 4. Dite W, Temple VA. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83:1566–1571. doi:10.1053/apmr.2002.35469. 5. Carter V et al. J Geriatr Phys Ther. 2019;42:249–255. doi:10.1519/JPT.0000000000000149.

POLIMEDICACIÓN EN EL ANCIANO, UN RETO PARA LA SEGURIDAD

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN Y ANTECEDENTES

El envejecimiento y el aumento de enfermedades crónicas han incrementado la polimedicación en las personas mayores. Resulta fundamental promover una **revisión periódica** de los tratamientos y una atención individualizada que garantice una farmacoterapia **segura** y **adecuada**.



OBJETIVO

Analizar la polimedicación en las personas mayores, identificando sus factores de riesgo y consecuencias, para prevenir reacciones adversas y fomentar una atención sanitaria segura mediante la colaboración de profesionales sanitarios y cuidadores.

PALABRAS CLAVE

Polimedicación

Personas mayores

Interacciones farmacológicas

Seguridad del paciente

METOLOGÍA

Revisión bibliografica de artículos cientificos

Bases de datos Scielo, Dialnet, Elsevier, Ministerio de Sanidad

Criterios de inclusion, artículos en español, ingles, textos completos y publicados en un perioso no mayor a 10 años

Criterios de exclusión artículos dirigidos a cuidados pediátricos, no dirigidos al ámbito de la enfermería

RESULTADOS



Revisión periódica de la medicación.
Conciliación de tratamientos.
Detección de interacciones y duplicidades.
Individualización de las dosis.
Educación sanitaria al paciente y sus cuidadores.
Colaboración entre medicina, enfermería y farmacia.

EL ARTE DE CUIDAR

Porque cuidar no significa únicamente administrar medicamentos, sino asegurarnos de que cada uno de ellos sea necesario, adecuado y seguro.

CONCLUSIÓN

La polimedicación en las personas mayores representa un reto importante para la seguridad del paciente. Aunque el uso de varias medicamentos puede ser necesario, es imprescindible garantizar que cada tratamiento esté justificado y adaptado a las necesidades individuales. La revisión farmacológica, la educación sanitaria y el trabajo multidisciplinar permiten reducir riesgos y favorecer una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Evaluación del impacto del acompañamiento enfermero en la calidad de vida de pacientes adultos en fase terminal



INTRODUCCIÓN

El acompañamiento enfermero en la fase terminal proporciona apoyo físico, emocional y espiritual, siendo clave para mejorar la calidad de vida (CV) del paciente.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto del acompañamiento enfermero en la calidad de vida de pacientes adultos en fase terminal.

Objetivos específicos

- Analizar la evidencia sobre sus beneficios en la CV.
- Identificar las intervenciones enfermeras más efectivas.
- Describir su influencia en el bienestar emocional, físico y espiritual.

METODOLOGÍA

Diseño
Revisión sistemática.

Fuentes
PubMed, Scopus y Web of Science.

Periodo
2021 – 2026.

Población
Adultos en fase terminal.

Criterios de inclusión
Estudios originales, revisiones y metaanálisis en inglés o español, acceso abierto.

RESULTADOS

13 estudios incluidos

Mejoras asociadas al acompañamiento enfermero

Calidad de vida global	+42 %
Bienestar emocional (ansiedad, depresión)	–36 %
Satisfacción con los cuidados	+48 %
Bienestar espiritual	+31 %
Control de síntomas (dolor, disnea, insomnio)	–29 %

CONCLUSIONES

El acompañamiento enfermero mejora de forma significativa la calidad de vida en la fase terminal.

Las intervenciones centradas en el apoyo emocional, el control de síntomas y la presencia continuada son las más efectivas.

Refuerza el papel de la enfermería en los cuidados paliativos, promoviendo una atención integral y humanizada.



IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

- Potenciar el acompañamiento continuado.
- Favorecer la comunicación terapéutica.
- Formación específica en cuidados paliativos.
- Integrar protocolos de acompañamiento en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA

1. Gómez-Ríos, A. et al. Impacto del acompañamiento enfermero en la calidad de vida al final de la vida. Enferm Clin. 2024.
2. Li, X. et al. Nusring presence and quality of life in terminally ill adults: a systematic review. J Palliat Care. 2023.
3. Martínez, P. et al. Intervenciones enfermeras en cuidados paliativos y su efecto en el bienestar del paciente. Int J Nurs Stud. 2022.

PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y LAS CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

Abordaje desde Atención Primaria y recursos comunitarios: síntesis de recomendaciones nacionales y contexto de Castilla y León

RESUMEN

La fragilidad y las caídas amenazan la autonomía en la vejez. El consenso del SNS (2026) [1] propone un circuito común de detección, estratificación e intervención. Se sintetizan sus recomendaciones y su encaje documental en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León.

ANTECEDENTES

La detección precoz permite identificar factores modificables y orientar cuidados individualizados antes de que avance la pérdida funcional.

OBJETIVO

Sintetizar recomendaciones oficiales para detectar y abordar fragilidad y riesgo de caídas, destacando su aplicación enfermera en Atención Primaria.

MÉTODO

Revisión documental narrativa de fuentes institucionales: consenso del Ministerio de Sanidad (2026) [1], guía de bolsillo [2], herramienta de decisión clínica [3] y documentación pública de SACYL [4]. Consulta: 9/11/2026. No se realizó búsqueda sistemática ni evaluación formal de calidad.

PALABRAS CLAVE

Fragilidad · caídas · personas mayores · Atención Primaria · enfermería comunitaria

RESULTADOS · CIRCUITO DE DETECCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN

1 CAPTACIÓN OPORTUNISTA · Personas ≥70 años que acuden a Atención Primaria o tras una caída.

↓

2 VALORACIÓN FUNCIONAL · Barthel ≥90: inclusión. Si <90, valorar riesgo de caídas en otros programas.

↓

3A FRAGILIDAD

SPPB <10 · marcha <0,8 m/s
TUG >12 s · FRAIL ≥1

Cualquiera sugiere alta probabilidad [1,3].

3B RIESGO DE CAÍDAS

¿Caída en últimos 12 meses?
¿Inestabilidad al estar de pie/caminar?
¿Preocupación por caer que limita actividades?

↓

GRAVEDAD SI HUBO CAÍDA: lesión que requirió atención sanitaria · ≥2 caídas/año · permanecer en el suelo sin poder levantarse ≥1 h · pérdida de conciencia/sospecha de síncope.

4 CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO
No frágil sin señales	No frágil señal sin gravedad	Fragilidad probable o caída de alto riesgo	Fragilidad probable + caída alto riesgo

5 INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA

Ejercicio físico multicomponente · nutrición individualizada · revisión de medicación · evaluación de riesgos en el hogar. VGI y/o valoración multifactorial de caídas según perfil [1,2].

SEGUIMIENTO

BAJO	Anual
MEDIO	6 meses
ALTO	3–6 meses
MUY ALTO	1–3 meses

Reevaluar antes si aparece un cambio funcional relevante o tras un evento importante de salud.

CONTEXTO DE CASTILLA Y LEÓN

La Cartera de Servicios de AP de SACYL recoge actividades de prevención y promoción de hábitos saludables en personas mayores y atención a la persona mayor frágil. SACYL dispone de materiales formativos sobre pruebas de cribado, comunicación de resultados y ejercicios multicomponente [4].

CONCLUSIONES

El consenso de 2026 aporta un itinerario estructurado para detectar, clasificar e intervenir sobre fragilidad y caídas [1,2]. Enfermería de AP puede contribuir a la captación, valoración, educación, planificación de cuidados y seguimiento, coordinándose con recursos sanitarios y comunitarios. La documentación consultada no permite afirmar el grado de implantación autonómica del algoritmo actualizado.

Síntesis documental; no se presentan resultados clínicos propios.

[1] Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor. Madrid; 2026. [2] Ministerio de Sanidad. Guía de bolsillo para profesionales sanitarios: abordaje de la fragilidad y riesgo de caídas. Madrid; 2026.
[3] Ministerio de Sanidad. Herramienta de decisión para profesionales sanitarios: fragilidad y caídas [Internet]. 2026 [consulta: 9 nov 2026]. [4] Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Cribado de fragilidad y atención a las personas mayores [Internet]. SACYL [consulta: 9 nov 2026].

SALUD PERIODONTAL Y SU CONEXIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES GERIÁTRICOS

AUTORES: Andrea Rodriguez De la Torre, María Mercedes Martínez Turienzo, María Cristina Martínez Turienzo, María Miguelez Rodríguez, María Miguelez Turienzo, Silvia María López García.

RESUMEN: La periodontitis en el adulto mayor representa un desafío clínico que trasciende la cavidad oral. Este estudio aborda el vínculo bidireccional entre la inflamación periodontal y patologías sistémicas prevalentes en la tercera edad, destacando la importancia del mantenimiento preventivo.

PALABRAS CLAVE: Periodontitis, enfermedades sistémicas, inflamación crónica, geriatría, prevención.

ANTECEDENTES:

La inflamación crónica de los tejidos de soporte dental libera mediadores inflamatorios al torrente sanguíneo, exacerbando enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares, muy comunes en la población de edad avanzada.

OBJETIVOS:

Analizar el impacto de la enfermedad periodontal avanzada en el control metabólico general del paciente geriátrico y proponer protocolos de soporte periodontal adaptados.

METODOLOGÍA:

Análisis descriptivo basado en la correlación de datos epidemiológicos sobre salud oral y morbilidad sistémica en adultos mayores, contrastando guías de asociaciones de periodoncia.



RESULTADOS:

Los datos muestran que el tratamiento y control de la periodontitis reducen los marcadores sistémicos de inflamación, facilitando un mejor manejo de condiciones como la diabetes. Además, se observa que la pérdida de soporte óseo limita la correcta masticación y nutrición.

CONCLUSIONES:

El cuidado periodontal en la tercera edad es un pilar fundamental de la salud integral. Los programas de mantenimiento periódico en clínica y la educación en higiene interdental mejoran significativamente el bienestar sistémico del paciente.

Mantenimiento y cuidado de prótesis removibles: Guía práctica para cuidadores y pacientes

Resumen

El uso de prótesis dentales removibles es masivo en la tercera edad. Sin embargo, un porcentaje elevado de pacientes y cuidadores desconoce los protocolos correctos de higiene, lo que propicia la aparición de patologías como la estomatitis protésica.

Antecedentes

La falta de destreza manual o el deterioro cognitivo leve en muchos adultos mayores dificultan el mantenimiento adecuado de las prótesis, haciendo indispensable la figura del cuidador, quien rara vez recibe formación específica en salud bucodental.

Objetivos

Diseñar una guía práctica y accesible de limpieza y desinfección de prótesis dentales dirigida tanto al paciente autónomo como al personal de apoyo o familiar.

Palabras clave

Prótesis removible, cuidadores, estomatitis protésica, higiene oral, desinfección.



Metodología

Investigación cualitativa y desarrollo de un protocolo estandarizado basado en la evidencia sobre el uso correcto de tabletas limpiadoras, cepillos especiales para prótesis y hábitos de descanso mucoso nocturno.

Resultados

La implementación de pautas claras de desinfección reduce drásticamente la proliferación de hongos (Candida albicans) en la base de la resina y previene la inflamación de los tejidos blandos subyacentes.

Conclusiones

La educación activa al cuidador es tan importante como la intervención directa en el paciente. Estandarizar rutinas sencillas de desinfección de prótesis previene complicaciones locales y mejora la calidad de vida diaria.

Autores:

Andrea Rodriguez De la Torre, María Mercedes Martínez Turienzo, María Cristina Martínez Turienzo, María Miguelez Rodríguez, María Miguelez Turienzo, Silvia María López García.

Prescripción social y recomendación de activos para la salud en la salud mental de las personas mayores

REVISIÓN NARRATIVA

VIII Congreso Internacional Silver Economy · Zamora 2026

Daniel García Sangrador · Enfermero especialista en Salud Mental. Zamora
Paula Gutiérrez Báez · Enfermera especialista en Salud Mental. Zamora
Tania Patricia Martins Rodrigues · Enfermera. Zamora
Aida Sánchez Prieto · Enfermera. Zamora
Laura Vaquero Velerdas · Enfermera especialista en Salud Mental. Zamora

BIBLIOGRAFÍA
Escanea el código para ver las referencias completas

1 RESUMEN

Introducción: la soledad no deseada y el aislamiento social son determinantes de la salud mental en las personas mayores, sobre todo en territorios rurales y envejecidos como Zamora. La prescripción social (PrS), llamada en España recomendación de activos para la salud (RAS), conecta a la persona, desde el sistema sanitario, con recursos comunitarios no clínicos.

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre la efectividad de la PrS/RAS en la salud mental y el bienestar de las personas mayores.

Método: revisión narrativa en PubMed, CINAHL, Google Académico y literatura gris (2017–2026). Se incluyeron 8 documentos.

Resultados: 16 de 17 estudios británicos describen mejoras significativas en salud mental o bienestar, aunque 15 carecen de grupo control. El metaanálisis de ensayos controlados (n = 3.566) no halla cambios significativos en el bienestar psicológico general. En mayores, la PrS se asocia a menos soledad, con una adherencia del 58–100 %.

Conclusiones: la PrS/RAS es una estrategia prometedora y coherente con el modelo comunitario. La enfermería de salud mental puede liderar su implantación en el medio rural, pero se necesitan ensayos de calidad.

2 PALABRAS CLAVE

Prescripción social · Activos para la salud · Salud mental · Anciano · Soledad · Enfermería comunitaria

3 ANTECEDENTES

20 % de la población española tiene ≥ 65 años (9,3 millones; INE 2024)[1]

333 % índice de envejecimiento de Zamora, la provincia más envejecida de España[2]

20 % sufre soledad no deseada; el 13,5 % de forma crónica (≥ 2 años)[3]

×2 soledad en quien vive solo frente a quien vive acompañado (34,5 % vs 17,4 %)[3]

En mayores de 60 años, la soledad afecta al **5–43 %** y el aislamiento social al **7–24 %**[4]. Ambos se asocian a depresión, deterioro cognitivo y mayor uso de servicios.

La **prescripción social** es el proceso por el que un profesional sanitario, dentro de la relación terapéutica, identifica con la persona los activos de su comunidad (asociaciones, centros de mayores, actividad física, cultura, voluntariado) que pueden mejorar su salud[5]. Integra el modelo biopsicosocial y la salutogénesis en la atención comunitaria.

4 OBJETIVOS

General: sintetizar la evidencia sobre la efectividad de la PrS/RAS en la salud mental y el bienestar de las personas mayores.

E1. Identificar los componentes críticos de los programas eficaces.

E2. Describir su impacto en el uso de servicios sanitarios.

E3. Analizar su implantación en España y el papel de la enfermería.

5 MÉTODO

FUENTES	PubMed/MEDLINE, CINAHL, Google Académico y literatura gris (SESPAS, PAPPS, observatorios).
BÚSQUEDA	("social prescribing" OR "recomendación de activos") AND ("older adults" OR "aged") AND ("mental health" OR "loneliness").
CRITERIOS	2017–2026; español e inglés; revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios poblacionales y documentos de implantación en España.
SÍNTESIS	Revisión narrativa. **8 documentos** incluidos (4 revisiones sistemáticas, 1 estudio poblacional, 3 de implantación en España). Análisis temático por objetivos.

6 RESULTADOS · EFECTIVIDAD

Estudio	Muestra	Hallazgo principal
Kiely, 2022[6] RS controlados	8 estudios	Sin efecto en calidad de vida (n = 2.186); 3 de 4 sin efecto en salud mental.
Cooper, 2022[7] RS	17 estudios (n = 5.036)	16/17 con mejoras significativas, pero 15 pre-post sin control.
Rapo, 2023[8] RS · mayores	12 estudios (UK, NL)	↓ soledad y aislamiento; ↑ confianza y bienestar. Adherencia 58–100 %.
O'Sullivan, 2024[9] RS + MA de ECA	12 estudios (n = 3.566)	Sin cambios en bienestar psicológico general; mejoras específicas en cáncer y diabetes.

CON MEJORA SIGNIFICATIVA[7] 94 %

CON GRUPO CONTROL[7] 2/17

6 · RESULTADOS · CÓMO, CUÁNTO Y DÓNDE

E1 · TRES COMPONENTES CRÍTICOS EN MAYORES[8]

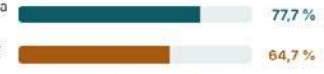
1	2	3
Valoración previa a la prescripción	Ajuste actividad–necesidades	Acompañamiento del agente de enlace

E2 · USO DE SERVICIOS (INGLATERRA, N = 168.699)[10]

+2,25 contactos sanitarios en los 6 meses tras la derivación

↓ MF menos consultas de medicina de familia al año; coste sin cambios relevantes

E3 · IMPLANTACIÓN EN LAS CC. AA.[11]



Aragón: 8.571 personas con recomendación formal de activos desde 2019[12].

7 CONCLUSIONES

- La PrS/RAS se asocia a **menos soledad y más bienestar** en mayores, pero la evidencia controlada es todavía débil y heterogénea.
- Funciona cuando está **centrada en la persona:** valorar, ajustar y acompañar importa más que la actividad.
- En la provincia más envejecida de España, los activos comunitarios son un **recurso terapéutico infrautilizado.**
- La **enfermera de salud mental comunitaria,** con presencia en domicilio y visión integral, es un perfil idóneo como agente de enlace.
- Faltan ensayos controlados con mayores en el **medio rural español.**

PROBLEMAS DENTALES EN ADULTOS MAYORES

OBJETIVOS



CONCIENCIAR de los principales problemas bucales en adultos mayores.

IDENTIFICAR y tratar las causas, para prevenir complicaciones.

PROMOVER autocuidado para una buena salud bucal .

PRESERVAR la dentición natural.

CARIES lesión en el diente

ENFERMEDAD PERIODONTAL destrucción de tejidos y huesos de soporte dental

XEROSTOMÍA disminución de la saliva mayor riesgo de caries e infecciones

EDENTULISMO afecta a la fonación, nutrición y autoestima

LESIONES POR PRÓTESIS producidas por falta de higiene o mal ajustadas

RESULTADOS de estudios en España confirman que prácticamente el 100% de los mayores de 65 años presentan problemas dentales (caries, enfermedad periodontal,pérdida dental,edentulismo,xerostomia,desgaste dental)

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población provoca un aumento de enfermedades crónicas que deterioran la salud bucodental de los adultos mayores, no sólo causando dolor y pérdidas dentales sino también afecta a la nutrición y fonación.

RESUMEN

El envejecimiento afecta a la salud bucal debido a las enfermedades,medicamentos y limitaciones físicas. Mantener buena higiene dental es crucial para la calidad de vida y prevenir enfermedades sintéticas.

CONCLUSIONES

Grave deterioro bucodental,impacto farmacológico, bajo porcentaje de revisiones anuales.

La intervención temprana garantiza un envejecimiento oral saludable.La salud bucodental no debe aislarse de el resto del organismo hay una relación bidireccional.



PALABRAS CLAVE

Adulto mayor,salud bucodental,enfermedad, caries, salud.

MÉTODO

Evaluación clínica,exploración intraoral para registrar índice de COPD(dientes cargados,perdidos y obturados)
Variables sociodemográficas,hábitos de higiene,medicación
Análisis.

Adherencia terapéutica y seguimiento con SPD en personas mayores del medio rural

Evaluación de un programa de reacondicionamiento de medicamentos en farmacia comunitaria

RESUMEN

Encuesta transversal a 162 pacientes participantes en un programa rural para el reacondicionamiento de su medicación utilizando Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).
El 99,4 % presentó mejora de la adherencia y el 67,3 %, del conocimiento de su medicación. La recogida puntual de los SPD pasó del 31,1 % al 98,8 %.
Todos devolvieron los SPD y el 99,4 % los devolvió vacíos.
Los resultados apoyan la continuidad del seguimiento farmacéutico.

PALABRAS CLAVE Adherencia terapéutica, personas mayores, polimedicación, farmacia comunitaria, medio rural, SPD.

ANTECEDENTES

El envejecimiento y la polimedicación plantean retos para el uso de medicamentos en el medio rural. La dispersión geográfica refuerza el interés de los servicios de proximidad desde la farmacia comunitaria.

OBJETIVOS

Evaluar la evolución de la adherencia terapéutica en los participantes.

Describir el conocimiento de la medicación, la recogida puntual y la devolución de los SPD.

MÉTODO

Encuesta estructurada a 162 pacientes activos (85,3 % de los participantes). Estudio descriptivo transversal con comparación de los indicadores disponibles respecto al inicio.

RESULTADOS

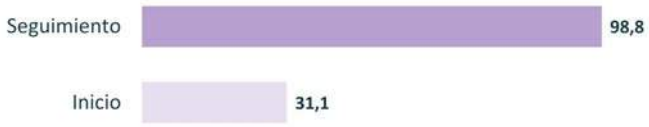
99,4 %

Pacientes con mejora de la adherencia

67,3 %

Pacientes con mejora conocimiento de su medicación

Recogida puntual de la medicación (%)



Incremento de 67,7 puntos porcentuales

Devolución de los SPD

100 % los devuelve. El 99,4 % los devuelve vacíos.
En el 0,6 % restante, la causa indicada fueron olvidos.

CONCLUSIONES

Los indicadores describen una evolución favorable de la adherencia y de la recogida puntual de la medicación en los participantes.

Se demuestra que, continuar con el programa, permite reforzar la educación sanitaria de los pacientes sobre el tratamiento y la mejora de su adherencia.

Alcance de los resultados

El diseño transversal y la ausencia de un grupo comparador impiden atribuir causalidad al programa o concluir efectos sobre calidad de vida y fijación de población.

Adaptación del servicio

La preparación de tratamientos voluminosos motivó el uso de componentes de mayor capacidad para evitar dos blísteres semanales.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization.
Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de abordaje de la cronicidad en el SNS. Madrid: Gobierno de España.
Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). (2023). Atención farmacéutica en pacientes polimedicados: guía práctica. Madrid

«FARMACIA RURAL · EDUCACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA»

Silver Smart Corners

Encuentros para aprender, experimentar y compartir

VIII Congreso Internacional
Silver Economy 2026

EL PROGRAMA (Resumen)

Programa piloto para la población rural, especialmente las personas mayores. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zamora lo impulsa con el apoyo de la Diputación, en el proyecto europeo RURACTIVE. **Combina educación sanitaria, experiencias con tecnologías y encuentros de intercambio entre vecinos y farmacéuticos.**

ANTECEDENTES

La proximidad y confianza de la farmacia rural permiten acercar oportunidades de aprendizaje, contacto con tecnologías y participación en la comunidad.

OBJETIVO

Describir la actividad inicial y compararla con referencias mensuales de planificación, considerando el desplieque del programa.

MÉTODO

Piloto de octubre de 2026 a mayo de 2027. **Objetivos:** 120 sesiones, 1.800 asistencias y 2.400 chequeos/usos. **Referencia mensual:** objetivo dividido entre ocho meses. En chequeos/usos se ajusta a las farmacias activas: 100 al mes por farmacia.

CUATRO ÁREAS DE CONTENIDO

Salud | Social | Biodiversidad | Tecnología



2 de 3 localidades activas
La Hiniesta · Muga de Sayago · El Pego (en proceso)

RESULTADOS · EL PRIMER MES EN CONTEXTO

Cumplimiento respecto a la referencia mensual.
Balance del 06/11/2026.

SESIONES — 106,7% Diferencia
16 — Referencia mensual global: 15 (120 / 8 meses) — +1

ASISTENCIAS — 112% Diferencia
252 — Referencia mensual global: 225 (1 800 / 8 meses) — +27

CHEQUEOS / USOS — 101,5% Diferencia
203 — Referencia con 2 farmacias activas: 200 (100 por farmacia) — +3

La marca de cada barra indica el 100 % de su referencia. En chequeos/usos: 300/mes con tres farmacias y 200/mes con las dos activas. Son registros de actividad, no personas distintas. Los chequeos son no diagnósticos.

CONCLUSIÓN: Con dos localidades activas, las sesiones y asistencias superan la referencia mensual global. Los chequeos/usos superan la referencia correspondiente a las dos farmacias activas.
Valoraciones: Participación grupal 94%, comprensión de contenidos 97%, utilidad percibida 100%

Palabras clave: Farmacia, biodiversidad, educación, participación, tecnología

Fuente: registros de actividad y planificación de Silver Smart Corners. COF Zamora, 2026

FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPORÓTICAS:

IMPACTO FUNCIONAL Y REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE VIDA

AUTORES: Hernández Vecino, Celia; Mesías de Concepción, Sara; Martín, Suárez-Inclán, Jaime; Vega Viñas, Jenifer; Maestro Rodriguez, Santiago;

3 ANTECEDENTES

Elevada prevalencia e infradiagnóstico.

Riesgo de deformidad vertebral y dolor crónico.

Asociación con discapacidad y pérdida de autonomía.

4 OBJETIVOS

Analizar las consecuencias funcionales y revisar las estrategias terapéuticas y preventivas.

5 MÉTODO

Revisión de la literatura científica sobre diagnóstico, tratamiento e impacto funcional.

6 OBJETIVOS

Impacto clínico y funcional

1. Estructural: pérdida de altura vertebral e hipercifosis.
2. Clínico: dolor axial y limitación de movilidad.
3. Funcional: dependencia y restricción de actividades cotidianas.
4. Psicosocial: deterioro de la calidad de vida.

Abordaje terapéutico

1. Analgesia y movilización precoz.
2. Rehabilitación y fortalecimiento muscular.
3. Tratamiento farmacológico antiosteoporótico.
4. Técnicas intervencionistas en pacientes seleccionados.

2 PALABRAS CLAVES

Osteoporosis fractura vertebral; fragilidad ósea; discapacidad; calidad de vida.



1 RESUMEN

Las fracturas vertebrales osteoporóticas son una manifestación frecuente de fragilidad ósea, asociada a dolor, deformidad vertebral y deterioro funcional, con repercusiones sobre la autonomía del paciente.

7 CONCLUSIONES

Las fracturas vertebrales generan una importante carga funcional.

El diagnóstico precoz permite optimizar el tratamiento.

El abordaje integral y la prevención secundaria son esenciales para preservar la autonomía.

1. Checa-Betegón P, Luque-Pérez R, Oñate-Martínez-Olascoaga D, Pérez-González JL, Domínguez-Esteban I. Osteoporotic vertebral fractures: natural history and impact. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2024;68(6):587-96.

2. Santos Castañeda S, Navarro Ceballos C, Usón Jaeger J, et al. Management of vertebral fragility fracture in older people: recommendations from a Spanish consensus of experts. Geriatrics (Basel). 2024;9(2):24.

3. Cho CH, Hwang SW, Mazanec DJ, et al. Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of adults with osteoporotic vertebral compression fractures. Spine J. 2025;25(8):1670-87.

4. Gregson CL, Armstrong DJ, Bowden J, et al. The 2024 UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Arch Osteoporos. 2025;20.

Envejecimiento activo: un proyecto comunitario para prevenir la fragilidad y las caídas

Cooperación institucional y ejercicio terapéutico para mejorar la salud y autonomía de las personas mayores

RESUMEN

El envejecimiento activo constituye un objetivo fundamental para promover la autonomía, la capacidad funcional y la calidad de vida de las personas mayores. En este contexto, se desarrolla un proyecto comunitario de prevención de la fragilidad y las caídas mediante ejercicio terapéutico multicomponente, basado en la iniciativa europea VIVIFRAIL. La iniciativa, desarrollada en una sola localidad, destaca por la cooperación entre Atención Primaria, el Ayuntamiento del municipio, una universidad y la comunidad, aunando recursos y conocimientos para ofrecer beneficios directos a los pacientes de la sanidad pública. El programa piloto incluye sesiones grupales de ejercicio dirigidas a mayores de 70 años, con el propósito de fomentar un envejecimiento activo, mantener la capacidad física y favorecer la participación comunitaria.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento activo · Programa comunitario · Ejercicio terapéutico · Fisioterapia

ANTECEDENTES

El envejecimiento activo requiere oportunidades para mantener la salud, la autonomía y la participación de las personas mayores. La fragilidad y las caídas pueden comprometer estos objetivos y limitar la vida cotidiana. La actualización de 2026 del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y las caídas recomienda identificar a personas de 70 años o más, valorar su capacidad funcional y ofrecer intervenciones adaptadas.

Desde hace más de 30 años se realiza en la universidad participante un programa de envejecimiento activo en colaboración con el Ayuntamiento de la localidad.

Durante el curso 2025-2026 se desarrolló un programa piloto de ejercicio comunitario en un centro municipal de personas mayores orientado a pacientes de un mismo Centro de Salud mediante la cooperación entre las distintas instituciones públicas y la comunidad, con el propósito de acercar recursos de promoción de la salud que ya estaban siendo disfrutados por personas mayores sanas a los pacientes de la sanidad pública.

OBJETIVOS

- Establecer las pautas de un programa comunitario de ejercicio para la prevención de fragilidad y caídas en mayores de 70 años y evaluar su viabilidad para su instauración regular a futuro.
- Conocer el grado de satisfacción de las personas mayores con la participación en programas de ejercicio.
- Estudiar la efectividad del programa sobre la capacidad física de los participantes.

MÉTODO

- Población: Personas mayores de 70 años pertenecientes a un mismo centro de Atención Primaria.
- Programa: Ejercicio multicomponente: 3 sesiones semanales durante 8 semana, con valoraciones previa y posterior al programa de ejercicio.
- Localización: un centro comunitario de personas mayores.
- Variables: batería SPPB como indicador de capacidad física y cuestionarios de satisfacción.

RESULTADOS

35
participantes

15 mujeres · 20 hombres
distribución por sexo

81,44 %
adherencia general

9,73/10
satisfacción promedio

9,00 → 10,82
puntuación SPPB

CONCLUSIONES

El programa piloto resultó viable y satisfactorio, sirviendo como guía para establecer futuros programas comunitarios de ejercicio para la prevención de la fragilidad y las caídas en adultos mayores. Las capacidades físicas de los participantes fueron mayores tras la finalización del programa.

Cofinanciado por la Unión Europea · Ministerio de Hacienda · Fondos Europeos · Junta de Extremadura

¿Está preparado el futuro profesorado para una escuela inclusiva?

RESUMEN

El estudio analiza la percepción de estudiantes de Grado en Infantil, Primaria y del Máster en Profesorado de la Facultad de Educación y Psicología (UEx) sobre su preparación para la atención a la diversidad.
La mayoría considera que la formación recibida es insuficiente para trabajar con ANEAE, por la falta de práctica y contenidos aplicados.

Palabras clave

Educación inclusiva, atención a la diversidad y formación docente.

OBJETIVO

Analizar la percepción de los futuros docentes sobre la preparación de su formación en atención a la diversidad.

ANTECEDENTES

Estudios anteriores destacan la importancia de la educación inclusiva y señalan ciertas carencias en la formación práctica de los futuros docentes. Asimismo, resaltan la necesidad de incorporar la atención a la diversidad

METODO

Se realizó un estudio mediante un cuestionario CEFI-R validado, dirigido a estudiantes de Educación Infantil, Primaria y del Máster de Profesorado de la Universidad de Extremadura, para conocer su percepción sobre la formación recibida en atención a la diversidad.

RESULTADOS

La formación en inclusión debe ser más práctica y abordarse desde las etapas iniciales de los estudios.

El 72,2 % de los estudiantes considera que aún carece de formación específica y práctica para atender adecuadamente la diversidad en el aula.



La experiencia en contextos reales mejora la percepción de preparación docente.

CONCLUSIONES

Prácticas reales: Las experiencias en contextos inclusivos son esenciales para la formación.
Desde el inicio: La inclusión de contenidos específicos desde los primeros cursos.
Confianza: Las vivencias prácticas fortalecen las competencias y la seguridad
Formar para incluir implica conectar los conocimientos universitarios con las necesidades reales del aula.

REFERENCIAS

- Buli-Holmberg, J., Sigstad, H. M. H., Morken, I., & Hjörne, E. (2022). From the idea of inclusion into practice in the Nordic countries: A qualitative literature review. European Journal of Special Needs Education, 37(4), 1–16. https://doi.org/10.1080/08856257.2022.2031095
- Castro, M. (2022). La educación inclusiva: Una experiencia de vida. ReNaCientÉ - Revista Nacional Científica Estudiantil, 3(1), 28–41. https://revistas.investigacionupelipb.com/index.php/renacientrcle/view/1821
- Echeita Sarrionandia, G. (2021). La educación del alumnado considerado con necesidades educativas especiales en la LOMLOE. Avances en Supervisión Educativa, (35), 23–47. https://doi.org/10.23824/ase.v0i35.721Dialnet
- UNESCO. (2017). Guía para asegurar la inclusión y la equidad en la educación. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000259592

«Incluir es enseñar, y enseñar es dar oportunidades a todos.»

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Polimedicación en el anciano:
cuando los síntomas esconden una reacción adversa

Detección de mareos, caídas, hipotensión, somnolencia y otros signos que pueden relacionarse con los medicamentos

Rafael Molinero Pérez[1] | Alicia Pacho Gimare[1]
Beatriz Nieto Miguel[2] | Rebeca Santos Nieto[1]
María Asunción Jorge Martín[1]

[1] Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
[2] Gerencia de Servicios Sociales de Zamora

1. RESUMEN

La polimedicación en el anciano aumenta el riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM), que pueden manifestarse como mareos, caídas, hipotensión, somnolencia y otros síntomas inespecíficos. La valoración enfermera permite detectar precozmente estos signos, identificar factores de riesgo y promover una revisión terapéutica, contribuyendo a un uso más seguro y racional de los medicamentos en la persona mayor.

2. PALABRAS CLAVE

Polimedicación; anciano; reacciones adversas a medicamentos; mareos; caídas; hipotensión; somnolencia; valoración enfermera; revisión terapéutica.



3. ANTECEDENTES

- La polimedicación es un problema frecuente en el anciano, especialmente en pacientes con pluripatología y fragilidad.
- Aumenta el riesgo de reacciones adversas, interacciones y errores de medicación.
- Los síntomas pueden ser sutiles y confundirse con el propio envejecimiento o nuevas patologías.
- La enfermera, por su cercanía y visión global del paciente, desempeña un papel clave en la detección precoz y en la coordinación con el equipo médico.

4. OBJETIVOS

- Identificar los signos y síntomas que pueden estar relacionados con una reacción adversa a medicamentos en el anciano.
- Analizar el papel de la valoración enfermera en la detección de estos efectos.
- Determinar qué situaciones requieren una revisión terapéutica.

5. MÉTODO

- **Diseño:** revisión bibliográfica.
- **Fuentes:** bases de datos (CINAHL, PubMed, Scopus, Cochrane Library) y guías de práctica clínica.
- **Estrategia de búsqueda:** términos MeSH y descriptores DeCS, combinados con operadores booleanos.
- **Criterios de inclusión:** artículos publicados en los últimos 10 años, en español o inglés, con texto completo.
- **Selección:** lectura a texto completo y análisis de la calidad metodológica de los estudios.

6. RESULTADOS

Principales manifestaciones clínicas de las reacciones adversas en el anciano

- Mareos y vértigo
- Caídas
- Hipotensión
- Somnolencia
- Confusión

Pueden requerir revisión terapéutica

- Trastornos gastrointestinales
- Debilidad y alteraciones del equilibrio

Factores de riesgo

- ✓ Edad avanzada
- ✓ Polifarmacia
- ✓ Comorbilidad
- ✓ Cambios en la función renal o hepática

7. CONCLUSIONES

- ✓ La polimedicación en el anciano incrementa el riesgo de reacciones adversas, por lo que es fundamental una valoración enfermera sistemática y continua.
- ✓ La detección precoz de mareos, caídas, hipotensión, somnolencia y otros síntomas permite identificar situaciones de riesgo y revisar el tratamiento.
- ✓ La actuación enfermera contribuye a un uso más seguro y racional de los medicamentos, mejorando la calidad de vida del paciente mayor.

Una valoración enfermera activa, clave para un uso seguro de los medicamentos

VIII CONGRESO INTERNACIONAL
SILVER ECONOMY
Innovación, salud y bienestar para una sociedad longeva

Avances en la medicina preventiva

Estrategias para mejorar la calidad del sueño

Mejor sueño, más salud

Dormir bien, hoy y siempre

1 LA MEDICINA PREVENTIVA EN LA ACTUALIDAD

La medicina preventiva se centra en anticiparse a los problemas de salud, reduciendo riesgos y promoviendo hábitos saludables. Gracias a los avances cientificos, ahora podemos identificar factores de riesgo antes de que aparezcan enfermedades y actuar de forma personalizada.

Principales avances

- Mayor acceso a la detección precoz de alteraciones del sueño.
- Uso de la tecnología (apps, wearables) para monitorizar el descanso.
- Enfoque en la medicina personalizada y el bienestar integral.

2 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DORMIR BIEN?

El sueño es una necesidad biológica esencial. Un buen descanso influye directamente en nuestra salud fisica, mental y emocional, y puede prevenir enfermedades crónicas.

Beneficios de un sueño de calidad

- Mejora la memoria y la concentración.
- Regula el estado de ánimo.
- Fortalece el sistema inmunitario.
- Ayuda a mantener un peso saludable.
- Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y depresión.

3 FACTORES QUE AFECTAN AL SUEÑO

El sueño puede verse alterado por diversos factores, muchos de ellos prevenibles o modificables:

Factores más comunes

- Estrés y ansiedad.
- Uso excesivo de pantallas.
- Consumo de cafeina, alcohol o nicotina.
- Horarios irregulares.
- Ambiente inadecuado (luz, ruido, temperatura).
- Falta de actividad física.
- Alimentación desequilibrada.

4 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO

Pequeños cambios en el día a día pueden marcar una gran diferencia. Estas estretegias te ayudarán a dormir mejor y a cuidar tu salud.

Hábitos saludables

- ✔ Mantén un horario regular de sueño.
- ✔ Crea un ambiente adecuado: oscuro, tranquilo y fresco.
- ✔ Evita pantallas al menos 1 hora antes de acostarte.
- ✔ Limita el consumo de cafeína y alcohol por la tarde y noche.
- ✔ Practica actividad física de forma regular.
- ✔ Cuida tu alimentación, evitando comidas pesadas antes de dormir.

5 EL PAPEL DE LA TECNOLOGÍA

La tecnología también puede ser una gran aliada en la prevención, ayudando a monitorizar y mejorar nuestros hábitos de sueño.

Herramientas y recursos

- Pulseras y relojes inteligentes que analizan el sueño.
- Apps que registran y ofrecen consejos personalizados.
- Plataformas de telemedicina para seguimiento profesional.

La tecnología no sustituye los hábitos saludables, pero puede ser un apoyo muy útil en la prevención.

6 CONCLUSIONES

La medicina preventiva, unida a strategias como una buena higiene del sueño, nos permite mejorar la calidad de vida, prevenir enfermedades y vivir más y mejor.

En resumen

- ✔ Dormir bien es clave para la salud.
- ✔ La prevención y los hábitos saludables marcan la diferencia.
- ✔ La tecnología puede ser una gran aliada.
- ✔ Cuidar el sueño hoy es invertir en tu bienestar futuro.

Tu salud también descansa en tus hábitos

PREVENIR ES CUIDAR TU PRESENTE Y TU FUTURO

GOLPE DE CALOR EN EL ADULTO MAYOR: PREVENCION Y ACTUACIONES

ANTECEDENTES

Cada año en época estival aumentan los casos de golpes de calor, principalmente en personas de edad avanzada, debido al aumento excesivo de la temperatura externa.
Se recomienda tener las suficientes precauciones y evitar exponerse al sol sin protección para prevenir sus consecuencias.

RESUMEN

El golpe de calor es una emergencia médica grave que ocurre cuando el cuerpo se sobrecalienta y pierde la capacidad de regular su temperatura, superando generalmente los 40º.
Puede ser a causa de una exposición prolongada al sol, altas temperaturas, por realizar esfuerzo físico intenso con calor elevado.
La población más vulnerable son los adultos mayores (si tienen enfermedades previas, el calor excesivo puede agravarlas) y los niños pequeños. Es importante protegerse de los golpes de calor.

OBJETIVOS

Identificar los síntomas de un golpe de calor para poder prevenirlos y saber actuar para minimizar complicaciones.

RESULTADOS

El golpe de calor se manifiesta por síntomas como: aumento de temperatura, enrojecimiento de la piel, confusión, calambres, náuseas, cefalea, ausencia de sudoración, taquicardia,... Si no se detiene su evolución habrá lesiones, renales, hepáticas, cardiacas y pulmonares, provocando estado de coma y la muerte.

Prevención del golpe de calor

-Protección del sol, evitar exposición al sol en las horas de más calor.
-Usar protección solar y proteger la cabeza con sombreros, gorras, sombrilla.
-Ropa cómoda ligera y clara.
-Beber agua regularmente, aunque no haya sed.
-Evitar ingesta de bebidas alcohólicas y azucaradas.
-No comer en abundancia. Consumir preferentemente alimentos frescos.
-No realizar esfuerzos físicos en las horas centrales del día.
-No permanecer en vehículos estacionados y cerrados.



Actuación en caso de golpe de calor

-Colocar a la persona en un lugar fresco, tumbar con pies en alto, no abandonarla.
-Retirar el exceso de ropa.
-Refrescar con paños húmedos en cuello, ingles, axilas y cabeza.
-Hidratación con agua si está consciente.
-Llamar a 112.
-Tratamiento de las complicaciones que surjan.
-En caso de parada cardiorrespiratoria realizar RCP.

CONCLUSIONES

Incidir en la prevención y actuación en el caso de un golpe de calor, debido a la alta mortandad de este tipo de emergencia médica.
Se debe tratar precoz y adecuadamente para evitar un fallo multiorgánico y/o la muerte.

PALABRAS CLAVE

Golpe de calor, prevención, síntomas, anciano.

METODO

Revisión bibliográfica sistemática. Bases de datos PubMed, Elsevier, Scielo.



HUMANIZANDO LOS CUIDADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

ANTECEDENTES

La hemodiálisis es una técnica que sustituye las principales funciones del riñón.
El paciente en programa de hemodiálisis es un paciente crónico, habitualmente pluripatológico. Debe conectarse a una máquina tres días a la semana durante tres o cuatro horas la sesión.

RESUMEN

La humanización de los cuidados en el servicio de hemodiálisis, consiste en ofrecer una atención integral y personalizada al paciente, teniendo en cuenta no solo sus necesidades físicas, sino también sus emociones, preocupaciones, valores y circunstancias personales.
Es fundamental crear un entorno cercano, seguro y de confianza. Para ello es importante fomentar la empatía, la escucha activa, el respeto a la intimidad, la comunicación cercana y la participación del paciente en las decisiones sobre su tratamiento. También es esencial ofrecer apoyo emocional y respetar su autonomía.

RESULTADOS

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la humanización de los cuidados en las unidades de hemodiálisis, ya que mantiene un contacto directo, continuo y prolongado con los pacientes.
Debido a que la enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis suponen un cambio importante en la vida de las personas; se debe ofrecer cuidados individualizados, teniendo en cuenta que cada persona vive su enfermedad de una manera diferente. Tener en cuenta sus hábitos, creencias, circunstancias familiares y estado emocional.
Entre las principales funciones del personal de enfermería en la humanización de los cuidados destacan:

- -Establecer una relación de confianza. Que se sienta escuchado y entendido.
- -Proporcionar apoyo emocional, identificar situaciones de ansiedad, tristeza o frustración; ofrecer escucha activa.
- -Favorecer la comunicación, explicar y resolver dudas con lenguaje claro.
- -Respetar la intimidad y la dignidad, preservar la privacidad, respetar las decisiones personales.
- -Fomentar la autonomía del paciente, facilitar la educación sanitaria y proporcionar herramientas para que pueda responsabilizarse.
- -Implicar a la familia, ya que constituyen una parte importante de su entorno de apoyo.
- -Humanizar el entorno de la unidad, favoreciendo un ambiente agradable, tranquilo, acogedor y facilitando las necesidades de confort durante las sesiones.



OBJETIVOS

Analizar la importancia de humanizar los cuidados e identificar los principales factores que influyen en la humanización de la atención sanitaria en hemodiálisis.

PALABRAS CLAVE

Humanización de los cuidados, hemodiálisis, personal de enfermería.

CONCLUSIONES

En definitiva, humanizar los cuidados significa tratar al paciente como una persona, no como una enfermedad; proporcionando una atención digna, cercana y de calidad que mejore su bienestar y su calidad de vida durante el proceso de hemodiálisis.
El personal de enfermería tiene la responsabilidad de integrar la excelencia técnica con la calidad humana, contribuyendo a mejorar la experiencia del paciente, atendiendo las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de cada paciente.

METODO Revisión bibliográfica de literatura científica sobre hemodiálisis y el personal de enfermería.

ADULTO MAYOR Y POLIFARMACIA

ANTECEDENTES

Debido al aumento de la esperanza de vida, la población de los países que necesitan gran cantidad de medicación diaria.

OBJETIVOS

Analizar las consecuencias de la polimedicación en el adulto mayor y las posibles estrategias.

RESUMEN

La polifarmacia o polimedicación se define como el empleo de múltiples medicamentos, ya sea por enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión,..), dolores (de cabeza, musculares) o por automedicación. También pueden formar parte los suplementos, los productos a base de hierbas y los medicamentos de venta libre.

La Organización Mundial de la Salud considera polifarmacia a la ingesta de más de tres medicamentos al día. Tomar varios medicamentos puede aumentar el número de interacciones entre ellos. La reacción adversa por medicamentos, aumenta exponencialmente con el número de fármacos que se ingieran. También influye la edad, tratamientos prolongados, estado nutricional, mal cumplimiento terapéutico y automedicación.

RESULTADOS

Un excesivo uso de medicamentos incrementa la posibilidad de que aparezcan efectos secundarios; el organismo se enfrenta a un mayor desafío para metabolizarlos; también aumenta la probabilidad de interacciones perjudiciales entre los medicamentos, pudiendo haber un deterioro de la calidad de vida.

Medidas para prevenir los riesgos de la polifarmacia:

- -Revisión periódica de los medicamentos, evaluar con un médico si todos son realmente necesarios.
- -Educación del paciente para que los tome adecuadamente. Tanto la sobredosificación como la subdosificación, son problemas frecuentes provocando efectos adversos (sedación excesiva, confusión, alucinaciones, sangrado,...).
- -Recurrir a alternativas como terapia física, cognitivo-conductuales (ejercicios terapéuticos, masajes, terapías térmicas,..).



PALABRAS CLAVE Polifarmacia, adulto mayor, calidad de vida.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de revista científicas PudMed, Scielo, Cuiden Plus.

CONCLUSIONES

La polifarmacia no sólo puede provocar efectos secundarios inmediatos, también afecta a la calidad de vida del adulto mayor.

El personal sanitario tiene que trabajar con todo el equipo multidisciplinar de forma coordinada para prevenir el uso innecesario de medicamentos. Es importante ayudar a conseguir una buena adherencia terapéutica para mantener un equilibrio y bienestar en el adulto mayor.

A pessoa idosa na Silver Economy: família e atitudes dos enfermeiros nos cuidados

RESUMO

A participação familiar pode apoiar cuidados mais personalizados ao longo do envelhecimento. Este estudo descreve as atitudes dos enfermeiros em Portugal face à importância da família nos cuidados, com aplicação potencial à organização de respostas centradas na pessoa idosa. Estudo observacional transversal, com amostragem não probabilística em rede. De 1007 respostas, 989 foram validadas. O score médio global da IFCE-AE foi 81,49 (DP=8,16; amplitude possível 26-104), descrevendo atitudes globalmente favoráveis na amostra. Os resultados não caracterizam exclusivamente cuidados gerontológicos nem medem resultados em pessoas idosas.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Enfermagem Familiar; Atitude do Pessoal de Saúde; Relações Profissional-Família

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico aumenta a necessidade de respostas articuladas de saúde e apoio. A família pode participar na continuidade e personalização dos cuidados, respeitando as preferências da pessoa idosa [1]. As atitudes dos enfermeiros face à família, e os fatores que as influenciam, têm sido estudados como uma dimensão da prática centrada na família [2,3,4], mas não equivalem a comportamentos observados nem a resultados clínicos. Para a Silver Economy, esta investigação oferece uma perspetiva sobre a força de trabalho de enfermagem; a amostra não foi delimitada a serviços de geriatria ou a pessoas idosas.

OBJETIVO

Descrever as atitudes dos enfermeiros em exercício em Portugal quanto à importância atribuída à participação da família nos cuidados, através da escala IFCE-AE.

2 MÉTODO

DESENHO, PARTICIPANTES E PROCEDIMENTO

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal. A amostragem foi não probabilística por conveniência e redes («bola de neve»). O questionário online esteve disponível entre 5 de dezembro de 2023 e 1 de abril de 2024. Foram recebidas 1007 respostas e validadas 989. Aplicou-se questionário de caracterização sociodemográfica/profissional e IFCE-AE [5], com 26 itens e score total possível de 26 a 104. Análise em R 4.2.1; parecer favorável da Comissão de Ética do IPB.

3 RESULTADOS

81,49 / 104

score médio global | DP = 8,16

Scores médios nas dimensões



D1: família como parceiro dialogante e recurso de coping · D2: família como recurso nos cuidados de enfermagem · D3: família como fardo (valores mais baixos = atitude mais favorável).

CONCLUSÕES

Na amostra, o score médio global foi 81,49/104. Este resultado apoia a discussão sobre a preparação da força de trabalho para envolver famílias em cuidados relevantes ao envelhecimento. O desenho transversal e a seleção em rede limitam a generalização e não demonstram que atitudes autorreportadas se traduzam em práticas ou melhores resultados para pessoas idosas. Estudos futuros devem avaliar contextos gerontológicos e resultados relatados pela pessoa idosa e família.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2025, September 22). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726
2. Alfaro-Díaz, C., Canga-Armayor, A., Canga-Armayor, N., Pueyo-Garrigues, M., & Esandi, N. (2024). Nurses' attitudes toward family importance in nursing care and its influencing factors: A cross-sectional study. Nursing Open, 11(12), e70129. https://doi.org/10.1002/nop2.70129
3. Barreto, M. da S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M. do C., & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 31(23-24), 3338-3349. https://doi.org/10.1111/jocn.16226
4. Shamali, M., Esandi Larramendi, N., Østergaard, B., Barbieri-Figueiredo, M., Brødsgaard, A., Canga-Armayor, A., Dieperink, K. B., García-Vivar, C., Konradsen, H., Nordtug, B., Lambert, V., Mahrer-Imhof, R., Metzing, S., Nagl-Cupal, M., Imhof, L., Svavarsdottir, E. K., Swallow, V., & Luttik, M. L. (2023). Nurses' attitudes towards family importance in nursing care across Europe. Journal of Clinical Nursing, 32(15-16), 4574-4585. https://doi.org/10.1111/jocn.16456
5. Oliveira, P. da C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. de J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. do C. A. B., Andrade, L. M. da C., Carvalho, J. C. M. de, & Martins, M. M. F. P. da S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(6), 1331-1337. https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008

MENOPAUSIA: ATENCIÓN INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

ANTECEDENTES

La OMS define salud como un completo estado de bienestar bio-psico-social y no solo como la ausencia de enfermedad.
La menopausia es un periodo de vida en que la mujer presenta cambios fisiológicos, en la que los ovarios producen menor cantidad hormonal de estrógenos y progesterona.
Biología semejante, pero vivencias individuales diferentes.

RESUMEN

Menopausia, etapa natural de la mujer entre los 45 y los 55 años, que deriva en el fin de la menstruación, se diagnostica tras una menorrea de 12 meses.
Es un periodo en el que hay cambios fundamentales, que pueden afectar al área biológica , psicológica y social.

Síntomas de la menopausia:

-Sofocos y sudores nocturnos (repercuten negativamente en el descanso, estado de ánimo y la actividad diaria).
-Problemas para dormir. La falta de sueño puede provocar fatiga.
-Problemas de memoria, dificultad para concentrarse, alteraciones emocionales.
-Cambios de humor que pueden llegar a derivar en depresión.
-Sequedad vaginal.
-Incontinencia urinaria.
-Perdida de densidad ósea, que puede provocar osteoporosis.
-Aumenta el riesgo de enfermedad cardiaca y accidente cardiovascular.



OBJETIVOS

Identificar los principales síntomas en la menopausia.
Sensibilizar sobre la importancia del control de los cambios que se producen en la salud de la mujer durante la menopausia y promover la prevención y el autocuidado.

METODO

Revisión bibliográfica, búsqueda en las bases de datos Scielo, PubMed, Google académico.

RESULTADOS

Los cuidados que pueden ofrecer los profesionales de enfermería en esa etapa, son fundamentales para una mejor adaptación a la menopausia y aportar a las mujeres armas para poder mejorar la calidad de vida.

Promover hábitos saludables y cambios en el estilo de vida, para minimizar la sintomatología:

-Dieta sana y equilibrada. Evitar alcohol, comidas picantes, cafeína, abandonar el tabaco como prevención cardiovascular.
-Hacer ejercicio físico con regularidad (ejercicio de fuerza)
-Técnicas de relajación, para reducir el estrés, la ansiedad (ayuda a dormir mejor), junto a medidas de higiene de sueño.
-Uso adecuado de la terapia hormonal o alternativas naturales y control ginecológico periódico.
-Apoyo emocional siempre y si es necesario ayuda psicológica.
-Prevención salud ósea (adecuada ingesta de Vitamina D y calcio, si es necesario con suplementos).

CONCLUSIONES

La menopausia es una etapa fisiológica que puede generar síntomas que afectan la calidad de vida, pero se debe abordar como una etapa natural en la vida de las mujeres.
Es importante una atención integral en la menopausia para un envejecimiento saludable y activo.

PALABRAS CLAVE
Menopausia, calidad de vida, atención integral.

Formação em Saúde Familiar para incluir a família no cuidado à pessoa idosa

RESUMO

A qualificação em Enfermagem de Saúde Familiar pode preparar os profissionais para reconhecer a família como parceira nos cuidados relevantes à longevidade. Analisou-se a associação entre formação em Saúde Familiar e atitudes dos enfermeiros em Portugal. Estudo transversal, com amostragem não probabilística em rede; foram validadas 989 respostas. O grupo com formação (n=112) apresentou score total médio de 83,8 (DP=7,3), face a 81,2 (DP=8,2) entre os restantes (n=877; U=39 850; p=0,001). Houve diferenças nas três dimensões. Os resultados são associativos, não demonstram um efeito causal da formação e não provêm de uma amostra exclusivamente gerontológica.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Enfermagem Familiar; Educação em Enfermagem; Atitude do Pessoal de Saúde; Relações Profissional-Família

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

INTRODUÇÃO

O cuidado à pessoa idosa pode envolver redes familiares com necessidades e preferências diversas [1]. Para integrar a família sem transferir para ela responsabilidades indevidas, os enfermeiros precisam de competências de avaliação e intervenção familiar. Revisões e estudos internacionais têm analisado os fatores associados a estas atitudes [2,3,4]; a formação, em geral e em enfermagem familiar, surge associada a atitudes mais favoráveis [3,4], embora os contextos e instrumentos não sejam idênticos. A aplicação à Silver Economy é a qualificação dos cuidados ao longo da longevidade, não um impacto económico medido neste estudo.

OBJETIVOS

Objetivo geral: analisar a associação entre possuir formação em Enfermagem de Saúde Familiar e as atitudes face à participação da família nos cuidados. Objetivos específicos: comparar D1-D3 e score total entre grupos; explorar diferenças segundo o tipo de formação.

2 MÉTODO

DESENHO, AMOSTRA E RECOLHA

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal. Amostra não probabilística em rede («bola de neve»), com enfermeiros em exercício em Portugal. Questionário online aplicado de 5/12/2023 a 1/04/2024; 1 007 respostas recebidas, 989 validadas. Instrumento: IFCE-AE [5], 26 itens, score total possível 26-104. R 4.2.1; U de Mann-Whitney para presença de formação e Kruskal-Wallis para tipo de formação. Parecer favorável da Comissão de Ética do IPB.

INSTRUMENTO E ANÁLISE

A IFCE-AE contém 26 itens. A comparação de grupos usou o teste U de Mann-Whitney. Para tipo de formação, utilizou-se Kruskal-Wallis. A interpretação preserva a natureza transversal e não experimental do estudo.

3 RESULTADOS

Score total IFCE-AE (26-104)



n = 877 vs 112 | U = 39 850 | p = 0,001

Dimensão	Sem formação	Com formação	p
D1	39,5 (5,2)	41,5 (4,6)	0,001
D2	33,7 (3,9)	34,9 (3,8)	0,004
D3	7,9 (2,3)	7,5 (2,1)	0,039

Tipo de formação (4 grupos; n = 7 a 53): sem diferenças significativas em D1 (p=0,134), D2 (p=0,092), D3 (p=0,263) e total (p=0,088); grupos pequenos, baixa potência. D1: família como parceiro dialogante e recurso de coping · D2: família como recurso nos cuidados de enfermagem · D3: família como fardo (valores mais baixos = atitude mais favorável).

CONCLUSÕES

A formação em Enfermagem de Saúde Familiar associou-se a diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões e no score total. O grupo com formação apresentou médias superiores em D1, D2 e no total, e inferior em D3, padrão mais favorável à participação familiar. Não se pode atribuir as diferenças à formação nem estabelecer a superioridade de uma modalidade formativa. Recomenda-se avaliar programas com seguimento temporal, práticas observadas e resultados relatados por pessoas idosas e famílias.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2025, September 22). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726
2. Alfaro-Díaz, C., Canga-Armayor, A., Canga-Armayor, N., Pueyo-Garrigues, M., & Esandi, N. (2024). Nurses' attitudes toward family importance in nursing care and its influencing factors: A cross-sectional study. Nursing Open, 11(12), e70129. https://doi.org/10.1002/nop2.70129
3. Barreto, M. da S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M. do C., & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 31(23-24), 3338-3349. https://doi.org/10.1111/jocn.16226
4. Shamali, M., Esandi Larramendi, N., Østergaard, B., Barbieri-Figueiredo, M., Brødsgaard, A., Canga-Armayor, A., Dieperink, K. B., García-Vivar, C., Konradsen, H., Nordtug, B., Lambert, V., Mahrer-Imhof, R., Metzing, S., Nagl-Cupal, M., Imhof, L., Svavarsdottir, E. K., Swallow, V., & Luttik, M. L. (2023). Nurses' attitudes towards family importance in nursing care across Europe. Journal of Clinical Nursing, 32(15-16), 4574-4585. https://doi.org/10.1111/jocn.16456
5. Oliveira, P. da C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. de J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. do C. A. B., Andrade, L. M. da C., Carvalho, J. C. M. de, & Martins, M. M. F. P. da S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(6), 1331-1337. https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008

Cuidado à pessoa idosa entre comunidade e hospital: atitudes face à família

RESUMO

A continuidade dos cuidados à pessoa idosa depende de relações entre pessoa, família e serviços. Este estudo comparou as atitudes dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e hospitalares quanto à participação familiar. Numa amostra nacional transversal, não probabilística, de 989 enfermeiros, compararam-se 387 dos cuidados de saúde primários e 542 do hospital: o score total médio foi 83,7 e 80,0, respetivamente (p<0,001). As diferenças foram significativas também nas três dimensões da IFCE-AE. O estudo não se limitou a serviços gerontológicos e não recolheu o serviço/unidade específica de cada profissional; portanto, os resultados não permitem atribuir causalidade ao contexto nem caracterizar cuidados a idosos em particular.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Continuidade da Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Hospitais; Atitude do Pessoal de Saúde

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO

INTRODUÇÃO

As pessoas idosas podem transitar entre cuidados comunitários e hospitalares, enquanto as famílias participam em diferentes etapas do percurso [1]. Compreender as atitudes profissionais face à família, e os fatores que as influenciam [2], é relevante para discutir articulação e continuidade. Estudos anteriores associam o trabalho em cuidados de saúde primários a atitudes mais favoráveis e o trabalho hospitalar a pontuações mais baixas [3,4]. Na Silver Economy, o estudo informa uma dimensão humana da organização de serviços, mas a sua amostra representa enfermeiros em exercício em Portugal e não especificamente equipas de gerontologia.

OBJETIVO

Comparar as atitudes relativas à participação familiar entre enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar, incluindo as três dimensões e o score total da IFCE-AE.

2 MÉTODO

DESENHO E AMOSTRA

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal. Amostragem não probabilística por conveniência e redes («bola de neve»). Das 989 respostas válidas, analisaram-se 929: 542 de contexto hospitalar e 387 de cuidados de saúde primários (excluídos 60 de ERPI e da RNCCI). O questionário online decorreu entre 5/12/2023 e 1/04/2024. A IFCE-AE [5] foi analisada em R 4.2.1; a comparação entre dois contextos recorreu ao teste U de Mann-Whitney. O instrumento não identificou os serviços/unidades concretos.

3 RESULTADOS

Score total IFCE-AE

Hospital 80,0 | **CSP 83,7**

n = 542 vs 387 | p < 0,001

Pontuações médias por contexto

	Hospital	C. saúde primários
D1	38,6	**41,4**
D2	33,1	**34,9**
D3	8,2	**7,3**
Total	80,0	**83,7**

p < 0,001 nas três dimensões e no score total. D1: família como parceiro dialogante e recurso de coping - D2: família como recurso nos cuidados de enfermagem - D3: família como fardo (valores mais baixos = atitude mais favorável).

CONCLUSÕES

Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários apresentaram médias superiores em D1, D2 e no total, e inferior em D3; todas as comparações apresentaram p<0,001, em sentido concordante com a literatura internacional [3,4]. As diferenças podem orientar investigação sobre continuidade, organização do trabalho e participação familiar na experiência de pessoas idosas. O desenho transversal não demonstra que o contexto de trabalho cause as diferenças. Estudos futuros devem recolher dados por serviço e avaliar diretamente cuidados gerontológicos e resultados para pessoas idosas e famílias.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2025, September 22). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726
2. Alfaro-Díaz, C., Canga-Armayor, A., Canga-Armayor, N., Pueyo-Garrigues, M., & Esandi, N. (2024). Nurses' attitudes toward family importance in nursing care and its influencing factors: A cross-sectional study. Nursing Open, 11(12), e70129. https://doi.org/10.1002/nop2.70129
3. Barreto, M. da S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M. do C., & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 31(23-24), 3338-3349. https://doi.org/10.1111/jocn.16226
4. Shamali, M., Esandi Larramendi, N., Østergaard, B., Barbieri-Figueiredo, M., Brødsgaard, A., Canga-Armayor, A., Dieperink, K. B., García-Vivar, C., Konradsen, H., Nordtug, B., Lambert, V., Mahrer-Imhof, R., Metzing, S., Nagl-Cupal, M., Imhof, L., Svavarsdottir, E. K., Swallow, V., & Luttik, M. L. (2023). Nurses' attitudes towards family importance in nursing care across Europe. Journal of Clinical Nursing, 32(15-16), 4574-4585. https://doi.org/10.1111/jocn.16456
5. Oliveira, P. da C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. de J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. do C. A. B., Andrade, L. M. da C., Carvalho, J. C. M. de, & Martins, M. M. F. P. da S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(6), 1331-1337. https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008

Idadismo e família em dois países familistas: Portugal e Espanha

Estudo descritivo comparativo de dados secundários e análise documental

Portugal Espanha UE27

Palavras-chave: idadismo; família; cuidador informal; envelhecimento; Portugal; Espanha

Resumo

Portugal e Espanha partilham um modelo familista de cuidados. Compararam-se a perceção de idadismo, o peso do cuidado familiar e as respostas legislativas dos dois países, com dados secundários harmonizados e análise documental. Ambos reconhecem mais o idadismo do que a média europeia (PT 47%, ES 51%, UE 45%), mas aceitam melhor a pessoa idosa na esfera familiar. A lei espanhola protege explicitamente a vontade da pessoa dependente; a portuguesa centra-se no cuidador. O idadismo dentro da família permanece pouco visível, o que abre espaço à intervenção da enfermagem de saúde familiar.

Antecedentes

- O idadismo prejudica a saúde, o bem-estar e os direitos das pessoas idosas (OMS, 2021).
- Na UE, 45% consideram generalizada a discriminação por idade (Eurobarómetro 535, 2023).
- Nos regimes familistas do sul da Europa, a família é o principal prestador de cuidados à pessoa idosa (Saraceno & Keck, 2010). Quando decide por ela, o cuidado pode tornar-se idadismo.

Objetivo

Comparar Portugal e Espanha quanto à perceção de idadismo, ao peso do cuidado familiar e às respostas legislativas aos cuidadores, e discutir as implicações para a família e a pessoa idosa.

Método

- **Desenho:** estudo descritivo comparativo de dados secundários.
- **Fontes:** Eurobarómetro Especial 535 (2023), Eurostat (2024), SHARE, 2024 Ageing Report da Comissão Europeia.
- **Critério de inclusão:** indicador harmonizado, com a mesma fonte e o mesmo ano para os dois países.
- **Análise documental:** Ley 39/2006 (texto consolidado, BOE, 03/10/2026) e Lei n.º 100/2019, com uma grelha de seis dimensões.

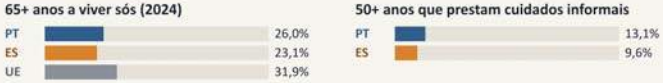
Resultados: indicadores

IDADISMO PERCEBIDO · EUROBARÓMETRO 535 (2023)



Paradoxo ibérico: PT e ES reconhecem mais o idadismo do que a UE no espaço público e laboral, mas aceitam melhor a pessoa idosa na esfera familiar e relatam menos discriminação pessoal. Desde 2019: PT −5 p.p.; ES +11 p.p.

FAMÍLIA E CUIDADO



Despesa pública em CLD (% PIB, 2022)

0,5 · 0,8 · 1,7

PT · ES · UE (CLD = cuidados de longa duração)

Rácio de dependência de idosos (65+/20–64)

40,7 · 33,3

PT · ES em 2022; em 2070: 67,8 · 64,5

Fontes: Eurobarómetro Especial 535, QB1.5, QB4, QB13, QB2 (2023); Eurostat ilc_lvps30 (2024); SHARE 2015, em Tur-Sinai et al. (2020); Comissão Europeia, 2024 Ageing Report.

Resultados: análise documental

Dimensão	Ley 39/2006 (ES)	Lei 100/2019 (PT)
Centro da lei	Pessoa em situação de dependência	Cuidador informal
Voz da pessoa idosa	Plano feito com ela e por sua proposta; desvios justificados (art. 29.1)	Consentimento exigido para o estatuto
Discriminação por idade	Proibida de forma explícita (art. 4.2.n)	Não consta do Estatuto
Direitos do cuidador	Formação, conciliação, prioridade no emprego, Segurança Social (art. 4 bis)	Subsídio com condição de recursos, seguro social voluntário, descanso
Ligação à saúde	Relatório do médico ou enfermeiro de referência na avaliação (art. 27.5)	Profissional de referência da saúde para o cuidador
Revisão do plano	A pedido ou segundo cada comunidade autónoma	Pelo menos de 6 em 6 meses

Conclusões

1. O idadismo é reconhecido no espaço público, mas é pouco visível no espaço familiar, onde decidir pela pessoa idosa pode passar por cuidado.
2. Portugal concentra mais cuidado na família com menor despesa pública: o cuidado familiar é uma economia invisível, central para a Silver Economy.
3. Espanha consagra na lei a vontade da pessoa dependente; em Portugal, essa proteção está no regime do maior acompanhado (Lei 49/2018), não no Estatuto do Cuidador.
4. O profissional de referência da saúde é uma porta de entrada para a enfermagem de saúde familiar promover a autonomia da pessoa idosa e apoiar o cuidador.

Limitações: dados transversais; o item do Eurobarómetro agrega ser visto como demasiado velho ou demasiado novo; a reforma espanhola é recente e ainda não foi avaliada.

Referências

European Commission. (2023). *Special Eurobarometer 535: Discrimination in the European Union*.
European Commission. (2024). *The 2024 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2022–2070)*.
Eurostat. (2026). *Distribution of population aged 65 and over by type of household* (ilc_lvps30) [Data set].
Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto. Regime jurídico do maior acompanhado. *Diário da República*, 1.ª série.
Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Estatuto do Cuidador Informal. *Diário da República*, 1.ª série.
Ley 39/2006, de 14 de diciembre. *BOE*, 299 (texto consolidado, 3 de octubre de 2026).
Saraceno, C., & Keck, W. (2010). Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies, 12*(5), 675–696.
Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V., & Lamura, G. (2020). How many older informal caregivers are there in Europe? *IJERPH, 17*(24), 9531.
World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*.

Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad y Bienestar Social
Sacyl
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
BPSO CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS®
inveSténISCIII
evidencia en cuidados
Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia
www.evidenciaencuidados.es
RNAO Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Speaking out for health. Speaking out for nursing.
Zamora Tendrá Silver SILVER ECONOMY
VIII Congreso Internacional Silver Economy
Zamora
26 - 28 noviembre de 2026

Hábito tabáquico en los pacientes hospitalizados en Neumología

Palabras clave: Tabaco, hospitalización, intervención breve

RESUMEN

El tabaco supone un gran problema de salud pública, por lo que desde Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora se implanta la Guía de Buenas Prácticas "Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco en la práctica diaria". El 65% de los fumadores se plantean dejar de fumar, y el momento de ingreso hospitalario causa una alta motivación del paciente fumador al recibir una intervención, aumentando el éxito de abandono.
Objetivo: determinar el hábito tabáquico entre los pacientes hospitalizados. Realizando un estudio descriptivo, observacional, prospectivo. La muestra son los pacientes dados de alta en cinco días consecutivos de cada mes, en el Servicio de Neumología entre enero y diciembre 2025.
Se analizan variables sociodemográficas, cribado y hábitos consumo de tabaco., de forma anonimizada y por evaluadores externos a la Unidad.
Muestra de 190 pacientes. Media de edad 68,5 años. 57% hombres. y 43% mujeres. Se realiza cribado al 85% de los pacientes hospitalizados: 19% son fumadores, 26,7% ex fumadores de más de un año y 28,5% nunca ha fumado. Se realiza intervención breve al 100% de los pacientes hospitalizados. 34,7% han dejado de fumar en el último año. Media de años de hábito tabáquico 38,20 años. El 69,09% de los fumadores están interesados en abandonar el consumo.
Se ha logrado incluir la valoración y registro del paciente fumador durante el ingreso hospitalario en todos los pacientes, mejorando la atención integral y detección temprana de los consumidores de tabaco.
La prevalencia de fumadores es similar al de la población de Castilla y León. No existe una importante diferenciación por sexos. Si existe similitud en el porcentaje que se plantea dejar de fumar. Los detectados en el estudio que deciden hacer un intento serio son significativamente menos que los analizados a nivel nacional.
Todos los fumadores son derivados a su Centro de Salud, aumentando las posibilidades de éxito en el intento de abandono, al aportarles una intervención intensiva centrada en cada paciente, con seguimiento y asesoramiento.

RESULTADOS

Variable	Resultado
Muestra total (N)	190 pacientes
Edad media	68,5 años
Distribución por sexo	57% Hombres | 43% Mujeres
Cribado realizado	**85% de ingresados**
Intervención breve	**100% de ingresados**

Antecedentes de consumo de tabaco



ANTECEDENTES

El tabaco supone un gran problema de salud pública, por lo que desde Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora se implanta la Guía de Buenas Prácticas "Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco en la práctica diaria". El 65% de los fumadores se plantean dejar de fumar, y el momento de ingreso hospitalario causa una alta motivación del paciente fumador al recibir una intervención, aumentando el éxito de abandono.
Objetivo: determinar el hábito tabáquico entre los pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS

Determinar el hábito tabáquico entre los pacientes hospitalizados.

MÉTODO

- Estudio descriptivo, observacional, prospectivo.
- Pacientes dados de alta en cinco días consecutivos de cada mes, en el Servicio de Neumología entre enero y diciembre 2025.
- Variables sociodemográficas, cribado y hábitos consumo de tabaco. Anonimizado y por evaluadores externos a la Unidad.
- Este trabajo es parte del Programa BPSO® de RNAO. Ha sido realizado utilizando datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, cuyo desarrollo está parcialmente financiado por el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia

CONCLUSIONES

Valoración y registro del paciente fumador durante el ingreso hospitalario a todos los pacientes.
Detección temprana del consumidor de tabaco.
Prevalencia fumadores similar a la de Castilla y León.
No diferencia por sexos.
Número significativamente menor de quienes deciden hacer un intento serio, con respecto los detectados a nivel nacional.
Todos los fumadores son derivados a su Centro de Salud, aumentando las posibilidades de éxito en el intento de abandono, al aportarles una intervención intensiva centrada en cada paciente, con seguimiento y asesoramiento.

TC con contraste en personas mayores

Coordinación para una exploración segura

Técnico superior en imagen para el diagnóstico y colaboración con enfermería



RESUMEN

La TC con contraste intravenoso requiere integrar calidad de imagen y necesidades individuales. Se sintetizan recomendaciones de preparación, administración y vigilancia, junto con una propuesta de coordinación entre el técnico, enfermería y el equipo médico.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Tomografía computarizada · Contraste yodado · Técnico superior en imagen para el diagnóstico · Enfermería · Seguridad del paciente

ANTECEDENTES

Las dificultades de comunicación, la fragilidad venosa y las limitaciones de movilidad pueden condicionar la exploración. Identificar necesidades de apoyo y revisar los antecedentes relevantes orienta una atención individualizada [1,2].

OBJETIVOS

Identificar recomendaciones para la TC con contraste en personas mayores y proponer una coordinación práctica que integre preparación, calidad técnica y vigilancia.

MÉTODO

Consulta documental dirigida de recursos ACR y ESUR. Síntesis descriptiva sobre preparación, acceso venoso, adquisición y detección de incidencias. Se diferencian recomendaciones y propuesta profesional. Sin datos propios de pacientes.

RESULTADOS

Síntesis de recomendaciones

Preparación individualizada
Revisar antecedentes de reacciones y función renal cuando corresponda; las decisiones clínicas competen al equipo médico [1,2].

Acceso e inyección
Adecuar el acceso venoso al flujo previsto y vigilar la inyección para detectar incidencias [2].

Comunicación y observación
Facilitar que el paciente comunique molestias y adaptar la observación a sus necesidades [2].

Ayuno
El ACR no exige ayuno para el contraste intravascular rutinario; la sedación y otras circunstancias requieren instrucciones específicas [1].

PROPUESTA DE COORDINACIÓN



TÉCNICO

Preparación técnica y posicionamiento. Instrucciones al paciente. Sincronización de la adquisición con la inyección. Comprobación de la calidad y comunicación de incidencias.

ENFERMERÍA

Valoración de cuidados y acceso venoso. Participación en la administración y vigilancia según competencias. Detección de signos clínicos y cuidados posteriores indicados.



Según las competencias profesionales, los protocolos del centro y las indicaciones del equipo médico.

CONCLUSIONES

El técnico integra preparación, adquisición y calidad de imagen. La colaboración con enfermería organiza los cuidados y la vigilancia. La propuesta orienta la coordinación; su efecto sobre incidencias y repeticiones requiere evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

[1] ACR. Manual on Contrast Media. acr.org.
[2] ESUR. Guidelines on Contrast Media; Roditi et al. Intravenous contrast medium extravasation. Eur Radiol. 2022. doi:10.1007/s00330-021-08433-4.

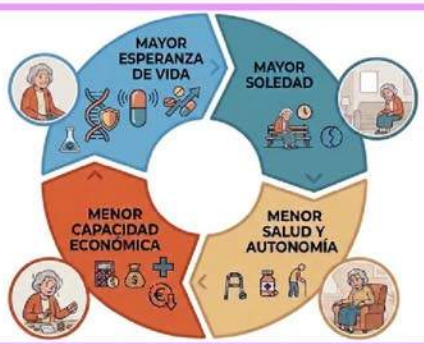
Silver Economy • Zamora | SILVER ECONOMY

GÉNERO Y EDAD AVANZADA COMO CONDICIONES DE VULNERABILIDAD INTERSECCIONAL: REFORMAS QUE EL DERECHO SUCESORIO PUEDE Y DEBE HACER

Mónica García Goldar

Doctora en Derecho. Profesora de Derecho Civil UI1

RESULTADO: VULNERABILIDAD INTERSECCIONAL



INTRODUCCIÓN



OBJETIVOS & METODOLOGÍA

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar la necesidad de incorporar de forma trasversal la perspectiva de la vulnerabilidad al Derecho, reconociendo la edad avanzada como un factor que, en interacción con el género y otras circunstancias personales, sociales y económicas, puede generar situaciones de especial desprotección en las mujeres mayores.

La investigación sigue una metodología jurídico-dogmática, complementada con un análisis de carácter empírico-descriptivo. Se examinan datos estadísticos y demográficos relevantes, la normativa nacional e internacional y la bibliografía científica más relevante en la materia.

ALGUNOS DATOS RELEVANTES:

ESPERANZA DE VIDA EN ESPAÑA 2024
Datos de la población según el INE

Hombres	81,38 años
Mujeres	86,53 años

Fuente: INE. Movimiento Natural de la Población / Indicadores Demográficos Básicos. Año 2024.

REPARTO DE LAS TAREAS DE CUIDADO FAMILIAR EN ESPAÑA
Personas cuidadoras principales de familiares

Mujeres	64,2%
Hombres	35,8%

Fuente: I Estudio del Observatorio Cinfa de los Cuidados: **Radiografía de los cuidados familiares en la sociedad española** (Cinfa / SEGG, 2025).

LIMITACIONES EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (MAYORES DE 65 AÑOS)
Población en España

Hombres:	20%
Mujeres:	26%

Fuente: Country Health Profile: Spain (OCDE / Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud) 2025.

DESIGUALDAD ECONÓMICA EN LA VEJEZ EN ESPAÑA
Análisis multidimensional de pensiones y riesgo social

PENSIÓN MEDIA MENSUAL (CES, datos 2024)	BRECHA DE MEDIANA (>65 AÑOS) (Eurostat, febrero 2026)	RIESGO DE POBREZA (>65 AÑOS) (INE, datos 2025)
Hombres 1.510,30 €	41,1% de brecha en pensiones	Mujeres 18,5%
Mujeres 1.026,50 €		Hombres 13,7%
Brecha del 32%		

Fuentes: CES (2024) | Eurostat (2026) | INE (2025).

LA SOLEDAD EN LA VEJEZ
Diferencias de género entre las personas mayores que viven solas



PROBABILIDAD DE VIVIR EN SOLEDAD
Naciones Unidas, Gender Matters in an Ageing World (Febrero 2026)

Hombres	
Mujeres:	casi el doble de probabilidad

PERSONAS DE 65 O MÁS AÑOS QUE VIVEN SOLAS
INE (Encuesta Continua de Hogares, 2020), recogida en el Marco Estratégico Estatal de Soledades

Mujeres:	70,9%
Hombres:	29,1%



Fuentes: Naciones Unidas (2026) | INE (Encuesta Continua de Hogares, 2020) recogida en el Marco Estratégico Estatal de Soledades

NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA (2019)
Estudio de pacientes diagnosticados y tratados

Las mujeres representaban el 75,7 % de los nuevos diagnósticos en 2019.

Mujeres:	75,7%
Hombres:	24,3%

Fuente: Boada et al. Prevalence of treated patients with Alzheimer's disease: current trends and COVID-19 impact. Alzheimer's Research & Therapy, 2023.

PREVALENCIA DE DEMENCIA EN ESPAÑA (>65 AÑOS)
Porcentaje de población afectada por género

Frecuencia de demencia en personas de 65 o más años

Mujeres:	54,63%
Hombres:	31,29%

Fuente: Evaluación de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (Figura 50). Ministerio de Sanidad, 2023.

PROPUESTAS

1.Reconocimiento legal de la vulnerabilidad

Se propone el reconocimiento de la vulnerabilidad en el CC a las personas de edad avanzada (mayores de 65 años) en quiénes confluya alguna o varias de estas características: **mujeres, personas sin familiares directos, con discapacidad, enfermedades crónicas o neurodegenerativas que limiten considerablemente la vida o que necesiten cuidados asistenciales, personas en riesgo de pobreza o exclusión social, y personas de edad muy avanzada (mayores de 80 años).**

2.Flexibilización de la legítima en caso de personas vulnerables

Es necesaria y urgente una reforma que amplíe la **libertad de testar a las personas vulnerables.**

3.Reconocimiento expreso de la desheredación por abandono asistencial

La desheredación a un descendiente por abandono emociona de reciente construcción jurisprudencial TS (vía art. 853 CC está siendo desdibujada y puede no ser suficiente. Es necesaria y urgente una reforma que al menos permita la **desheredación por abandono asistencial** cuando se trate de una persona de edad avanzada necesitada de cuidados.

4.Ampliación de los pactos sucesorios en todo el territorio nacional

Los pactos sucesorios solo son válidos en aquellos territorios con derecho civil autonómico propio que los contemplan (Galicia, País Vasco, Navarra, Aragón, Cataluña e Islas Baleares). Es necesaria y urgente una reforma en el CC que establezca la validez de un **pacto sucesorio por el que una persona vulnerable haga una atribución patrimonial a otra en atención a los cariños, atenciones y cuidados prestados.**

5.Obligatoriedad de que se provean poderes preventivos, autotutela o testamento vital

La normativa sobre poderes preventivos (arts. 255 a 262 CC) y autotutela (arts. 271 a 274 CC) es muy útil, pues permite establecer medidas para el futuro si en algún momento se necesitan apoyos o una curatela. Las "instrucciones sanitarias" o testamento vital también. No obstante, todos estos instrumentos son voluntarios. Sería conveniente una reforma que imponga la **obligatoriedad de alguno de ellos para las personas vulnerables,** máxime en casos donde la voluntad puede desvirtuarse, como ocurre con algunas enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer o la demencia.

Pisar firme, vivir con libertad

Prevención de caídas en la persona mayor · Revisión bibliográfica



RESUMEN

Las caídas son una de las principales causas de lesión, pérdida de autonomía y hospitalización en las personas mayores. Esta revisión bibliográfica sintetiza los factores que las favorecen y las intervenciones con mejor evidencia para prevenirlas, desde el ejercicio físico hasta la adaptación del entorno.

PALABRAS CLAVE

Caídas · Prevención · Persona mayor · Fragilidad · Ejercicio multicomponente · Seguridad del paciente

ANTECEDENTES

- Alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años sufre al menos una caída al año.
- Pueden causar fracturas, miedo a volver a caer, aislamiento y declive funcional.
- Se asocian a fragilidad, sarcopenia, alteraciones del equilibrio y la marcha, polifarmacia y riesgos en el hogar.
- Son en gran medida prevenibles con una intervención multifactorial.

OBJETIVOS

- Identificar los factores de riesgo de caídas en la persona mayor.
- Describir las intervenciones preventivas más eficaces.
- Analizar el papel de los profesionales y del entorno.

MÉTODO

- Diseño: revisión bibliográfica.
- Fuentes: bases de datos científicas, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica.
- Síntesis narrativa de los documentos relevantes.

RESULTADOS

- **Ejercicio multicomponente:** fuerza, equilibrio y marcha reducen las caídas.
- **Revisión de la medicación:** ajustar fármacos que aumentan el riesgo.
- **Entorno seguro:** iluminación, suelos, barandillas y calzado adecuado.
- **Valoración multifactorial:** visión, nutrición, vitamina D y cognición.
- **Educación:** formación a la persona mayor, familia y cuidadores.

CONCLUSIONES

- Prevenir caídas exige actuar sobre varios factores a la vez, no sobre uno solo.
- El ejercicio multicomponente es la intervención con mayor respaldo.
- La detección precoz del riesgo y un entorno seguro protegen la autonomía.
- Hacen falta programas coordinados entre atención primaria, hospital y comunidad.

REFERENCIAS (VANCOUVER)

1. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: WHO; 2007.
2. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1:CD012424.
3. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022;51(9):afac205.

Escanea para ver la bibliografía

VIII CONGRESSO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY · 2026

CONSTRUÇÃO DE MATRIZ CLÍNICA PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ALERTA APÓS FACECTOMIA

Fernanda Martins Silva · Paula Vanessa Peclat Flores · Daniel Albernoz Oliveira
Gabrielle Bittencourt Freitas · Gustavo Constantino Máximo

01 MATRIZ CLÍNICA INICIAL
8 manifestações · Excel

02 PRIMEIRA ÁRVORE
Setembro de 2026

03 ÁRVORE REVISADA
10 manifestações · Apreciação técnica

01 RESUMO

O reconhecimento oportuno de sinais e sintomas de alerta após a cirurgia de catarata constitui um componente relevante da continuidade do cuidado, especialmente na população idosa. Objetivou-se descrever o processo de construção e aprimoramento de uma matriz clínica para identificação e classificação de sinais e sintomas de alerta nas primeiras 48 horas após facectomia com implante de lente intraocular. Trata-se de estudo metodológico, de natureza aplicada, correspondente à etapa inicial de desenvolvimento de uma tecnologia assistencial. O processo compreendeu a construção de uma matriz clínica fundamentada em recomendações especializadas, sua transformação em árvore decisória e o aprimoramento técnico mediante três reuniões remotas com duas enfermeiras doutoras especialistas em enfermagem perioperatória. A matriz inicial contemplou oito manifestações pós-operatórias, organizadas segundo evolução esperada, perguntas direcionadas ao paciente, critérios de alerta e encaminhamentos assistenciais. A primeira versão gráfica da árvore decisória incorporou três possibilidades de classificação: alerta crítico, alerta prioritário e ausência de alerta identificado. Após apreciação técnica, foi produzida uma versão revisada, ampliada para dez manifestações, com inclusão de secreção ocular anormal e edema palpebral, além de ajustes nas perguntas, ramificações e critérios preliminares de classificação. Conclui-se que o processo permitiu sistematizar recomendações clínicas em uma estrutura preliminar de apoio à decisão, com potencial para subsidiar o desenvolvimento de um *chatbot* de acompanhamento pós-operatório. Os produtos ainda requerem validação formal de conteúdo e avaliações de usabilidade, segurança e desempenho clínico antes de sua aplicação assistencial.

02 PALAVRAS-CHAVE

Extração de Catarata; Cuidados Pós-Operatórios; Enfermagem Perioperatória; Sistemas de Apoio à Decisão Clínica; Tecnologia Digital.

03 ANTECEDENTES

A catarata constitui importante causa de comprometimento visual, especialmente na população idosa, e sua correção cirúrgica representa uma intervenção de elevada frequência nos serviços oftalmológicos (O'Brart, 2025; Scheffer, 2025). Embora a facectomia apresente resultados geralmente favoráveis, complicações precoces, como a síndrome tóxica do segmento anterior e a endoftalmite, exigem reconhecimento oportuno de sinais e sintomas de alerta, considerando o risco de comprometimento da função visual (Verma, 2024; ESCRS, 2024).
Nesse contexto, a sistematização de critérios clínicos fundamentados em diretrizes especializadas constitui uma etapa relevante para o desenvolvimento de tecnologias digitais destinadas ao acompanhamento pós-operatório. A proposta articula-se à Silver Economy ao abordar a segurança assistencial e as necessidades de acompanhamento de pessoas idosas submetidas à cirurgia de catarata.

04 OBJETIVOS

Descrever o processo de construção e aprimoramento de uma matriz clínica, fundamentada em diretrizes científicas e apreciada por especialistas, para identificação e classificação de sinais e sintomas de alerta nas primeiras 48 horas após a facectomia com implante de lente intraocular.

05 MÉTODO

Estudo metodológico, de natureza aplicada, correspondente à etapa inicial de desenvolvimento de uma tecnologia assistencial para monitoramento de sinais e sintomas de alerta nas primeiras 48 horas após facectomia com implante de lente intraocular.

O desenvolvimento foi fundamentado em recomendações de diretrizes clínicas especializadas em cirurgia de catarata, com destaque para a *European Society of Cataract and Refractive Surgeons* (ESCRS, 2024), utilizadas para subsidiar a seleção de manifestações pós-operatórias, a definição preliminar de critérios de alerta e a proposição de direcionamentos assistenciais.

O processo compreendeu três etapas: **(1)** construção de uma matriz clínica inicial, em planilha eletrônica, contemplando manifestações pós-operatórias, evolução esperada, perguntas direcionadas ao paciente, critérios de alerta, classificação preliminar e encaminhamentos; **(2)** elaboração da primeira versão gráfica da árvore decisória, em setembro de 2026, mediante organização dos critérios da matriz em perguntas sequenciais, possibilidades de resposta e fluxos de encaminhamento; e **(3)** apreciação técnica e aprimoramento dos produtos, com elaboração de uma versão revisada da árvore decisória.

A apreciação técnica envolveu duas enfermeiras doutoras especialistas em enfermagem perioperatória, uma delas com formação pós-doutoral na área perioperatória oftalmológica. Foram realizadas três reuniões remotas, com duração aproximada de duas horas na primeira e uma hora em cada uma das subsequentes, destinadas à análise da matriz teórica, à apreciação da primeira representação gráfica e à revisão dos ajustes realizados. A comparação entre as versões permitiu identificar modificações na estrutura das perguntas, nos critérios preliminares de classificação, nas ramificações decisórias e nos direcionamentos assistenciais.

Essa etapa correspondeu ao desenvolvimento e aprimoramento técnico dos produtos, sem aplicação de procedimentos formais de validação de conteúdo ou avaliação de desempenho clínico.

06 RESULTADOS | EVOLUÇÃO



FIGURA 1 • Matriz clínica inicial
8 manifestações · Alerta crítico e prioritário



FIGURA 2 • Árvore de setembro
8 manifestações · 3 saídas possíveis

A partir da matriz, foi elaborada, em setembro de 2026, a primeira versão gráfica da árvore decisória, contemplando oito manifestações clínicas organizadas em perguntas sequenciais, critérios de classificação e direcionamentos assistenciais. Foram estabelecidas três possibilidades de resposta: alerta crítico (vermelho), alerta prioritário (amarelo) e sem alerta identificado (verde), esta última aplicável quando não fossem identificados critérios de alerta segundo os parâmetros preliminares estabelecidos (Figura 2).

O aprimoramento envolveu três reuniões de apreciação técnica com duas enfermeiras doutoras especialistas em enfermagem perioperatória, abrangendo a análise da matriz teórica, da primeira representação gráfica e dos ajustes realizados. Como resultado, a árvore foi ampliada para dez manifestações clínicas, com a inclusão de secreção ocular anormal e edema palpebral. A comparação entre as versões também evidenciou alterações na formulação das perguntas, nas ramificações decisórias e nos critérios preliminares de classificação, incluindo a revisão dos encaminhamentos para novas moscas volantes e flashes luminosos, a incorporação de respostas sem alerta identificado em diferentes ramificações e o refinamento gráfico. Adicionalmente, foi previsto encaminhamento para avaliação oftalmológica no mesmo dia diante de dúvidas persistentes nas respostas fornecidas (Figura 3).

06 RESULTADOS | PRODUTO REVISADO

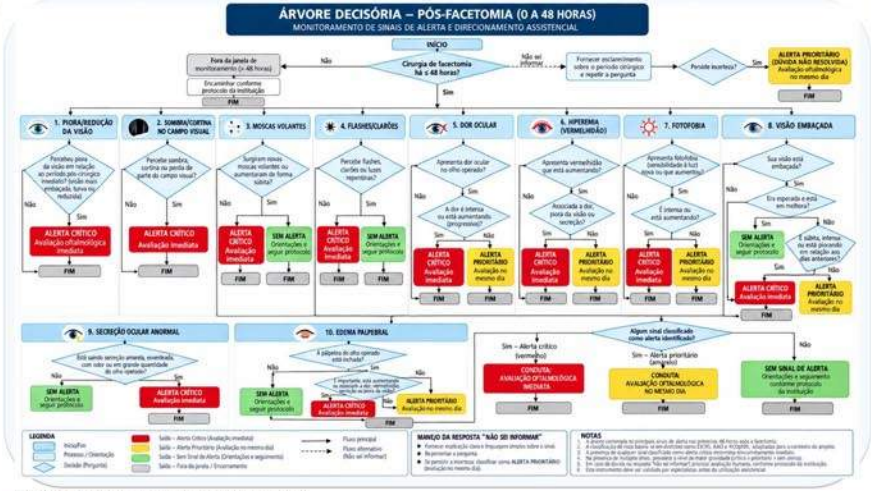


FIGURA 3 • Árvore decisória revisada após apreciação técnica
Ampliação de 8 para 10 manifestações, com secreção ocular anormal e edema palpebral.

ALERTA CRÍTICO | ALERTA PRIORITÁRIO | SEM ALERTA IDENTIFICADO

A revisão incluiu ajustes em perguntas, critérios preliminares e ramificações decisórias; persistência de dúvida conduz à avaliação no mesmo dia.

07 CONCLUSÕES

A construção da matriz clínica e seu aprimoramento em versões sucessivas de uma árvore decisória permitiram sistematizar manifestações pós-operatórias, critérios preliminares de alerta e direcionamentos assistenciais nas primeiras 48 horas após facectomia. A apreciação técnica contribuiu para o refinamento da estrutura clínica e decisória, ampliando de oito para dez as manifestações contempladas na versão revisada.

A principal contribuição consiste na transformação de recomendações clínicas em uma estrutura preliminar de apoio à decisão, organizada em perguntas sequenciais, critérios de classificação e orientações assistenciais, com potencial para subsidiar o desenvolvimento de um *chatbot* de acompanhamento pós-operatório. A proposta apresenta pertinência para a enfermagem perioperatória e para a Silver Economy, ao abordar necessidades de continuidade do cuidado de pessoas idosas submetidas à cirurgia de catarata.

Os produtos desenvolvidos representam uma etapa inicial de desenvolvimento tecnológico e ainda requerem validação formal de conteúdo, avaliação de usabilidade e investigação de segurança e desempenho clínico antes de sua utilização assistencial

ETAPA PRELIMINAR · Sem validação formal de conteúdo, usabilidade ou desempenho clínico.

Abordaje Integral del Síndrome de Diógenes

Una respuesta coordinada para una sociedad más inclusiva y saludable

Dignidad, Salud y Bienestar



1. Resumen

Protocolo y buenas prácticas para una intervención integral ante el Síndrome de Diógenes, combinando coordinación institucional, prevención de riesgos y protección de las personas, los animales y sus bienes.

2. Palabras clave

Diógenes, coordinación, prevención, bienestar.

3. Antecedentes

- Marco legal: Ley 7/1985, Ley 14/1986, Ley 8/2010 (CyL).
- Necesidad de una respuesta operativa más clara y coordinada.

4. Objetivos

- Coordinar la intervención.
- Prevenir riesgos (salud y laborales).
- Proteger personas, animales y bienes.
- Garantizar una vida digna y segura.

5. Método

Trabajo coordinado y enfoque integral



6. Resultados

- Intervención más eficaz y rápida.
- Mayor **protección de la salud**.
- Bienestar **animal** garantizado.
- Gestión adecuada de las pertenencias.
- Mejora de la **calidad** de vida.

7. Conclusiones

- Una respuesta **coordinada y estructurada** es clave para abordar el Síndrome de Diógenes.
- La intervención se fortalece con entornos seguros, saludables y con apoyos adecuados.
- Trabajar en red protege a las personas y a la comunidad, promoviendo un envejecimiento activo y digno.



Trabajo en red | **Prevención** | **Entornos seguros** | **Envejecimiento activo**

Cuidamos hoy, para una vida mejor mañana

Cuidado à pessoa idosa entre comunidade e hospital: atitudes face à família

RESUMO

A continuidade dos cuidados à pessoa idosa depende de relações entre pessoa, família e serviços. Este estudo comparou as atitudes dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e hospitalares quanto à participação familiar. Numa amostra nacional transversal, não probabilística, de 989 enfermeiros, compararam-se 387 dos cuidados de saúde primários e 542 do hospital: o score total médio foi 83,7 e 80,0, respetivamente (p<0,001). As diferenças foram significativas também nas três dimensões da IFCE-AE. O estudo não se limitou a serviços gerontológicos e não recolheu o serviço/unidade específica de cada profissional; portanto, os resultados não permitem atribuir causalidade ao contexto nem caracterizar cuidados a idosos em particular.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Continuidade da Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Hospitais; Atitude do Pessoal de Saúde

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO

INTRODUÇÃO

As pessoas idosas podem transitar entre cuidados comunitários e hospitalares, enquanto as famílias participam em diferentes etapas do percurso [1]. Compreender as atitudes profissionais face à família, e os fatores que as influenciam [2], é relevante para discutir articulação e continuidade. Estudos anteriores associam o trabalho em cuidados de saúde primários a atitudes mais favoráveis e o trabalho hospitalar a pontuações mais baixas [3,4]. Na Silver Economy, o estudo informa uma dimensão humana da organização de serviços, mas a sua amostra representa enfermeiros em exercício em Portugal e não especificamente equipas de gerontologia.

OBJETIVO

Comparar as atitudes relativas à participação familiar entre enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar, incluindo as três dimensões e o score total da IFCE-AE.

2 MÉTODO

DESENHO E AMOSTRA

Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal. Amostragem não probabilística por conveniência e redes («bola de neve»). Das 989 respostas válidas, analisaram-se 929: 542 de contexto hospitalar e 387 de cuidados de saúde primários (excluídos 60 de ERPI e da RNCCI). O questionário online decorreu entre 5/12/2023 e 1/04/2024. A IFCE-AE [5] foi analisada em R 4.2.1; a comparação entre dois contextos recorreu ao teste U de Mann-Whitney. O instrumento não identificou os serviços/unidades concretos.

3 RESULTADOS

Score total IFCE-AE

Hospital 80,0 **CSP 83,7**

n = 542 vs 387 | p < 0,001

Pontuações médias por contexto

	Hospital	C. saúde primários
D1	38,6	41,4
D2	33,1	34,9
D3	8,2	7,3
Total	80,0	83,7

p < 0,001 nas três dimensões e no score total. D1: família como parceiro dialogante e recurso de coping - D2: família como recurso nos cuidados de enfermagem - D3: família como fardo (valores mais baixos = atitude mais favorável).

CONCLUSÕES

Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários apresentaram médias superiores em D1, D2 e no total, e inferior em D3; todas as comparações apresentaram p<0,001, em sentido concordante com a literatura internacional [3,4]. As diferenças podem orientar investigação sobre continuidade, organização do trabalho e participação familiar na experiência de pessoas idosas. O desenho transversal não demonstra que o contexto de trabalho cause as diferenças. Estudos futuros devem recolher dados por serviço e avaliar diretamente cuidados gerontológicos e resultados para pessoas idosas e famílias.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2025, September 22). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726
2. Alfaro-Díaz, C., Canga-Armayor, A., Canga-Armayor, N., Pueyo-Garrigues, M., & Esandi, N. (2024). Nurses' attitudes toward family importance in nursing care and its influencing factors: A cross-sectional study. Nursing Open, 11(12), e70129. https://doi.org/10.1002/nop2.70129
3. Barreto, M. da S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M. do C., & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 31(23-24), 3338-3349. https://doi.org/10.1111/jocn.16226
4. Shamali, M., Esandi Larramendi, N., Østergaard, B., Barbieri-Figueiredo, M., Brødsgaard, A., Canga-Armayor, A., Dieperink, K. B., García-Vivar, C., Konradsen, H., Nordtug, B., Lambert, V., Mahrer-Imhof, R., Metzing, S., Nagl-Cupal, M., Imhof, L., Svavarsdottir, E. K., Swallow, V., & Luttik, M. L. (2023). Nurses' attitudes towards family importance in nursing care across Europe. Journal of Clinical Nursing, 32(15-16), 4574-4585. https://doi.org/10.1111/jocn.16456
5. Oliveira, P. da C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. de J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. do C. A. B., Andrade, L. M. da C., Carvalho, J. C. M. de, & Martins, M. M. F. P. da S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(6), 1331-1337. https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008

CUIDAR DA PESSOA APÓS AVC
e da família no domicílio

Estudo de caso em Enfermagem de Saúde Familiar

RESUMO E OBJETIVO

Descrever a avaliação e as intervenções numa pessoa após AVC e na família. Identificaram-se necessidades de autocuidado e apoio à cuidadora.

MÉTODOS

Caso descritivo; duas visitas domiciliárias; entrevista e cinco instrumentos (Zarit aplicada à filha). Consentimento para divulgação anonimizada referido. Relato orientado pela CARE [1].

CASO E CRONOLOGIA

Utente, 75 anos: hemiparésia esquerda; andarilho; ajuda na higiene e no vestir. Cognição e comunicação preservadas.

AVC há oito meses. Hospitalização e RNCCI; mudança para casa da filha quatro meses após o AVC.

Filha, cerca de 40 anos: concilia trabalho, cuidados e responsabilidades familiares. Marido e dois filhos colaboram nas tarefas domésticas.

AVALIAÇÃO INICIAL

Instrumento	Utente	Filha
APGAR familiar [2]	**5**	**4**
Holmes e Rahe [3]	**184**	**203**
Zarit (sobrecarga) [7]	**—**	**30**

APGAR: disfunção moderada percebida por ambas.
Holmes e Rahe: risco moderado em ambas (150–299).
Zarit: sobrecarga intensa da cuidadora.

FACES II: família conectada, flexível e equilibrada nas respostas da utente e da filha; igual pontuação final, com diferenças em alguns itens.
Graffar: 10 pontos; classe II, média-alta [6].

LEITURA CONJUNTA

Coesão/adaptabilidade (FACES II) e satisfação com o funcionamento familiar (APGAR) são dimensões distintas [2,4]. A sobrecarga intensa da cuidadora coexiste com uma família equilibrada, o que sugere que a coesão familiar não a protegeu. Apesar da classe Graffar II, foi referida barreira económica.

INTERVENÇÕES REALIZADAS

Autocuidado: promoção da participação.

Reabilitação: referenciação à UCC [5].

Família: identificação do stress da cuidadora; apoio e negociação de tarefas, cuidados e descanso.

Recursos: discussão de centro de dia, resposta residencial e apoio domiciliário; barreira económica referida.

Seguimento: reavaliação planeada.

CONCLUSÃO

A avaliação identificou necessidades da pessoa e sobrecarga intensa da cuidadora, com recursos familiares e barreiras ao apoio. A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) permitiu negociar cuidados e articular respostas. Os efeitos das intervenções ainda não foram avaliados.

LIMITAÇÕES

Caso único, sem reavaliação. Referenciação e discussão de alternativas não comprovam início de serviços ou melhoria clínica.

Palavras-chave: AVC; sobrecarga do cuidador; saúde da família; enfermagem familiar; relato de caso.

[1] CARE Checklist. [2] Smilkstein, 1978 • APGAR familiar. [3] Holmes & Rahe, 1967 • Social Readjustment Rating Scale.
[4] Takenaka & Ban, 2016 • doi:10.1186/s12930-016-0028-9. [5] NICE NG236, 2023 • Reabilitação após AVC.
[6] Santiago et al., 2025 • Graffar Adaptada • doi:10.32385/rpmgf.v41i2.13969. [7] Sequeira, 2010 • Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (versão portuguesa).

PESSOA IDOSA, FAMÍLIA E CUIDADOR
nas políticas de saúde e envelhecimento

Análise documental (Portugal) • Implicações para a Enfermagem de Saúde Familiar

RESUMO

Análise de conteúdo dirigida de quatro instrumentos nacionais. Contemplam autonomia, apoio ao cuidador e continuidade; o Plano de Intervenção Específico (PIE) detalha o acompanhamento. A família como unidade de cuidado está ausente em três instrumentos.

ENQUADRAMENTO E OBJETIVO

Objetivo: analisar como os instrumentos contemplam pessoa idosa, família e cuidador, identificando implicações para a ESF.

MÉTODOS

Análise de conteúdo dirigida (dedutiva) de dois planos e dois diplomas legais [1–4], em seis dimensões definidas a priori: autonomia; participação; capacitação; saúde/descanso; domicílio/articulação; monitorização. Leitura pelas competências de ESF [5]. O Dec. Reg. 1/2022 regulamenta a Lei 100/2019.

Palavras-chave: envelhecimento; saúde da família; cuidadores informais; política de saúde; enfermagem familiar.

RESULTADOS

● presente ◐ parcial — ausente

01 PNS 2030 [1]

Enquadra equidade, participação e proximidade. Inclui a capacitação dos cuidadores informais.

02 PAEAS 2023–2026 [2]

Prevê formação, apoio ao cuidador e ligação ao domicílio, com indicadores de execução e impacto.

03 Estatuto da Pessoa Idosa [3]

Autonomia, decisão informada, acompanhante escolhido e articulação saúde–apoio social.

04 Regulamentação do cuidador [4]

PIE: necessidades, formação, recursos, descanso e sobrecarga; revisão pelo menos semestral.

Dimensão	PNS	PAEAS	Estatuto	Cuidador
Autonomia	◐	●	●	●
Participação	◐	◐	◐	●
Capacitação	●	●	—	●
Saúde/descanso	—	◐	—	●
Domicílio/articulação	◐	●	●	●
Monitorização	●	●	—	●
Família (unidade)	—	—	—	◐

IMPLICAÇÕES PARA A ESF [5]

Avaliar pessoa, cuidador e família como sistema, integrando o PIE [4].

Negociar objetivos com a pessoa, respeitando a sua vontade e o acompanhante escolhido [3].

Capacitar quem cuida e avaliar sobrecarga e descanso [2,4].

Articular saúde e apoio social no domicílio; rever o plano pelo menos semestralmente [3,4].

CONCLUSÃO

A leitura conjunta sustenta avaliação articulada, objetivos partilhados e continuidade. O cuidador é participante e destinatário de apoio; a família surge como critério de elegibilidade, não como unidade de cuidado.

LIMITAÇÕES

Corpus intencional; âmbitos diferentes; sem dupla codificação ou avaliação de implementação. Medidas previstas não demonstram acesso efetivo. PAEAS em fim de vigência (2026).

REFERÊNCIAS

[1] RCM n.º 93/2023 • PNS 2030. [2] RCM n.º 14/2024 • PAEAS 2023–2026.

[3] Lei n.º 7/2026 • Estatuto da Pessoa Idosa. [4] Dec. Reg. n.º 1/2022 • Cuidador informal; texto consolidado (última alteração: 29/12/2025).

[5] Regulamento n.º 428/2018 • Ordem dos Enfermeiros; anexo II, competências de Enfermagem de Saúde Familiar.

Fontes consultadas em 08/10/2026

EFICACIA FARMACOLÓGICA EN FASES TEMPRANAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Resumen

Revisión narrativa sobre la eficacia de las terapias farmacológicas en fases tempranas de la enfermedad de Alzheimer (EA), que abarca tratamientos sintomáticos y estrategias modificadoras de la enfermedad. La evidencia muestra beneficios sintomáticos modestos y, en subgrupos seleccionados, un enlentecimiento de la progresión del deterioro cognitivo y funcional. La selección adecuada de pacientes, la monitorización de la eficacia y la seguridad, y el abordaje integral y personalizado son clave, en un contexto de beneficio clínico aún limitado e incertidumbre a medio y largo plazo.

Autores

Braña García, Laura; Alonso Gutiérrez, María; de la Fuente Ruiz, Alejandro; Bódalo Lozano, José; Granados Quintanar, Carlos; García Mostaza, Miguel

Palabras clave

Alzheimer · deterioro cognitivo · tratamiento farmacológico · progresión · fases tempranas

Antecedentes

La EA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, caracterizada por un deterioro cognitivo y funcional que impacta en la autonomía y la calidad de vida. El tratamiento farmacológico en fases tempranas busca, por un lado, aliviar los síntomas y, por otro, modificar la evolución de la enfermedad mediante terapias dirigidas a la patología amiloide. La evidencia reciente ha ampliado las opciones terapéuticas, aunque el beneficio clínico es, en general, moderado y sujeto a una adecuada selección de pacientes.

Objetivos

Analizar la evidencia actual sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos en la reducción y la progresión del deterioro cognitivo y funcional en fases tempranas de la EA, diferenciando entre terapias sintomáticas y estrategias modificadoras de la enfermedad, y considerando su utilidad clínica, seguridad y limitaciones.

Método

Revisión narrativa de la literatura reciente (últimos 5–7 años) en bases de datos científicas (p. ej., PubMed, Cochrane, Scopus) y de guías de práctica clínica de sociedades neurológicas y geriatras, centrada en la eficacia, seguridad y recomendaciónes de uso de los tratamientos farmacológicos en fases tempranas de la EA.

Resultados

Mejoría sintoñática limitada

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina pueden aportar mejoras modestas en cognición, conducta y capacidad funcional, especialmente en fases iniciales.

Enlentecimiento de la progresión en subgrupos

Los anticuerpos antiamiloide (p. ej., lecanemab, donanemab) reducen la carga amiloide y enlentecen, de forma modesta, el deterioro cognitivo y funcional en pacientes seleccionados.

Importancia del diagnóstico precoz

La identificación en fases tempranas, con confirmación de biomarcadores, aumenta la probabilidad de obtener beneficio terapéutico.

Seguridad y monitorización

Requieren una evaluación individualizada de riesgos (p. ej., ARIA con antiamiloides), monitorización clínica y radiológica, y una valoración continua de la relación beneficio–riesgo.

Impacto funcional

Los beneficios se traducen en una mayor estabilidad en las actividades de la vida diaria y en la autonomía, aunque el efecto global sobre la funcionalidad es moderado.

Conclusiones



- Los tratamientos farmacológicos en fases tempranas de la EA ofrecen beneficios clínicos modestos, con mejoría sintomática y un enlentecimiento de la progresión en subgrupos seleccionados.
- La selección adecuada del paciente, el uso de biomarcadores y una monitorización estrecha de la eficacia y la seguridad son esenciales.
- Persiste incertidumbre sobre el beneficio a largo plazo, por lo que se requiere más evidencia y un abordaje integral y personalizado.

La historia clínica electrónica de Atención Primaria: la actividad "invisible" de enfermería.

Revisión integrativa de fuentes oficiales y literatura científica

Rafael Molinero Pérez[1] · Alicia Pacho Gimare[1]
Beatriz Nieto Miguel[2] · Rebeca Santos Nieto[1]
María Asunción Jorge Martín[1]

[1] Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
[2] Gerencia de Servicios Sociales de Zamora

1. RESUMEN

La historia clínica electrónica (HCE) facilita la continuidad asistencial, pero la actividad enfermera no siempre queda reflejada. Esta revisión analiza los factores que condicionan su registro, sus implicaciones y propone mejoras para visibilizar los cuidados en Atención Primaria.

2. PALABRAS CLAVE

Historia clínica electrónica; Atención Primaria; registros de enfermería; proceso enfermero; continuidad asistencial.

3. ANTECEDENTES

La HCE está regulada por la Ley 41/2002 y el RD 572/2023, pero estudios en España muestran una brecha entre la actividad asistencial y su registro, condicionada por barreras tecnológicas, organizativas y profesionales.

4. OBJETIVOS

- Analizar los factores que condicionan el registro.
- Evaluar su impacto en la continuidad asistencial.
- Proponer mejoras aplicables en Zamora.

5. MÉTODO

Revisión integrativa de literatura y normativa (2016-2026).

- Bases: PubMed/MEDLINE, CINAHL, SciELO, Europe PMC, Dialnet y BOE.
- Descriptores: historia clínica, registros de enfermería, proceso enfermero, Atención Primaria.
- Selección: estudios, normas y fuentes relevantes.

6. RESULTADOS

Autor/año	Diseño y muestra	Resultados clave	Limitaciones	Aplicabilidad
Medina-Pérez et al. (2021)	Estudio en Canarias (2.025.699 historias)	16,8% diagnósticos enfermeros; 54,71% planes de cuidados	Contexto específico	Alta
Kosteniuk et al. (2024)	Revisión de alcance (12 estudios)	Facilita el trabajo en equipo	Heterogeneidad	Alta
Moy et al. (2021)	Revisión de alcance (35 estudios)	7 dimensiones de carga documental	Diversidad de diseños	Alta
Ley 41/2002	Norma estatal	Reconoce cuidados de enfermería	No evalúa implantación	Muy alta
RD 572/2023	Norma estatal	Informe de cuidados	No evalúa cumplimiento	Muy alta

7. DISCUSIÓN

La actividad enfermera no queda completamente reflejada en la HCE por barreras organizativas, tecnológicas y de medición. Es necesario mejorar el registro con herramientas accesibles y evaluables.

8. CONCLUSIONES

- La HCE y la normativa no garantizan el registro completo de los cuidados.
- Se requieren soluciones prácticas: campos específicos, formación y auditoría de calidad.
- Un registro adecuado mejora la continuidad asistencial y el valor de la enfermería.

Registrar los cuidados: una condición para una Atención Primaria más segura, integrada y centrada en la persona.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Condicionantes de la efectividad de las intervenciones en diabetes en Castilla y León (CyL)

Una mirada integral: personas, sistema y territorio

Rafael Molinero Pérez[1] | Alicia Pacho Gimare[1]
Beatriz Nieto Miguel[2] | Rebeca Santos Nieto[1]
María Asunción Jorge Martín[1]

[1] Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
[2] Gerencia de Servicios Sociales de Zamora

1. RESUMEN

La efectividad de las intervenciones en diabetes en Castilla y León depende de múltiples factores (epidemiológicos, organizativos, tecnológicos y socioculturales), que requieren un enfoque integral y adaptado al contexto regional.

2. PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus; intervenciones sanitarias; efectividad; determinantes sociales de la salud; atención primaria; tecnología sanitaria; Castilla y León.

3. ANTECEDENTES

La diabetes tipo 2 es un problema relevante de salud pública en Castilla y León.
El envejecimiento y la dispersión territorial plantean retos para la prevención, el seguimiento y la continuidad asistencial.
La alimentación no equilibrada y la inactividad física son factores relacionados con la diabetes tipo 2.





4. OBJETIVOS

Analizar los condicionantes que influyen en la efectividad de las intervenciones en diabetes en CyL, y proponer líneas de mejora.

5. MÉTODO

- ✓ **Diseño:** Revisión bibliográfica integrativa.
- ✓ **Fuentes:** PubMed, CINAHL, SciELO, Dialnet, IBECS y CUIDEN.
- ✓ **Periodo:** 2016-2026.
- ✓ **Descriptores:** diabetes, intervenciones sanitarias, efectividad, determinantes sociales de la salud, atención primaria, tecnología sanitaria, Castilla y León.
- ✓ **Criterios:** estudios y documentos regionales, nacionales y oficiales.

6. RESULTADOS

- **Sociodemográficos:** envejecimiento y creciente proporción de mayores que viven solos en CyL.
- **Epidemiológicos:** prevalencia de diabetes en CyL del 8,5 % en 2023 (8,1 % en 2021). El 66,6 % de los casos de DM2 se concentra entre los 60 y 84 años.
- **Sistémicos:** variabilidad en el acceso a Endocrinología y refuerzo de la Atención Primaria.
- **Tecnológicos:** avance en monitorización y bombas de insulina.
- **Socioculturales:** alimentación, adherencia y apoyo social.

7. CONCLUSIONES

La atención a la diabetes en Castilla y León debe integrar prevención, seguimiento clínico, educación terapéutica, tecnología y determinantes sociales. Es prioritario evaluar resultados y equidad territorial con datos regionales y estudios centrados en las personas.



Edadismo en la atención sanitaria: ¿condiciona la edad las decisiones terapéuticas?

AUTORES: Hernández Vecino, Paula; Hernández Vecino, Celia;



1. RESUMEN

El edadismo puede influir en las decisiones clínicas, condicionando el acceso a tratamientos y oportunidades de recuperación de las personas mayores. Una atención individualizada permite evitar decisiones basadas exclusivamente en la edad cronológica.

2. PALABRAS CLAVE

Edadismo
Envejecimiento
Fragilidad
Atención sanitaria
Decisiones terapéuticas

3. ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional plantea nuevos retos asistenciales. Los prejuicios asociados a la edad pueden generar desigualdades en la atención sanitaria, especialmente en pacientes mayores.

4. OBJETIVOS

Analizar la influencia del edadismo en la atención sanitaria, identificando su repercusión en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, así como en el acceso a intervenciones y recursos asistenciales. Destacar la importancia de una valoración integral e individualizada del paciente mayor.

5. MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica mediante la consulta de bases de datos biomédicas, principalmente PubMed. Se seleccionaron publicaciones relacionadas con el edadismo en el ámbito sanitario, su impacto en la práctica clínica y los factores que condicionan las decisiones terapéuticas en la población mayor.



6. RESULTADOS

El edadismo puede favorecer:

- Infratratamiento por edad avanzada.
- Menor acceso a intervenciones quirúrgicas.
- Limitaciones en la rehabilitación.
- Decisiones basadas en la edad y no en la situación funcional.



7. CONCLUSIONES

El edadismo puede generar inequidades en la atención sanitaria y condicionar las decisiones terapéuticas. La edad cronológica, por sí sola, no debe determinar la indicación de un tratamiento. La valoración integral de la fragilidad, comorbilidad y capacidad funcional resulta esencial para garantizar una atención individualizada y basada en criterios clínicos.



1. *Ungar A, Cherubini A, Fratiglioni L, de la Fuente-Núñez V, Fried LP, Krasovitsky MS, et al. Carta of Florence against ageism. No place for ageism in health care. Eur Geriatr Med. 2024;15(2):285-90. doi:10.1007/s41999-024-00938-7.*
2. *Fernández-Puerta L, Caballero-Bonafé A, de-Moya-Romero JR, Martínez-Sabater A, Valera-Lloris R. Ageism and associated factors in healthcare workers: a systematic review. Nurs Rep. 2024;14(4):4039-59. doi:10.3390/nursrep14040295.*
3. *Wong GHZ, Yap PLK. Ageism and dementia-ism in health care: a proposed framework to guide treatment decisions in frail older persons. J Am Med Dir Assoc. 2024;25(7):105015. doi:10.1016/j.jamda.2024.105015.*
4. *World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021.*

DESPUÉS DE LA FRACTURA DE CADERA: EL RETO DE RECUPERAR LA AUTONOMÍA EN EL MEDIO RURAL

AUTORES:HERNÁNDEZ VECINO, PAULA; HERNÁNDEZ VECINO, CELIA;

RESUMEN

La fractura de cadera constituye una causa importante de pérdida de autonomía en las personas mayores. La recuperación funcional tras el alta hospitalaria depende no solo del tratamiento quirúrgico, sino también de la continuidad asistencial y del acceso a rehabilitación, especialmente en entornos rurales.

PALABRAS CLAVE

Fractura de cadera
envejecimientO
autonomía personal
rehabilitación
medio rural

ANTECENTES

La fractura de cadera representa un importante problema de salud pública por su repercusión funcional y sociosanitaria. La transición del hospital al domicilio constituye una etapa vulnerable, especialmente en personas mayores residentes en áreas rurales.

OBJETIVOS

Analizar las dificultades que condicionan la recuperación funcional tras una fractura de cadera en personas mayores, prestando especial atención a las barreras de acceso a rehabilitación y continuidad asistencial en el medio rural.
Identificar estrategias que favorezcan la autonomía y reduzcan el riesgo de dependencia.

MÉTODO

Revisión narrativa de la literatura científica mediante búsqueda en PubMed y otras fuentes biomédicas. Se analizaron publicaciones y recomendaciones clínicas sobre recuperación funcional tras fractura de cadera, rehabilitación multidisciplinar, planificación del alta y atención sociosanitaria en el ámbito rural.

RESULTADOS

La evidencia destaca la importancia de un abordaje multidisciplinar y de la continuidad rehabilitadora tras el alta hospitalaria. Entre los principales retos destacan:

Accesibilidad limitada a servicios de rehabilitación.
Dificultades de transporte y desplazamiento.
Falta de continuidad entre niveles asistenciales.
Sobrecarga de cuidadores y apoyo familiar insuficiente.

La rehabilitación domiciliaria, la coordinación sociosanitaria y el seguimiento individualizado constituyen estrategias relevantes para favorecer la recuperación funcional.

CONCLUSIÓN

La recuperación tras una fractura de cadera requiere un abordaje integral que trascienda el tratamiento hospitalario. Garantizar la continuidad asistencial y el acceso equitativo a rehabilitación, especialmente en el medio rural, resulta fundamental para preservar la autonomía y prevenir la dependencia.



HOSPITALIZACIÓN



ALTA HOSPITALARIA



REHABILITACIÓN



AUTONOMÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute for Health and Care Excellence. Hip fracture: management. NICE guideline CG124. London: NICE; 2023.
2. Lee YK, Kim JW, Lee MH, Moon KH, Koo KH. Clinical practice guideline for postoperative rehabilitation in older patients with hip fractures. Hip Pelvis. 2021;33(3):114-22.
3. Rocha P, et al. Safety-promoting interventions for the older person with hip fracture on returning home: a systematic review. Int J Orthop Trauma Nurs. 2024. doi:10.1016/j.ijotn.2023.101063.
4. International Geriatric Fracture Society. Postacute management of older adults suffering an osteoporotic hip fracture: a consensus statement from the International Geriatric Fracture Society.

TALLER DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL DOMICILIO DIRIGIDO A CUIDADORES INFORMALES

RESUMEN

Intervención interdisciplinar (terapia ocupacional y fisioterapia) de 90 minutos de duración dirigida a cuidadores informales (n=11) para evaluar la efectividad en la adquisición de competencias en movilización segura, adaptación del entorno domiciliario y reducción de la carga biopsicosocial.

PALABRAS CLAVE

Prevención de caídas; Cuidadores informales; Terapia Ocupacional; Fisioterapia; Seguridad domiciliaria.

ANTECEDENTES

Sondeo en programas dirigidos a cuidadores informales:

El miedo a las caídas y la sobrecarga ergonómica *incrementan la* ***vulnerabilidad del cuidador informal.***

- ❑ Mayoría de caídas durante actividades cotidianas como levantarse de la cama, sentarse o desplazarse entre estancias.
- ❑ Adaptación del entorno físico (eliminación de obstáculos, uso de ayudas técnicas) disminuye los factores externos que favorecen las caídas.
- ❑ Manejo del estrés y capacidad de solicitar ayuda o los conocimientos ergonómicos permiten realizar movilizaciones de forma adecuada, protegiendo tanto a la persona como al cuidador.



OBJETIVOS

- **Valorar conocimientos** de los cuidadores sobre **prevención de caídas y movilización segura**.
- **Realizar** de forma segura y adecuada las **principales movilizaciones funcionales.**
- **Adquirir** y aplicar **estrategias seguras** para levantar a una persona tras una caída.
- **Identificar riesgos en el entorno** y **conocer productos de apoyo** para moverse con seguridad en el domiciliario.

METODOLOGÍA INTERPROFESIONAL

Terapia Ocupacional & Fisioterapia

Sesión grupal con 11 cuidadores de 90 min:
- Presentación audiovisual
- Demostración práctica de estrategias
- Análisis de riesgos
- Intercambio de experiencias

RESULTADOS

Tras el taller:

✅ **Identificación de riesgos en hogar: 2.9 / 3**
✅ **Técnicas de movilización ergonómica: 2.8 / 3**
✅ **Conocimiento de productos de apoyo: 2.8 / 3**
✅ **Tranquilidad en situaciones de riesgo: 2.7/ 3**

Se consiguió que los cuidadores mejoraran la identificación de riesgos, el conocimiento sobre movilizaciones seguras y el uso de productos de apoyo.

CONCLUSIONES

La **intervención interprofesional** consigue:
- Empoderar al cuidador
- Mitigar el impacto de la carga biopsicosocial
- Favorecer la permanencia segura de la persona dependiente en el domicilio.

Estos talleres se presentan como una **herramienta accesible y eficaz para reforzar la prevención comunitaria y promover entornos domiciliarios más seguros**.

El oficio como material terapéutico

Del inventario patrimonial a la actividad terapéutica graduable en un territorio hiperenvejecido

Donde más ha envejecido España pervive un acervo de oficios que nadie ha inventariado como lo que además puede ser: actividad terapéutica con procedencia documentada, demanda analizada y gradación clínica.

01 RESUMEN

Zamora encabeza el envejecimiento en España y custodia, a la vez, un acervo de oficios que pervive casi exclusivamente en la biografía de sus mayores: cuando la persona enferma, la pérdida es doble, porque se va la biografía y se va el saber. Este trabajo documenta oficios del territorio a partir de fuentes históricas y etnográficas, los somete a análisis de la actividad y los gradúa por exigencia cognitiva, para cotejar después la propuesta con la evidencia disponible sobre actividad significativa en demencia. El resultado es un catálogo de ocupaciones locales traducidas a actividad terapéutica graduable y culturalmente congruente, replicable en cualquier territorio que conserve oficios propios.

02 PALABRAS CLAVE

envejecimiento; patrimonio ocupacional; actividad significativa; demencia; análisis de la actividad; graduación

03 ANTECEDENTES

Zamora registra el índice de envejecimiento más alto de España: 340,86 personas de 65 o más años por cada 100 menores de 16, frente a 148,05 de media nacional. Su poblamiento, 248 municipios repartidos en 10.561 km², dispersa esa población por un territorio de baja densidad. Entretanto, la programación de actividad en los centros recurre con frecuencia a materiales ajenos a la biografía de quien los maneja, cuando la evidencia indica que el beneficio no procede de la actividad en abstracto, sino de su significación personal y de su ajuste a la capacidad conservada.

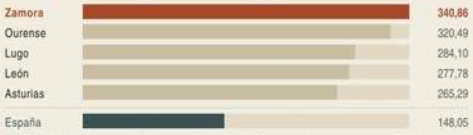


FIGURA 1. Índice de envejecimiento por provincia, 2025: cinco valores más altos de España y media nacional. Fuente: INE, Indicadores de estructura de la población (tabla 1489).

- **EVIDENCIA DE RESPALDO.** Actividad a medida (TAP): ensayo aleatorizado piloto de 30 díadas con ocho sesiones domiciliarias impartidas por terapeutas ocupacionales — NPI total 23,8 → 13,2 (d = 0,95) y malestar del cuidador 13,6 → 6,9 (d = 0,87), sin cambio significativo en sobrecarga (Zarit). En ensayo de 160 díadas, cerca del 70 % del grupo de intervención redujo o eliminó conductas, frente al 46 % del control. La reminiscencia muestra efectos pequeños e inconsistentes según el entorno, más favorables en calidad de vida en residencias y sin evidencia de daño.
- **LÍMITE QUE SE DECLARA.** El aprendizaje procedimental se conserva en deterioro cognitivo leve amnésico y demencia tipo Alzheimer, pero el metaanálisis no acredita equivalencia y evalúa destrezas *nuevas*, no oficios sobreaprendidos: el supuesto exige comprobación, no presunción.

04 OBJETIVOS

1. Inventariar, con fuentes documentales verificables, oficios tradicionales arraigados en el territorio.
2. Traducirlos a actividad terapéutica mediante análisis de la actividad y graduación por exigencia cognitiva.
3. Cotejar la propuesta con la evidencia disponible y acotar sin ambages su alcance.

05 MÉTODO

01 · FUENTES
Revisión documental histórica y etnográfica de ámbito provincial: catastros, estudios de cultura material y museos locales.

02 · ANÁLISIS
Análisis de la actividad de cada oficio: demandas motoras, práxicas, sensoriales y sociales.

03 · GRADUACIÓN
Tres niveles de exigencia cognitiva por oficio, cada uno con su adaptación material.

04 · COTEJO
Contraste con la evidencia disponible y declaración expresa de sus límites.

INDICACIÓN
Se parte de la historia ocupacional: se propone el oficio que perteneció a esa biografía, nunca el de la comarca de residencia.

PROGRESIÓN
Se entra por el nivel que la persona resuelve con éxito y se asciende o desciende dentro del mismo oficio, sin mudar de material.

SEGURIDAD
Barro, agujas y herramienta exigen valoración previa del riesgo, supervisión y adaptación del utensilio, no su retirada.

06 RESULTADOS · CATÁLOGO DE OFICIOS DOCUMENTADOS Y TRADUCIDOS A ACTIVIDAD

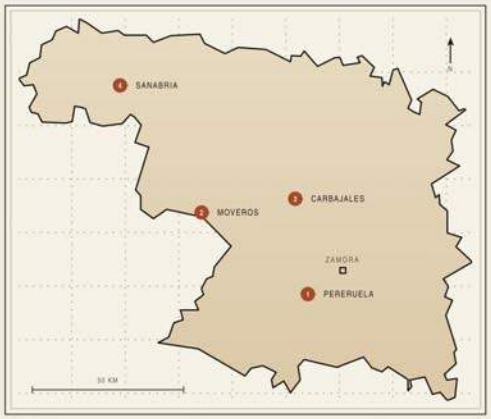


FIGURA 2. Localización de los cuatro oficios inventariados, en cuatro comarcas distintas de la provincia. Contorno levantado sobre geometría oficial (código de provincia 49).

1 Alfarería de Pereruela
SAYAGO

DEMANDA OCUPACIONAL
Amasado y modelado bimanual; presión sostenida; secuencia breve y repetitiva.

GRADUACIÓN
A torno
M modelado sobre molde
B amasado y texturas

FUENTE DOCUMENTAL
Catastro de Ensenada (1751): 65 de 129 vecinos declarados alfareros, diez de ellos mujeres.

2 Alfarería de Moveros
ALISTE

DEMANDA OCUPACIONAL
Rotación lenta y coordinación bimanual asimétrica; control del ritmo.

GRADUACIÓN
A torno lento
M urdido por rollos
B manipulación del barro

FUENTE DOCUMENTAL
Torno lento de eje de hierro, de introducción probable desde Portugal (c. 1759–1795).

3 Bordado carbajalino
TIERRA DE ALBA

DEMANDA OCUPACIONAL
Pinza fina, coordinación óculo-manual y atención sostenida.

GRADUACIÓN
A punto sobre patrón
M hilván guiado
B clasificación de hilos

FUENTE DOCUMENTAL
Museo del Traje Carbajalino, Carbajales de Alba.

4 Trashumancia y pastoreo
SANABRIA · LA CARBALLEDA

DEMANDA OCUPACIONAL
Marcha y orientación; manejo de cuerda y lana; componente narrativo acusado.

GRADUACIÓN
A trenzado de cuerda
M manipulación de lana
B reminiscencia con objeto

FUENTE DOCUMENTAL
Declarada Manifestación Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial por el Real Decreto 385/2017, de 8 de abril (BOE núm. 86).

07 CONCLUSIONES

1. El territorio dispone de un recurso terapéutico propio, documentado e infrautilizado. Emplearlo no constituye evocación nostálgica, sino decisión clínica: son actividades sobreaprendidas, cargadas de identidad y susceptibles de graduación.
2. El patrimonio únicamente deviene terapéutico cuando se somete a análisis de la actividad: lo que opera no es su valor etnográfico, sino su ajuste a la biografía y a la capacidad conservada de cada persona.
3. El procedimiento es replicable allí donde persista un acervo propio. El paso siguiente es un estudio piloto con medidas de síntomas neuropsiquiátricos y de participación.

REFERENCIAS

De Wit, L., Marsiske, M., O'Shea, D., Kessels, R. P. C., Kurasz, A. M., DeFeis, B., Schaefer, N., y Smith, G. E. (2021). Procedural learning in individuals with amnestic mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review, 31*(1), 103–114.

Gitlin, L. N., Arthur, P., Piersol, C., Hessels, V., Wu, S. S., Dai, Y., y Mann, W. C. (2018). Targeting behavioral symptoms and functional decline in dementia: A randomized clinical trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 66*(2), 339–345.

Novelli, M. M. P. C., Machado, S. C. B., Lima, G. B., Cantatore, L., Sena, B. P., Rodrigues, R. S., Rodrigues, C. I. B., Canon, M. B. F., Piersol, C. V., Nitrini, R., Yassuda, M. S., y Gitlin, L. N. (2018). Effects of the Tailored Activity Program in Brazil (TAP-BR) for persons with dementia: A randomized pilot trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 32*(4), 339–345.

Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., y Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD001120.

GERIATRÍA: MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA EN LA EDAD ADULTA

Abordaje Integral y Promoción del Bienestar en la Adultéz Mayor

1. EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

- **Examen Físico Completo:** Valoración funcional y capacidad motora.
- **Pruebas Cognitivas:** Cribado de deterioro cognitivo y memoria.
- **Revisión Farmacológica:** Optimización y conciliación de medicamentos.

2. PROMOCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR

- **Actividad Física Adaptada:** Ejercicios de equilibrio, fuerza y movilidad.
- **Nutrición Equilibrada:** Dietas adaptadas a las necesidades nutricionales.
- **Prevención de Caídas:** Adaptación del entorno y hábitos seguros.

3. GESTIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS

- **Control Clínico:** Seguimiento de hipertensión, diabetes y artrosis.
- **Adherencia Terapéutica:** Estrategias para el cumplimiento de tratamientos.
- **Prevención Secundaria:** Detección precoz de complicaciones.

4. SALUD MENTAL Y APOYO SOCIAL

- **Bienestar Emocional:** Prevención y abordaje de la depresión o ansiedad.
- **Conexión Social:** Fomento de talleres, voluntariado y vida comunitaria.
- **Apoyo a Cuidadores:** Redes de acompañamiento y recursos de descanso.

GERIATRÍA: MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA EN LA EDAD ADULTA

EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR



Congreso Internacional Silver Economy Zamora
Tel: (+34) 980 559 300 | Móvil: 699 099 776

Servicio de Geriatría - Hospital Universitario de Zamora
Correo: info@congresosilvereconomy.es

Polimedicación y Prescripción Inadecuada en el Adulto Mayor: Evidencia y Rol de Enfermería

Fraile Sonia[1], Mallada Eloína[1], Martínez Eva[2], Fernández Mario[3]

[1]C.P. León, [2] SACYL, [3]Estudiante Grado de Medicina U. Nebrija,

RESUMEN



Revisión sistemática cualitativa (PRISMA) sobre polifarmacia en adultos mayores, comparando STOPP/START vs. Beers y destacando el rol enfermero en la prevención de latrogenia.

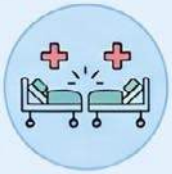


ANTECEDENTES



Envejecimiento y polifarmacia masiva

Mayor población >65 años e incremento de patologías crónicas.



Errores en transiciones asistenciales

Hasta 86,8% de errores de concillación al ingreso.



Equidad en acceso residencial

Prohibición de exclusiones infectocontagiosas discriminatorias en residencias.

OBJETIVOS

- **Evaluar herramientas de detección**



Comparar sensibilidad entre herramientas explicitas e implicitas.



- **Impacto del rol enfermero**



Definir diagnósticos NANDA para reducir la latrogenia.



MÉTODO



Revisión sistemática

guía PRISMA

Búsqueda en PubMed, EBSCO y SciELO según PRISMA.



Criterios de selección rigurosos

Evaluación de sesgo con escalas JBI y PEDro.



Selección de 31 artículos

Análisis cualitativo de literatura de últimos 5 años.

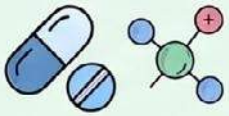
RESULTADOS

Críterios STOPP/START más sensibles



Detectaron el 92,5% de inapropiaciones frente a Beers.

Fármacos frecuentemente inadecuados lideran



Benzodiacepinas e inhibidores de bomba de protones lideran.

Factores de riesgo identificados



Asociados a edad >70 años, polifarmacia y mujer.

CONCLUSIONES



- **Herramienta de elección europea**

Criterios STOPP/START presentan mayor precisión diagnóstica europes.





- **Nuevo diagnóstico enfermero propuesto**

Propuesta NANDA: Riesgo de medicación potencialmente inapropiada.





- **Conciliación y educación continua**

Educación y seguimiento para mejorar adherencia y prevenir caídas.



PALABRAS CLAVES



Medicamentos Inadecuados

Polifarmacia

Adulto Mayor

Enfermería

Conciliación

EL EJE INTESTINO-CEREBRO EN GERIATRÍA: IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN

Fraile Sonia[1], Mallada Eloína[1], Martínez Eva[2], Fernández Mario[3]
[1]C.P. León, [2] SACYL, [3]Estudiante Grado de Medicina U. Nebrija,

'RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La institucionalización altera la microbiota intestinal (disbiosis) en ancianos, impactando negativamente su salud mental. Este trabajo analiza cómo intervenciones nutricionales moduladoras de la microbiota reducen la neuroinflamación y mejoran síntomas neuropsiquiátricos, sirviendo como estrategia no farmacológica.

Palaboraras: Microbiota intestinal; Eje intestino-cerebro; Geriatría; Depresión; Nutrición funcional.

ANTECEDENTES

La disbiosis senil incrementa la permeabilidad intestinal, permitiendo el paso de endotoxinas.

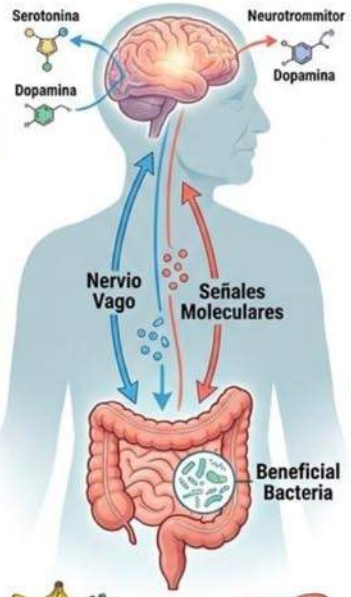
Esto provoca inflamación sistémica crónica y neuroinflamación (alteración microglial).

Se asocia fuertemente con deterioro cognitivo, demencia y trastornos del estado de ánimo.

OBJETIVOS

1. **Evaluar** el impacto de dietas ricas en pre/probióticos sobre síntomas psiquiátricos en mayores.
2. **Identificar** la relación entre marcadores de salud intestinal y bienestar conductual.
3. **Proponer guías nutricionales** para menús en residencias de residencias de ancianos.

ESTRATEGIA NUTRICIONAL (PRE Y PROBIÓTICOS)





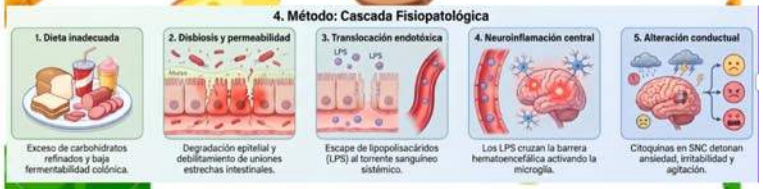
ESTRATEGIA NUTRICIONAL (PRE Y PROBIÓTICOS)

REDUCCIÓN DE ULTRAPROCESADOS

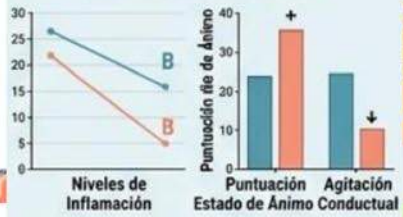
REFERENCIAS

MÉTODO

Análisis conceptual de bases científicas internacionales sobre psiconeuroinmunología y nutrición psiquiátrica.



RESULTADOS



Mejora del 30% en estado de ánimo y reducción de la agitación.

Aumento de biodiversidad bacteriana intestinal.

CONCLUSIONES

La modulación de la microbiota es una terapia no farmacológica viable y eficaz en geriatría.

Cuidar la salud intestinal contribuye a la neuroprotección y bienestar mental de los mayores.

Integrar nutrición psiquiátrica en residencias es un imperativo de salud pública.

Una casa que se deja leer: orientación espacial en las unidades de convivencia

01 RESUMEN

Objetivo. reunir la evidencia sobre diseño ambiental y orientación espacial en demencia y traducirla en una lista de verificación de terapia ocupacional (TO) para las unidades de convivencia.

Método. revisión narrativa estructurada de revisiones, guías de diseño y estudios observacionales y de intervención (1968-2026).

Resultados. el trazado es el factor de mayor peso: señales y colores ayudan, pero no compensan un mal trazado. Recorridos rectos, destinos visibles, referencias y puertas personalizadas facilitan orientarse; abrir el pasillo en «plazas» puede confundir. El aprendizaje sin errores permite enseñar recorridos.

Conclusión. se propone ORIENTA-UC, 16 criterios en 6 dominios puntuables de 0 a 32, con un protocolo de aplicación: recorrido acompañado, auditoría y radio vital antes y después de la reforma.

02 PALABRAS CLAVE

Terapia ocupacional; demencia; orientación espacial; diseño ambiental; unidades de convivencia.

03 ANTECEDENTES

El Acuerdo de acreditación de 2022 organiza las residencias en unidades de convivencia de hasta 15 personas con funcionamiento tipo hogar [1]: muchos centros van a reformar sus espacios. La desorientación espacial es de las primeras manifestaciones de la demencia y un motivo principal de ingreso [2]; cuanto menor es la competencia de la persona, más depende su conducta del entorno [3]. Para la TO, el entorno es el elemento silencioso de toda intervención [4], pero se valora más en el domicilio que en la institución, donde intervenir es más fácil [5]. Salir de la unidad o usar un ascensor puede ser una tarea nueva que hay que aprender.

04 OBJETIVOS

1. Sintetizar la evidencia sobre diseño ambiental y orientación espacial en demencia.
2. Traducirla en una lista de verificación para el proyecto y la reforma.
3. Proponer cómo medir su efecto en la vida diaria.

05 MÉTODO

Revisión narrativa estructurada (un revisor; noviembre de 2026). **Fuentes:** PubMed, Google Scholar, referencias de los estudios y manuales de TO. **Términos:** (*wayfinding* OR *spatial orientation* OR *environmental cues*) AND *dementia* AND (*nursing home* OR *long-term care*). **Inclusión:** revisiones, guías y estudios con personas con demencia en centros residenciales, y estudios de aprendizaje sin errores en tareas cotidianas. **Desarrollo:** cada criterio se clasifica por su respaldo: estudio empírico (E), revisión o guía (G) o propuesta de TO (P).

06 RESULTADOS

Figura 1. La misma unidad, antes y después de aplicar ORIENTA-UC



Tabla 1. Evidencia clave

30 / 450 residencias y residentes: unidad pequeña, pasillo recto y una sola sala-comedor ayudan [2]	**34 → 85 %** hallar la habitación con foto de juventud y nombre en la puerta (n = 3) [6]	**169** estudios: el diseño mejora todos los resultados salvo la cognición [7]	**+25 / +84 %** comida y líquido con vajilla de alto contraste (n = 9) [8]

Figura 2. Radio vital (zonas del NHLSD) [9]: barrera y criterio que responde

ZONA 1	ZONA 2	ZONA 3	ZONA 4
Habitación	**Unidad**	**Centro**	**Exterior**
No reconoce su puerta	Pasillo confuso	Ascensor, otras plantas	Miedo e inseguridad
B2	A1-B3	E1-E2	E3

TABLA 2 · PROPUESTA ORIGINAL

ORIENTA-UC: 16 criterios de orientación espacial

Estudio empírico · Revisión o guía · Propuesta de la TO · Puntuación por criterio: 0 no cumple, 1 parcial, 2 cumple (máximo 32)

		0	1	2
A	**TRAZADO**			
A1	Recorridos rectos, con pocos giros y puntos de decisión. [2, 10]	☐	☐	☐
A2	Destino principal visible desde el pasillo. [11]	☐	☐	☐
A3	No abrir el pasillo en «plazas» diáfanas al reformar. [10]	☐	☐	☐
A4	Funciones clave en la misma planta. [10, 12]	☐	☐	☐
A5	Una sola sala-comedor por unidad: sin espacios repetidos. [2]	☐	☐	☐
B	**REFERENCIAS**			
B1	Referencia significativa en cada punto de decisión. [13]	☐	☐	☐
B2	Puerta con su nombre y una imagen elegida por la persona: algo de su casa, de su oficio, muy familiar. [6]	☐	☐	☐
B3	Evitar varias puertas iguales a la vista. [10]	☐	☐	☐
C	**CONTRASTE**			
C1	Alto contraste objeto-fondo: baño, inodoro, pasamanos, vajilla. [8]	☐	☐	☐
C2	Un solo acabado de pared por tramo. [10]	☐	☐	☐
D	**SEÑALÉTICA**			
D1	Señales como apoyo, no como sustituto del trazado. [14]	☐	☐	☐
E	**ASCENSOR Y SALIDA**			
E1	Junto a cada botón del ascensor, foto del destino.	☐	☐	☐
E2	Enseñar recorrido y ascensor con aprendizaje sin errores. [15, 16]	☐	☐	☐
E3	Salidas acompañadas y graduadas hasta hacerlas rutina.	☐	☐	☐
F	**MEDIDA**			
F1	Radio vital al ingreso y cada 3 meses. [9]	☐	☐	☐
F2	Registrar a dónde quiere ir y no llega.	☐	☐	☐

CÓMO APLICARLA

1. Recorrer	2. Auditar	3. Priorizar	4. Remedir
5 destinos cotidianos con 3-5 residentes: 0 no llega, 1 con indicación, 2 solo [2]	los 16 criterios in situ	bajo coste ya; obra, al proyecto	recorrido y radio vital a los 3 meses [9]

07 CONCLUSIONES

1. La reforma hacia unidades de convivencia es la ocasión de diseñar para orientarse: el trazado pesa más que las señales.
2. Muchas medidas eficaces son de bajo coste y propias de la TO: puertas con significado, referencias, contraste y recorridos enseñados.
3. El ascensor y la salida de la unidad son ocupaciones que se aprenden, no barreras que se aceptan.
4. ORIENTA-UC da a arquitectura, dirección y TO un lenguaje común y medible; su valor para la Silver Economy debe evaluarse.

Limitaciones: un revisor; estudios pequeños y heterogéneos; poca evidencia sobre el ascensor; barreras por zona tomadas de la práctica; lista no validada.

REFERENCIAS

1. Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD. BOE n.º 192, de 11 de agosto de 2022.
2. Marquardt G, Schmieg P. Dementia-friendly architecture: environments that facilitate wayfinding in nursing homes. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2009;24(4):333-40.
3. Lawton MP, Simon B. The ecology of social relationships in housing for the elderly. Gerontologist. 1968;8(2):108-15.
4. Durante Molina P, Guzmán Lozano S, Altimir Losada S. Demencia senil. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P, editoras. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010. p. 459-548.
5. Polonio López B. Aportación de la terapia ocupacional a la valoración geriátrica. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P, editoras. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010. p. 208-58.
6. Nolan BA, Mathews RM, Harrison M. Using external memory aids to increase room finding by older adults with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2001;16(4):251-4.
7. Marquardt G, Bueter K, Motzek T. Impact of the design of the built environment on people with dementia: an evidence-based review. HERD. 2014;8(1):127-57.
8. Dunne TE, Neargarder SA, Cipolloni PB, Cronin-Golomb A. Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. Clin Nutr. 2004;23(4):533-8.
9. Tinetti ME, Ginter SF. The nursing home life-space diameter: a measure of extent and frequency of mobility among nursing home residents. J Am Geriatr Soc. 1990;38(12):1311-5.
10. van Buuren LPG, Derks D, Mohammadi M. (De)signs of confusion: architectural environments causing confusion for people with advanced dementia during wayfinding. J Dement Alzheimers Dis. 2026;3(1):10.
11. Fleming R, Purandare N. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. Int Psychogeriatr. 2010;22(7):1084-96.
12. Passini R, Pigot H, Rainville C, Tétreault MH. Wayfinding in a nursing home for advanced dementia of the Alzheimer's type. Environ Behav. 2000;32(5):684-710.
13. Kessels RPC, van Doormaal A, Janzen G. Landmark recognition in Alzheimer's dementia: spared implicit memory for objects relevant for navigation. PLoS One. 2011;6(4):e18611.
14. Marquardt G. Wayfinding for people with dementia: a review of the role of architectural design. HERD. 2011;4(2):75-90.
15. de Werd MME, Boelen D, Olde Rikkert MGM, Kessels RPC. Errorless learning of everyday tasks in people with dementia. Clin Interv Aging. 2013;8:1177-90.
16. Provencher V, Bier N, Audet T, Gagnon L. Errorless-based techniques can improve route finding in early Alzheimer's disease: a case study. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2008;23(1):47-56.

TRANSICIÓN OCUPACIONAL HACIA LA JUBILACIÓN. IMPACTO Y ABORDAJE



OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es revisar la evidencia disponible de los últimos diez años acerca de la transición ocupacional hacia la jubilación con el consiguiente cambio de rol para comprender el impacto de este fenómeno en el desempeño ocupacional y bienestar físico, emocional y social.

Además, desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional pretendemos analizar las fortalezas y debilidades de las que disponen las personas en el proceso de jubilación y qué estrategias emplear para evitar que este cambio vital suponga un impacto negativo

PALABRAS CLAVE

Adultos mayores, Ocupación, Jubilación, Transición ocupacional, Modelo de Ocupación Humana, Rol, Envejecimiento activo.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la evidencia disponible en las bases de datos Research Gate, PsycInfo y PsicoDoc.
Realizamos la revisión mediante el modo "búsqueda avanzada" con los siguientes términos de búsqueda: (ADULTOS MAYORES) AND (JUBILACIÓN) AND (TRANSICIÓN OCUPACIONAL), (RETIREMENT TRANSITION), (RETIREMENT TRANSITION) AND (STRATEGIES) AND (OCCUPATIONAL THERAPY), (TRANSICIÓN) AND (JUBILACIÓN), para cuya búsqueda incluimos únicamente los artículos publicados en los últimos diez años y atendimos al interés y relevancia que supone para nuestro tema de estudio.

ANTECEDENTES

La jubilación se concibe no sólo como un cese laboral o hito económico, sino como un **proceso vital** que exige adaptarse a la pérdida del rol productivo que ha dado sentido a la vida y a la consiguiente desestructuración de las rutinas diarias que han formado parte de ella desde el comienzo de la actividad laboral (1).

Los individuos dan sentido a sus vidas por medio de sus ocupaciones, divididas en tres áreas definidas por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA): actividades de la vida diaria, actividades productivas y actividades de esparcimiento, considerándose como "ideal ocupacional" cuando existe un equilibrio entre el tiempo destinado a cada área y cuando las habilidades personales coinciden con las ocupaciones, deseos y necesidades de la persona y su ambiente.

El **Modelo de Ocupación Humana (MOHO)**, evaluando sistemas de elección de intereses (volición), patrones de conducta y roles (habituación) y capacidad de desempeño puede colaborar en que esta transición ocupacional que implica una adaptación a las nuevas rutinas sea lo más satisfactoria posible, atendiendo a aquello que motiva a la persona y haciendo frente a las dificultades que puedan surgir en este cambio de etapa vital.

Además, existen teorías explicativas sobre la satisfacción vital en la jubilación, como la **Teoría de la Actividad de Maddos (1974)**, según la cual mantener un mayor número de roles o actividades ocupacionales significativas protegen a la persona mayor frente a la posible desmoralización de abandonar su rol laboral previo (1).

RESUMEN

La **jubilación** no es un simple cese laboral o económico, sino una transición vital que altera completamente la **identidad de las personas**, afectando a sus rutinas, sus roles y su papel en la sociedad.
Esta **revisión** aborda dicho proceso desde la **Terapia Ocupacional** para analizar su impacto en el bienestar y plantear estrategias que prevengan la disfunción ocupacional. Aunque tradicionalmente las intervenciones con respecto a esta etapa vital suelen limitarse al aspecto financiero, la **satisfacción vital** depende de mantener un propósito, un equilibrio entre actividades de la vida diaria, productivas y de ocio, y una red de participación social.
Para facilitar esta **adaptación**, programas y metodologías actuales proponen definir metas realistas, incidir en el desarrollo de la propia capacidad para conseguir un resultado esperado y reestructurar el tiempo. En este sentido, la Terapia Ocupacional interviene facilitando la búsqueda de **ocupaciones significativas** frente al cambio de roles, la adaptación gradual del empleo hasta el retiro y la adecuación del entorno doméstico para fomentar un **envejecimiento activo.**

RESULTADOS

El ser humano utiliza la **actividad propositiva** para influir sobre sí mismo y su entorno. Cuando se dan cambios vitales como la jubilación, se requiere un **proceso de adaptación**, que puede ser interrumpido por factores personales y ambientales y generar una disfunción ocupacional. Estrategias como establecer un equilibrio entre las áreas ocupacionales, mantener una rutina flexible pero estructurada y poseer una variedad de roles y ocupaciones significativas actúan como factores protectores frente a esta posible disfunción (1).
Se identifican como **variables que influencian la calidad del proceso de transición a la jubilación** las características del trabajo, las características personales, la planificación de esta transición y las actividades que se realizan en la etapa de jubilación. Además, se destaca la importancia de la participación social como parte de una jubilación activa y el compromiso con las ocupaciones significativas para mantener la salud tras la jubilación (2).
La preparación tradicional para el retiro se enfoca casi exclusivamente en la seguridad económica, pero el dinero por sí solo no garantiza satisfacción si no existe un **propósito o sentido de vida.** La pérdida del rol profesional representa un elevado riesgo de desajuste cuando el trabajo constituía la fuente central de identidad personal o cuando el retiro ocurre de forma involuntaria (3).
La **guía para la jubilación "SECOT"** (Granada, 2026) considera como fundamentales las siguientes herramientas metodológicas de acción (5):

- Metodología GROW (Objetivo, Realidad, Opciones, Voluntad/Acción) para canalizar decisiones.
- Formulación de objetivos SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y temporalizados) y reevaluación tras una prueba de 30 días.

El **programa REATIVA de preparación e intervención para la adaptación a la jubilación** llevado a cabo en Portugal, propone potenciar los conceptos de autoeficacia y percepción positiva en la persona como forma de favorecer estrategias proactivas de afrontamiento y reducción de estilos de vida sedentarios en la vejez (6).
En este sentido, algunas intervenciones que pueden implementarse para abordar la transición a la jubilación desde la Terapia Ocupacional, de acuerdo con el amplio alcance de la disciplina observado en la **Figura 1** son las siguientes (7):

- **Búsqueda de ocupaciones significativas:** encontrar actividades con propósito y significado para la persona que puedan sustituir la rutina laboral (voluntariado, mentoría, actividad física, etc.).
- **Adaptación del hogar y utilización de productos de apoyo** para evitar el sedentarismo y favorecer el envejecimiento en el entorno habitual.
- **Mantenimiento y desenganche del empleo:** reducción gradual de la jornada, adaptación del puesto o, en su caso, la prolongación de la capacidad laboral.
- **Psicoeducación en cambios de rol**, evaluación holística en aspectos como la utilización del tiempo, intereses, etc.
- **Reorientación de la sabiduría adquirida** hacia opciones como mentorías o voluntariado como forma de potenciar el sentimiento de autoeficacia.

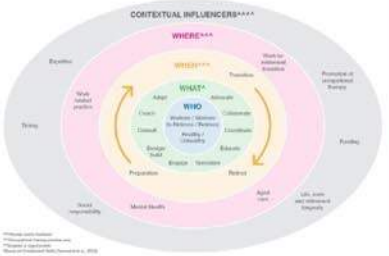


Figura 1. Alcance de la práctica de la Terapia Ocupacional en la transición del trabajo a la jubilación. **Fuente:** *Tomado de Eagers J, Franklin RC, Broome K, Yau MK, Barnett F. Potential occupational therapy scope of practice in the work-to-retirement transition in Australia. Aust Occup Ther J. 2022; 69(3): 265-278 (7)*

CONCLUSIONES

Las **políticas de jubilación** deben promover la salud y el bienestar de la parte de la población en edad de jubilación, ya que es una etapa vital de la vida.

Ésta debe abordarse como un **proceso de transición ocupacional** para así enfocarse en la preservación del sentido de la vida e identidad en el que se aporte importancia al **equilibrio de las áreas ocupacionales**, la participación social activa y la reestructuración de rutinas, ya que son factores protectores frente la disfunción ocupacional.

La figura del **terapeuta ocupacional** puede resultar de gran ayuda a la hora de la implementación de estrategias para reorientar los roles de las personas y fomentar el envejecimiento activo en el entorno habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allan AN, Wachholtz MD, Valdés RA. Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Rev Chil Ter Ocup. Diciembre de 2021; 20(2): 233-242.
2. Eagers, J., Franklin, R. C., Broome, K., Yau, M. K., & Barnett, F. (2022). *Potential occupational therapy scope of practice in the work-to-retirement transition in Australia. Australian Occupational*
3. *Wood RE. Pachana NA. The Role of Meaning in the Retirement Transition: Scoping Review. Gerontologist. 19 de febrero de 2025; 65: gnaf076. doi: 10.1093/geront/gnaf076*
4. *Wiseman L. A generic qualitative inquiry study of psychosocial readiness for the transition to retirement [tesis doctoral]. Minneapolis (MN): Capella University; marzo de 2025*
5. SECOT Granada. Guía práctica para preparar una jubilación activa: Reflexiones y herramientas para vivir la transición con autonomía, bienestar y propósito. Granada: SECOT Granada; 2026.
6. Loureiro H, Silva M, Camarneiro AP, Pedreiro AT, Mendes A. REATIVA: An Efficient Health Promotion Program during Retirement Transition. Eur J Investig Health Psychol Educ. 11 de septiembre de 2022; 12(9): 1358-1368. doi: 10.3390/ejihpe12090095.
7. Eagers J, Franklin RC, Broome K, Yau MK, Barnett F. Potential occupational therapy scope of practice in the work-to-retirement transition in Australia. Aust Occup Ther J. 2022; 69(3): 265-278. doi: 10.1111/1440-1630.12788.

Diagnóstico, Comorbilidades y Tratamiento del VIH en el Adulto Mayor

Fraile Sonia[1], Mallada Eloína[1], Martínez Eva[2], Fernández Mario[3]

[1]C.P. León, [2] SACYL, [3]Estudiante Grado de Medicina U. Nebrija,

RESUMEN

Incremento de longevidad

El TAR eficaz aumenta la supervivenicia pero expone al paciente al **envejecimiento prematuro.**

Complejidad asistencial

Exige coordinar el control virológico con el manejo de comorbilidades y deterioro funcional.

ANTECEDENTES

Transición demográfica

La mediana de edad supera los 50 años en la mayoría de cohortes de VIH.

Impacto del retraso

El 45,9% presenta diagnóstico tardío y el 25,1% cursa con enfermedad avanzada.

Envejecimiento y vulnerabilidad

Mayor impacto de síndromes geriátricos, estigma social y menor reserva inmunológica.

OBJETIVOS

Síntesis de evidencia

Analizar de forma integral el diagnóstico, las comorblidades principales y el TAR en el adulto mayor.

MÉTODO

Búsqueda en bases

Consultas exhaustivas en PubMed, SciELO, Web of Science y Google Scholar.

Descriptores y filtros

ViH
Comorbilidades
Fragilidad
Envejecimiento

Términos clave en inglés y español sobre VIH, comorbilidades, fragilidad y envejecimiento.

CONCLUSIONES

Atención multidisciplinar

Imprescindible integrar geriatría, infectología y atención primaria en el seguimiento.

Manejo farmacológico adaptado

El inicio precoz del TAR y la revisión periódica de la polifarmacia optimizan la calidad de vida.

RESULTADOS

Barreras de cribado

Baja percepción de riesgo en mayores dificulta la recomendación de serología rutinaria.

Multimorbilidad eleva

56%

Prevalencia >56% de patologías crónicas no asociadas directamen al sida.

Selección del TAR

Priorizar pautas con inhibidores de integrasa y evitar fármacos nefrotóxicos o cardiotóxicos.

Polifarmacia y riesg

Uso de criterios BEERS o STOPP/START para reducir la prescripción potencialmente inapropiada.

Prevalencia y Manejo de Comorbilidades No Asociadas a SIDA

Comorbilidad / Condición	Prevalencia / Riesgo Estimado	Consideración Clínica / TAR
Enfermedad Cardiovascular	45% riesgo moderado/alto	Evitar Abacavir en alto riesgo coronario
Enfermedad Renal Crónica	73,3% riesgo de progresión	Sustituir o evitar Tenofovi disoproxilo (TDF)
Osteopenia / Osteoporosis	40% prevalencia	Evaluar con escala FRAX / DMO (DXA)

PALABRAS CLAVE

Descriptores científicos: VIH, SIDA, comorbilidades, envejecimiento, adulto mayor, polifarmacia.

BRECHA DIGITAL Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE MAYOR EN ADMISIÓN HOSPITALARIA

Fraile Sonia[1], Mallada Eloína[1], Martínez Eva[2], Fernández Mario[3]
[1]C.P. León, [2] SACYL, [3]Estudiante Grado de Medicina U. Nebrija.

1. Resumen

Brecha Digital Geriátrica

Análisis de la desorientación tecnológica en un paciente de 81 años.

2. Palabras Claves

Términos Principales

Brecha digital
accesibilidad
atención al paciente
geriatría
hospital

3. Antecedentes

Perfil Demográfico

Jose Miguel, 81 años, residente en Leon, España.

Entorno y Estado

Sala de espera de Admisión, aspecto perdido con papel de turno.

4. Objetivos

Evaluar Impacto

Analizar la ansiedad provocada por la senalética digital.

Proponer Soluciones

Identificar apoyos emocionales, físicos y de atención personalizada.

5. Método

Mapa de Experiencia

Evaluación cualitativa de pensamientos, deseos, angustias y apoyos.

6. Resultados

Percepción del Hospital

Lugar frío, tecnificado, laberíntico y enfocado en jóvenes.

Deseos del Paciente

Guía verbal, señalética física grande y atención preferente.

Factores de Angustia

Miedo a perder el turno y parpadeo de pantallas.

Elementos de Apoyo

Papel impreso en mano, trato amable y empatia.

7. Conclusiones

Humanización Prioritaria

La digitalización hospitalaria exige asistencia personal complementaria para mayores.

Validez del Soporte Físico

El turno impreso proporciona seguridad y control al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Diabetes mellitus tipo 2: el poder de la educación para la salud en el autocuidado

Autoras: Isabel Zurita Fradejas, María Paz Matellán Hernández, Ana Campano Pascual, María Encarnación Gómez Santos, María Miriam Conde Prieto, Alba Funcia González, Cristina villar Hernández, Ángel Gómez Prieto.

RESUMEN

La DM2 es un problema de salud pública. La educación para la salud (EPS) favorece el autocuidado, la adherencia terapéutica y la adquisición de hábitos saludables.
Es importante analizar el impacto de la EPS y sus beneficios en el control glucémico, prevención de complicaciones y mejora de la calidad de vida, destacando el valor de los programas educativos estructurados y personalizados.



ANTECEDENTES

La diabetes mellitus tipo 2 es un importante problema de salud pública y se asocia a complicaciones cardiovasculares, renales y neurológicas.
La resistencia a la insulina, el sedentarismo y el sobrepeso hacen imprescindible que su abordaje combine tratamiento farmacológico y modificación de hábitos de vida. La educación para la salud ha evolucionado hasta convertirse en un pilar del tratamiento, permitiendo al paciente participar activamente en el control de su enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus tipo 2, educación para la salud, autocuidado, adherencia terapéutica, hábitos saludables, calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

Analizar la importancia de la educación para la salud en el abordaje integral de la diabetes tipo 2.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de literatura científica y documentos institucionales.

- Bases de datos: PubMed/MEDLINE, Scopus, Google Scholar y Web of Science.
- Periodo de publicación: 2000-2025, priorizando estudios posteriores a 2010.
- Idiomas: español e inglés.
- Selección: revisión de títulos, resúmenes y lectura completa.

CONCLUSION

La educación para la salud es un pilar fundamental en el abordaje integral de la diabetes mellitus tipo 2.
Los programas educativos favorecen el control glucémico, el autocuidado y la adherencia terapéutica, contribuyendo a mejorar la calidad de vida.
Empoderar al paciente mediante una educación individualizada, es clave para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico

RESULTADOS



INTERVENCIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO Y RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA EN CUIDADORES INFORMALES: PROPUESTA APRENDIZAJE - SERVICIO

Beatriz Hernández-Moreda, Laura De la Rosa-Velasco, Ahmed Argoubi, Raquel Díez-García, Ana María Martín-Nogueras

Palabras clave: Daño Cerebral Adquirido, Cuidador Informal, Ansiedad, Terapia por ejercicio, Ejercicio respiratorio.

RESUMEN Y ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional y el aumento de casos de Daño Cerebral Adquirido (DCA) incrementan la necesidad de cuidados de larga duración, asumidos frecuentemente por familiares sin formación previa, lo que puede generar sobrecarga física y emocional.

El proyecto Aprendizaje-Servicio (ApS) ofrece estrategias como el ejercicio adaptado, la respiración diafragmática y la relajación de Jacobson, que pueden contribuir a mejorar el bienestar físico y mental de los cuidadores informales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar a los cuidadores informales herramientas de autocuidado basadas en ejercicios de respiración diafragmática y ejercicio terapéutico para promover su bienestar físico y emocional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la sobrecarga de los cuidadores informales.
- Valorar la utilidad percibida de los contenidos impartidos durante el taller por parte de los cuidadores informales.
- Analizar el grado de satisfacción global de los asistentes tras el taller.

METODOLOGÍA



Figura 1. Cartel informativo del taller

N = 9 cuidadores informales

EVALUACIÓN CON CUESTIONARIOS

- Cuestionario sobre ansiedad.
- Cuestionario conocimientos previos, satisfacción y utilidad percibida.
- Instrumentos específicos para valorar los resultados de aprendizaje asociados a la metodología de ApS.







Figura 2. Taller de Respiración Diafragmática & Ejercicio Terapéutico & Relajación (Facultad de Enfermería y Fisioterapia, USAL).

RESULTADOS



Figura 3. Infografía 1 para uso domiciliario.



Figura 4. Infografía 2 para uso domiciliario.

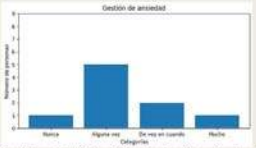


Gráfico 1. "Gestión de la Ansiedad".

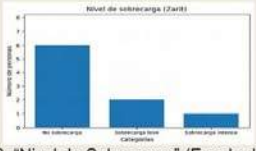


Gráfico 2. "Nivel de Sobrecarga" (Escala de Zarit).

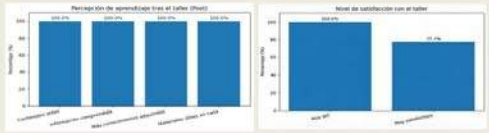


Gráfico 3. Valoración de la utilidad y satisfacción de los participantes.

CONCLUSIONES

✓ El taller de ApS proporcionó herramientas prácticas de autocuidado para afrontar las demandas del cuidado de personas con DCA.
✓ La mayoría de los cuidadores no presentó sobrecarga, aunque se identificaron algunos casos de sobrecarga leve e intensa.
✓ Los participantes valoraron positivamente la utilidad de las técnicas de respiración, ejercicio terapéutico y relajación para el autocuidado.
✓ La satisfacción global con el taller fue elevada, destacando la buena aceptación de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

PÓSTER · DERECHO Y SILVER ECONOMY

Acceso a la justicia de las personas mayores en el medio rural: barreras y propuestas

> Vivir en un pueblo no debería significar tener menos derechos.

32,7 %
de la población de la provincia estudiada tiene 65 años o más
INE (2025a)

231/248
municipios con 1.000 habitantes o menos
INE (2025b)

RESUMEN

Las personas mayores del medio rural afrontan obstáculos específicos para ejercer sus derechos: la distancia a los servicios jurídicos, la digitalización de la relación con las Administraciones y el riesgo de abuso económico. Mediante una revisión normativa y documental centrada en una de las provincias más envejecidas de España, se identifican cuatro barreras de acceso a la justicia, se vincula cada una con los instrumentos jurídicos disponibles y se propone un modelo de asesoramiento jurídico-administrativo de proximidad concebido como servicio de la Silver Economy, que puede generar empleo cualificado en el medio rural, reforzar la autonomía de las personas mayores y replicarse en otros territorios.

PALABRAS CLAVE

acceso a la justicia · personas mayores · medio rural · brecha digital · despoblación · medidas de apoyo · Silver Economy

1 ANTECEDENTES

Reglas de Brasilia
Reconocen la **edad** como causa de vulnerabilidad (Cumbre Judicial Iberoamericana, 2018).

Ley 8/2021 · CDPD
Adapta el Derecho a la CDPD (Naciones Unidas, 2006): **medidas de apoyo**, no incapacitación.

Defensor del Pueblo
Reclama **atención presencial** para mayores y residentes en zonas aisladas (2022).

2 OBJETIVOS

1. Identificar las barreras de acceso a la justicia en el medio rural.
2. Vincular cada barrera con los instrumentos jurídicos disponibles.
3. Proponer un servicio de proximidad de la **Silver Economy**, evaluable y replicable.

3 MÉTODO

- **Revisión normativa:** CDPD, Código Civil, Leyes 1/1996, 39/2015 y 8/2021, LO 1/2025 y Reglas de Brasilia.
- **Revisión documental:** INE, Funcas, Defensor del Pueblo, HelpAge y doctrina (Delgado Martín, 2019; Yon et al., 2017).
- **Análisis jurídico:** vinculación de cada barrera con su instrumento normativo.

4 RESULTADOS · Cuatro barreras en el camino (HelpAge International España, 2021; Defensor del Pueblo, 2022)



4 RESULTADOS · De la barrera a la respuesta

BARRERA	INSTRUMENTO JURÍDICO	RESPUESTA DEL MODELO
A Geográfica	Oficinas de Justicia en los municipios (LO 1/2025)	Atención itinerante en locales municipales
B Digital	Asistencia en medios electrónicos (art. 12 Ley 39/2015)	Acompañamiento en trámites electrónicos
C Informativa	Justicia gratuita (Ley 1/1996) y medidas de apoyo (Ley 8/2021)	Charlas preventivas en asociaciones
D Vulnerabilidad	Poderes preventivos y autocuratela (arts. 256-262 y 271 CC)	Ventanilla única coordinada con servicios sociales

4 RESULTADOS · Propuesta silver



5 CONCLUSIONES

- El acceso a la justicia es **condición de autonomía** de las personas mayores.
- Los derechos están reconocidos, pero hay **obstáculos prácticos** (HelpAge International España, 2021).
- Puede ser un **servicio de la Silver Economy** replicable que ayude a **fijar población**.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código Civil. Real Decreto de 24 de julio de 1889. *Gaceta de Madrid*, 206.

Cumbre Judicial Iberoamericana. (2018). *Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad*.

Defensor del Pueblo. (2022, 25 de enero). *Actuación de oficio* [Nota de prensa].

Delgado Martín, J. (2019). *Guía comentada de las Reglas de Brasilia* (Herramientas EUROsociAL, 23). EUROsociAL.

Funcas. (2026, 3 de febrero). *Perfil demográfico y socioeconómico del usuario de la banca digital* (Análisis OFT 5/2026).

HelpAge International España. (2021, marzo). *Situación del derecho acceso a la justicia* [Contribución a la 11.ª sesión del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento].

Instituto Nacional de Estadística. (2025a). *Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia* [Tabla 1488]. INE.

Instituto Nacional de Estadística. (2025b). *Cifras oficiales de población de los municipios españoles: Revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2025*. INE.

Ley 1/1996, de 10 de enero, de asistencia jurídica gratuita. *BOE*, 11.

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *BOE*, 132.

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. *BOE*, 236.

Ley Orgánica 1/2025, de 2 de enero, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia. *BOE*, 3.

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. ONU.

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D. y Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156.

Alteraciones sensoriales durante el envejecimiento

Cambios, consecuencias y cuidados en las personas mayores

1. Resumen

El envejecimiento produce cambios progresivos en los órganos de los sentidos. Estas alteraciones pueden afectar a la autonomía, la comunicación y la calidad de vida.

2. Sentidos afectados

- **Vista:** pérdida de agudeza visual.
- **Audición:** dificultad para escuchar.
- **Olfato:** menor percepción de olores.
- **Gusto:** cambios en los sabores.
- **Tacto:** menor sensibilidad.

3. Causas principales

- Cambios fisiológicos propios de la edad.
- Enfermedades crónicas.
- Determinados medicamentos.
- Exposición al ruido y tabaco.
- Alteraciones neurológicas.

4. Consecuencias

- Mayor riesgo de caídas.
- Dificultades de comunicación.
- Problemas de alimentación.
- Aislamiento social.
- Pérdida de autonomía.

5. Fotografías clínicas reales



Exploración visual en una persona mayor.
Fuente: Pexels, Mike Sangma.



Evaluación de la audición.
Fuente: Pixabay.

6. Prevención y cuidados

- Realizar revisiones periódicas de visión y audición.
- Utilizar gafas y audífonos cuando estén indicados.
- Mantener una alimentación equilibrada.
- Evitar ruidos intensos.
- Mejorar la iluminación del hogar.
- Favorecer las relaciones sociales.
- Consultar ante pérdidas repentinas de sensibilidad.

7. Conclusiones

La detección precoz de las alteraciones sensoriales y unos cuidados adecuados ayudan a prevenir complicaciones y mantener la independencia y calidad de vida de las personas mayores.

8. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud sensorial. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. MedlinePlus. Cambios en los sentidos con la edad. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004013.htm
3. National Institute on Aging. Health and Aging. https://www.nia.nih.gov/health

Cuidar nuestros sentidos es cuidar nuestra salud y nuestra autonomía

Planes de cuidados enfermeros en la Leucemia Mieloide Aguda (LMA)





Resumen

La LMA es una neoplasia hematológica de rápida progresión y que requiere cuidados enfermeros especializados y protocolarizados.

El plan de cuidados se orienta a la vigilancia clínica, prevención de infecciones y hemorragias, manejo de efectos secundarios del tratamiento, educación sanitaria y apoyo psicosocial. Las intervenciones enfermeras basadas en las quías internacionales, mejoran la seguridad, la adherencia y la calidad de vida del paciente.

Antecedentes

La LMA provoca la proliferación de blastos anómalos. El tratamiento, (basado en quimioterapia intensiva y trasplantes hematopoyéticos) conlleva un alto riesgo de neutropenia, sepsis, hemorragias y toxicidad sistémica.

El rol enfermero es fundamental en la detección precoz de complicaciones, la administración segura de fármacos y la educación del paciente pata el autocuidado y la adherecia terapeútica.

Objetivo

Sintetizar la evidencia científica sobre los planes de cuidados enfermeros en pacientes con LMA, identificando las principales intervenciones para reducir complicaciones, optimizar el tratamiento y favorecer el bienestar integral del paciente





Material y Método

Se realizó una revisión bibiográfica en bases de daros como PubMed, Scielo, y Cihanal, abarcando publicaciones entre 2015-2025. Se incluyeron revisiones, guías clínicas y estudios sobre intervnciones enfermeras en LMA.

Palabras Clave

- Leucemis mieloide aguda
- Cuidados de enfermería
- Trasfusiones
- Educación sanitaria
- Soporte oncológico

Resultados

- Prevención de infecciones: control de signos vitales y protocolos de actuación ante la fiebre en neutropenias.
- Control de sangrado.
- Manejo de efectos adversos como la mucositis, control de náuseas, apoyo nutricional y control del dolor.
- Apoyo social.
- Coordinación asistencial.

Conclusión

- Detección precoz y actuación rápida ante infecciones y sangrados.
- Prevención y manejo de efectos secundarios de la quimioterapia.
- Educación sanitaria continua y apoyo psicoemocional.
- Coordinación interdisciplinar y registro sistemático de resultados clínicos.

Prevención de caídas en el adulto mayor

Pequeñas acciones, gran diferencia

1. Resumen

Las caídas son uno de los problemas más frecuentes en las personas mayores y pueden tener consecuencias graves. La prevención es clave para mantener la autonomía y mejorar la calidad de vida.

2. Factores de riesgo

- Edad avanzada.
- Enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes...).
- Polimedicación.
- Dificultades visuales o auditivas.
- Debilidad muscular y problemas de equilibrio.
- Entorno inseguro (hogar, vía pública).

3. Consecuencias

- Fracturas y lesiones.
- Pérdida de autonomía.
- Mayor riesgo de dependencia.
- Aislamiento social.
- Disminución de la calidad de vida.



4. Consejos para prevenirlas

- Mantenerse activo: ejercicio físico adaptado (caminar, gimnasia...).
- Realizar revisiones periódicas de visión y audición.
- Revisar la medicación con un profesional sanitario.
- Adaptar el hogar: eliminar obstáculos, colocar barras de apoyo y buena iluminación.
- Usar calzado cómodo y antideslizante.
- Levantarse despacio y con ayuda si es necesario.



5. ¿Cuándo consultar?

Es importante acudir al médico o profesional sanitario si:

- Se ha sufrido una caída, aunque no haya lesiones aparentes.
- Se siente mareo o inestabilidad frecuente.
- Se tiene miedo a caer.

6. Conclusiones

La prevención de caídas en el adulto mayor es fundamental para evitar lesiones, mantener la independiencia y favorecer un envejecimiento activo y saludable.

7. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de caídas en las personas mayores. https://www.who.int
2. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para prevenir caídas. https://www.sanidad.gob.es
3. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Guía práctica de prevención de caídas.

Prevenir caídas es cuidar nuestra salud

Humanización de los cuidados en la persona mayor

Revisión bibliográfica · Congreso Silver Economy



RESUMEN

La humanización de los cuidados sitúa a la persona, y no la enfermedad, en el centro de la atención. En la población mayor, con mayor fragilidad, dependencia y riesgo de soledad, adquiere especial relevancia. Esta revisión bibliográfica sintetiza los elementos que definen un cuidado humanizado y sus efectos sobre pacientes, familias y profesionales.

PALABRAS CLAVE

Humanización de la asistencia · Atención centrada en la persona · Persona mayor · Cuidados · Dignidad · Envejecimiento

ANTECEDENTES

- El envejecimiento de la población aumenta la demanda de cuidados complejos y prolongados.
- El modelo biomédico tradicional puede relegar las necesidades emocionales, sociales y espirituales.
- Organismos como la OMS promueven servicios integrados y centrados en las personas.
- Surgen planes y proyectos de humanización en el ámbito hospitalario, sociosanitario y comunitario.

OBJETIVOS

- Describir los componentes del cuidado humanizado en la persona mayor.
- Identificar las intervenciones descritas.
- Analizar beneficios y barreras de implantación.

MÉTODO

- Diseño: revisión bibliográfica.
- Fuentes: bases de datos científicas y documentos institucionales.
- Síntesis narrativa de los documentos relevantes.

RESULTADOS

- **Comunicación empática:** escucha activa, información clara y trato respetuoso.
- **Dignidad y autonomía:** respeto a la intimidad, a los valores y a la toma de decisiones.
- **Familia y entorno:** participación de los allegados, flexibilidad de visitas y acompañamiento.
- **Entorno físico:** espacios amables, orientadores y que reduzcan el estrés.
- **Cuidado del profesional:** formación, trabajo en equipo y prevención del desgaste.

CONCLUSIONES

- Humanizar es una dimensión esencial de la calidad asistencial, no un añadido.
- Requiere cambios en la cultura de las organizaciones, además de en la práctica individual.
- Mejora la experiencia de pacientes y familias y favorece el bienestar de los profesionales.
- Se necesita más investigación que evalúe su impacto de forma sistemática.

REFERENCIAS (VANCOUVER)

1. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en las personas. Ginebra: OMS; 2016.

2. Heras La Calle G. Humanizando los cuidados intensivos. Proyecto HU-CI. Med Intensiva. 2017.

3. Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid; 2016.

4. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Buckingham: Open University Press; 1997.

Escanea para ver la bibliografía

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA

Terapia de reminiscencia en casa para personas mayores con deterioro de la memoria en el medio rural

VIII Congreso Internacional Silver Economy
26-28 de noviembre de 2026 · Modalidad póster

RESUMEN

Intervención enfermera en el domicilio para personas mayores del medio rural con deterioro de la memoria (NANDA-I 00131): 4 sesiones de terapia de reminiscencia (NIC 4860) de 30 minutos con recuerdos y objetos de la vida del pueblo, valoradas con los resultados NOC Memoria (0908) y Bienestar personal (2002).

Palabras clave: terapia de reminiscencia; trastornos de la memoria; población rural; atención domiciliaria de salud; anciano

OBJETIVO

Mejorar el bienestar de la persona mayor con deterioro de la memoria en su vivienda mediante la terapia de reminiscencia (NIC 4860).

Antecedentes

18,5 % de las personas de 65 años o más atendidas en atención primaria en España tiene deterioro cognitivo[1]

En el medio rural se suman la dispersión y la soledad. La reminiscencia trabaja con los recuerdos antiguos, que se conservan mejor, y mejora la memoria, el ánimo y la calidad de vida[2,3], sobre todo en formato individual[4].

MÉTODO

Población diana

Personas mayores que viven en su casa, en el medio rural, con el diagnóstico:

NANDA-I 00131 Deterioro de la memoria[7]

r/c disminución de la interacción social, estimulación intelectual inadecuada y apoyo social inadecuado **m/p** dificultad para recordar acontecimientos, dificultad para recordar nombres familiares y dificultad para retener información nueva.

Se excluyen la demencia moderada o grave y el déficit sensorial grave sin corregir.

Intervención · NIC 4860 Terapia de reminiscencia[8]

4	30 min	En casa	Familia
sesiones semanales	por sesión	individual	si es posible

1 · Mi casa y mi familia
Fotos de la familia y de la boda. Se empieza el libro de recuerdos.

2 · La infancia y la escuela
El maestro, la cartilla, los juegos de niños.

3 · El trabajo en el campo
La siega, la vendimia, los animales. Aperos y olores de entonces.

4 · Fiestas y cierre
Canciones del pueblo, la matanza. Se termina el libro de recuerdos.

ACTIVIDADES NIC SELECCIONADAS

- Identificar con el paciente un tema para cada sesión.
- Introducir estímulos a los cinco sentidos dirigidos para estimular el recuerdo.
- Realizar preguntas abiertas sobre los sucesos pasados.
- Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como negativos, de los sucesos pasados.
- Ayudar al paciente a crear o a añadir a un árbol genealógico o a registrar su historia oral.

Evaluación · NOC [9]

Inicial (ejemplo) ● Diana

Escala de 1 a 5	1	2	3	4	5	Meta
0908 Memoria Escala 13 · frecuencia de aclaración por informe o conducta						
090803 Información remota			○	●		3 → 4
090802 Información reciente		●	mantener			2 = 2
2002 Bienestar personal Escala 18 · percepción de las expectativas positivas						
200202 Salud psicológica		○	●			2 → 3
200203 Relaciones sociales		○	●			2 → 3
200209 Nivel de felicidad		○	●			2 → 3
200210 Expresar emociones			○	●		3 → 4

Se valora en la primera y en la cuarta sesión.

Resultados esperables

- Bienestar personal: 1 punto más en cada indicador[2,3].
- Memoria: mejor recuerdo antiguo y el reciente estable; el efecto suele ser pequeño[2,6].
- En casa puede funcionar mejor que en un centro[5]. Con 4 sesiones, efecto modesto.

Conclusiones

- Intervención corta y con pocos recursos, que cabe en la visita domiciliaria.
- La metodología enfermera permite planificar la intervención y evaluar sus resultados.
- Falta ponerla en marcha y evaluarla con pacientes.

Bibliografía

Escanea el código para ver las referencias completas.

1 Vega Alonso. Neurología 2018
2 Wang. Aging Clin Exp Res 2026
3 Xu. Front Psychiatry 2023
4 Pu. Int J Nurs Stud 2025
5 Jung. J Korean Soc Occup Ther 2023
6 Woods. Cochrane 2018
7 NANDA-I 2024-2026
8 NIC, 8.ª ed. 2024
9 NOC, 7.ª ed. 2024

Beneficios de la técnica Mölndal en personas mayores: confort, cicatrización y cuidados enfermeros

Una cura avanzada para un envejecimiento con calidad de vida

Resumen

La técnica Mölndal, que combina un apósito de hidrofibra con un film transparente de poliuretano, se presenta como una opción innovadora en el cuidado de heridas, especialmente en personas mayores. Esta cura en ambiente húmedo favorece una cicatrización más rápida, reduce el dolor y el riesgo de infección, y disminuye la frecuencia de curas, mejorando el confort y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

Técnica Mölndal; heridas; personas mayores; cuidados de enfermería; cicatrización.

Antecedentes

Las personas mayores presentan una piel más frágil, mayor riesgo de lesiones y una cicatrización más lenta. La técnica Mölndal, al mantener un ambiente húmedo controlado, facilita los procesos naturales de reparación tisular y reduce las molestias asociadas a la cura.



Técnica Mölndal

Innovación en el cuidado de heridas

- Previene infecciones
- Reduce el dolor
- Disminuye curas
- Mejora el bienestar

Objetivos

- Analizar los beneficios de la técnica Mölndal en personas mayores.
- Valorar su aplicación en diferentes tipos de heridas.
- Destacar el papel de enfermería en su correcta implementación.

Método

Revisión bibliográfica en bases de datos científicas (PubMed, CINAHL, Cochrane) y guías clínicas recientes sobre la técnica Mölndal y su uso en personas mayores.

Resultados

- Cicatrización más rápida y eficiente.
- Menor dolor y menor frecuencia de curas.
- Reducción del riesgo de infección.
- Mayor confort y bienestar del paciente.

Conclusiones

La técnica Mölndal ofrece múltiples beneficios en el cuidado de heridas en personas mayores: acelera la cicatrización, disminuye el dolor, reduce el riesgo de infección y minimiza la frecuencia de curas. Su uso, junto a una correcta valoración enfermera y un enfoque individualizado, contribuye a un envejecimiento más saludable, autónomo y confortable.

Cuidar bien, también es envejecer mejor

FRAGILIDAD Y DELIRIO POSTOPERATORIO URGENTE: EL GRAN RETO OCULTO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO QUIRÚRGICO.

RESUMEN

El delirio postoperatorio es una complicación frecuente en pacientes geriátricos sometidos a cirugía urgente.
Se propone un protocolo multidisciplinar de prevención perioperatoria para reducir su incidencia, mejorar la recuperación funcional y disminuir la estancia hospitalaria y los costes sociosanitarios.



MÉTODO

Revisión de la evidencia científica y diseño de un protocolo piloto de optimización geriátrica perioperatoria basado en:

- Cribado de fragilidad y valoración cognitiva.
- Evitación de fármacos anticolinérgicos y benzodiacepinas.
- Monitorización de la profundidad anestésica (BIS).
- Prevención de hipotermia (temperatura ≥36 °C).
- Analgesia multimodal y técnicas regionales ahorradoras de opioides.

PALABRAS CLAVE

Delirio postoperatorio; paciente geriátrico; fragilidad; cirugía urgente; prevención; cuidados perioperatorios.

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional ha aumentado la presencia de pacientes geriátricos frágiles en los quirófanos de urgencias. El delirio postoperatorio se asocia a mayor morbimortalidad, deterioro funcional, prolongación de la estancia hospitalaria e institucionalización.

OBJETIVOS

1. Identificar factores precipitantes del delirio postoperatorio.
2. Proponer medidas multidisciplinares de prevención.
3. Reducir complicaciones, estancia hospitalaria y pérdida de autonomía.

RESULTADOS

INDICADOR CLINICO	CONVENCIONAL	CON PROTOCOLO
Incidencia delirio	38,5%	16,2%
Estancia media (días)	11,4	7,1
Destino al alta (domicilio)	45%	72%

CONCLUSIONES

La prevención del delirio postoperatorio mediante un protocolo multidisciplinar puede mejorar la seguridad quirúrgica, preservar la autonomía del paciente geriátrico, reducir la estancia hospitalaria y favorecer la sostenibilidad sociosanitaria.

Implementación y uso de Genus Care para la monitorización domiciliaria, la comunicación familiar y el seguimiento remoto de personas mayores en un entorno rural: estudio piloto

AFILIACIONES

Efraín Rujano[1,2], Angie Alejandra Diaz Baquero[1,2,3], Manuel Franco Martín[1,2,3], María Amela Hernández[1,2], Estela Romero Álvarez[1], María Jesús Fernández De La Vega[1],

1 Centro de Innovación Social Meeting Center Zenda, Granja de Moreruela, Zamora, España
2 Fundación para la Investigación Biomédica de Salamanca, España
3 Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España

Resumen: La soledad no deseada y los periodos prolongados sin compañía constituyen retos relevantes para el bienestar y la continuidad de los cuidados en el medio rural. Genus Care se incorpora como recurso de acompañamiento y monitorización domiciliaria para facilitar la conexión entre personas mayores, familiares y profesionales. **Objetivo:** Describir el proceso de implementación y utilización del sistema Genus Care para la monitorización domiciliaria, la comunicación familiar y el seguimiento remoto de personas mayores en un entorno rural, mediante el análisis de los registros generados por la plataforma. **Diseño:** Estudio piloto observacional, descriptivo y de métodos mixtos. **Situación actual:** 12 usuarios incorporados.

Palabras claves: Genus Care; personas mayores; entorno rural; tecnología de acompañamiento; monitorización domiciliaria; soledad no deseada.



Antecedentes

El envejecimiento de la población y las dificultades de acceso a determinados servicios en el medio rural plantean la necesidad de explorar soluciones tecnológicas que faciliten el seguimiento de las personas mayores en sus domicilios.

Genus Care es un sistema de tecnología inteligente que integra dispositivos de monitorización, sensores domiciliarios y herramientas de comunicación familiar.

En este contexto, su incorporación en Granja de Moreruela (Zamora) constituye una experiencia piloto orientada a describir el proceso de implementación y los patrones de utilización de esta tecnología en un entorno rural.

Objetivos

Describir el proceso de implementación y utilización del sistema Genus Care para la monitorización domiciliaria, la comunicación familiar y el seguimiento remoto de personas mayores en un entorno rural, mediante el análisis de los registros generados por la plataforma.

Objetivos específicos

- Cuantificar los registros de comunicación e interacción familiar, incluyendo llamadas, mensajes y fotografías compartidas.
- Analizar los registros de alertas y actividad generados por los dispositivos, identificando patrones de utilización y variabilidad entre usuarios.

Metodología

Procedimiento
Participantes y criterios de selección
Población: Personas mayores de 65 años residentes en el entorno rural.
Muestra: Selección intencional de participantes (n = 12), atendiendo a los siguientes criterios:

- **Inclusión:** Edad ≥ 65 años, diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL) o demencia en fase inicial, independientemente de su etiología, y capacidad de interacción básica con dispositivos tecnológicos.
- **Exclusión:** Deterioro cognitivo severo, edad inferior a 65 años, diagnósticos primarios de esquizofrenia, trastornos psicóticos mayores, trastorno bipolar o depresión mayor, y alteraciones sensoriales graves no compensadas.

El proyecto se desarrolló en cuatro fases: **(1)** entrevista inicial para conocer las características y rutinas diarias de los participantes; **(2)** instalación y configuración de dispositivos Genus Care en los domicilios y **(3)** incorporación de familiares a la aplicación para facilitar la comunicación, el intercambio de fotografías y el seguimiento remoto.

Análisis de datos
Se realizó un análisis descriptivo de los registros de actividad generados por la plataforma Genus Care, mediante hojas de cálculo Excel. Se cuantificaron frecuencias y distribuciones de indicadores de uso, comunicación y funcionamiento, incluyendo llamadas de emergencia realizadas y atendidas, alertas de temperatura elevada, fotografías y mensajes intercambiados, recordatorios, interacciones familiares y desconexiones de los dispositivos.

Resultados



Los registros obtenidos permiten identificar diferentes funcionalidades de Genus Care relacionadas con la comunicación familiar y la monitorización domiciliaria. Las llamadas, los mensajes y el intercambio de fotografías representan canales de interacción a distancia, mientras que las alertas proporcionan información sobre determinados eventos del entorno doméstico.

Estas funcionalidades ofrecen posibilidades de apoyo al seguimiento remoto de las personas mayores, aunque su impacto sobre la autonomía, el bienestar y la seguridad requiere una evaluación específica.

Conclusiones

La experiencia piloto permitió documentar la implementación de Genus Care en domicilios de personas mayores de un entorno rural, identificando la utilización de sus funcionalidades de comunicación familiar y monitorización domiciliaria.

Los registros evidenciaron actividad en los canales de comunicación, destacando una tasa de respuesta del 97,7 % en las llamadas, así como el intercambio de mensajes y fotografías entre familiares y usuarios.

Asimismo, las alertas generadas por los sensores permitieron caracterizar distintos eventos relacionados con la actividad diaria y las condiciones ambientales del domicilio.

La variabilidad observada en los registros pone de manifiesto la importancia de considerar las características individuales y la configuración tecnológica de cada instalación al interpretar los patrones de utilización en cada entorno.

En conjunto, esta experiencia proporciona una primera descripción de la incorporación de esta tecnología en un ambiente rural, aportando información sobre el manejo de estos datos y de esta forma poder orientar al uso de dispositivos o programas adecuados y evitar el incorporar en domicilios de los usuarios tecnología que terminen siendo poco utilizadas.

CENTRO DE INNOVACIÓN SOCIAL
ZENDA
2026

Promoción de la salud y prevención en cuidadores informales: un abordaje multidisciplinar dentro del proyecto "Cuidar al Cuidador"

Resumen

La figura del cuidador informal es clave en la sostenibilidad de los cuidados en personas en situación de dependencia, requiriendo un apoyo integral enfocado en "ayudar a quienes ayudan". En el marco del proyecto "Cuidar al Cuidador", se diseñó e implementó un programa formativo e interdisciplinar de tres talleres teórico-prácticos de 90 minutos. La propuesta capacitó a los cuidadores en necesidades cotidianas específicas como el manejo orofacial y la deglución segura; promovió el equilibrio ocupacional y la autogestión de la salud para prevenir el desgaste y evitar enfermar; e impulsó el ocio adaptado y la participación social entre cuidadores, personas con discapacidad y el resto de participantes, entrenando simultáneamente habilidades cognitivas a través del juego. A través de dinámicas de sensibilización iniciales, la intervención demuestra cómo la formación preventiva y multidisciplinar fortalece las competencias del cuidador, cuida su propia salud y fomenta un entorno comunitario inclusivo.

Palabras clave

Cuidadores informales, Terapia ocupacional, Fisioterapia, Logopedia, Disfagia, Equilibrio ocupacional, Ocio

Antecedentes

El envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas han posicionado a la figura del cuidador informal como la columna vertebral de la atención domiciliaria (1). Sin embargo, la labor continuada del cuidado sin una formación adecuada ni espacios de desconexión genera un impacto directo en la salud física, psíquica y social del cuidador, incrementando el riesgo de morbilidad y el síndrome de sobrecarga (burnout) (2).

Para garantizar la sostenibilidad del cuidado es prioritario "ayudar a quienes ayudan" a través de la intervención multidisciplinar y la prevención primaria y secundaria, enfocada en tres pilares clave:

- **Capacitación en necesidades del día a día (Deglución y Manejo Orofacial).** Complicaciones como la disfagia no solo comprometen la salud de la persona cuidada, sino que generan una elevada ansiedad y estrés durante la alimentación. La instrucción teórico-práctica en técnicas de manejo orofacial y postural reduce el riesgo de aspiraciones y devuelve la seguridad a las familias (3).
- **Prevención de la salud del cuidador (Equilibrio Ocupacional).** El cuidador tiende a abandonar sus roles personales y su autocuidado en favor de las exigencias de la atención. La educación en equilibrio ocupacional es esencial para prevenir el colapso funcional del cuidador y evitar que el propio cuidador enferme (4).
- **Ocio, estimulación cognitiva y participación social.** El aislamiento social es una de las mayores consecuencias del cuidado prolongado. Implementar intervenciones basadas en el juego adaptado permite entrenar procesos cognitivos (atención, memoria, lenguaje) mientras se genera un espacio de ocio inclusivo. Esto rompe las barreras relacionales entre personas con discapacidad, cuidadores y la comunidad general, fortaleciendo el tejido social (5).

Objetivo

Describir el diseño y la implementación de un programa formativo multidisciplinar para "ayudar a quienes ayudan", orientado a capacitar a los cuidadores informales en el cuidado diario, promover su autocuidado y favorecer su participación social a través del ocio adaptado.

Metodología

Se diseñó e implementó un programa formativo e interdisciplinar estructurado en 3 talleres teórico-prácticos de 90 minutos de duración cada uno, dirigido a cuidadores informales, personas con discapacidad y participantes de la comunidad.

Taller 1: Abordaje multidisciplinario del cuidado orofacial en pacientes con disfagia

Capacitación práctica en la identificación precoz de signos de disfagia y manejo de la higiene oral en pacientes dependientes. Se formó a los cuidadores en maniobras terapéuticas y posturales deglutorias, junto con técnicas de fisioterapia respiratoria (higiene bronquial, reeducación del patrón ventilatorio y manejo de secreciones) orientadas a optimizar la mecánica deglutorio-respiratoria y prevenir complicaciones como las neumonías por aspiración (Fig. 1).



Fig. Taller 1: "Cuidando cada bocado"

Taller 2: Intervención lúdica para fomentar el ocio y la participación social, y la estimulación de funciones cognitivas.

Implementación de dinámicas lúdicas y juegos adaptados para favorecer la participación social compartida entre personas con discapacidad, sus cuidadores y el resto de participantes. De forma simultánea, las actividades fueron diseñadas para entrenar componentes cognitivos clave (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas y velocidad de respuesta), promoviendo la cohesión comunitaria y el esparcimiento mutuo (Fig. 2).



Fig. 2 Taller "Jugar para conectar "

Taller 3: Educación del equilibrio ocupacional.

Intervención centrada en el análisis del patrón de desempeño del cuidador. Se trabajaron estrategias para reorganizar las rutinas diarias, establecer límites saludables entre las tareas de cuidado y el autocuidado, y dotar de herramientas prácticas de autogestión de la salud para evitar el agotamiento físico, emocional y la aparición de patologías asociadas al cuidado (Fig. 3).



Fig. 3 Taller "Cuidar y Cuidarse"

Resultados

La implementación del programa "Cuidar al Cuidador" a través de una metodología multidisciplinar demostró una elevada adherencia y participación activa por parte de cuidadores, personas con discapacidad y agentes comunitarios. La integración de los tres talleres permitió abordar de forma conjunta la capacitación práctica en cuidados físicos y respiratorios, el ocio adaptado en la estimulación cognitiva y la participación social, así como la adopción de estrategias de autocuidado y equilibrio ocupacional para prevenir el agotamiento:

- Los asistentes adquirieron habilidades prácticas para la prevención de aspiraciones, aplicando de forma autónoma maniobras de deglución segura, higiene orofacial y pautas de fisioterapia respiratoria.
- **Fomento del ocio, participación social y entrenamiento en estimulación cognitiva.** Se crearon dinámicas de ocio adaptado que reforzaron los lazos comunitarios y la participación social, al tiempo que se ejercitaron activamente procesos cognitivos (atención, memoria y lenguaje).
- **Equilibrio ocupacional y autocuidado.** Los cuidadores identificaron estrategias de autogestión de la salud y reorganización de rutinas para prevenir la sobrecarga y el agotamiento físico/emocional.
- **Sensibilización transversal.** Las dinámicas experienciales permitieron a los participantes sin rol de cuidador comprender las limitaciones reales del paciente, fortaleciendo la red de apoyo social y el valor de la prevención.
- **Vídeo formativo en acceso abierto.** Como continuación del taller se elaboró un vídeo con las principales técnicas y recomendaciones, disponible en el repositorio abierto. Permite a los cuidadores repasar los contenidos en casa y llevar la formación a otras familias que no pudieron asistir.

Conclusiones

Formar, cuidar y conectar: tres talleres con un mismo propósito, ayudar a quienes ayudan.

- **Cuidando cada bocado.** Los cuidadores practicaron en primera persona maniobras de deglución segura, pautas posturales, higiene oral y técnicas de fisioterapia respiratoria, pensadas para aplicarse en el día a día del domicilio. El trabajo en parejas y el uso de espejos facilitó la ejecución correcta de cada ejercicio. El manejo de espesantes y la adaptación de texturas requiere más tiempo de práctica en futuras ediciones.
- **Jugar para conectar.** El juego adaptado convirtió el ocio en un espacio compartido entre cuidadores, personas con discapacidad y comunidad, en el que también se pusieron en marcha la atención, la memoria y el lenguaje.
- **Cuidar y cuidarse.** Los cuidadores se detuvieron a mirar su propia rutina, reconocieron el peso del cuidado y buscaron formas de reservar tiempo para sí mismos.

Recursos visuales

Se incorporarán después de la valoración

Más allá de la edad: ¿predice la fragilidad la evolución del paciente geriátrico tras su paso por Urgencias?

Revisión bibliográfica de la evidencia disponible

Alicia Pacho Gimare[1] · Rafael Molinero Pérez[1] · Beatriz Nieto Miguel[2] · Rebeca Santos Nieto[1] · María Asunción Jorge Martín[1]

[1] Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora [2] Gerencia de Servicios Sociales de Zamora



Mejor valoración, mejores decisiones

1 RESUMEN

La fragilidad se ha identificado como un predictor de resultados adversos en pacientes mayores atendidos en Urgencias, incluyendo reconsultas, ingresos y mortalidad. Sin embargo, la evidencia sobre su capacidad para predecir reconsultas es limitada y los instrumentos de cribado no son suficientes por sí solos.

Esta revisión tiene como objetivo analizar la evidencia disponible sobre la relación entre fragilidad y reconsultas en el paciente geriátrico tras su paso por Urgencias, así como las limitaciones de las herramientas de cribado y su utilidad en la práctica clínica.

Palabras clave

Fragilidad; Anciano; Urgencias; Reconsulta; Capacidad funcional; Revisión bibliográfica.

3 ANTECEDENTES

- El envejecimiento poblacional incrementa la atención de personas mayores en Urgencias y la complejidad de sus necesidades.
- La fragilidad se asocia a peores resultados, incluyendo reconsultas, ingresos y mortalidad.
- Los instrumentos de cribado no predicen por sí solos todos los resultados adversos, pero ayudan a identificar a los pacientes más vulnerables.
- La información disponible en la historia clínica electrónica puede ser una herramienta útil para la toma de decisiones en el alta.

4 OBJETIVOS

Objetivo principal

- Analizar la asociación entre la fragilidad y la reconsulta no programada en los 30 días siguientes al alta en pacientes mayores atendidos en Urgencias.

Objetivos secundarios

1. Estimar la proporción de reconsultas a 72 h, 7 y 30 días.
2. Analizar la relación entre dependencia funcional, dificultad para caminar, caídas previas y reconsulta.
3. Comparar características de pacientes que reconsultan vs. los que no.
4. Explorar la asociación entre fragilidad y otros resultados (ingreso en nueva visita, ingreso en el episodio inicial, mortalidad).
5. Identificar oportunidades de mejora en la valoración enfermera y la planificación del alta.

5 MÉTODO

Diseño
Revisión bibliográfica narrativa de estudios originales y revisiones sistemáticas.

Fuentes
PubMed, CINAHL, Scopus y Web of Science. Últimos 10 años.

Criterios de inclusión
- Adultos ≥65 años.
- Atención en Urgencias.
- Fragilidad, reconsultas y resultados adversos.

Criterios de exclusión
- Estudios en otras poblaciones (p. ej., hospitalización).
- Sin datos de interés.
- Calidad metodológica baja.

6 RESULTADOS

Principales hallazgos de la evidencia
- La fragilidad se asocia a mayor riesgo de reconsulta, ingreso y mortalidad en pacientes mayores atendidos en Urgencias.
- La capacidad predictiva de las escalas de fragilidad es moderada y varía según el contexto y el resultado.
- La combinación de fragilidad con otros factores (dependencia funcional, comorbilidad, visitas previas) mejora la identificación de pacientes en riesgo.

Datos destacados de estudios recientes

Reconsultas a 30 días
El 17% de los pacientes frágiles reconsultaron frente al 11% de los no frágiles (Johansson et al., 2024).

Rendimiento de la CFS
Sensibilidad 81% | Especificidad 71% para mortalidad a 30 días (Ku et al., 2025).

Limitaciones de la evidencia
- Heterogeneidad en las escalas de fragilidad utilizadas.
- Diferencias en el seguimiento (7, 30, 90 días).
- Escasa representación de la atención primaria y de ingresos previos.
- Falta de estudios que analicen intervenciones enfermeras específicas.

7 CONCLUSIONES

- La fragilidad se asocia a un mayor riesgo de reconsulta en el paciente geriátrico tras su paso por Urgencias.
- Las escalas de fragilidad son útiles, pero no deben utilizarse de forma aislada para predecir reconsultas u otros resultados adversos.
- La valoración funcional y la identificación de pacientes vulnerables permiten planificar un alta más individualizado.
- Es necesario seguir investigando para definir qué intervenciones enfermeras pueden reducir las reconsultas y mejorar la evolución.



La fragilidad no es solo una condición, es una señal de alerta

Referencias bibliográficas

1. Johansson H, Fahlander S, Hörlin E, et al. Revisits and frailty in older patients in the emergency department—a prospective observational multicenter study. BMC Emerg Med. 2024;24:205. doi:10.1186/s12873-024-01123-6.
2. Ku NW, Hsu YC, Mudhur J, et al. The Prognostic Accuracy of Frailty and Vulnerability Screening for Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Emerg Med. 2025;86(5):496-510. doi:10.1016/j.annemergmed.2025.05.018.
3. Larrea Aguirre N, García Gutiérrez S, Miró O, et al. Older Adult Patients in the Emergency Department: Which Patients should be Selected for a Different Approach? Ann Geriatr Med Res. 2024;28(1):9-19. doi:10.4235/agmr.23.0121.



«El cuidador también es paciente: la familia como aliada en la atención geriátrica urgente»

Alicia Pacho Gimare[1] · Rafael Molinero Pérez[1] · Beatriz Nieto Miguel[2] · Rebeca Santos Nieto[1] · María Asunción Jorge Martín[1]

[1] *Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora* · [2] *Gerencia de Servicios Sociales de Zamora*



RESUMEN

La atención urgente a las personas mayores puede dificultarse por alteraciones cognitivas, sensoriales o funcionales. El cuidador conoce su situación habitual y aporta información clave para reconocer cambios agudos, orientar la valoración enfermera y preparar un alta segura. Debe ser incorporado como colaborador y recibir también información y apoyo.

PALABRAS CLAVE

Persona mayor; cuidador familiar; servicios de urgencias; delirium; valoración geriátrica; planificación del alta.

ANTECEDENTES

Diferenciar el estado basal de un cambio reciente es esencial, especialmente ante un posible delirium. La información aportada por familiares ayuda a contextualizar cognición, autonomía y evolución. Sin embargo, la literatura describe que algunos cuidadores se sienten excluidos de la comunicación y de las decisiones.



OBJETIVOS

- Identificar la aportación del cuidador a la valoración cognitiva y funcional.
- Describir su papel en la detección de cambios agudos.
- Proponer acciones enfermeras para una transición segura al domicilio, atendiendo también las necesidades del cuidador.



MÉTODO

Revisión narrativa de literatura científica sobre participación de cuidadores de personas mayores en Urgencias, información del estado basal, delirium y planificación del alta. Síntesis descriptiva de revisiones y recomendaciones clínicas publicadas.



RESULTADOS

1 CONOCER EL ESTADO BASAL



Preguntar por memoria y orientación habituales, comunicación, movilidad, actividades básicas, ayudas técnicas, medicación y apoyos en domicilio.

2 DETECTAR EL CAMBIO AGUDO



Concretar qué ha cambiado, cuándo comenzó y cómo evoluciona; observar atención, alerta, conducta, marcha, ingesta y continencia. Un cambio brusco requiere valoración clínica: el cuidador aporta información, no sustituye la evaluación profesional.

3 PREPARAR EL ALTA CONJUNTAMENTE



- Explicar diagnóstico y señales de alarma.
- Revisar medicación y cuidados.
- Comprobar comprensión con repetición en sus propias palabras.
- Acordar seguimiento, recursos y contactos.
- Valorar disponibilidad, capacidad y sobrecarga del cuidador.

PREGUNTAR · ESCUCHAR · CONTRASTAR · ACORDAR

CONCLUSIONES

La familia es fuente de información clínica y aliada para la continuidad asistencial, no sustituto del equipo sanitario. Su participación debe ser voluntaria, respetuosa y adaptada a las preferencias de la persona mayor. Incluir y apoyar al cuidador puede mejorar la comunicación y la preparación del alta; la evidencia específica en Urgencias sigue siendo limitada y se necesitan estudios de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peguero-Rodriguez G, Polomeno V, Backman C, Chartrand J, Lalonde M. The experience of families accompanying a senior to the emergency department: a scoping review. J Emerg Nurs. 2023;49(4):611-630. doi:10.1016/j.jen.2023.03.005.
2. Inclusion of informal carers in the care of older adults in the emergency department: an integrative review. J Clin Nurs. 2025.
3. Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. Eur Geriatr Med. 2021.



Una camilla no es un lugar inocuo: prevención de lesiones por presión en el anciano en Urgencias

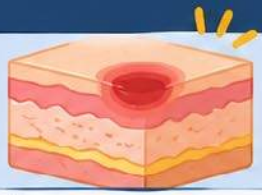
Alicia Pacho Gimare [1] · Rafael Molinero Pérez [1] · Beatriz Nieto Miguel [2] · Rebeca Santos Nieto [1] · María Asunción Jorge Martín [1]

[1] *Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora* · [2] *Gerencia de Servicios Sociales de Zamora*



RESUMEN

Las lesiones por presión (LPP) son un problema frecuente en el anciano en Urgencias, debido a la inmovilidad prolongada, la humedad, la fragilidad cutánea y las esperas. La prevención, con medidas enfermeras sencillas y evaluables, reduce su aparición y sus complicaciones.



PALABRAS CLAVE

Lesiones por presión; anciano; Urgencias; prevención; cuidados de enfermería.

ANTECEDENTES

- El riesgo de LPP aumenta con la edad, la inmovilidad y la fragilidad cutánea.
- En Urgencias, las esperas y la sobrecarga asistencial incrementan su aparición.



OBJETIVOS

- Identificar los factores de riesgo en el anciano en Urgencias.
- Aplicar medidas preventivas eficaces.
- Evaluar su efectividad.



MÉTODO

Revisión narrativa de la evidencia científica y recomendaciones actuales (GPC y guías clínicas) sobre prevención de LPP en el paciente geriátrico en Urgencias.



RESULTADOS

1 Factores de riesgo

- Inmovilidad prolongada
- Humedad (sudor, incontinencia)
- Fragilidad cutánea
- Edad avanzada
- Esperas prolongadas



2 Medidas preventivas clave

- ✓ Cambios posturales cada 2 horas
- ✓ Superficies de apoyo (colchón y almohadas)
- ✓ Higiene e hidratación de la piel
- ✓ Control de la humedad
- ✓ Vigilancia de zonas de presión



3 Evaluación

- ✓ Inspección diaria de la piel
- ✓ Escalas de riesgo (Braden)
- ✓ Registro de cuidados



CONCLUSIONES

La prevención de las LPP en el anciano en Urgencias es una prioridad. Con una valoración adecuada, medidas sencillas y el trabajo en equipo, podemos evitar su aparición y mejorar la calidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. 2019.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica sobre prevención y tratamiento de las lesiones por presión. 2018.
3. NICE. Pressure ulcers: prevention and management. NICE guideline NG179. 2014.

RADIOLOGÍA DE PROXIMIDAD: UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN EL MEDIO RURAL



1.RESUMEN

El envejecimiento poblacional representa uno de los mayores retos sanitarios actuales. Las zonas rurales presentan una elevada proporción de personas mayores, dispersión geográfica y dificultades de accesibilidad a servicios diagnósticos especializados. La disponibilidad de radiología convencional en los centros de salud rurales contribuye a mejorar la capacidad diagnóstica y la calidad asistencial, especialmente en la población Silver.

2.PALABRAS CLAVES

Radiología rural; Atención Primaria; Silver Economy; Envejecimiento saludable; Diagnóstico por imagen; Accesibilidad sanitaria; Medio rural.



3.ANTECEDENTES



El envejecimiento y la dispersión geográfica de la población rural dificultan el acceso a servicios diagnósticos especializados. La población Silver presenta una elevada incidencia de patologías que requieren pruebas de imagen, por lo que la disponibilidad de radiología convencional en Atención Primaria puede mejorar la accesibilidad, la capacidad diagnóstica y la equidad sanitaria, favoreciendo el envejecimiento saludable en el medio rural.

4.OBJETIVO

Analizar la importancia de disponer de un servicio de radiología convencional en un centro de salud rural y su repercusión en la atención sanitaria de la población Silver.

5.METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la literatura científica sobre radiología en Atención Primaria, atención sanitaria rural, envejecimiento saludable y accesibilidad diagnóstica, complementada con documentos institucionales y estrategias de salud pública relacionadas con la población mayor.

6.CONCLUSIONES



La disponibilidad de radiología convencional en los centros de salud rurales constituye una herramienta estratégica para mejorar la calidad asistencial, potenciar la autonomía de las personas mayores y favorecer un envejecimiento saludable. Su implantación contribuye a disminuir desigualdades territoriales y refuerza la sostenibilidad del sistema sanitario.

7 RESULTADOS

La presencia de radiología convencional en el ámbito rural proporciona múltiples beneficios:

- Diagnóstico más rápido de fracturas, patologías osteoarticulares y enfermedades respiratorias.
- Disminución de derivaciones innecesarias a hospitales de referencia.
- Reducción de desplazamientos de pacientes mayores y sus cuidadores.
- Menor tiempo de espera para la toma de decisiones clínicas.
- Incremento de la capacidad resolutiva de los equipos de Atención Primaria.
- Reducción de costes sanitarios y sociales asociados al transporte.
- Mejora de la equidad en el acceso a recursos diagnósticos.

BIBLIOGRAFIA

PRINCIPALES INTERACCIONES FARMACO- NUTRIENTE.

PALABRAS CLAVE: INTERACCIÓN FÁRMACO-NUTRIENTE. BIODISPONIBILIDAD.

CITOCROMO P450. MALABSORCIÓN. EFECTO TERAPÉUTICO. ESTADO NUTRICIONAL



RESUMEN

Las interacciones fármaco-nutriente (IFN) representan un factor crítico, pero frecuentemente subestimado, en la eficacia terapéutica y el estado nutricional del paciente. Este documento analiza los mecanismos biológicos y las principales manifestaciones clínicas de las IFN, clasificándolas según su impacto en la absorción, metabolismo y excreción. Se destaca cómo alimentos cotidianos (como el zumo de pomelo o los lácteos) alteran la biodisponibilidad de medicamentos esenciales, y cómo ciertos fármacos (como los diuréticos o la metformina) provocan déficits nutricionales graves a largo plazo. Se concluye la necesidad de protocolizar la práctica clínica interdisciplinar para mitigar estos riesgos.

ANTECEDENTES

El uso simultáneo de medicamentos y alimentos es inevitable en la práctica médica. Históricamente, la farmacología se centraba de forma aislada en el principio activo, ignorando el contexto dietético del paciente. Sin embargo, la evidencia clínica demuestra que los nutrientes y los xenobióticos comparten las mismas vías de transporte intestinal, unión a proteínas plasmáticas y metabolismo hepático o renal. La polifarmacia actual, especialmente en pacientes crónicos y geriátricos, multiplica exponencialmente el riesgo de interacciones, pudiendo provocar desde fallos terapéuticos por ineficacia hasta toxicidades graves por sobredosificación.

Fármaco / Grupo farmacológico	Alimento / Nutriente / Bebida	Mecanismo principal	Consecuencia clínica
Tetraciclinas y Fluoroquinolonas (antibióticos)	Lácteos (calcio), suplementos de hierro, magnesio o	Formación de **quelatos** insolubles que impiden la	Disminución de la eficacia del antibiótico
Anticoagulantes orales (ej. Warfarina)	Alimentos ricos en **Vitamina K** (espinacas, brócoli,	Antagonismo farmacodinámico (compite con el	Riesgo de trombosis o menor efecto terapéutico
Inhibidores de la MAO (IMAO)	Alimentos ricos en **tiramina** (quesos curados, embutidos,	Acumulación de noradrenalina por inhibición	**Crisis hipertensiva** grave
Estatinas, calcioantagonistas, ciclosporina	**Zumo de pomelo** (furanocumarinas)	Inhibición del citocromo **CYP3A4** en el intestino	Aumento excesivo de la concentración del fármaco en
Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) (ej.	Disminución en la absorción de **Vitamina B12,**	El aumento del pH gástrico altera la liberación/absorción	Riesgo de deficiencias nutricionales u
Ácido valproico	Descenso o alteración de **L-Carnitina**	Interferencia con el metabolismo de la carnitina	Toxicidad hepática o déficit secundario
Alcohol (etanol)	Múltiples fármacos (SNC, hipoglucemiantes,	Competencia metabólica hepática y efecto depresor	Aumento de sedación, riesgo de sangrado gástrico o

OBJETIVOS/MÉTODO

Identificar los mecanismos físico-químicos y fisiológicos subyacentes a las interacciones fármaco nutriente más comunes. ·Clasificar las IFN según su impacto clínico principal (pérdida de eficacia del fármaco vs. desarrollo de desnutrición o déficits específicos). ·Proponer pautas prácticas de administración para los fármacos de uso común que minimicen estos riesgos.

Se realizó una revisión de la literatura científica disponible en bases de datos biomédicas (PubMed, Scopus, Cochrane) enfocada en guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metanálisis publicados sobre interacciones farmacológicas y nutrición. Se seleccionaron los fármacos con mayor índice de prescripción a nivel global y aquellos con un estrecho margen terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Silva M, García L. Interacciones alimento-medicamento en el paciente polimedicado: una revisión sistemática. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2023;27(2):145-156. 2. Martínez-Anaya J, López-Gubieda M. Manual de interacciones fármaco-nutriente en la práctica clínica habitual. 4a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022. 3. Rodriguez-Fragoso L, Martinez-Arismendi JL. Influence of citrus juices on the pharmacokinetics of calcium channel blockers. J Pharm Sci. 2024;113(3):712-720. 4. Gómez-Cantarino S, González-Sanz JD. Efectos de la supresión ácida prolongada sobre la absorción de micronutrientes: mitos y realidades de los IBP. Aten Primaria. 2025;57(1):102-109.

RESULTADOS

Las principales interacciones encontradas se dividen en dos grandes categorías:

A. Efecto del alimento/nutriente sobre el fármaco (Modificación del efecto terapéutico), como se muestra en la tabla.

B. Efecto del fármaco sobre el estado nutricional (Inducción de déficits) ·Metformina: Su uso prolongado interfiere con la absorción ileal del complejo factor intrínseco-Vitamina B12, provocando anemia megaloblástica y neuropatía periférica en un alto porcentaje de pacientes diabéticos. ·Inhibidores de la Bomba de Protones (Omeprazol, Pantoprazol): Al elevar crónicamente el pH gástrico, impiden la correcta ionización y absorción del hierro, calcio y magnesio, aumentando el riesgo a largo plazo de osteoporosis y anemia. ·Diuréticos de asa (Furosemida): Incrementan notablemente la excreción renal de potasio, magnesio y calcio, lo que puede inducir arritmias y debilidad muscular si no se pauta una suplementación o ajuste dietético.

CONCLUSIONES

Las interacciones fármaco-nutriente tienen un impacto directo en la seguridad del paciente y en el éxito de cualquier tratamiento médico. La mayoría de los fracasos terapéuticos o toxicidades leves debidos a la dieta no se reportan por falta de sospecha clínica. Resulta imprescindible integrar de forma sistemática la educación sobre la administración de medicamentos en relación con las comidas (ej. "en ayunas" o "con alimentos") tanto en la prescripción médica como en el consejo farmacéutico.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

RESUMEN

Un infarto agudo de miocardio (IAM), se produce cuando se obstruye una de las arterias coronarias que llevan sangre al músculo cardíaco de manera brusca. Prevalece en las personas que padecen antecedentes de cardiopatía isquémica. El término «síndrome coronario agudo» engloba diversos cuadros agudos provocados por una disminución del riego sanguíneo al corazón que requieren atención médica urgente.

PALABRAS CLAVE:
Infarto, Miocardio, Coronario, Precoz.

ANTECEDENTES

Constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y representa una emergencia médica tiempo-dependiente, en la que el diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para reducir el daño miocárdico y mejorar el pronóstico del paciente. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel esencial en la identificación de signos y síntomas, la realización precoz del electrocardiograma, la monitorización cardíaca, la vigilancia hemodinámica y la coordinación de los cuidados durante el proceso asistencial.

OBJETIVOS

En un IAM es de vital importancia actuar rápidamente. El objetivo principal del póster es reconocer precozmente los signos y síntomas del IAM. Examinar la relevancia de la monitorización hemodinámica y la vigilancia de posibles complicaciones cardiovasculares.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el infarto agudo de miocardio, centrándose en la detección precoz, el abordaje inicial y las intervenciones de enfermería en los servicios de urgencias.

RESULTADOS

La valoración inicial, el reconocimiento de signos y síntomas y la preparación del paciente para el tratamiento son intervenciones esenciales.

CONCLUSIONES

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una emergencia cardiovascular producida por una disminución del flujo sanguíneo coronario que provoca daño y necrosis del tejido cardíaco.
Su abordaje requiere una actuación rápida y coordinada, donde el diagnóstico precoz y la reperfusión temprana son determinantes para el pronóstico.



Inflammaging y envejecimiento cutáneo:
mecanismos inflamatorios implicados y estrategias de cuidado para un envejecimiento saludable

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

El inflammaging, o inflamación crónica de bajo grado asociada a la edad, es un proceso clave en el envejecimiento cutáneo. Esta revisión analiza la evidencia científica sobre sus mecanismos, consecuencias en la estructura y función de la piel, y las estrategias de prevención y cuidado con mayor respaldo. El conocimiento de este proceso permite diseñar intervenciones orientadas a preservar la salud y la calidad cutánea en la población mayor.

PALABRAS CLAVE

Inflammaging; envejecimiento cutáneo; senescencia celular; inflamación crónica; envejecimiento saludable.

ANTECEDENTES

El envejecimiento cutáneo es un proceso multifactorial en el que, además de los cambios cronológicos y ambientales, la inflamación crónica de bajo grado se ha identificado como un factor determinante. El inflammaging se caracteriza por la activación persistente del sistema inmune, la acumulación de células senescentes y la liberación de mediadores proinflamatorios que alteran la homeostasis y la matriz extracelular, contribuyendo a la pérdida de elasticidad, la fragilidad y la disminución de la capacidad de reparación de la piel.

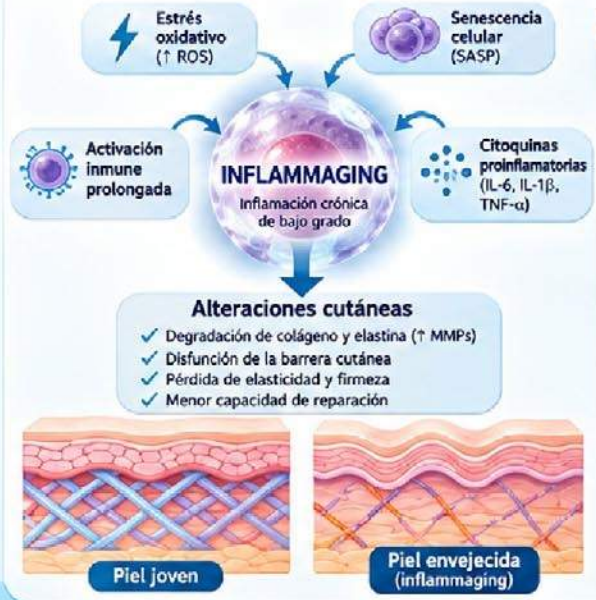
OBJETIVOS

- Analizar la evidencia científica sobre el papel del inflammaging en el envejecimiento cutáneo.
- Describir sus principales mecanismos celulares y moleculares.
- Identificar sus consecuencias en la piel.
- Revisar estrategias de prevención y cuidado basadas en la evidencia.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica narrativa.
- Fuentes: PubMed, Scopus, Web of Science y Cochrane Library.
- Periodo: 2016–2026.
- Criterios de inclusión: revisiones, ensayos clínicos y estudios experimentales relacionados con inflammaging y piel.
- Análisis: síntesis cualitativa de la evidencia.

RESULTADOS



Principales hallazgos de la evidencia

- ↑ Mediadores inflamatorios (IL-6, IL-1β, TNF-α) y activación de vías como NF-κB.
- Acumulación de células senescentes con fenotipo secretor (SASP).
- Degradación de la matriz extracelular (↑ MMPs) y disminución de la síntesis de colágeno y elastina.
- Deterioro de la función barrera, mayor deshidratación y fragilidad cutánea.
- Estrategias con evidencia: fotoprotección, antioxidantes, mantenimiento de la barrera cutánea, control de factores proinflamatorios del estilo de vida y enfoque integral de cuidados.

CONCLUSIONES

- El inflammaging es un mecanismo clave en el envejecimiento cutáneo y contribuye al deterioro estructural y funcional de la piel.
- La interacción entre senescencia celular, estrés oxidativo e inflamación crónica favorece un microambiente proenvejecimiento.
- Existen estrategias de prevención y cuidado con evidencia (fotoprotección, antioxidantes, tratamiento de la barrera cutánea y hábitos de vida saludables) que pueden modular este proceso.
- Su conocimiento permite diseñar intervenciones orientadas a un envejecimiento cutáneo saludable, en línea con los objetivos de la Silver Economy.

BIBLIOGRAFÍA

1. Franceschi C, Bonafé M, Valensin S, et al. Inflamm-aging. An evolutionary perspective on immunosenescence. Ann N Y Acad Sci. 2000;908:244-254.
2. Pajak J, Nowicka D, Szepietowski JC. Inflammaging and Immunosenescence as Part of Skin Aging—A Narrative Review. Int J Mol Sci. 2023;24(9):7784.
3. Chen B, Yang J, Song Y, et al. Skin Immunosenescence and Type 2 Inflammation: A Mini-Review With an Inflammaging Perspective. Front Cell Dev Biol. 2022;10:835675.
4. Wyles SP, Carruthers JD, Dashti P, et al. Cellular Senescence in Human Skin Aging: Leveraging Senotherapeutics. Gerontology. 2024;70(1):7-14.
5. Thau H, Gerjol BP, Hahn K, et al. Senescence as a molecular target in skin aging and disease. Ageing Res Rev. 2025;102686.

Brecha generacional en la adopción de servicios digitales por personas de 65–74 años en la UE

Iker Esteban Longares Rosales · Formula Student Universidad de Salamanca · VIII Congreso Internacional Silver Economy

1. RESUMEN

Introducción: las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden mejorar la autonomía y la vida cotidiana de las personas mayores, pero su beneficio depende de que las adopten y sepan usarlas. **Objetivo:** analizar la adopción de servicios digitales de uso cotidiano en la población de 65–74 años de la UE y su brecha con otros grupos de edad. **Método:** análisis descriptivo secundario de indicadores armonizados de Eurostat (encuesta TIC en hogares y personas, 2013–2025). **Resultados:** el 55 % de las personas de 65–74 años compró en línea en 2025 (78 % en el conjunto de la población de 16–74), pero solo el 37 % accedió a webs de administraciones públicas. **Conclusiones:** la adopción es ya mayoritaria en compras en línea, pero desigual según el servicio y la edad de referencia; el diseño centrado en la persona mayor, la formación y los canales híbridos son claves para que la tecnología mejore su vida.

2. PALABRAS CLAVE

gerontotecnología · TIC · inclusión digital · envejecimiento activo · competencias digitales · Unión Europea

3. ANTECEDENTES

- La gerontotecnología aplica las tecnologías al bienestar, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.
- La Década Digital de la UE fija para 2030 que al menos el 80 % de la población posea competencias digitales básicas.
- En 2025, el 93 % de la ciudadanía de la UE usó internet semanalmente, pero el 40 % carecía de competencias digitales básicas (Eurostat, 2026).
- El beneficio de las soluciones tecnológicas para mayores depende de su adopción efectiva, que requiere acceso, competencias y confianza.
- Entre 2013 y 2025 el uso de internet en 65–74 años creció desde ≈34 % (≈76 % en 25–64 años), reduciéndose la brecha, aunque con grandes disparidades entre países (Romano, 2026; Vevera et al.).

4. OBJETIVOS

General: medir la adopción de servicios digitales de uso cotidiano en personas de 65–74 años y su brecha con otros grupos de edad en la UE, como base para el diseño de tecnologías inclusivas.

- **E1.** Estimar el nivel de compras y banca en línea en 65–74 años.
- **E2.** Comparar el uso de servicios públicos digitales entre grupos de edad.
- **E3.** Identificar implicaciones para el diseño e implantación de tecnologías para personas mayores.

5. MÉTODO

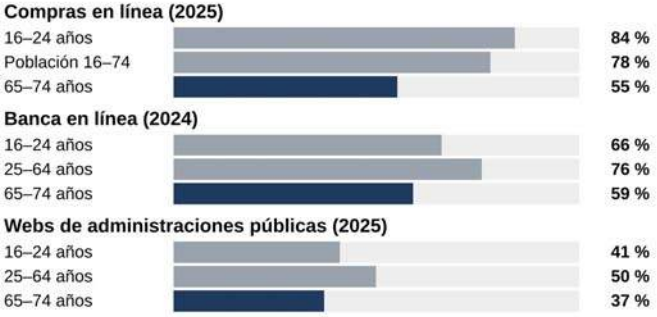
- **Diseño:** estudio descriptivo, transversal y comparativo, con datos secundarios de acceso público.
- **Fuente:** Eurostat, Encuesta comunitaria sobre el uso de las TIC en hogares y por personas (población de 16 a 74 años; datos autodeclarados).
- **Indicadores:** compras en línea, banca en línea, uso de webs de administraciones públicas y competencias digitales básicas.
- **Análisis:** porcentajes y diferencias en puntos porcentuales (p. p.) entre grupos.
- **Población de estudio:** personas de 16 a 74 años de la UE, en tres grupos (16–24, 25–64 y 65–74 años); el último aproxima a la población mayor con cobertura armonizada.
- **Definición operacional:** «comprador en línea», «banca en línea» y «uso de webs de administraciones públicas», según los periodos de referencia de la encuesta, y «competencias digitales básicas» (indicador compuesto de Eurostat).
- **Tratamiento de los datos:** extracción de las series agregadas, comprobación de coherencia entre años y fuentes, y cálculo de diferencias absolutas en p. p. entre el grupo de 65–74 años y los grupos de referencia.
- **Consideraciones éticas:** datos agregados, públicos y anonimizados.
- **Limitaciones:** diseño transversal; no incluye a mayores de 74 años; indicadores de años distintos (2024 y 2025).

6. RESULTADOS

55 % de 65–74 años compró en línea en 2025

−29 p. p. frente a 16–24 años en compras (84 %)

−17 p. p. frente a 25–64 años en banca en línea (2024)



■ 65–74 años ■ grupos de comparación. Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (publicación «Digitalisation in Europe», 2025 y 2026). Diferencias: compras 16–24 vs. 65–74 = 29 p. p.; banca 25–64 vs. 65–74 = 17 p. p.; administración 25–64 vs. 65–74 = 13 p. p.

7. CONCLUSIONES

- Más de la mitad de las personas de 65–74 años ya compra en línea: la adopción tecnológica es una realidad.
- La brecha oscila entre 13 y 29 p. p. según el servicio y la edad de referencia, y es máxima en compras en línea frente a los más jóvenes.
- Para que la tecnología mejore la vida de las personas mayores se recomienda diseño centrado en el usuario, formación digital y canales presenciales complementarios.
- Líneas futuras: incluir a mayores de 75 años y analizar diferencias entre países y por nivel educativo.

Referencias. Eurostat (2026). Digitalisation in Europe – 2026 edition. Comisión Europea. · Eurostat. Community survey on ICT usage in households and by individuals (isoc_i), metadatos. · Romano, F. (2026). The digital divide in later life: ICT education and digital skills of the elderly in the EU. Digital Skills & Jobs Platform. · Vevera, A. V., Iftimoaei, C. y Baciu, L. E. Proceedings of the International Conference on Virtual Learning (ICVL).

INTERVENCIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO Y RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA EN CUIDADORES INFORMALES: PROPUESTA APRENDIZAJE - SERVICIO

Palabras clave: Daño Cerebral Adquirido, Cuidador Informal, Ansiedad, Terapia por ejercicio, Ejercicio respiratorio.

RESUMEN Y ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional y el aumento de casos de Daño Cerebral Adquirido (DCA) incrementan la necesidad de cuidados de larga duración, asumidos frecuentemente por familiares sin formación previa, lo que puede generar sobrecarga física y emocional.

El proyecto Aprendizaje-Servicio (ApS) ofrece estrategias como el ejercicio adaptado, la respiración diafragmática y la relajación de Jacobson, que pueden contribuir a mejorar el bienestar físico y mental de los cuidadores informales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar a los cuidadores informales herramientas de autocuidado basadas en ejercicios de respiración diafragmática y ejercicio terapéutico para promover su bienestar físico y emocional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la sobrecarga de los cuidadores informales.
- Valorar la utilidad percibida de los contenidos impartidos durante el taller por parte de los cuidadores informales.
- Analizar el grado de satisfacción global de los asistentes tras el taller.

METODOLOGÍA



Figura 1. Cartel informativo del taller

N = 9 cuidadores informales

EVALUACIÓN CON CUESTIONARIOS

- Cuestionario sobre ansiedad.
- Cuestionario conocimientos previos, satisfacción y utilidad percibida.
- Instrumentos específicos para valorar los resultados de aprendizaje asociados a la metodología de ApS.







Figura 2. Taller de Respiración Diafragmática & Ejercicio Terapéutico & Relajación (Facultad de Enfermería y Fisioterapia, USAL).

RESULTADOS



Figura 3. Infografía 1 para uso domiciliario.



Figura 4. Infografía 2 para uso domiciliario

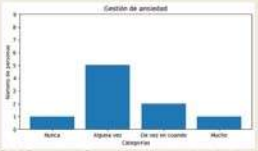


Gráfico 1. "Gestión de la Ansiedad".

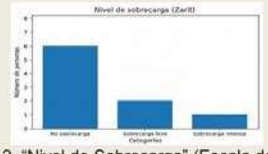


Gráfico 2. "Nivel de Sobrecarga" (Escala de Zarit)

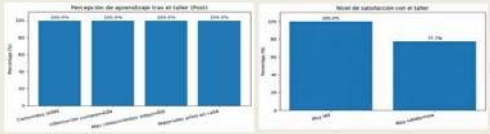


Gráfico 3. Valoración de la utilidad y satisfacción de los participantes.

CONCLUSIONES

✓ El taller de ApS proporcionó herramientas prácticas de autocuidado para afrontar las demandas del cuidado de personas con DCA.
✓ La mayoría de los cuidadores no presentó sobrecarga, aunque se identificaron algunos casos de sobrecarga leve e intensa.
✓ Los participantes valoraron positivamente la utilidad de las técnicas de respiración, ejercicio terapéutico y relajación para el autocuidado.
✓ La satisfacción global con el taller fue elevada, destacando la buena aceptación de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

Desigualdades Sociais na população idosa

Autoras: Ângela Gonçalves · Danila Santos | Universidade Politécnica de Bragança – Escola Superior de Saúde – Bragança, Portugal

Universidade Politécnica de Bragança

"Combater as desigualdades acumuladas ao longo da vida é essencial para garantir uma velhice com dignidade, inclusão e qualidade de vida."

SÍNTESE DO ESTUDO

RESUMO

O trabalho analisa de que forma as desigualdades sociais afetam a população idosa em Portugal. Discute desigualdades de género, condição socioeconómica, idade, e discriminação estrutural, interligadas pela pobreza, políticas e consequências no acesso à saúde, à habitação e à participação social.

INTRODUÇÃO

- O envelhecimento populacional acelerado altera drasticamente a pirâmide demográfica portuguesa, exigindo novas políticas de inclusão e combate às desigualdades.
- A vulnerabilidade na velhice não é aleetória: resulta de desvantagens estruturais e desigualdades acumuladas ao longo do ciclo de vida (World Health Organization, 2024).

DESIGUALDADE SOCIAL

Compreende diferenças sistemáticas e hierarquizadas no acesso a recursos fundamentais, rendimento, educação, cuidados de saúde, habitação, de mobilidade e participação política e social (Pordata, 2024; INE, 2024). As desigualdades afetam o envelhecimento e a qualidade de vida (Barros, 2005; Mate, 2019).

METODOLOGIA

Desenho: Abordagem quantitativa e exploratória de cariz analítico.

Procedimento: Revisão sistemática da literatura científica e análise crítica de fontes em adultos e..ifosos.

Bases consultadas: INE, OMS, ONU, Pordata e repositórios científicos nacionais e internacionais, sem recorte de datas precisas.

EVIDÊNCIAS DEMOGRÁFICAS E ECONÓMICAS

15,3% ≈ 13,8%
Taxa de pobreza risco elevada em mulheres idosas do que em homens.

78% · 22%
Idosos (65+) em casa própria e arrendada (DGS, 2016–2019).

≈ 409 € /mês
Rendimento mínimo de referência, insuficiente face às despesas reais.

60+ anos
População global duplica até 2100 e triplica até 2100 (ONU, 2024).

Figura 1. Pirâmides etárias da população residente total, Portugal (INE, 0.ª edição)



Fonte: INE (2024). Métria da População Residente (2024). Projeção de População de Longa Duração (Dados Demográficos).

Gráfico 1. Grupo 20–24 anos (1960–2024)



Tendência decrescente da proporção de jovens na população ao longo do tempo, com maior impacto na idade de 1, 2024.

Gráfico 2. Grupo 60–64 anos (1960–2024)



Tendência crescente da velhice, refletindo o aumento da esperança de vida em Portugal (INE, 2024).

PRINCIPAIS CAUSAS EM PORTUGAL

Desigualdade de género: Mulheres vivem mais, com pensões inferiores devido à história laboral e barreiras no mercado de trabalho (INE, 2024).

Solidão e isolamento: Desaparecimento familiar, viuvez e residência em instituições (Direitos, 2022; Mendes, 2023).

Acumulação territorial: Desigualdades de habitação, acesso a transportes e afastamento geográfico de serviços essenciais (Pordata e INE, 2024).

Pobreza e rendimento: Rendimentos insuficientes, com impacto direto na saúde e na limitação da participação social (INE, 2024).

Limitações nas políticas: Escassez de recursos e barreiras digitais no acesso à informação e aos serviços sociais (DGS, 2023).

CONSEQUÊNCIAS

Saúde Desigual: Barreiras no acesso aos cuidados primários e agravamento da doença (DGS, 2023).

Habitação Precária: Insegurança térmica e risco de e exclusão (Eurostat, 2023).

Dependência: Sobrecarga e fragilização de redes informais de apoio (Barbosa, 2021).

Exclusão Cívica: Perda da voz na participação social e política (Pordata, 2024).

REDES DE APOIO E DE GRONTOLOGIA

Rede: Articulação institucional entre formação familiar, vizinhos, voluntariado e formais (ISS, Centros de Dia, Lares e RNCCI) (Almeida et al., 2020).

Papel do Gerontólogo: Diagnóstico integral, encaminhamento para recursos e promoção do envelhecimento ativo (Peralta, 2020), a diferença na promoção da saúde mental e mediação comunitária e desenho de políticas públicas inclusivas.

CONCLUSÕES

- ✓ Reconhecer e analisar multidimensionalmente as desigualdades.
- ✓ Garantir habitação digna, cuidados e acesso à saúde às idades mais avançadas.
- ✓ Reforçar respostas sociais integradas e a combater a exclusão.
- ✓ Promover envelhecimento ativo, saudável e com plena cidadania (OMS, 2017-2025).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – SELEÇÃO DO TRABALHO ORIGINAL

- Almeida, G. (2020). Desigualdade de género em Portugal: Igualdade e Saúde.
- Barros, H. (2005). Portugal Mais Velho – Por uma sociedade onde se envelhecer não seja um risco.
- INE (2024). Envelhecimento da população em Portugal: dados e projeções.
- Eurostat (2023). Pobreza e Exclusão Social na União Europeia.
- Mendes, M. (2023). Isolamento social na velhice em Portugal.
- WHO (2024). Ageing and Health: Global Report.
- DGS (2023). Saúde da Pessoa Idosa em Portugal.
- Pordata (2024). População e Condições de Vida.
- ONU (2024). Perspetivas da População Mundial.
- Mate, R. (2019). Desigualdades na Velhice.
- Peralta, S. (2020). Gerontologia: Desafios e Oportunidades.
- Santos, D. (2021). Políticas Sociais e Envelhecimento.
- Afonso Vilela (2020). Envelhecimento e Sociedade.
- Direitos, P. (2022). Políticas Sociais na Velhice.
- Portugal (2024). Relatório Anual de Saúde.
- UNESCO (2021). Década do Envelhecimento Saudável.
- DGS (2017-2021). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável.

Universidade Politécnica de Bragança – Escola Superior de Saúde

INTERVENCIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO Y RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA EN CUIDADORES INFORMALES: PROPUESTA APRENDIZAJE - SERVICIO

Palabras clave: Daño Cerebral Adquirido, Cuidador Informal, Ansiedad, Terapia por ejercicio, Ejercicio respiratorio.

RESUMEN Y ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional y el aumento de casos de Daño Cerebral Adquirido (DCA) incrementan la necesidad de cuidados de larga duración, asumidos frecuentemente por familiares sin formación previa, lo que puede generar sobrecarga física y emocional.

El proyecto Aprendizaje-Servicio (ApS) ofrece estrategias como el ejercicio adaptado, la respiración diafragmática y la relajación de Jacobson, que pueden contribuir a mejorar el bienestar físico y mental de los cuidadores informales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar a los cuidadores informales herramientas de autocuidado basadas en ejercicios de respiración diafragmática y ejercicio terapéutico para promover su bienestar físico y emocional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la sobrecarga de los cuidadores informales.
- Valorar la utilidad percibida de los contenidos impartidos durante el taller por parte de los cuidadores informales.
- Analizar el grado de satisfacción global de los asistentes tras el taller.

METODOLOGÍA



Figura 1. Cartel informativo del taller

N = 9 cuidadores informales

EVALUACIÓN CON CUESTIONARIOS

- Cuestionario sobre ansiedad.
- Cuestionario conocimientos previos, satisfacción y utilidad percibida.
- Instrumentos específicos para valorar los resultados de aprendizaje asociados a la metodología de ApS.







Figura 2. Taller de Respiración Diafragmática & Ejercicio Terapéutico & Relajación (Facultad de Enfermería y Fisioterapia, USAL).

RESULTADOS



Figura 3. Infografía 1 para uso domiciliario.



Figura 4. Infografía 2 para uso domiciliario

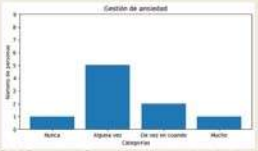


Gráfico 1. "Gestión de la Ansiedad".

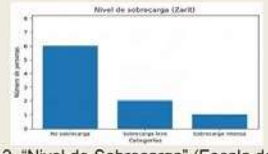


Gráfico 2. "Nivel de Sobrecarga" (Escala de Zarit)

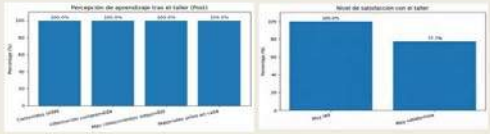


Gráfico 3. Valoración de la utilidad y satisfacción de los participantes.

CONCLUSIONES

✓ El taller de ApS proporcionó herramientas prácticas de autocuidado para afrontar las demandas del cuidado de personas con DCA.
✓ La mayoría de los cuidadores no presentó sobrecarga, aunque se identificaron algunos casos de sobrecarga leve e intensa.
✓ Los participantes valoraron positivamente la utilidad de las técnicas de respiración, ejercicio terapéutico y relajación para el autocuidado.
✓ La satisfacción global con el taller fue elevada, destacando la buena aceptación de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

Ayudar menos, cuidar mejor:

criterios STOPP/START para desprescribir la ayuda

01 RESUMEN

Objetivo. trasladar la lógica de la desprescripción farmacológica a la ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD) y proponer criterios para revisar la ayuda innecesaria en residencias.

Método. revisión narrativa estructurada de siete estudios (1980-2021) y desarrollo de criterios por analogía con STOPP/START y con el proceso de desprescripción.

Resultados. el personal refuerza la dependencia con ayuda y apenas responde a la autonomía; cuando interviene en una AVD, asume la tarea en el 45 % de las ocasiones y solo supervisa en el 4 %. La formación del personal, la elicitación de habilidades desde terapia ocupacional y los cuidados centrados en la función aumentan la conducta autónoma; la elicitación exigió más tiempo que el cuidado habitual.

Conclusión. la ayuda innecesaria es una forma de iatrogenia. Se proponen nueve criterios STOPP/START de la ayuda, una escala de dosis en cinco peldaños y un protocolo de retirada gradual con el indicador ADR.

02 PALABRAS CLAVE

Terapia ocupacional; actividades de la vida diaria; dependencia; desprescripción; residencias de mayores.

03 ANTECEDENTES

La versión 3 de STOPP/START reúne 190 criterios: 133 de fármacos inapropiados (STOPP) y 57 de omisiones (START) [1, 2]. La ayuda en las AVD también puede ser inapropiada: en residencias, la conducta dependiente recibe ayuda y la autónoma se ignora [3]. Pedro Tarrés pide a la terapia ocupacional (TO) que el equipo y la familia eviten la sobreprotección y las prisas [4]. Cuando la incapacidad supera la que justifica el deterioro se habla de discapacidad excesiva, y esta es tratable [5]. Desde la TO, la ayuda es una intervención con indicación, posología y efectos adversos: se revisa como un fármaco.

04 OBJETIVOS

1. Sintetizar la evidencia sobre la dependencia inducida por la ayuda.
2. Trasladar la lógica STOPP/START y de la desprescripción a la ayuda en las AVD.
3. Proponer criterios, una escala de dosis y un protocolo de retirada desde la TO.

05 MÉTODO

Revisión narrativa estructurada (un revisor; noviembre de 2026) y manuales de geriatría y TO. **Fuentes:** PubMed, Google Scholar y rastreo de referencias. **Términos:** (*dependency-support script* OR *excess disability* OR *function-focused care*) AND (*nursing home* OR *long-term care*). **Inclusión:** estudios sobre la respuesta del personal a la autonomía en las AVD. **Desarrollo:** criterios con la estructura STOPP/START [1], estudios de apoyo y análisis de la actividad; escala de dosis según la ayuda graduada [6]; protocolo adaptado de la desprescripción [7]. Versión 0.1, pendiente de Delphi.

06 RESULTADOS

Figura 1. Espiral de la dependencia inducida y dónde la cortan los criterios [3]



Figura 2. La dosis de la ayuda: cinco peldaños y lo que se observa en las AVD



Peldaños según la ayuda graduada [6]; pasar de ayuda física a verbal redujo la discapacidad excesiva [10]. Porcentajes: papel del personal al intervenir (equivalencia aproximada) [11].

Tabla 1. Estudios incluidos en residencias (n = 7) — describen el guion | lo modifican

ESTUDIO	DISEÑO Y ÁMBITO	N	HALLAZGO PRINCIPAL
Baltes, 1980 [3]	Observación del aseo matinal; 1 unidad	48	Autonomía: sin respuesta; dependencia: ayuda
Barton, 1980 [12]	Observación secuencial, 23 días	36	El refuerzo del personal mantiene la dependencia
den Ouden, 2017 [11]	Observación; 3.282 momentos	723	Asume el 45 %, supervisa el 4 %; mucha ayuda innecesaria
Baltes, 1994 [13]	Formación del personal; 3 centros	–	Menos apoyo a la dependencia; más autonomía
Rogers, 1999 [14]	Elicitación de habilidades (TO); 5 residencias	84	Más vestido autónomo y menos conducta disruptiva
Galik, 2014 [15]	ECA por conglomerados; 4 residencias	103	Más actividad física y mejor función (demencia)
Galik, 2021 [16]	ECA por conglomerados; 12 residencias	336	Más actividad; menos resistencia a los cuidados

TABLA 2 · PROPUESTA ORIGINAL · VERSIÓN 0.1

Criterios STOPP/START de la ayuda — Rp.

Residente _____ Fecha _____ E con estudio empírico P propuesta de TO

STOPP-A RETIRAR O REDUCIR — Ayuda potencialmente inapropiada

- ☐ A1 Vestir por completo a quien lo consigue con indicaciones verbales o supervisión. [14] E
- ☐ A2 Trasladar en silla de ruedas a quien puede hacer el trayecto a pie con un producto de apoyo. P
- ☐ A3 Dar de comer a quien come solo con el plato preparado, pauta verbal y tiempo. [6] E
- ☐ A4 Absorbente continuo en quien se mantiene seco con avisos programados al baño. [17] E
- ☐ A5 Servir, endulzar y remover la bebida de quien puede hacerlo. P

START-O INICIAR — Ocupación potencialmente omitida

- ☐ O1 Una tarea doméstica diaria en la unidad de convivencia: mesa, ropa, plantas. [18] E
- ☐ O2 Ropa de día y desayuno fuera de la habitación. P
- ☐ O3 Caminar a las comidas cuando la marcha lo permita. P
- ☐ O4 Elegir ropa, menú u horario al menos una vez al día. [19] E

Precauciones. antes de retirar, valorar dolor, fatiga, caídas y lo que quiere la persona; al final de la vida, confort.

CÓMO DESPRESCRIBIR LA AYUDA — 5 pasos adaptados del proceso de desprescripción [7]

1. Inventariar	2. Valorar	3. Revisar	4. Priorizar	5. Retirar y vigilar
cada ayuda y su motivo, en una AVD real	capacidad, dolor, fatiga y caídas	con STOPP-A y START-O, en equipo	más beneficio, menos riesgo; pactado	un peldaño cada vez; caídas y Barthel

Cuándo: al ingreso, cada 6 meses y tras un cambio clínico. **ADR:** ayudas desprescritas por residente revisado. Anotar el peldaño actual (0-4) y el objetivo.

07 CONCLUSIONES

1. La ayuda innecesaria es frecuente y sostiene la dependencia: es la prescripción inapropiada del cuidado.
2. El guion es modificable con formación, elicitación de habilidades y cuidados centrados en la función.
3. Criterios, escala y protocolo dan a la TO un lenguaje común con medicina, enfermería y farmacia.
4. Fomentar la autonomía puede exigir más tiempo de atención; su coste-efectividad para la Silver Economy debe evaluarse.

Limitaciones: un revisor; evidencia del guion antigua y observacional; cuatro criterios son propuestas de TO; pendiente de Delphi y pilotaje.

REFERENCIAS

1. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-32.
2. Delgado-Silveira E, Molina Mendoza MD, Montero-Errasquín B, Muñoz García M, Rodríguez Espeso EA, Vélez-Díaz-Pallarés M, et al. Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2023;58(5):101407.
3. Baltes MM, Burgess RL, Stewart RB. Independence and dependence in self-care behaviors in nursing home residents: an operant-observational study. Int J Behav Dev. 1980;3(4):489-500.
4. Pedro Tarrés P. Síndrome de inmovilidad. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P, editoras. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010. p. 573-89.
5. Brody EM, Kleban MH, Lawton MP, Silverman HA. Excess disabilities of mentally impaired aged: impact of individualized treatment. Gerontologist. 1971;11(2):124-33.
6. Simmons SF, Schnelle JF. Feeding assistance needs of long-stay nursing home residents and staff time to provide care. J Am Geriatr Soc. 2006;54(6):919-24.
7. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-34.
8. Kaplan R, Jauregui JR, Rubin RK. Los grandes síndromes geriátricos. Buenos Aires: Edimed; 2009. p. 57.
9. Frank E, Sharowsky N, Millán Calenti JC. Arquitectura y diseño de centros gerontológicos. En: Millán Calenti JC, editor. Principios de geriatría y gerontología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 205-48.
10. Rogers JC, Holm MB, Burgio LD, Hsu C, Hardin JM, McDowell BJ. Excess disability during morning care in nursing home residents with dementia. Int Psychogeriatr. 2000;12(2):267-82.
11. den Ouden M, Kuk NO, Zwakhalen SMG, Bleijlevens MHC, Meijers JMM, Hamers JPH. The role of nursing staff in the activities of daily living of nursing home residents. Geriatr Nurs. 2017;38(3):225-30.
12. Barton EM, Baltes MM, Orzech MJ. Etiology of dependence in older nursing home residents during morning care: the role of staff behavior. J Pers Soc Psychol. 1980;38(3):423-31.
13. Baltes MM, Neumann EM, Zank S. Maintenance and rehabilitation of independence in old age: an intervention program for staff. Psychol Aging. 1994;9(2):179-88.
14. Rogers JC, Holm MB, Burgio LD, Granieri E, Hsu C, Hardin JM, et al. Improving morning care routines of nursing home residents with dementia. J Am Geriatr Soc. 1999;47(9):1049-57.
15. Galik E, Resnick B, Hammersla M, Brightwater J. Optimizing function and physical activity among nursing home residents with dementia: testing the impact of function-focused care. Gerontologist. 2014;54(6):930-43.
16. Galik E, Resnick B, Holmes SD, Vigne E, Lynch K, Ellis J, et al. A cluster randomized controlled trial testing the impact of function and behavior focused care for nursing home residents with dementia. J Am Med Dir Assoc. 2021;22(7):1421-8.
17. Eustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD002113.
18. Kuk NO, den Ouden M, Zijlstra GAR, Hamers JPH, Kempen GIJM, Bours GJJW. Do nursing staff encourage functional activity among nursing home residents? A cross-sectional study of nursing staff perceived behaviors and associated factors. BMC Geriatr. 2017;17:18.
19. Langer EJ, Rodin J. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. J Pers Soc Psychol. 1976;34(2):191-8.

ECOGRAFÍA MUSCULAR, FUNCIÓN FÍSICA Y FRAGILIDAD EN MUJERES MAYORES

PALABRAS CLAVE: ECOGRAFÍA; SARCOPENIA; RECTO FEMORAL; ENVEJECIMIENTO ACTIVO; CALIDAD MUSCULAR

RESUMEN

Objetivo: describir el grosor y el área del recto femoral y el grosor del recto abdominal, medidos por ecografía, y su variación con la edad y la fragilidad. **Método:** estudio transversal con 330 mujeres de 61 a 92 años de 14 centros del Ayuntamiento ; ecografía muscular, fuerza de prensión, velocidad de marcha y TUG (fragilidad si > 10 s). **Resultados:** el grosor del recto femoral fue un 19 % menor en las mayores de 85 que en las menores de 70 (11,9 frente a 14,8 mm) y un 10 % menor en las frágiles (12,1 frente a 13,4 mm); la grasa subcutánea del muslo se mantuvo estable. La fragilidad pasó del 1,5 % al 41 % entre esos grupos. **Conclusiones:** la ecografía muestra pérdida de músculo con la edad y con la fragilidad.

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional representa uno de los grandes desafíos del siglo XXI, lo que hace fundamental el abordaje de la obesidad y la sarcopenia [1]. Esta disminución de masa y fuerza muscular compromete la capacidad funcional del paciente, traduciéndose en un mayor riesgo de caídas, hospitalización y pérdida de independencia [2]. En este contexto, la ecografía se plantea como una posible herramienta para su reciente detección, destacando por ser segura, libre de radiación, económica y accesible en la práctica clínica [3,4].

OBJETIVO

Describir el grosor y el área del recto femoral y el grosor del recto abdominal, medidos por ecografía, y cómo varían con la edad y la fragilidad en 330 mujeres mayores.

MÉTODO

- Estudio descriptivo transversal en 14 centros del Ayuntamiento; 330 mujeres de 61 a 92 años.
- Ecografía: MyLab25Gold (Esaote, Genoa, Italy), 12-MHz, profundidad 6 cm y ganancia 52%.
- Función física: fuerza de prensión, velocidad de marcha, TUG (frágil si >10s).
- Grupos de edad: menos de 70, 70-74, 75-79, 80-84 y 85 o más.

RESULTADOS

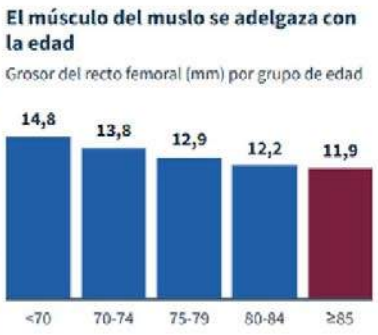
-19% grosor del recto femoral, >85 frente a los <70 años

-16% área transversal del recto femoral, >85 frente a los <70 años

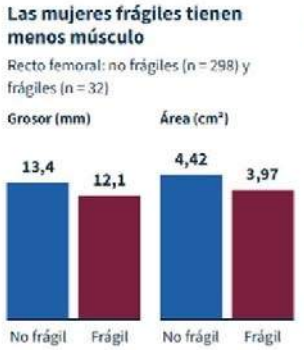
-10% grosor del recto femoral en frágiles

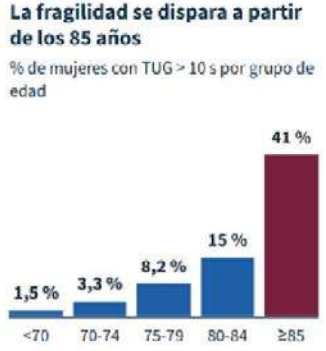
Tabla 1. Características de la muestra

Participantes (n)	330 mujeres
Edad	75,4 (6,4) años
Grosor recto femoral	13,3 (3,0) mm
Área transversal recto femoral	4,38 (1,04) cm²
Grosor recto abdominal	7,8 (1,7) mm
IMC, media	27,9 kg/m²
Prensión máx. derecha	18,8 kg
Velocidad de marcha	1,33 m/s
TUG, media	7,8 s









CONCLUSIONES

- El grosor del recto femoral baja un 19 % con la edad y es menor en las mujeres frágiles (12,1 frente a 13,4 mm).
- La grasa subcutánea del muslo se mantiene: lo que se pierde es músculo.
- La función global es buena en la mayoría, pero la fragilidad se concentra a partir de los 85 años (41 %).

REFERENCIAS

1.Donini LM, Busetto L, Bischoff SC, Cederholm T, Ballesteros-Pomar MD, Batsis JA, et al. Definition and Diagnostic Criteria for Sarcopenic Obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement. Obes Facts. 2022 May 23;15(3):321–35.
2.Kirk B, Cawthon PM, Arai H, Ávila-Funes JA, Barazzoni R, Bhasin S, et al. The Conceptual Definition of Sarcopenia: Delphi Consensus from the Global Leadership Initiative in Sarcopenia (GLIS). Age Ageing. 2024 Mar 1;53(3).
3.Stringer HJ, Wilson D. The Role of Ultrasound as a Diagnostic Tool for Sarcopenia. J Frailty Aging. 2018;7(4):258-261. doi:10.14283/jfa.2018.24.
4.Perkisas S, Bastijns S, Baudry S, Bauer J, Beaudart C, Beckwée D, et al. Application of ultrasound for muscle assessment in sarcopenia: 2020 SARCUS update. Eur Geriatr Med. 2021 Feb 2;12(1):45–59.

La misma sesión, efectos opuestos

La hora de comienzo decide si el ejercicio adelanta o retrasa el reloj de una persona mayor

El ejercicio sincroniza: desplaza el reloj biológico en un sentido u otro según la franja en que se practique. Pero al someter esa hipótesis a ensayo en personas mayores, la tarde no solo no perjudica al sueño —en el único estudio revisado por pares, lo mejora—. La hora no es, pues, una palanca de calidad del sueño, sino de horario.

01 RESUMEN

La prescripción de ejercicio se formula con cuatro variables —frecuencia, intensidad, duración y tipo— entre las que no figura la hora del día. Este trabajo confronta la evidencia sobre el ejercicio como sincronizador circadiano con los ensayos que han puesto esa hipótesis a prueba. La curva de respuesta de fase muestra que el sentido del desplazamiento depende de la franja, sin diferencias entre jóvenes y mayores. Los dos ensayos que han comparado franjas en personas mayores no respaldan la costumbre de programar la actividad a primera hora: el revisado por pares favorece la tarde en latencia de inicio del sueño y en satisfacción, y el preprint no halla diferencia en la gravedad del insomnio, además de haber situado su brazo matinal en una franja de inercia. La conclusión resulta más estrecha y más útil que la esperada: para la calidad del sueño manda el tipo y la dosis; para el horario, manda la franja.

02 PALABRAS CLAVE

terapia ocupacional; cronobiología; sueño; capacidad intrínseca; ICOPE; prescripción de ejercicio

03 ANTECEDENTES

El ejercicio no solo cansa: sincroniza. Es un *zeitgeber*, una señal capaz de desplazar el reloj interno, y el sentido en que lo desplaza depende de la hora a la que se hace. En el envejecimiento ese reloj tiende a adelantarse, y las personas mayores presentan un horario circadiano basal más temprano.

La Organización Mundial de la Salud define la capacidad intrínseca como la «suma de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona» y la evalúa en seis dominios: cognición, capacidad locomotora, vitalidad, visión, audición y capacidad psicológica. El sueño no es uno de ellos.

> La edad cronológica no es un buen indicador del estado de salud de las personas mayores.
> MANUAL ICOPE DE LA OMS · 2.ª ED., 2025

No es una declaración de principios: en treinta y siete estudios longitudinales con unas 206.000 personas, una mayor capacidad intrínseca se asocia a menor mortalidad (RR 0,57; IC 95 % 0,51–0,63; Sánchez-Sánchez et al., 2024). Si el pronóstico lo determina la capacidad y no los años, cabe sostener lo propio de la hora: debería fijarla la fase circadiana de cada persona, no el horario heredado de la institución.

04 OBJETIVOS

1. Describir cómo varía el efecto del ejercicio sobre el reloj circadiano según la hora de comienzo, y comprobar si difiere en las personas mayores.
2. Confrontar ese mecanismo con los dos únicos ensayos que han comparado franjas horarias en personas mayores, y examinar si las ventanas que ensayaron eran las indicadas.
3. Delimitar para qué sirve y para qué no sirve elegir la franja, y traducirlo a un algoritmo aplicable en el centro.

LIMITACIONES

Uno de los dos ensayos de franja es un preprint sin revisión por pares: veintisiete participantes, períodos de catorce días, análisis por protocolo, sin corrección por comparaciones múltiples y con subanálisis exploratorios. Del revisado por pares solo pudo cotejarse el resumen, que no detalla la hora exacta de cada franja ni los estimadores. La curva de respuesta de fase procede de personas sanas y con mejor forma física que la media de su edad, y mide desplazamiento del reloj, no calidad del sueño. El metaanálisis en red tiene heterogeneidad alta (I^2 = 80 %) y solo incluyó estudios en inglés. No se localizó ningún ensayo sobre horario del ejercicio en personas institucionalizadas o con demencia. La conexión con ICOPE es un razonamiento, no un hallazgo, y el algoritmo es una propuesta no validada.

05 MÉTODO

01 · FUENTES
Bases biomédicas, documentación normativa de la OMS y repositorios de preprints.

02 · CRIBADO
Estudios que midan desplazamiento de fase o sueño y declaren la hora de la intervención.

03 · EXTRACCIÓN
Diseño, muestra, edad, protocolo, hora de comienzo y estimadores con su incertidumbre.

04 · VERIFICACIÓN
Cada cifra se cotejó en el texto original. Las que no pudieron confirmarse quedaron fuera.

06 RESULTADOS · el mecanismo propone, el ensayo corrige



FIGURA 1 · EL MECANISMO. Curva de respuesta de fase al ejercicio. Ciento una personas sanas —cuarenta y ocho de 18 a 32 años y cincuenta y tres de 59 a 75— caminaron o corrieron una hora al 65–75 % de la reserva de frecuencia cardiaca tres días seguidos, siempre a la misma hora, en una de ocho franjas; la fase se midió por la 6-sulfatoximelatonina urinaria (Youngstedt et al., 2019, Tabla 3). El fondo reproduce la luz de cada hora y el color de la barra es el de su franja; las intensas son los desplazamientos de media hora o más. No hubo diferencias significativas entre jóvenes y mayores. La jornada superpuesta es un esquema ilustrativo.

SEOL Y COLS., 2021 REVISADO POR PARES

Ocho semanas, sesenta personas mayores sanas, ejercicio de bajo impacto en domicilio unos treinta minutos diarios, asignado a mañana o tarde.

Vence la tarde

La franja vespertina mejoró la latencia de inicio del sueño —subjetiva y objetiva— y la satisfacción, con tamaños del efecto mayores.

ALBALAK Y COLS., 2026 PREPRINT, SIN REVISIÓN

Cruzado, veintisiete personas mayores con insomnio (ISI ≥ 10; edad media 69,8 años): catorce días de 10:00 a 11:00 y catorce de 19:30 a 20:30.

Empate en insomnio

El insomnio mejoró por igual en ambas. La actividad matinal adelantó el punto medio del sueño veinte minutos (IC 95 % −31 a −8). El inicio de melatonina no se desplazó.

LECTURA CRÍTICA

El brazo matinal del preprint se situó a las 10:00, franja en la que la curva apenas predice desplazamiento (+0,1 h), mientras que el vespertino cayó de lleno en la zona de retraso. La diferencia observada es **compatible con que la produjera el retraso del brazo vespertino**, no el adelanto del matinal; que el inicio de melatonina no se moviera lo refuerza. Hipótesis comprobable: repetir el ensayo situando la mañana a las 7:00 o a media tarde.

FIGURA 2 · LOS ENSAYOS. Los dos únicos estudios que han contrastado franjas horarias en personas mayores. Ninguno respalda la costumbre de programar la actividad a primera hora: el revisado por pares favorece la tarde y el preprint no halla diferencia. Las ventanas ensayadas por este último aparecen marcadas sobre la Figura 1.

TIPO Y DOSIS · 62 ENSAYOS, 5.005 PERSONAS

aeróbico + fuerza

Lo mejor clasificado en mayores de 60 años: DME −1,71 (IC 95 % −2,28 a −1,14). En torno a 1.000 MET-min/semana: tres sesiones de 42 minutos o cinco de 47, a intensidad moderada.

LA TARDE-NOCHE · 23 ESTUDIOS

no estropea el sueño

No empeora el sueño; aumenta el sueño profundo en 1,3 puntos porcentuales. La excepción es el ejercicio vigoroso que acaba a menos de una hora de acostarse.

FUERZA DEL SINCRONIZADOR

un tercio de la luz

La amplitud de la curva para una hora de ejercicio es en torno a un tercio de la de tres horas de luz intensa. Quien quiera mover un reloj debería empezar por la luz.

FIGURA 3 · EL CONTEXTO. Lo que la evidencia resuelve sobre la dosis (Xiong et al., 2025), lo que desmiente sobre el ejercicio vespertino (Stutz et al., 2019) y lo que obliga a relativizar (Youngstedt et al., 2019).

APORTACIÓN ORIGINAL

Tres desajustes, tres franjas

La hora no se elige para dormir mejor, sino para dormir a otra hora.

01 Se duerme pronto y despierta de madrugada

FASE ADELANTADA

Retrasar

El patrón que más se acentúa al envejecer. El ejercicio al anochecer es el que retrasa el reloj: moderado y terminado al menos una hora antes de acostarse.

02 Le cuesta dormirse y se levanta tarde

FASE RETRASADA

Adelantar

El ejercicio a primera hora de la mañana o a media tarde es el que adelanta el reloj, y es también el perfil en el que el ensayo halló mayor beneficio.

03 Cabezadas de día y noche fragmentada

RITMO PLANO

Amplificar

Aquí el problema no es la fase sino la amplitud, y ninguna hora la corrige por sí sola. Hace falta contraste: actividad y luz de día, calma y penumbra de noche.

FIGURA 4. Algoritmo de decisión propuesto. El perfil no se deduce de la edad ni del diagnóstico, sino del patrón de sueño observado; la franja se toma de la Figura 1. El perfil se obtiene con un diario de sueño de siete días; después se mueve una sola franja y se repite el registro a las cuatro semanas, para saber a qué atribuir el cambio. Propuesta no validada.

07 CONCLUSIONES

1. El ejercicio desplaza el reloj circadiano y el signo depende de la franja: lo adelanta a primera hora y a media tarde, lo retrasa al anochecer (P = 0,002), sin diferencias entre jóvenes y mayores.
2. Ninguno de los dos ensayos que han contrastado franjas en mayores respalda programar la actividad a primera hora: el revisado por pares favorece la tarde; el preprint no halla diferencia.
3. Ese preprint situó además su brazo matinal en una franja de inercia, y el marcador de melatonina no se desplazó: procede ensayar la mañana donde el desplazamiento medido es máximo.
4. De ahí una distinción operativa: para la calidad del sueño mandan el tipo y la dosis, y la tarde no está contraindicada; para el horario, manda la franja, único parámetro que no consume recursos y recae en la terapia ocupacional.

REFERENCIAS

Albalak, G., Noordam, R., van der Elst, M., Drop, T., Caneda Cabrera, E., Oudendijk, L., … van Heemst, D. (2026). *The effect of physical activity timing on insomnia and sleep quality: A randomized cross-over trial in older adults* [Preprint]. medRxiv.

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Manual de atención integrada para las personas mayores (ICOPE)* (2.ª ed.). OPS.

Sánchez-Sánchez, J. L., Lu, W.-H., Gallardo-Gómez, D., del Pozo Cruz, B., de Souto Barreto, P., Lucia, A., y Valenzuela, P. L. (2024). Association of intrinsic capacity with functional decline and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *The Lancet Healthy Longevity, 5*(7), e480–e492.

Seol, J., Fujii, Y., Inoue, T., Kitano, N., Tsunoda, K., y Okura, T. (2021). Effects of morning versus evening home-based exercise on subjective and objective sleep parameters in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 34*(3), 232–242.

Stutz, J., Eiholzer, R., y Spengler, C. M. (2019). Effects of evening exercise on sleep in healthy participants: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine, 49*(2), 269–287.

Xiong, Z., Yuan, Y., Qiu, B., Yang, Y., Bai, Y., Wang, J., … Zhang, L. (2025). Optimal exercise type and dose to improve sleep quality in older adults: A systematic review and network meta-analysis. *BMC Geriatrics, 25*(1), Artículo 1031.

Youngstedt, S. D., Elliott, J. A., y Kripke, D. F. (2019). Human circadian phase-response curves for exercise. *The Journal of Physiology, 597*(8), 2253–2268.

INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO EN DISPOSITIVOS DE CARDIOLOGÍA

Barroso García, Sandra; Temprano Álvarez, Isabel; Vázquez Fernando, Cristina.



Resumen

Las infecciones asociadas a dispositivos electrónicos cardiacos implantables (DECI), son poco frecuentes pero graves. pueden afectar al bolsillo del generador, a los electrodos o producir bacteriemia y endocarditis, con necesidades de hospitalización prolongada, tratamiento antimicrobiano y, en muchos casos, extracción del sistema.

Palabras clave

Infección Quirúrgica Zero; dispositivos electrónicos cardiacos implantables; profilaxis antibiótica; clorhexidina, sobre antibacteriano; Infección quirúrgica Zero.

Antecedentes

Las infecciones asociadas a DECI son infrecuentes, pero graves. la mayoría se origina por contaminación durante el procedimiento, siendo los estafilococos los microorganismos más frecuentes. El hematoma del bolsillo aumenta el riesgo de infección, y la profilaxis antibiótica preoperatoria reduce significativamente la incidencia de infeccion.

Objetivos

Revisar la evidencia disponible sobre medidas preventivas de las infecciones asociadas a DECI y su aplicación en el marco del proyecto Infección Quirúrgica Zero.

Método

Revisión bibliográfica de ensayos clínicos, documentos de consenso y guías de práctica clínica. Se han seleccionado estudios que evaluaban medidas preventivas perioperatorias, profilaxis antibiótica, prevención del hematoma y uso del sobre antibacteriano absorbible.

Resultados

La profilaxis antibiótica sistémica preoperatoria es una medida esencial y se asocia con una reducción del riesgo relativo de infección del 40-95%. El estudio PADIT no demostró beneficio significativo de añadir antibióticos adicionales.
El ensayo WRAP_IT demostró que el sobre antibacteriano absorbible redujo la infección mayor del 1,2% al 0,7% a los 12 meses, con una reducción relativa del 40% y una reducción del 61% en las infecciones de bolsillo.

Conclusiones

La prevención de infecciones asociadas a DECI debe basarse en medidas estandarizadas: profilaxis antibiótica adecuada, antisepsia con clorhexidina alcohólica, técnica aséptica, prevención del hematoma y selección de pacientes de alto riesgo para sobre antibacteriano absorbible. la aplicación sistemática de estas medidas puede contribuir a reducir la infección y avanzar hacia el objetivo de Infección Quirúrgica Zero.



¿Quién enseña a quién?

Aprendizaje intergeneracional sobre los cuidados en Enfermería

Resumen

Proyecto de aprendizaje intergeneracional que, en el marco del programa SOLiEDAD, facilita el intercambio de experiencias y conocimientos sobre los cuidados entre estudiantes del Grado en Enfermería y personas mayores, mediante cuatro encuentros presenciales. Se describe su diseño, objetivos y resultados previstos.

Palabras clave

Aprendizaje intergeneracional · Cuidados · Enfermería · Personas mayores

1. Introducción

Las personas mayores atesoran experiencias y conocimientos en salud y cuidados que enriquecen la formación enfermera y favorecen una atención más humana y cercana.

2. Objetivo

Promover el intercambio de experiencias y conocimientos sobre los cuidados entre estudiantes del Grado en Enfermería y personas mayores del programa SOLiEDAD, favoreciendo el aprendizaje mutuo y una atención más empática y humanizada.

3. Metodología

- Diseño participativo
- 4 encuentros presenciales
- Estudiantes de Enfermería y personas mayores (SOLiEDAD)
- Evaluación mixta (cuantitativa y cualitativa)

4. Intervención: cuatro encuentros

1. **¿Quién te enseñó a cuidar?** — Primeras experiencias y transmisión de conocimientos.
2. **Los cuidados de ayer y de hoy** — Cambios en los cuidados familiares y sanitarios.
3. **¿Cómo quiero que me cuiden?** — Autonomía, dignidad y preferencias en el cuidado.
4. **Lo que hemos aprendido juntos** — Reflexión y valoración compartida.

5. Resultados previstos

- ≥ **20 participantes** (estudiantes y personas mayores).
- **1 libro** colectivo accesible y multilingüe.
- ≥ **4 vídeos**/audioguías.
- ≥ **80 %** de valoraciones positivas.

6. Conclusiones

- El intercambio intergeneracional **enriquece la formación en Enfermería** con experiencias reales sobre el cuidado.
- Favorece la **empatía**, la escucha activa y una atención más centrada en la persona.
- Genera **recursos educativos transferibles** a otros contextos universitarios y comunitarios.

7. Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2021.
- López J, Martínez R. Programas intergeneracionales y bienestar en personas mayores: revisión de la evidencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2022;57(4):201-209.

Reconocimiento personalizado de lengua de signos mediante secuencias de esqueleto

Palabras clave: accesibilidad; reconocimiento de gestos; secuencias de esqueleto; comunicación; lengua de signos.

1 RESUMEN

Aplicación **rápida y fácil de usar** con la que cualquier persona enseña sus propios gestos a un ordenador con una cámara. A diferencia de sistemas que **reconocen imágenes sueltas**, reconoce **secuencias**: sigue 49 puntos del cuerpo y las manos en el tiempo con **MediaPipe de Google**, modelos preentrenados muy robustos. Se graba cada gesto unas 10 veces y se entrena en segundos. En una prueba piloto (9 signos tomados de vídeos de **lengua de signos española**, 90 muestras) acertó 89 de 90 (**98,9 %**); rechazar gestos nuevos es el reto pendiente.

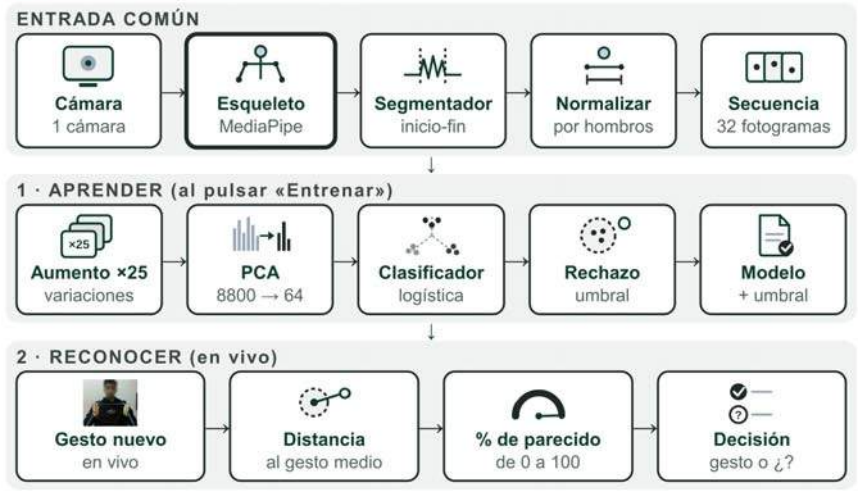
2 ANTECEDENTES

- Con la edad aumentan la **pérdida auditiva** y las **dificultades del habla**: los signos son una vía de comunicación.
- Muchos sistemas clasifican **imágenes estáticas** y no captan el movimiento.
- Los gestos reales son **secuencias**: mano y posición cambian con el tiempo.
- Los **vocabularios cerrados** no se adaptan a cada persona.

3 OBJETIVOS

- Reconocer **secuencias de esqueleto** (gestos con movimiento).
- Aprender **gestos propios** con ~10 repeticiones.
- Funcionar en **tiempo real** con una cámara.
- Dar un **% de parecido** y decir «¿?» si no lo conoce.

4 MÉTODO · ARQUITECTURA



Los 9 gestos y la aplicación en uso





Pose característica de cada gesto. Derecha: en vivo.

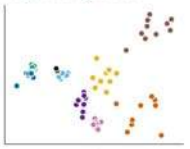
5 RESULTADOS

98,9 %	**10 %**	**≈10 s**
bien reconocidos (89 de 90)	nuevos rechazados (9/90)	entrenamiento 2 ms por gesto

Matriz de confusión



Mapa de gestos



6 CONCLUSIONES

- Las **secuencias de esqueleto** permiten gestos más complejos.
- Con más gestos, los nuevos se **confunden con los conocidos** (limitación principal).
- Falta **validarlo con personas signantes**: los signos se aprendieron de vídeos.

TRABAJO FUTURO

- **Más gestos** — Más vocabulario.
- **Expresión facial** — Cejas y boca.
- **Voz y subtítulos** — Pasar el gesto a texto.
- **Datos públicos** — Bases públicas.

Sacyl
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

Estrategias de cuidados de enfermería y manejo integral del paciente ostomizado

Mª del Carmen de la Rosa Martín, Joana Rita Preto Afonso, Mª Remedios Calvo Calleja, Silvia Aragón Conde
Enfermeras de Cirugía/Ginecología. CAZA

Introducción

La creación de un estoma digestivo o urinario representa un procedimiento quirúrgico de elevado impacto biopsicosocial para el paciente. Las complicaciones parestomales son alteraciones anatómicas o cutáneas adyacentes al estoma que afectan considerablemente la calidad de vida y aumentan los costes sanitarios .

Se clasifican según su momento de aparición en precoz (< 30 días postoperatorios) y tardías. Entre un 20% y un 70% de los pacientes ostomizados presentan al menos una complicación en el seguimiento a largo plazo.

Impacto clínico principal: La pérdida del sellado del dispositivo adhesivo provoca fugas de efluente, dermatitis periestomal, dolor local e interrupción de la adaptación social del paciente.

Objetivos

Objetivo General:

•Analizar las principales evidencias clínicas para la prevención y el abordaje estandarizado de las complicaciones parestomales en adultos.

Objetivos Específicos:

•Identificar los factores de riesgo preoperatorios y postoperatorios asociados al desarrollo de complicaciones periestomales.
•Determinar la eficacia de la marcación preoperatoria del estoma por enfermería experta.
•Sintetizar las intervenciones de cura tópica y selección de dispositivos según el tipo de complicación.

Metodología

•**Diseño** Revisión sistemática de la literatura según directrices PRISMA.
•**Fuentes** PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y SciELO (2018–2024).
•**Inclusión** Ensayos clínicos, estudios de cohorte, revisiones y guías de práctica clínica en adultos.
•**Variables** Marcación preoperatoria, dermatitis, hernia parestomal, estenosis, retracción y calidad de vida.



Resultados

Se seleccionaron 18 estudios analíticos. A continuación se resumen los hallazgos clínicos principales y el impacto de las intervenciones:

Parámetro / Complicación	Prevalencia / Incidencia	Intervención / Medida Clave	Impacto Clínico
Dermatitis Irritativa	35% - 55%	Ajuste exacto del disco y polvos hidrocoloides.	Reducción del dolor local e intemperismo cutáneo.
Hernia Parestomal	15% - 48%	Marcación preoperatoria y faja de soporte abdominal.	Disminución del riesgo de evisceración y encarcelamiento.
Retracción / Hundimiento	10% - 24%	Evitar tensión mesentérica, uso de discos convexos y cinturón.	Prevención de fugas continuas de efluente.
Granulomas Periestomales	5% - 12%	Cura local con nitrato de plata y eliminación de fricción.	Cese del sangrado al cambio de dispositivo.
Marcación Preoperatoria	Efecto Global	Evaluación por enfermera estomaterapeuta en plano abdominal.	Reducción total de complicaciones del 48% al 18% ($p < 0.001$).

Conclusiones

- La **marcación preoperatoria sistemática** por personal especializado constituye el pilar fundamental en la prevención de la hernia parestomal y el desprendimiento del dispositivo. La **educación sanitaria continuada** al paciente ostomizado desde la fase hospitalaria hasta la atención primaria es clave para la detección precoz de la dermatitis irritativa. Un abordaje estructurado e individualizado mediante la correcta elección del material (convexidad, barreras cutáneas y accesorios) optimiza el sellado y preserva la integridad.

Bibliografía



Sacyl
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

Importancia de la Higiene de manos en los cuidados postquirúrgicos

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

Mª del Carmen de la Rosa Martín, Joana Rita Preto Afonso, Mª Remedios Calvo Calleja, Silvia Aragón Conde
Enfermeras de Cirugía/Ginecología. CAZA

Introducción

Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) representan una de las complicaciones más frecuentes y sever en el periodo postoperatorio, incrementando sensiblemente la morbimortalidad y prolongando la estanci hospitalaria.

Se estima que hasta el 50% de las infecciones asociadas a la atención de la salud pueden prevenirse mediante el cumplimiento riguroso de protocolos de asepsia, en particular la correcta técnica de higiene de manos en los 5 momentos clave establecidos por la OMS.

Objetivos

Objetivo General: Evaluar la eficacia y adherencia a la higiene de manos en la reducción de tasas de ISQ en la unidad de cuidados postquirúrgicos.

Objetivos Específicos:

- Determinar la tasa de cumplimiento de la técnica adecuada pre y post cura de heridas.
- Analizar la correlación entre el uso de solución hidroalcohólica y la incidencia de infecciones.

Dato Clave: Las manos de los profesionales sanitarios son el principal vector de transmisión cruzada de patógenos multirresistentes durante la manipulación de heridas y drenajes.



Metodología

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y analítico durante un periodo de 12 meses (enero – diciembre) en la unidad de cirugía postoperatoria.
Muestra: N = 450 pacientes sometidos a intervenciones abdominales y ortopédicas de alta complejidad.
Intervención: Implementación de un programa intensivo de capacitación multimodal de la OMS y auditorías de observación directa.
Variables analizadas: Adherencia a los 5 momentos, incidencia de ISQ y consumo de preparados de frote alcohólico (ml/paciente-día)

Resultados

Tras la intervención multimodal, la adherencia global a la higiene de manos se incrementó del 58.4% al 87.2%. La mayor mejora se observó en el momento 3 (después del riesgo de exposición a fluidos corporales).

Indicador de Evaluación	Basal	Post-Int.	p-valor
Adherencia Global (%)	58.4%	87.2%	< 0.001
Higiene antes de tocar la herida	62.1%	91.5%	< 0.001
Incidencia ISQ (% pacientes)	7.8%	3.1%	0.004
Consumo solución hidroalcohólica	18.2 ml	42.5 ml	< 0.001

Impacto Clínico: La reducción de ISQ significó una disminución promedio de 3.5 días de estancia hospitalaria por paciente infectado evitado.

Conclusiones

La higiene de manos rigurosa constituye la medida preventiva individual de mayor efectividad y menor costo para mitigar la infección postquirúrgica .

Las estrategias multimodales de la OMS mejoran significativamente el cumplimiento del personal de enfermería y médico durante los curativos postoperatorios. Se requiere mantener auditorías continuas e incentivar el uso de soluciones de frote hidroalcohólico a pie de cama para consolidar una cultura institucional de seguridad.

Bibliografía



ESTRATEGIA MULTICOMPONENTE PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL CICLO VITAL

RESUMEN

El consumo nocivo de alcohol es un problema multIfactorial de salud pública. Este estudio evalúa un rnodelo comunitario que articula intervenciones en escuelas, centros de salud, empresas, embarazo y seguridad vial, logrando reducir el consumo de riesgo.

PALABRAS CLAVE

• Prevención comunitaria
• Salud pública
• Intervención multicomponente
• Ciclo vital
• Consumo de riesgo

ANTECEDENTES

El alcohol tiene un alto impacto sociosanitario por su aceptación social. Las intervenciones aisladas tienen alcance limitado, por lo que urge coordinar acciones preventivas en todo el ciclo vital.

OBJETIVOS



1. ESCOLAR

Retrasar edad de inicio
Talleres de habilidades socioemocionales.



2. ATENCIÓN PRIMARIA

Detección precoz
Cribado AUDIT e intervención breve.



3. ÁMBITO LABORAL

Entorno saludable
Políticas preventivas y apoyo confidencial.



4. EMBARAZO Y PERINATAL

Abstinencia total
Prevención del espectro alcohólico fetal.



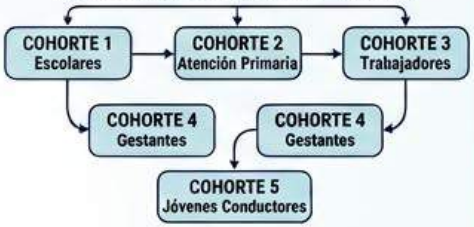
5. SEGURIDAD VIAL

Reducir siniestralidad
Promoción de tasa cero al volante.

Ciclo Vital

MÉTODO

Estudio Multicéntrico (N = 1.900)





REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE RIESGO (%)



CONCLUSIONES

La sinergia entre los sectores educativo, sanitario, laboral y municipal multiplica la eficacia preventiva y consolida una cultura comunitaria de protección frente al alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. 2022.
2. PNSD. Encuesta ESTUDES. 2023.
3. Ministerio de Sanidad. Guía TEAF. 2021.
4. Babor TF et al. sl. Coestionario AUDIT. OMS, 2001.
5. DGT. Memoria anual tcxicológica. 2023.
6. OIT. Alcohol y drogas en el trabajo. 2019.

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

La Soledad no Deseada en Personas Ancianas Durante el Ingreso Hospitalario

Mª del Carmen de la Rosa Martín, Joana Rita Preto Afonso, Mª Remedios Calvo Calleja
Enfermeras de Cirugía/Ginecología. CAZA

Introducción

El ingreso hospitalario representa una situación de elevada vulnerabilidad para el adulto mayor. Más allá del deterioro físico o la patología aguda, la separación del entorno habitual y la restricción del apoyo familiar desencadenan episodios severos de **soledad no deseada** y aislamiento social.

La soledad en la población geriátrica hospitalizada se asocia con un mayor riesgo de *delirium*, deterioro cognitivo acelerado, prolongación de la estancia hospitalaria y un incremento en las tasas de reingreso a los 30 días post-alta.

Objetivos

Objetivo Principal: Analizar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la soledad en pacientes mayores de 65 años ingresados en unidades de agudos.

Objetivos Específicos:

- Identificar el impacto del aislamiento hospitalario en la evolución clínica.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones no farmacológicas aplicadas por el personal de enfermería.

Metodología

Diseño: Revisión sistemática de la literatura científica reciente (2019–2024) y estudio observacional descriptivo.
Fuentes de datos: Búsqueda en PubMed, Scopus, CINAHL y SciELO utilizando los descriptores DeCS/MeSH: *"Aged", "Loneliness", "Hospitalization", "Nursing Care"*.
Criterios de inclusión:
Estudios en adultos ≥ 65 años hospitalizados.
Evaluación de la soledad mediante escalas validadas (Escala de Soledad de UCLA o DJGG).
Artículos en español e inglés.



Resultados

Se analizaron datos de N=480 pacientes hospitalizados. La prevalencia global de soledad percibida alta o muy alta alcanzó el 61.5% durante los primeros 3 días de ingreso [3].

Factor de Riesgo	Prevalencia	OR (IC 95%)
Ausencia de acompañante nocturno	68.4%	2.8 (1.6 - 4.8)
Déficit sensorial (auditivo/visual)	52.1%	2.1 (1.3 - 3.5)
Dependencia moderada-severa	44.7%	1.9 (1.1 - 3.2)
Ingreso no programado (urgencias)	73.2%	3.2 (2.0 - 5.1)

Impacto Clínico: Los pacientes con alta puntuación de soledad presentaron un incremento del 34% en la incidencia de síndrome confusional agudo.

Conclusiones

La soledad no deseada constituye un síndrome geriátrico prevalente e infravalorado en el ámbito hospitalario. Los principales desencadenantes son la falta de apoyo familiar continuo, las barreras de comunicación sensorial y la pérdida repentina de autonomía. Es imprescindible implantar protocolos de acompañamiento voluntario, flexibilizar los horarios de visitas e integrar la detección de la soledad en la valoración enfermera al ingreso.

Bibliografía



Sacyl
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

Tercera Edad, Ingresos y Desubicación

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

Mª del Carmen de la Rosa Martín, Joana Rita Preto Afonso, Mª Remedios Calvo Calleja
Enfermeras de Cirugía/Ginecología. CAZA

Introducción

El envejecimiento de la población mundial plantea desafíos sociosanitarios prioritarios. En la tercera edad, la **desubicación** o desorientación temporoespacial constituye una manifestación clínica frecuente del deterioro cognitivo y del síndrome confusional agudo (delirium).

Estudios recientes sugieren que los **ingresos económicos reducidos** actúan como un factor determinante de vulnerabilidad, limitando el acceso a estimulación cognitiva, nutrición adecuada y cuidados sanitarios oportunos, lo cual acelera la aparición de cuadros de desorientación al momento del ingreso hospitalario o residencial.

Objetivos

Objetivo Principal:
Analizar la asociación entre el nivel de ingresos económicos y la prevalencia de episodios de desubicación en adultos mayores al momento del ingreso en instituciones asistenciales.

Objetivos Específicos:
•Determinar la frecuencia de desorientación temporoespacial según estratos de ingreso.
•Identificar factores de riesgo sociodemográficos asociados a la desubicación aguda.

Metodología

Estudio observacional, transversal y analítico realizado durante un período de 12 meses sobre una muestra de adultos mayores (≥65 años).
Muestra: n = 240 pacientes consecutivos evaluados en las primeras 48 horas tras su ingreso.
Variables evaluadas:
Ingresos económicos: Clasificados en Pensión Mínima / Baja (< 1 SMI) y Pensión Media / Alta (≥ 1 SMI).
Desubicación: Evaluación del estado mental mediante el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) y la escala CAM (*Confusion Assessment Method*).
Análisis estadístico: Prueba de Chi-cuadrado (χ^2) y regresión logística multivariada ($p < 0,05$).



Resultados

De los 240 participantes (edad media: 78,4 ± 6,2 años; 58,3% mujeres), el 41,6% presentaba ingresos correspondientes a pensión mínima o baja.

Nivel de Ingresos	Orientado n (%)	Desubicado n (%)	Total
Pensión Baja (< 1 SMI)	42 (42,0%)	58 (58,0%)	100
Pensión Media/Alta (≥ 1 SMI)	96 (68,6%)	44 (31,4%)	140
Total	**138 (57,5%)**	**102 (42,5%)**	**240**

Se observó una relación estadísticamente significativa entre los ingresos bajos y un mayor riesgo de presentar desubicación al ingreso ($\chi 2 = 16,8$; $p < 0,001$; OR = 3,01; IC 95%: 1,76–5,15).

Conclusiones

Existe una correlación directa entre el **bajo nivel de ingresos** y una mayor incidencia de episodios de **desubicación** en adultos mayores durante los ingresos asistenciales. La precariedad económica actúa como un determinante de la vulnerabilidad cognitiva, probablemente asociado a menor soporte social y retraso en la atención médica. Se requiere implementar protocolos de acogida e intervención temprana orientados a mitigar la desorientación en poblaciones de la tercera edad con bajos recursos.

Bibliografía



ADHERENCIA DE PERSONAS MAYORES CON Y SIN DETERIORO A UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR REALIZADOS EN UN CENTRO SOCIAL

Angie Alejandra Diaz Baquero[1,2,3], Estela Romero Álvarez[1], María Jesús Fernández de la Vega[1], María Amelia Hernández[1,2] Efraín Rujano[1,2] Manuel Franco Martín[1,2,3]
[1] Centro de Innovación social Meeting Center Zenda, Granja de Moreruela, Zamora, España [2] Fundación para la Investigación Biomédica de Salamanca, España [3] Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología · Universidad de Salamanca, España

Resumen: El Centro de Innovación Psicosocial meeting center desarrolla un programa multidisciplinar dirigido a personas mayores, cuyo objetivo es promover la estimulación y el mantenimiento de las funciones cognitivas, emocionales, sociales y motoras. Para ello, integra diferentes actividades de intervención junto con herramientas tecnológicas, como programas informáticos de estimulación cognitiva y dispositivos de realidad virtual para la estimulación multisensorial. **Objetivo:** Analizar la adherencia de personas mayores con y sin deterioro al programa multidisciplinar (estimulación cognitiva tradicional y por ordenador, estimulación multisensorial por realidad virtual, psicomotricidad, reminiscencia, ejercicio físico y baile) propuesto desde el centro de innovación social. **Método:** estudio cuantitativo, observacional, no experimental, longitudinal y retrospectivo. Se reclutaron 15 personas mayores con una edad media de 82.60 años. **Resultados** No existe diferencias significativas en el nivel de adherencia a lo largo de 4 meses y tampoco con respecto al diagnóstico cognitivo. No obstante, se observa una tendencia en el aumento de dicha adherencia desde julio hasta octubre. **Palabras Clave**: Adherencia- personas mayores - tecnología – Meeting center.

Introducción

A nivel europeo, desde hace años se ha ido desarrollando la idea de crear centros de encuentro o Meeting Centers: espacios psicosociales diseñados para responder a las necesidades de las personas mayores mediante una metodología centrada en la persona (van Rijn., et al, 2019; Szcześniak., et al, 2018; Szcześniak., et al, 2021). Centro de Innovación Social Meeting center es un espacio de atención y participación dirigido principalmente a personas mayores del medio rural. El centro nace con el propósito de ofrecer un entorno cercano, accesible y activo en el que las personas puedan mantener y potenciar sus capacidades cognitivas, físicas, emocionales y sociales, favoreciendo al mismo tiempo su autonomía, bienestar y participación en la comunidad.

Método:

Diseño: Estudio cuantitativo, observacional, no experimental, longitudinal y retrospectivo.

Participantes: 15 personas mayores con una edad media de 82.60 (DE=9.07) años y el 60% correspondiente a mujeres, ubicados en el medio rural. El 46.7% con un nivel educativo primaria y el 60% viudos. El 33% sin deterioro cognitivo, el 40% con DCL y el 26.7% con demencia.





Instrumentos: La adherencia al programa se evaluó mediante un registro de asistencia correspondiente al periodo comprendido entre julio y octubre de 2026. Se consideró la adherencia como variable dependiente, mientras que las variables independientes incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y estado civil) y clínicas (estado cognitivo: ausencia de deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve y demencia). Para su análisis, se calculó la adherencia mensual y la adherencia total del periodo de seguimiento, expresadas en porcentajes, mediante la siguiente fórmula:

Adherencia (%) = (Número de sesiones realizadas / Número de sesiones previstas) × 100.

Procedimiento:

- ✓ Recopilación de datos sociodemográficos y clínicos de los participantes.
- ✓ Revisión de los registros de asistencia (julio-octubre de 2026).
- ✓ Identificación del número de sesiones programadas y asistidas.
- ✓ Cálculo de la adherencia mensual y total (%).
- ✓ Análisis de la relación entre adherencia y variables sociodemográficas y clínicas.

Análisis de datos:

- ✓ Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes.
- ✓ Prueba no paramétrica de **Friedman** para evaluar la evolución de la adherencia mensual (julio-octubre).
- ✓ **Prueba Kruskal-Wallis** para comparar la adherencia según el diagnóstico cognitivo.
- ✓ Correlación de **Spearman** para analizar la relación entre edad y adherencia global.
- ✓ Análisis estadísticos realizados mediante IBM **SPSS Statistics.**

Resultados y discusión

Se realizó la prueba Kruskal-Wallis para analizar las diferencias en el nivel de adherencia al programa multidisciplinar según el diagnóstico de los participantes. Los resultados no mostraron una diferencia significativa (H= .797; gl= 2; p= .671). Para analizar la evolución de la adherencia a lo largo del tiempo, se realizó una prueba no paramétrica de Friedman para muestras relacionadas. Para ello, se incluyeron sólo 14 participantes con datos completos para los cuatro meses, pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de adherencia entre los distintos meses (χ^2 = 1,951; gl = 3; p = 0,583). No obstante, se observó una tendencia de aumento positivo del nivel de adherencia al programa multidisciplinar desde julio hasta octubre. Por último, se analizó la relación entre la edad de los participantes y la adherencia global al centro mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Se observó una correlación positiva de magnitud moderada (ρ = 0,497), aunque esta no alcanzó significación estadística (p = 0,059; N = 15). No obstante, se observó una tendencia positiva de las personas de mayor edad a presentar una adherencia más elevada.

Referencias
Szcześniak, D., Dröes, R.-M., Meiland, F., Brooker, D., Faiña, E., Chattat, R., ... Rymaszewska, J. (2018). Does the community-based combined Meeting Center Support Programme (MCSP) make the pathway to day-care activities easier for people living with dementia? A comparison before and after implementation of MCSP in three European countries. International Psychogeriatrics, 30(11), 1717–1734. doi:10.1017/S1041610217002885
Szcześniak, D., Rymaszewska, J., Sulbaran, F. L., Lion, K. M., D'arma, A., Brooker, D., Evans, S. B., Evans, S. C., Chattat, R., Scarioli, C., Meiland, F., Hendriks, I., Dröes, R. M., & Faiña, E. (2021). Meeting centres support programme highly appreciated by people with dementia and carers: a European cross-country evaluation. Aging & mental health, 25(1), 149–159. https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1658814
van Rijn, A., Meiland, F., & Dröes, R.-M. (2019). Linking DementiaTalent to Meeting Centers for people with dementia and their caregivers: a process analysis into facilitators and barriers in 12 Dutch Meeting Centers. International Psychogeriatrics, 31(10), 1433–1445. doi:10.1017/S1041610219001108

Acompañamiento y apoyo en el uso de tecnología en personas mayores: El papel de las TCAE

Estela Romero Álvarez[1], María Jesús Fernández De La Vega[1], María Amela Hernández [1,2] Efraín Rujano[1,2] Manuel Franco Martín[1,2,3] & Angie Alejandra Diaz Baquero[1,2,3],
[1] Centro de Innovación social Meeting Center Zenda, Granja de Moreruela, Zamora, España
[2] Fundación para la Investigación Biomédica de Salamanca, España
[3] Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología · Universidad de Salamanca, España

Resumen: La tecnología se ha convertido en una herramienta indispensable para la vida cotidiana, y para las personas mayores, representa una gran oportunidad para mejorar su calidad de vida. **Objetivo:** analizar la percepción de las personas mayores sobre el apoyo proporcionado por las TCAEs durante la realización de actividades con tecnología. **Método:** estudio observacional, descriptivo y transversal . **Resultados** muestran emociones mayoritariamente positivas y un alto grado de satisfacción con la ayuda recibida, destacando el papel cercano de la TCAE. **Palabras Claves**: Personas mayores - Tecnología - Emociones – Satisfacción.

Introducción:

El uso de la tecnología puede general dudas o inseguridad. Aunque ofrece muchísimas oportunidades de estimulación, conectividad y bienestar (Molinari-Ulate, 2023). En el centro de innovación se han incorporado herramientas tecnológicas diarias, con el acompañamiento de la TCAE, que desempeña un papel clave a la hora del uso de las mismas, por la cercanía , la confianza y el apoyo práctico.

Objetivo:

- Analizar la percepción de las personas mayores sobre el apoyo proporcionado por las TCAEs durante la realización de actividades con tecnología en el centro de innovación social.

Método:

- Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal, de carácter exploratorio mediante el uso de un cuestionario.
- Participantes: 10 (usuarios del centro). Personas mayores con y sin deterioro cognitivo. Edad: ≥ 65 años.
- Instrumentos: Cuestionario ad hoc, elaborado para este estudio. Compuesto de 8 preguntas con opción múltiple. El cuestionario exploró las siguientes dimensiones:

Tipo de apoyo percibido	• Explicaciones, demostraciones, orientaciones y ayuda directa. Pre 1 y 3
Apoyo ante las dificultades	• Respuesta de las cuidadoras ante los errores y/o dificultades. Preg 6
Autonomía percibida	• Capacidad para realizar actividades. Preg 4 y 5
Experiencia y motivación	• Seguridad, satisfacción y disposición para continuar usando la tecnología. Preg 2, 7 y 8



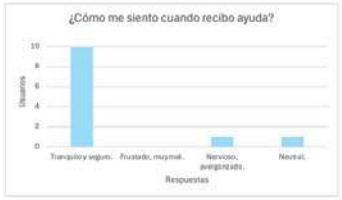


Método:

- Procedimiento: El cuestionario se administro a 10 usuarios del centro. Solicitando que respondieran según su experiencia con el uso de tecnología (Programa de estimulación cognitiva por ordenador y programas de estimulación multisensorial con realidad virtual). Cuando fue necesario, se facilitó la lectura de preguntas, sin influir en la respuesta.
- Análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas mediante frecuencia y porcentajes para cada pregunta y opción de respuesta.

Resultados:

- Tipos de apoyo percibido : El 80% de las personas consideran que las explicaciones sencillas con ejemplos son las más eficaces.
- Apoyo ante las dificultades: El 90% de los usuarios argumenta que les beneficia la empatía, la paciencia, y la motivación a seguir intentándolo.
- Autonomía percibida: El 90% consideran que lo que más les beneficia es intentar usar la tecnología solos o con una leve ayuda.
- Experiencia y motivación: El 85% de los usuarios tienen más ganas de seguir utilizando la tecnología ya que consideran que es una herramienta muy útil.





Conclusión: Las TCAEs son un pilar fundamental para la integración de las nuevas tecnologías en las personas mayores, ya que no solo les ayudan a utilizar dispositivos si no que también acompañan, dan seguridad y confianza, desde el respeto y la empatía. Y así conseguir evitar que la tecnología sea una barrera y se convierta en una herramienta de comunicación, estimulación cognitiva e incluso calidad de vida.

Franco-Martín, M.A., Díaz-Baquero, A.A., Bueno-Aguado, Y. et al. Computer-based cognitive rehabilitation programs GRADIOR for mild dementia and mild cognitive impairment: new features. BMC Med Inform Decis Mak 20, 274 (2020). https://doi.org/10.1186/s12911-020-01293-w
Góngora Alonso, S., Hamrioui, S., de la Torre Díez, I., Motta Cruz, E., López-Coronado, M., & Franco, M. (2019). Social Robots for People with Aging and Dementia: A Systematic Review of Literature. Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association, 25(7), 533-540. https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0051
Mahmoudi Asl, A., Toribio-Guzmán, J. M., Castro-González, Á., Malfaz, M., Salichs, M. A., & Franco Martín, M. (2020). Evaluating the User Experience and Usability of the MINI Robot for Elderly Adults with Mild Dementia and Mild Cognitive Impairment: Insights and Recommendations. Sensors (Basel, Switzerland), 24(22), 7180. https://doi.org/10.3390/s24227180
Molinari-Ulate, M., Granado-Sánchez, Y., Plasín, L., van der Roest, H. G., Bublilo, A., & Franco-Martín, M. (2023). Cultural adaptation of the iSupport online training and support programme for caregivers of people with dementia in Castilla y León, Spain. Dementia (London, England), 22(5), 1010–1026. https://doi.org/10.1177/14713012231165578

Sacyl
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

Revisión Clínica y Guía Sanitaria

SISTEMA VAC Y SUS CUIDADOS DOMICILIARIOS

Manejo de la Terapia de Presión Negativa en el Entorno Extrahospitalario

Mª del Carmen de la Rosa Martín, Joana Rita Preto Afonso, Mª Remedios Calvo Calleja
Enfermeras de Cirugía/Ginecología. CAZA

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

Introducción

El sistema de Cierre Asistido por Vacío (**VAC**, *Vacuum-Assisted Closure*) es una terapia no invasiva de manejo de heridas que aplica presión negativa subatmosférica continua o intermitente sobre el lecho lesional.

Su mecanismo de acción estimula la formación de tejido de granulación, reduce el edema local, elimina el exudado y disminuye la carga bacteriana. El traslado de esta tecnología al ámbito domiciliario optimiza la calidad de vida del paciente, aunque requiere una estricta formación para prevenir complicaciones técnicas e infecciosas.

Objetivos

Objetivo General: Analizar la efectividad del sistema VAC y sistematizar las intervenciones de enfermería para el cuidado domiciliario seguro. **Objetivos Específicos:**

- Identificar los signos de alarma y fallos técnicos frecuentes en el domicilio.
- Establecer recomendaciones estandarizadas para el paciente y la persona cuidadora.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática cualitativa en las bases de datos Medline (PubMed), CINAHL y Scielo entre 2018 y 2024.
Criterios de inclusión: Estudios en humanos con heridas complejas (úlceras por presión, pie diabético, heridas quirúrgicas dehiscentes) tratados con terapia VAC en régimen de hospitalización a domicilio.



Resultados Y Cuidados

Los hallazgos destacan una reducción media del área de la herida del 45% en las primeras 3 semanas de tratamiento domiciliario.

Área de Cuidado	Intervención y Manejo Domiciliario
Mantenimiento del Vacío	Verificar que la esponja esté colapsada y firme al tacto. Revisar que el sellado adhesivo no presente pliegues o fugas de aire.
Gestión del Recipiente	Cambiar el depósito cuando alcance el 80% de su capacidad o cuando el dispositivo emita alarma de depósito lleno.
Higiene y Confort	Proteger la unidad de la humedad durante el aseo. Mantener el dispositivo en posición vertical para evitar bloqueos del filtro.
Manejo del Dolor	Administrar analgesia prescripta 30-45 minutos antes de la realización del cambio de cura por parte del personal de enfermería.

Signos de Alarma (Contactar con Urgencias/Enfermería):
Sangrado activo y brillante en el depósito o apósito.
Pérdida de vacío no resuelta por más de 2 horas.
Fiebre (>38 °C), mal olor persistente o eritema perilesional en aumento.

Conclusiones

El sistema VAC en el domicilio es una alternativa segura y eficaz que acelera la cicatrización y reduce el tiempo de estancia hospitalaria. La capacitación continua del paciente y cuidador en el manejo del sellado hermético y la detección temprana de fuga es determinante para el éxito del tratamiento. La coordinación estrecha entre el equipo de enfermería comunitaria y los servicios especializados garantiza la continuidad asistencial y la minimización de riesgos.

Bibliografía

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

EL RETRASO EN EL DIGANGOSTICO DE LA ENDOMETRIOSIS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

Grande Rubio, Blanca; Calvo Albarran, María; Zubimendi Solaguren, Sofía; Muñoz Verues, Teresa; Hernández Vecino, Paula; Souto Mureas, Vanesa; San Bruno Martín, Julia

RESUMEN

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica que afecta aproximadamente al 10 % de las mujeres en edad reproductiva. Esta revisión analiza la demora hasta el diagnóstico, los factores asociados y sus repercusiones. La evidencia muestra una demora media de 6,8 años. La normalización del dolor, los diagnósticos alternativos y las dificultades asistenciales contribuyen al problema.

PALABRAS CLAVE

Endometriosis • Dismenorrea • Dolor pélvico
Retraso diagnóstico • Calidad de vida

ANTECEDENTES

Presentación heterogénea desde la menarquia:

- Dismenorrea incapacitante
- Dolor pélvico crónico o dispareunia
- Dolor al defecar o al orinar
- Sangrado abundante o infertilidad

OBJETIVOS

Analizar la demora diagnóstica, identificar barreras y proponer medidas para una detección más precoz.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios recientes y documentos sanitarios internacionales.

RESULTADOS

6,8 AÑOS

demora diagnóstica media | 23 estudios | rango: 1,5-11,4 años

¿DÓNDE SE PRODUCE EL RETRASO?



PACIENTE
Normalización, estigma y demora en consultar.

PROFESIONAL
Diagnósticos alternativos y pruebas poco específicas.

SISTEMA
Derivación, acceso y desigualdades geográficas.

EL DOLOR MENSTRUAL INCAPACITANTE NO DEBE NORMALIZARSE

CONSECUENCIAS

DOLOR Y SÍNTOMAS
Mayor carga sintomática y limitación funcional.

VIDA COTIDIANA
Impacto laboral, académico, social y sexual.

SALUD REPRODUCTIVA
Posibles repercusiones a largo plazo.

SALUD MENTAL
Ansiedad, depresión y menor bienestar.

CONCLUSIONES

- Retraso considerable y variable entre países.
- Origen multifactorial: paciente, profesional y sistema.
- La educación y la sospecha clínica son aplicables.
- Se necesitan circuitos asistenciales coordinados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.World Health Organization. Endometriosis. WHO; 2025.
2. De Corte P, Klinghardt M, von Stockum S, Heinemann K. Time to diagnose endometriosis: current status, challenges and regional characteristics. BJOG. 2025;132(2):118-130.
3. Li W, Feng H, Ye Q. Factors contributing to the delayed diagnosis of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. Front Med. 2025;12:1576490.

MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: ENFERMEDAD CRÓNICA Y PARTICIPACIÓN LABORAL

Análisis descriptivo de la cohorte ARALONGCOV | COVID persistente y FIBRO/SFC/EM

RESUMEN

Exploración de la situación laboral en personas con enfermedades crónicas complejas, utilizando datos descriptivos de una cohorte observacional española.

ANTECEDENTES

La COVID persistente, la fibromialgia y el SFC/EM pueden limitar la vida cotidiana y la actividad laboral. Su impacto social requiere atención específica.

OBJETIVO

Describir la participación laboral y la ausencia de trabajo por motivos médicos en dos grupos clínicos.

MÉTODO

Estudio transversal de ARALONGCOV. Grupos clínicos: COVID persistente (n=144) y FIBRO/SFC/EM (n=121). Situación laboral autodeclarada; datos disponibles para 136 y 112 personas, respectivamente.

RESULTADOS · SITUACIÓN LABORAL

Porcentaje dentro de cada grupo con datos laborales



CONCLUSIONES

Se observan patrones descriptivos distintos de participación laboral entre los grupos. Estos datos justifican estudiar los factores asociados a las limitaciones laborales, sin atribuir causalidad al diagnóstico.

IMPLICACIONES

La evaluación funcional y las necesidades de adaptación del puesto de trabajo podrían ser relevantes para la atención y la inclusión laboral.

PALABRAS CLAVE

COVID persistente; fibromialgia; síndrome de fatiga crónica; empleo; discapacidad; inclusión laboral.

BIBLIOGRAFÍA (citas abreviadas del manuscrito): Davis et al. (2021) · Ceban et al. (2022) · Greenhalgh et al. (2024) · Sisó-Almirall et al. (2021

VII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

LA VOZ DE LAS PERSONAS MAYORES

Historias de vida e innovación social en el medio rural

OBJETIVOS

- Analizar una experiencia de innovación social basada en talleres de historias de vida.
- Poner en valor los saberes de las personas mayores y su contribución a la memoria colectiva.
- Favorecer el diálogo, identificar necesidades y propuestas y extraer aprendizajes.

METODOLOGÍA

- 26 talleres en la provincia de Salamanca.
  Programas Provincia Creativa y Provincia Universitaria.
- Preguntas sobre infancia, juegos, recuerdos significativos, personas importantes, presente y futuro.
- Registro en pizarras, cuadernos de campo y fotografías.
- Análisis cualitativo y etnográfico de las aportaciones.

RESULTADOS

26 TALLERES

≈250 PARTICIPANTES

- La memoria compartida recupera experiencias individuales y colectivas.
- Las historias de vida ayudan a identificar necesidades y fortalecer vínculos comunitarios.
- Transferencia: encuentros, prácticas de campo, CRUCIAL-LAB, diálogo territorial y obra teatral.

LA EXPERIENCIA



Diálogo, memoria y participación

CONCLUSIONES

- La memoria colectiva es un capital social.
- La resistencia al desarraigo conecta pasado, presente y futuro.
- El reto es convertir saberes y propuestas vecinales en iniciativas estables, con las personas mayores como protagonistas.

PALABRAS CLAVE

Innovación social • Personas mayores • Historias de vida • Desarrollo comunitario

Provincia de Salamanca | Investigación-acción | Participación comunitaria

El eco de las palabras: Estereotipos sobre juventud y vejez en el aula universitaria

Diana Amber Montes y María Gutiérrez Vega

UJA Universidad de Jaén

RESUMEN

Partiendo del lenguaje como reflejo de las percepciones sociales, este estudio analiza las palabras empleadas por 286 estudiantes universitarios de Educación Social para referirse a juventud y vejez. El objetivo es identificar estereotipos generacionales mediante asociación libre de palabras. Los resultados muestran que la juventud se vinculó a dimensiones sociales y progreso, mientras que la vejez reflejó cualidades psicológicas como la sabiduría, pero también sesgos edadistas de deterioro físico y dependencia. Se concluye que persisten visiones estereotipadas que requieren de una formación crítica.

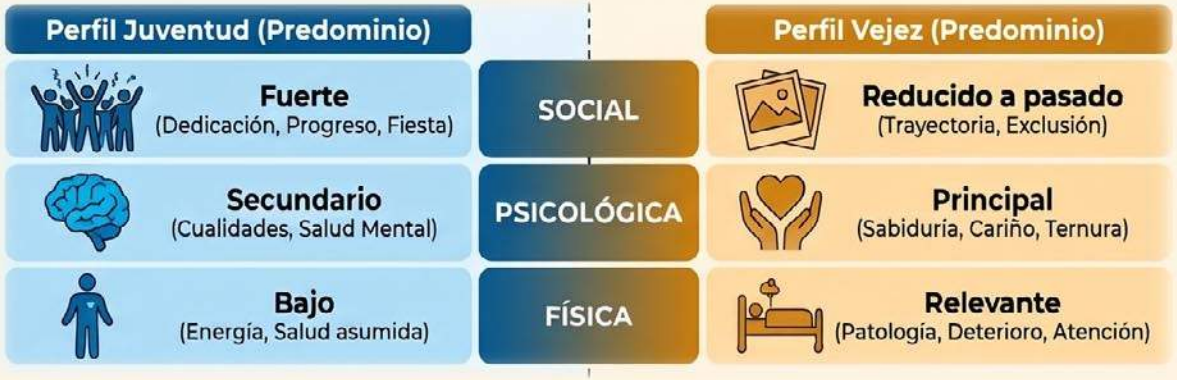
Palabras clave: juventud; vejez; estereotipo; lenguaje.

ANTECEDENTES

El lenguaje es el reflejo de las percepciones sociales y prejuicios que forman la imagen de las distintas etapas vitales, estructurando realidades discursivas que pueden llegar a normalizar el edadismo. Tradicionalmente, la juventud y la vejez se han conceptualizado como polos opuestos en el imaginario social, lo que influye en la generación de estereotipos y prejuicios asociados a la edad. El edadismo puede tener graves consecuencias negativas en ámbitos diversos como la salud, el bienestar y la participación social. El lenguaje usado para aludir las distintas etapas ofrece pistas sobre los estereotipos arraigados que subyacen al discurso social.

OBJETIVO: Identificar a través del análisis de frecuencia de palabras los estereotipos relacionados con la juventud y la vejez presentes en el estudiantado del Grado en Educación Social.

RESULTADOS



MÉTODO: Mixto (análisis de frecuencia de palabras y análisis crítico del discurso)



CONCLUSIONES

- ✓ En el discurso del estudiantado **persisten estereotipos** relacionados con ambas etapas.
- ✓ La **juventud se idealiza** desde el dinamismo, el progreso y la participación social.
- ✓ Se arroja una **doble mirada sobre la vejez** que resalta la sabiduría y la experiencia, manteniendo estereotipos relacionados con el deterioro físico y la dependencia.
- ✓ Los hallazgos apuntan a la necesidad de incorporar en la formación inicial del estudiantado **espacios de reflexión crítica que contribuyan a la superación del edadismo** manifiesto en el lenguaje.

Prescripción social de actividad física para personas mayores de 65 años del medio rural de Zamora

Movimiento, comunidad y salud para un envejecimiento activo en nuestros pueblos

Resumen

Se presenta un modelo de prescripción social de actividad física para mayores de 65 años del medio rural de Zamora, basado en ejercicio multicomponente y participación comunitaria. Objetivo: promover el envejecimiento activo, mejorar la autonomía, prevenir la fragilidad y reducir la soledad no deseada.

Palabras clave

Envejecimiento activo · Ejercicio multicomponente · Participación comunitaria · Autonomía · Fragilidad · Soledad no deseada.

Antecedentes

El envejecimiento en la población rural de Zamora se asocia a mayor riesgo de fragilidad, pérdida de autonomía y soledad no deseada. La prescripción social de actividad física integrada en la comunidad se plantea como estrategia efectiva.

Objetivos

Objetivo general: promover actividad física y vida social activa en mayores de 65 años del medio rural de Zamora mediante prescripción social.
Objetivos específicos: favorecer el contacto social y la integración comunitaria; disminuir la soledad no deseada; impulsar la implicación de las personas mayores en la vida del pueblo; mejorar la autonomía y calidad de vida.

MODELO DE INTERVENCIÓN



Población diana

Personas mayores de 65 años del medio rural de Zamora.

Componentes de la intervención

- Ejercicio multicomponente: fuerza, equilibrio, resistencia, flexibilidad y funcionalidad.
- Sesiones grupales y adaptadas.
- Espacios comunitarios: centros sociales y espacios al aire libre.
- Acompañamiento y apoyo social.
- Coordinación entre atención primaria y servicios sociales.

Resultados esperados

Indicadores de evaluación: condición física (fuerza, equilibrio, resistencia); fragilidad (escala FRAIL); autonomía (índice de Barthel); participación comunitaria (número de participantes y continuidad); soledad no deseada (escala UCLA); calidad de vida (EQ-5D).

Beneficios esperados

Mejora de la condición física y la funcionalidad. Reducción del riesgo de fragilidad. Mayor participación comunitaria. Disminución de la soledad no deseada. Incremento de la autonomía y calidad de vida. Comunidades rurales más activas, cohesionadas y saludables.

Conclusiones

La prescripción social de actividad física, basada en ejercicio multicomponente y participación comunitaria, es una estrategia viable y prometedora para promover el envejecimiento activo, prevenir la fragilidad, reducir la soledad no deseada y mejorar la autonomía de las personas mayores de 65 años del medio rural de Zamora.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128/
2. World Health Organization. Physical activity and sedentary behaviour: a brief to support older people. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/b/67181
3. Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022;5(10):e2236676. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.36676.
4. Paquet C, Whitehead J, Shah R, Adams AM, Dooley D, Spreng RN, et al. Social prescription interventions addressing social isolation and loneliness in older adults: meta-review integrating on-the-ground resources. J Med Internet Res. 2023;25:e40213. doi:10.2196/40213.



Javier Marcellán Moreno · Marina Sandín Turiel

Inteligencia artificial generativa, desinformación y Generación Silver: orientaciones para una alfabetización crítica

Propuesta de itinerario formativo PAUSA-IA para fortalecer la autonomía crítica de las personas mayores

01 RESUMEN

La inteligencia artificial generativa crea textos, imágenes, audios y vídeos muy realistas, que favorecen la desinformación, los fraudes y las kafe news. Se propone el itinerario formativo PAUSA-IA para desarrollar la alfabetización mediática y digital crítica de la Generación Silver y fortalecer su autonomía, sin tratarla como un colectivo pasivo o indefenso. Los destinatarios son los centros de mayores, bibliotecas, asociaciones, universidades silver y servicios sociales.

02 PALABRAS CLAVE

Inteligencia Artificial Generativa -IA Gen - desinformación - alfabetización mediática - Generación Silver - personas mayores - envejecimiento activo - pensamiento crítico - Silver Economy

03 ANTECEDENTES

- La IA generativa crea contenidos sintéticos difíciles de diferenciar de contenidos reales.
- La desinformación influye en decisiones sobre salud,finanzas, seguridad y vida familiar.
- La alfabetización mediática implica acceder, comprender, evaluar y crear información de forma crítica.
- Las personas mayores tienen experiencia, criterio y redes de apoyo, solo necesitan recursos accesibles y prácticos.

04 OBJETIVOS

- Identificar peligro de desinformación debido a la IA.
- Conocer las necesidades y experiencias digitales de la generación silver.
- Diseñar una formación accesible, participativa y adaptada a sus necesidades.
- Promover la verificación, el contraste de fuentes y la prevención de fraudes.
- Fortalecer la autonomía y la alfabetización digital.

05 MÉTODO: PROPUESTA PAUSA-IA

Protocolo práctico para actuar con criterio ante un contenido digital antes de creerlo, reenviarlo o tomar decisiones.

P — **Parar**
No reenviar ni actuar de inmediato.

A — **Analizar la fuente**
¿Quién lo publica y con qué finalidad?

U — **Usar otras fuentes**
Contrastar con fuentes fiables u oficiales

S — **Señales de manipulación**
Detectar urgencia, miedo, dinero o peticiones de datos.

A — **Asesorarse**
Consultar con una persona o servicio de confianza.

IA — **Identificar la IA**
¿Pudo generarse o alterarse este contenido con IA?

Desarrollo previsto

- Sesiones de 60–90 minutos en centros de mayores, bibliotecas o asociaciones.
- Casos cercanos: WhatsApp, vídeos virales, noticias de salud, fraudes y suplantaciones.
- Contraste de información y reconocimiento de contenidos sintéticos.
- Evaluación inicial y final: cuestionario, observación y encuesta de satisfacción.

06 RESULTADOS ESPERADOS

Intervención en fase de diseño: resultados esperados, pendientes de contraste empírico.

- Mejor comprensión de la IA y sus riesgos.
- Detección de contenidos sospechosos.
- Contraste antes de compartir.
- Uso de fuentes fiables y oficiales.
- Más autonomía, seguridad y participación.
- Compartir a familia y amigos.

07 CONCLUSIONES

La IA generativa exige una alfabetización crítica que sea accesible y práctica.

La respuesta no es generar desconfianza hacia la tecnología, sino fortalecer la capacidad de las personas para decidir con criterio y responsabilidad.

PAUSA-IA ofrece una herramienta accessible para reconocer riesgos, contrastar información y actuar con autonomía.

Una Generación Silver informada es una Generación Silver más autónoma, protegida y con más inclusión

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA · 2021–2026

El papel de Atención Primaria en la detección y abordaje de la soledad en la población de edad avanzada

1 Resumen

La soledad no deseada es un problema relevante en las personas mayores y puede afectar a su bienestar y calidad de vida. Atención Primaria, por su accesibilidad y continuidad asistencial, ocupa una posición estratégica para su detección y abordaje. Se realizó una revisión bibliográfica (2021-2026) sobre estrategias de identificación e intervención.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Soledad · Atención Primaria · Aislamiento social · Comunidad

2 Antecedentes

La soledad no deseada es una **experiencia subjetiva**, diferente del aislamiento social, cuya aparición puede verse favorecida por pérdidas afectivas, dependencia y menor participación social. Puede repercutir negativamente en la salud emocional y la calidad de vida.

En este contexto, Atención Primaria desempeña un papel clave en su **detección, acompañamiento y conexión con los recursos comunitarios**.



Soledad no deseada · Personas mayores · Atención Primaria

3 Objetivos

PRINCIPAL

Analizar el papel de Atención Primaria en la detección y abordaje de la soledad en personas mayores.

1. Identificar estrategias de detección.
2. Describir intervenciones.
3. Analizar el papel del equipo interdisciplinar.
4. Explorar la coordinación comunitaria.

4 Método

Revisión bibliográfica de publicaciones científicas en **español e inglés**.

2021–2026

PubMed · SciELO · Scopus · Google Scholar

Términos de búsqueda: personas mayores, soledad, aislamiento social y Atención Primaria.

INCLUSIÓN

Publicaciones centradas en la detección, prevención o abordaje de la soledad en personas mayores desde Atención Primaria.

EXCLUSIÓN

- Estudios duplicados
- Población menor de 65 años
- Estudios exclusivamente hospitalarios
- Sin relación directa con Atención Primaria o la soledad

5 Resultados

Detección

7/32

Detección **poco sistemática**: solo 7 de 32 documentos de una revisión describieron procedimientos de identificación.

Equipo

Enfermería, medicina y trabajo social participan en la valoración, seguimiento y coordinación.

Intervención

Programas **multicomponente** que combinan apoyo psicosocial, ejercicio grupal y participación comunitaria, con resultados favorables sobre la soledad y el bienestar.

Comunidad

La colaboración sociosanitaria favorece la participación social. Una intervención comunitaria en **Barcelona** mostró una **reducción de la soledad a los seis meses**.

6 Conclusiones

Atención Primaria constituye un **entorno estratégico para detectar y abordar la soledad** en las personas mayores. **Enfermería** desempeña un papel clave en la valoración, escucha y seguimiento. Las intervenciones interdisciplinares y comunitarias, adaptadas a las necesidades individuales, son fundamentales para mejorar su abordaje.

Aceptación de un sistema de telemonitorización doméstica por personas mayores en el medio rural

Nombre Apellido1 Apellido2[1]

[1]Afiliaciones

direccion.correo@correo.es

Resumen

La dispersión geográfica y la escasez de profesionales dificultan el acceso sanitario de las personas mayores en el medio rural. En una sesión participativa, 11 personas de un municipio de menos de 300 habitantes conocieron y probaron un maletín de telemonitorización de constantes vitales y herramientas de inteligencia artificial para entender prospectos. El 72,7 % se había desplazado en el último mes para una consulta o una receta y el 90,9 % tenía dudas al leer prospectos. Quienes probaron el maletín tomaron sus constantes de forma autónoma o con guía mínima. La aceptación fue alta, aunque el 81,8 % pidió una formación inicial.

Palabras clave

Telemonitorización, personas mayores, medio rural, aceptación tecnológica, inteligencia artificial

Antecedentes

En España, el 21,1 % de la población tiene 65 años o más, y el INE proyecta que este porcentaje alcance el 30,9 % en 2076 (INE, 2026a). De los 8.132 municipios del país, 4.975 tienen menos de 1.000 habitantes (INE, 2025), y en ellos acudir a consulta exige desplazarse y depende a menudo de terceros. Además, el 66,2 % de la población de 15 años o más declara alguna enfermedad crónica (INE, 2026b), lo que requiere un seguimiento continuo. La telemonitorización doméstica permite medir las constantes en casa y enviarlas al centro de salud, pero falta conocer cómo la reciben las personas mayores del medio rural.

Objetivos

Explorar la aceptación inicial, la facilidad de uso y las barreras de este sistema y del uso de IA para leer prospectos en personas mayores del medio rural.

Método

Sesión grupal con preguntas a la sala y recuento directo, prueba voluntaria del maletín con observación de la autonomía, bloque práctico de IA (Google Lens y un modelo de lenguaje) y registro de comentarios. No se registraron valores de salud.

Método



¿Que dijerón?

Lo que dijeron: Preguntan cómo tener el maletín en casa, si los datos llegarán a su médico y si hacía falta internet en la vivienda. Varias personas séñalaron el mal estado de la carretera como una dificultad más para ir a consulta. Valoraron que la IA leyera los prospects en tu auto y a explicara términos médicos y lógicas.

9 de 11

querían una breve formación antes de usarlo a diario.



Conclusiones

Hay una necesidad real, marcada por desplazamientos, esperas y dudas con los medicamentos, y una buena aceptación inicial. La interfaz de alto contraste permitió un uso autónomo, y la principal demanda fue una formación previa. Al tratarse de una sesión única y una muestra pequeña, el siguiente paso es un piloto domiciliario con cuestionarios validados.

Referencias

INE. (2025). Censo anual de población. Primeros resultados 2025.

INE. (2026a). Proyecciones de población. Años 2026-2076.

INE. (2026b). Encuesta de Salud de España (ESdE). Año 2025.

Permanencia en el domicilio de personas mayores con necesidades paliativas: desafíos e intervención

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

Referências Bibliográficas

RESUMEN

Las personas mayores con necesidades paliativas y sus cuidadores se enfrentan a múltiples desafíos que pueden comprometer los cuidados en el domicilio. A partir de los resultados de un estudio cualitativo, se presentan áreas prioritarias para la intervención profesional y organizativa.

Palabras clave: *Persona mayor; Cuidados paliativos; Cuidadores informales; Atención domiciliaria; Envejecimiento.*

ANTECEDENTES

La díada - persona mayor con necesidades paliativas y su cuidador informal - desempeña un papel fundamental en la continuidad de los cuidados en el domicilio[1,2,3]

No obstante, la complejidad de estos cuidados expone a la díada a múltiples desafíos. Comprender estas dificultades puede ayudar a identificar áreas prioritarias de intervención.

OBJETIVO

- Identificar las condiciones que dificultan el cuidado informal en el domicilio, desde la perspectiva de la díade.
- Identificar áreas prioritarias de intervención, a partir de las dificultades identificadas, con potencial para favorecer la permanencia de las personas mayores en el domicilio.

MÉTODO

Grounded Theory

- 8 cuidadores informales
- 8 personas mayores con necesidades paliativas

Muestreo intencional y teórico hasta la saturación de los datos

- **Contexto:** Domicilio de los participantes (Portugal)
- **Recogida de datos :** Entrevistas semiestructuradas (n.12 ≈752 min) y observación no participante, con entrevistas de episodio (entre junio y octubre de 2022). Transcripción literal (verbatim) a Word® (≈120 páginas).
- Análisis comparativo constante y codificación: abierta, axial y selectiva (software NVivo®)
- Aprobado por dos Comités de Ética

RESULTADOS

¿QUE DIFICULTA LA PERMANENCIA EN EL DOMICILIO?

FACTORES DE LA PERSONA MAYOR
- Deterioro funcional y cognitivo
- Descontrol sintomático
- Sufrimiento emocional

FACTORES DEL CUIDADOR INFORMAL
- Preparación insuficiente
- Sobrecarga del cuidador
- Impacto biopsicosocial

FACTORES RELACIONALES
- Conflictos previos en la diada
- Dificultades de comunicación (entre diada y con profesionales)

FACTORES DE LOS SISTEMAS DE APOYO
- Apoyo profesional insuficiente
- Apoyo familiar insuficiente
- Complejidad organizativa
- Recursos inadecuados

COMPROMETEN LA ESTABILIDAD DE LA DÍADA Y LA PERMANENCIA EN EL DOMICILIO

ÁREAS PRIORITARIAS DE INTERVENCIÓN

INTERVENCIONES CENTRADAS EN LA PERSONA MAYOR
- Valoración precoz del deterioro
- Control sintomático
- Planificación anticipada

CAPACITACIÓN DEL CUIDADOR INFORMAL
- Programas de capacitación
- Seguimiento de la sobrecarga
- Apoyo psicosocial

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN Y DE LAS RELACIONES DE APOYO
- Apoyo a la familia
- Mediación de conflictos
- Toma de decisiones compartida

MAYOR INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS
- Equipos domiciliarios más próximos
- Articulación entre salud y apoyo social
- Simplificación del acceso a servicios
- Movilización de recursos comunitarios

CONCLUSIONES

Las dificultades identificadas influyen en la estabilidad de la díada y pueden comprometer la permanencia en el domicilio[3].

El apoyo insuficiente de los profesionales y de la familia favorece el aislamiento de la díada[3,5,6].

Reconocer estos desafíos permite orientar intervenciones dirigidas al cuidador, a las redes de apoyo y a la integración de los recursos sanitarios y sociales[3,4,5,6].

Modo M ecográfico del infraespinoso: fiabilidad y respuesta a la punción seca en el envejecimiento

Estudio 1: fiabilidad intra e interexaminador · Estudio 2: ensayo clínico aleatorizado de punción seca real vs. placebo

RESUMEN

Se validó un protocolo de ecografía en modo M para medir la actividad del músculo infraespinoso (IE) en 60 sujetos sanos, con fiabilidad **buena** intra e interexaminador para el grosor muscular y la fuerza. Después se aplicó como medida de resultado en un ensayo aleatorizado en 24 adultos con dolor de hombro (18–82 años): la punción seca real redujo de forma transitoria la fuerza en rotación externa frente al placebo, sin cambios en el grosor muscular. Las medidas basales no dependieron de la edad.

Ultrasonido · Modo M · Infraespinoso · Fiabilidad · Punción seca · Envejecimiento

ANTECEDENTES

El dolor de hombro es la tercera causa de consulta musculoesquelética (≈20 %) y la patología del manguito rotador aumenta con la edad, limitando la autonomía en las actividades de la vida diaria. Mantener la función del hombro es clave para un envejecimiento activo.

La ecografía en modo M permite ver en tiempo real la actividad muscular y se ha validado en otros músculos, pero **no en el hombro**. La punción seca es una técnica muy usada en fisioterapia, pero se desconoce su efecto sobre las propiedades mecánicas del músculo.

OBJETIVOS

E1 Validar un protocolo de medición del IE con ecografía en modo M (fiabilidad intra e interexaminador).

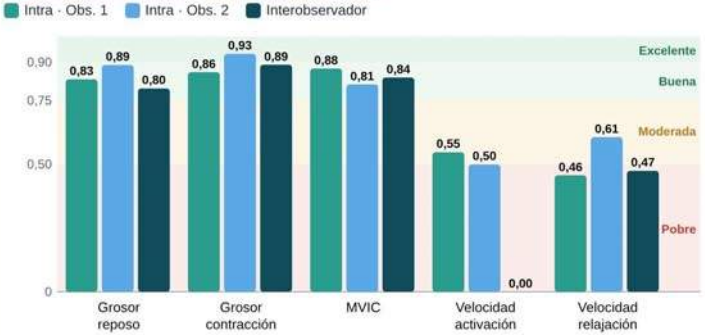
E2 Analizar el efecto de la punción seca real vs. placebo sobre el grosor, las velocidades, la fuerza, el umbral de dolor a la presión (UDP) y la EMG del IE en adultos con dolor de hombro.

E1 MÉTODO · FIABILIDAD

60	26	2	3
sujetos sanos sin dolor	años de edad media	examinadores cegados	MVIC de 5 s en rot. externa

Decúbito prono, hombro en 90° de abducción, rotación controlada con biofeedback de presión. Sonda en el **Punto O** (punto medio entre la espina y el ángulo inferior de la escápula). Análisis: ICC (2,1), SEM y MDC.

E1 RESULTADOS · FIABILIDAD (ICC)



SEM <10 % con intervalos de confianza estrechos. El grosor en reposo y en contracción y la MVIC son las variables más reproducibles; la velocidad de activación no fue reproducible entre examinadores (ICC = 0).

APLICABILIDAD AL ENVEJECIMIENTO

En el estudio 2 (18–82 años, la mitad ≥50), **ninguna medida basal se correlacionó con la edad** (grosor, velocidades, fuerza, UDP; $|\rho| \leq 0{,}33$; $p > 0{,}1$). El protocolo puede usarse igual en adultos jóvenes y mayores.

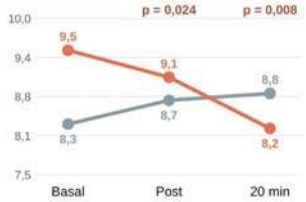
E2 MÉTODO · ENSAYO ALEATORIZADO

24	18–82	13 / 11	3
adultos con dolor de hombro	años (media 45)	punción real / placebo	mediciones: basal, post y 20 min

Triple ciego. Una sesión de punción seca real o placebo en el IE. Se midieron con el protocolo validado el grosor, las velocidades y la MVIC, junto con UDP (algómetro), dolor (EVN) y EMG de superficie. Análisis: Wilcoxon intragrupo y Mann-Whitney del cambio entre grupos.

E2 RESULTADOS · PUNCIÓN REAL VS. PLACEBO

Fuerza MVIC en rotación externa (kg)



% de cambio de grosor (reposo → contracción)



Punción real (n = 13) Placebo (n = 11)

- **Fuerza:** bajó con la punción real (9,5 → 8,2 kg a los 20 min; p = 0,021) y no con el placebo; diferencia entre grupos p = 0,024 (post) y p = 0,008 (20 min).
- **Activación (% cambio de grosor):** aumentó justo tras la punción real (30 → 36 %; p = 0,040; entre grupos p = 0,024) y volvió al basal a los 20 min.
- Sin cambios en el grosor absoluto ni en las velocidades. El 54 % del grupo real presentó respuesta de espasmo local.

CONCLUSIONES

- El modo M es un método **fiable** para valorar el infraespinoso, sobre todo el grosor muscular y la fuerza.
- Detecta cambios agudos tras la punción seca: una **pérdida transitoria de fuerza** que conviene tener en cuenta al tratar el hombro de personas mayores.
- Sus medidas no dependen de la edad: herramienta **accesible, no invasiva y de bajo coste** para el seguimiento funcional del hombro en el envejecimiento.

Referencias: Whittaker JL et al. Imaging with ultrasound in physical therapy. Br J Sports Med 2019;53:1447–53 · Dieterich AV et al. M-mode ultrasound used to detect the onset of deep muscle activity. J Electromyogr Kinesiol 2015;25:224–31 · Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. J Chiropr Med 2016;15:155–63.

A PROPOSITO DEL SELLADO DE VIAS PICC. ¿HEPARINIZAMOS O SALINIZAMOS?

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY ZAMORA. 26, 27 Y 28 DE NOVIEMBRE

Fernández De La Vega, Elisabet, Blanco Alberca Mª Angeles, Alberca Guerrero Elena, Coco Barba Mª Paz

Resumen

Realizamos una revisión sistemática que comparase la eficacia y seguridad del sellado con suero salino al 0,9% frente a la tradicional heparina, en vias PICC. Tras analizar estudios de diferentes bases de datos, los resultados demuestran similitud respecto a la permeabilidad en ambos grupos. Por su lado el suero salino, resulta más seguro y económico, siempre que se aplique mediante lavado pulsado y presión positiva, posicionándose como el estándar recomendado.

Antecedentes

La PICC es una vía muy utilizada en la administración de tto oncológico, siendo su correcto mantenimiento y permeabilidad de suma importancia. La práctica estándar ha sido el sellado con solución de heparina, pero la evidencia actúal, cuestiona sus beneficios frente al uso de solución salina al 0.9%. Además genera dudas sobre posibles complicaciones asiciadas a su uso, como trombocitopenia o sangrado.

Palabras Clave

VIA PICC | SOLUCION SALINA 0.9% | HEPARINA

Resultados



	Heparina	Suero Salino 0,9%
Permeabilidad del PICC	Eficaz para prevenir obstrucciones luminales.	Igual de eficaz.
Seguridad Hematológica	Riesgo de sangrados en pacientes trombocitopénicos.	Máxima seguridad.
Tasa de Infección	Sin diferencias significativas	Sin diferencias significativas.
Impacto Económico	Coste elevado.	Reducción drástica de costes

Las 3 Reglas de Oro del sellado Salino

Recomendaciones para el mantenimiento del PICC

1 Jeringa de 10 ml o más

Utilizar jeringas de 10 ml o superiores para el lavado del PICC, según las instrucciones del fabricante para no elevar la presión intraluminal



2 Técnica Push-Pause

Administrar el suero salino mediante impulsos cortos, alternando empuje y pausa, favorece la eliminacion de residuos



3 Cierre con Presión Positiva

Mantener la presión durante la desconexión y realizar el pinzado en la secuencia indicada para el conector utilizado, para evitar reflujo



Metodología

Busqueda sistemática en bases de datos: CUIDEN, PubMed, Cochrane

Criterios de Inclusión: Ingles y Español, desde 2022.

P: Paciente portador de Cateter Central de inserción Perferica (PICC)

I : Sellado del cateter con solución salina 0.9%

C: Sellado del cateter tradicional con solución de heparina.

O: Permeabilidad, complicaciones asociadas y gasto economico.

Objetivos

- Evaluar la eficacia del sellado de vias PICC con solución salina 0.9% frente a la heparinización.
- Comparar complicaciones asociadas e impacto económico.

Conclusiones

El sellado con suero salino al 0,9% constituye el estándar de elección para las vías PICC demostrando igual eficacia que la heparina con mayor seguridad y menor coste. La permeabilidad del catéter depende de una técnica enfermera rigurosa mediante lavado pulsado y presión positiva, haciendo prioritario actualizar los protocolos clínicos basándose en la evidencia.

IMPORTANTE
Adaptar el volumen de lavado, la técnica y la secuencia de pinzado al tipo de PICC, conector, fabricante y protocolo institucional.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

El amor no tiene fecha de caducidad: Afectividad, sensualidad y vivencia afectiva en las personas mayores

RESUMEN

Este póster científico examina la vivencia afectivo-sexual en las personas mayores desmantelando los prejuicios del viejismo, el cual despoja socialmente a este colectivo de su capacidad sensual y afectiva. A través de una revisión sociohistórica, se fundamenta que la afectividad no caduca con la edad. Se enfatiza la dimensión de la salud afectivo-sexual como un derecho integral a lo largo de toda la vida, trascendiendo el enfoque biologicista y destacando la necesidad urgente de adaptar la formación médica y gerontológica para ofrecer una atención sanitaria digna.

Palabras clave: viejismo, afectividad, sensualidad, personas mayores, formación médica

ANTECEDENTES

La transición del modelo marital-procreador y la mojigatería victoriana al deseo continuado demuestra que la afectividad constituye una conexión vital directa con el vigor personal. El viejismo despoja a los mayores de sus atributos sensuales legítimos, induciendo culpa y vergüenza.

OBJETIVO

Reivindicar la afectividad y la sensualidad en la madurez como píiares de salud integral y dignidad humana, combatiendo el viejismo y señalando la necesidad de formación médica especializada.

METODOLOGÍA

Análisis narrativo sobre barreras de comunicación y baja frecuentación en consulta, junto con una revisión sociohistórica clínica de la evolución de los paradigmas afectivos.

RESULTADOS

Evolución histórica y conceptual de la vivencia afectiva en la madurez

Dimensión de Análisis	Paradigma Viejista / Tradicional	Paradigma Integral en la Madurez
Identidad Social	Seres asexuados, sin capacidad o deseo	Sujetos con plena capacidad afectiva y sensual
Núcleo de la Vivencia	Exclusivamente genital y procreador	Intimidad, caricias, complicidad y autoafirmación
Respuesta Emocional	Culpa inducida, vergüenza y represión	Placer legítimo, dignidad y bienestar vital
Abordaje Médico	Inexistente, tabú o mito farmacológico	Historia clínica integral, escucha y empatía

Transcendencia de la genitalidad y la dimensión humana

La sensualidad involucra la intimidad, caricias, pensamiento y personalidad completa, yendo más aliá de la respuesta puramente física.

Límite del abordaje farmacológico

Las soluciones biomédicas requieren colaboración del pensamiento y superación de tabúes clínicos. El abordaje farmacológico por sí solo es insuficiente sin considerar la dimensión integral de la persona.

CONCLUSIÓN

El amor no caduca; la afectividad constituye una conexión vital directa con el vigor personal.

Combatir el sesgo asexuado y superar la culpa inducida socialmente es fundamental.

Se requiere una **formación médica específica** para integrar sexología médica y gerontología afectiva en la práctica clínica.

Es **esencial la normalización en consulta**, atendiendo sin juicios morales, sin prisa y con apertura pedagógica para ofrecer una atención sanitaria digna.

BIBLIOGRAFÍA

Balzac, H. de. (1830). *Physiologie du mariage*. Levavasseur; Urbain Canel.

Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, *9*(4, Pt. 1), 243–246.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.*

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL USO DE LAS APLICACIONES MÓVILES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

AUTORAS: ZARDAÍN MONFORTE M, DE JESÚS VICENTE A, PABLO ALONSO IC, PUENTE RECUERO MJ.

RESUMEN

La falta de adherencia terapéutica es uno de los principales problemas sanitarios, ya que puede comprometer la efectividad de los tratamientos y el control de las enfermedades crónicas.

Las aplicaciones móviles son una herramienta complementaria que ayudan a mejorar la adherencia terapéutica en adultos, mediante recordatorios de medicación, educación sanitaria y registro de tomas.

Enfermería, desempeña un papel imprescindible en la identificación de barreras que dificulta la adherencia, la educación sanitaria y la capacitación del paciente.

ANTECEDENTES

La falta de adherencia terapéutica es uno de los principales problemas para la atención sanitaria, ya que puede comprometer la efectividad de los tratamientos y el control de las enfermedades crónicas.

Las aplicaciones móviles ofrecen recursos como recordatorios para la toma de la medicación, información sanitaria, registro de tomas o seguimiento de síntomas. Pero el simple uso de estas herramientas no mejoran la adherencia terapéutica.

La enfermera desempeña un papel imprescindible en la incorporación de estas herramientas, mediante la educación sanitaria, la promoción de la autocuidado y el seguimiento individualizado, adaptando la tecnología con las capacidades y preferencias de cada persona

OBJETIVOS

- **GENERAL:**

Analizar la evidencia científica en los estudios recientes sobre el papel de la enfermería en el uso de las aplicaciones móviles para mejorar la adherencia terapéutica.

PALABRAS CLAVE

- Aplicaciones móviles.
- Cuidados de enfermería.
- Adherencia terapéutica.
- Autocuidado.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica realizada en Octubre de 2026.
- Las bases de datos empleadas fueron Pubmed, Google Scholar, Scielo y Tripdatabase.
- Los criterios de inclusión fueron los siguientes:
  - Artículos en inglés y español.
  - Publicados en los últimos 10 años con evidencia científica.
  - Artículos con intervenciones enfermeras en el uso de aplicaciones móviles y adherencia terapéutica.

RESULTADOS

1. **EFICACIA DE LAS APLICACIONES MÓVILES**
   - Las **aplicaciones móviles** que incorporan **recordatorios de medicación, seguimiento de las tomas y educación sanitaria** muestran **resultados favorables.**
   - La **efectividad varía** según **la intervención y** la forma de medir la **adherencia**. **No** puede **afirmarse** que todas las **aplicaciones** sean igualmente **eficaces**.
2. **PAPEL ACTIVO DE ENFERMERÍA**
   - **Enfermería**, desempeña un **papel imprescindible** en la **identificación de barreras** que dificultan la adherencia, la **educación sanitaria**, la **capacitación del paciente**.
   - Realiza un **seguimiento individualizado y refuerza el autocuidado**, adaptando la intervención a las **necesidades individuales** de cada paciente.
3. **MEJORA DE LA ADHERENCIA Y SEGUIMIENTO PROFESIONAL**
   - Las **aplicaciones pueden facilitar la organización** mediante el registro de tomas, recordatorios, información, educativa y comunicación con profesionales.
4. **NECESIDAD DE PROTOCOLOS**
   - Se requiere que las **enfermeras** dispongan de **formación en salud digital,** selecciones de aplicaciones fiables, educación al paciente y protección de datos.
   - establecer **protocolos** que **definan** los **criterios** de utilización, **seguimiento** y la **evaluación** de resultados.

CONCLUSIONES

Las aplicaciones móviles son una herramienta complementaria que ayudan a mejorar la adherencia terapéutica en adultos, mediante recordatorios de medicación, educación sanitaria y registro de tomas.

El papel de enfermería es fundamental para integrar estas herramientas en los cuidados mediante un plan individualizado, educación sanitaria, promoción del autocuidado y seguimiento de la adherencia terapéutica.

Es necesario fomentar la formación de los profesionales de enfermería en salud digital y desarrollar protocolos que facilitan la incorporación de aplicaciones fiables a los planes de cuidado, evaluando su impacto en la adherencia terapéutica.

Por último, la combinación de aplicaciones móviles y el acompañamiento profesional puede favorecer la implicación del paciente, pero es necesario determinar qué intervenciones enfermeras dan mejores resultados y si sus beneficios se mantienen en el tiempo

FRAGILIDAD EN EL PACIENTE MAYOR HOSPITALIZADO

El papel de enfermería en la prevención de la pérdida de autonomía

Sandra Pilar Iglesias Cano, Mercedes Rodríguez Rodríguez, Montserrat Curiel Anton, Rodrigo Escobar Gallardo, Natalia Curiel Anton, Sara Mateos Prieto, Marta Marcos Flores, María Nieves Eleceta Lavín

ANTECEDENTES

El envejecimiento, junto con la enfermedad aguda y la hospitalización, puede favorecer la aparición de fragilidad y deterioro funcional.
La pérdida de movilidad, la desnutrición, la polifarmacia y el aislamiento durante el ingreso aumentan el riesgo de dependencia.
La intervención enfermera es clave para mantener la autonomía y la calidad de vida.

OBJETIVO

Identificar las principales intervenciones de enfermería dirigidas a prevenir la fragilidad y preservar la capacidad funcional de las personas mayores hospitalizadas.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica narrativa.
Fuentes: PubMed/MEDLINE, Google Académico.
Selección de estudios sobre fragilidad, envejecimiento saludable y cuidados de enfermería.



PALABRAS CLAVE
Fragilidad · Personas mayores · Envejecimiento saludable
Deterioro funcional · Cuidados de enfermería · Hospitalización

INTERVENCIONES CLAVE DE ENFERMERÍA

MOVILIZACIÓN PRECOZ:

Fomentar los paseos diarios.
Evitar el encamamiento prolongado.
Potenciar la autonomía.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Detectar riesgo de desnutrición.
Vigilar la ingesta.
Promover hábitos saludables.

SEGURIDAD FARMACOLÓGICA:

Revisar tratamientos.
Prevenir efectos adversos.
Favorecer la adherencia terapéutica.

ESTIMULACIÓN COGNITIVA:

Orientación temporoespacial.
Mantener rutinas.
Favorecer la comunicación familiar.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS:

Evaluar riesgos.
Adaptar el entorno.
Educación al paciente y cuidador.

CONCLUSIONES:

La fragilidad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento.
- La valoración integral y los cuidados individualizados ayudan a mantener la independencia funcional.
- Enfermería ocupa una posición estratégica en la prevención del deterioro funcional y en la promoción de un envejecimiento saludable.

"Mantener la movilidad, la nutrición y la autonomía hoy significa preservar la calidad de vida mañana."

BIBLIOGRAFÍA

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-M156.
2. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6):392-397.
3. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021-2030 [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [citado 19 oct 2020]. Disponible en: who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing
4. Dent E, Martin FC, Bergman H, et al. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Lancet. 2019;394(10206):1376-1386.
5. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Fragilidad y promoción de la dependencia en las personas mayores [Internet]. Madrid: SEGG [citado 19 oct 2020]. Disponible en: segg.es

TRASPLANTE RENAL: INDICACIONES, FACTORES DE RIESGO Y SEGUIMIENTO.

AUTORA: JULIA PÉREZ NIETO. ENFERMERA.HCUV.

RESUMEN

El trasplante renal es el tratamiento de elección para muchos pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.

Permite mejorar la supervivencia y la calidad de vida frente a otras modalidades de terapia renal sustitutiva.

Su éxito depende de una adecuada selección del receptor, la compatibilidad y el seguimiento posterior.

OBJETIVO Y PALABRAS CLAVE

Describir las principales características del trasplante renal, sus indicaciones, factores de riesgo y complicaciones.

Trasplante renal;enfermedad renal crónica; inmunosupresión, rechazo; donante.

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA

La enfermedad renal crónica avanzada puede requerir terapia renal sustitutiva mediante diálisis o trasplante.

El trasplante renal ofrece una alternativa terapéutica que requiere inmunosupresión continuada para prevenir el rechazo del órgano .

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el trasplante renal.

Se analizaron sus indicaciones, factores de riesgo, complicaciones y seguimiento.

RESULTADOS

El trasplante puede proceder de un donante vivo o fallecído.

La compatibilidad inmunológica y la adecuada selección del receptor son factores relevantes.

Las principales complicaciones incluyen rechazo, infecciones y efectos adversos relacionados con la inmunosupresión.

El seguimiento clínico permite controlar la función del injerto y detectar complicaciones de forma precoz.

DISCUSIÓN

El trasplante renal constituye una alternativa fundamental en la enfermedad renal crónica avanzada.

El tratamiento inmunosupresor es esencial para mantener la función del injerto, pero aumenta el riesgo de infecciones y otras complicaciones.

El seguimiento multidisciplinar permite optimizar la evolución del paciente y la supervivencia del injerto.

MONITORIZACIÓN ENFERMERA DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO.

Autores: Carmen Juan García[1] ;Laura Martínez Cañibano[2]
[1]Hospital Universitario de Cabueñes
[2]Hospital Universitario de León

• PALABRAS CLAVE: Drenaje ventricular externo; Cuidados de enfermería; Paciente neurocrítico; Presión intracraneal; Cuidados intensivos; Seguridad del paciente.

• RESUMEN

El drenaje ventricular externo constituye una herramienta fundamental en el manejo del paciente neurocrítico, al permitir monitorizar la presión intracraneal y realizar un drenaje controlado de líquido cefalorraquídeo. Su carácter invasivo exige cuidados enfermeros especializados para prevenir complicaciones y mantener la estabilidad neurológica. Esta revisión analiza las principales intervenciones enfermeras relacionadas con su manejo, monitorización y seguridad.

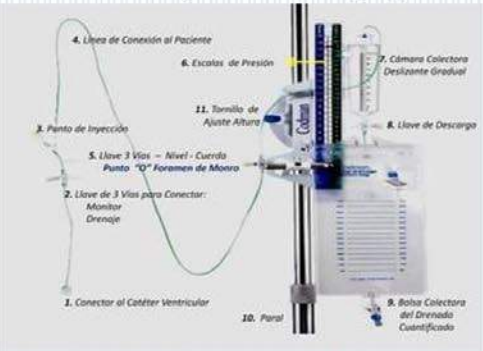
• OBJETIVO

Analizar los cuidados enfermeros dirigidos al paciente crítico portador de drenaje ventricular externo.

Objetivos específicos:

•Identificar las principales intervenciones enfermeras relacionadas con el mantenimiento del drenaje.

•Describir las medidas destinadas a prevenir complicaciones.



• ANTECEDENTES

El drenaje ventricular externo es un dispositivo utilizado en pacientes neurocríticos para el control de la presión intracraneal y el drenaje terapéutico del líquido cefalorraquídeo. Se emplea especialmente ante hidrocefalia, hemorragias intracraneales, traumatismo craneoencefálico y otras situaciones asociadas a hipertensión intracraneal.

A pesar de sus beneficios, puede presentar complicaciones como infección, hemorragia, obstrucción, malposición y drenaje excesivo. El manejo enfermero requiere especial atención al nivelado del sistema, permeabilidad, características del líquido drenado, estado neurológico y condiciones del punto de inserción.

• MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica sobre cuidados enfermeros en pacientes críticos portadores de drenaje ventricular externo. Se consultaron PubMed, CINAHL, Scopus, SciELO y literatura científica especializada.

Se utilizaron los descriptores External Ventricular Drain, Nursing Care, Intracranial Pressure, Neurocritical Care y Critical Care, combinados mediante operadores booleanos. Se priorizaron publicaciones en español e inglés relacionadas con mantenimiento, monitorización, prevención de infecciones, movilización y seguridad del paciente. La información obtenida se organizó mediante una síntesis temática.

• RESULTADOS

Monitorización	Mantenimiento	Prevención	Detección precoz
Estado neurológico	Nivelado	Infección	Deterioro neurológico
Presión intracraneal	Permeabilidad	Hemorragia	Alteraciones del drenaje
Volumen de líquido	Sistema cerrado	Obstrucción	Cambios del líquido cefalorraquídeo
Características del líquido	Técnica aséptica	Desplazamiento	Signos de infección

• CONCLUSIONES

La vigilancia neurológica, el correcto nivelado y mantenimiento del sistema, la técnica aséptica y la detección precoz de complicaciones constituyen intervenciones prioritarias. La variabilidad existente en algunas prácticas evidencia la necesidad de **protocolos estandarizados, formación específica y actualización continua de los profesionales de enfermería**, favoreciendo una atención basada en la evidencia y orientada a prevenir el daño neurológico secundario.

• BIBLIOGRAFÍA

Cambrón Blanco, R., Dreghiciu, A. M., Luna Tolosa, E., Porras Rodrigo, M., Úbeda Catalán, C., & Villanueva Vera, P. (2023). Cuidados de enfermería dirigidos a pacientes con drenaje ventricular externo en las unidades de cuidados intensivos. *Revista Sanitaria de Investigación*. Sousa, C. F., & Pedro, A. (2023). Cuidados de enfermagem à pessoa com drenagem ventricular externa. *Revista Ibero-Americana de* Saúde e Envelhecimento, 9(4).

Enfermería
Cuidamos hoy,
la salud del mañana

Nutrir para proteger:
el eje neuro inmunológico

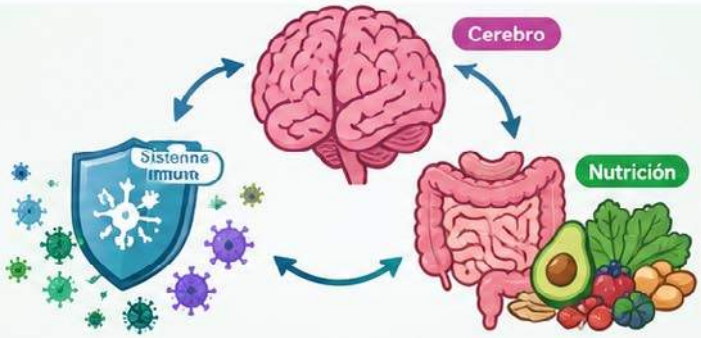
Cerebro + Sistema inmune + Nutrición = Salud integral

Autores:
Ruiz, L.; Ruiz, R. y Herrero, S.

Palabras clave:
Neuroinmunología, nutrición, sistema inmune, cerebro, enfermería, salud integral.

Resumen

La neuroinmunología y la nutrición se encuentran en una estrecha relación que influye en la salud integral de la persona. El cerebro, el sistema inmune y la alimentación forman un eje funcional que regula la respuesta al estrés, la inflamación y el bienestar general. Una adecuada nutrición puede modular la actividad del sistema inmune y favorecer la salud cerebral, mientras que el desequilibrio nutricional puede aumentar la vulnerabilidad a procesos inflamatorios y trastornos neurológicos. El papel de enfermería es clave en la promoción de hábitos alimentarios saludables y en la educación para prevenir y manejar alteraciones en este eje.



Una buena nutrición fortalece el cerebro, modula la inmunidad y mejora la calidad de vida.

Resultados

- La alimentación rica en nutrientes esenciales (omega-3, vitaminas, minerales y antioxidantes) favorece la función cognitiva y regula la respuesta inmune.
- La malnutrición y el exceso de alimentos ultraprocesados se asocian con mayor inflamación y alteraciones neurológicas.
- El eje neuroinmunológico se ve influido por el microbiota intestinal, la cual depende en gran medida de la nutrición.
- La intervención de enfermería, mediante educación y seguimiento nutricional, contribuye a mejorar la salud mental, la inmunidad y la calidad de vida.

Antecedentes

- La neuroinmunología estudia la comunicación entre el sistema nervioso y el sistema inmune.
- La nutrición influye en la función cerebral y en la modulación de la respuesta inmune.
- El estrés, la inflamación y la malnutrición se asocian con un mayor riesgo de trastornos neurológicos y enfermedades crónicas.
- En enfermería, la educación nutricional y el cuidado integral son estrategias clave para fortalecer el eje neuroinmunológico.

Objetivos

- Analizar la relación entre neuroinmunología y nutrición.
- Identificar el impacto de la alimentación en la función cerebral y la respuesta inmune.
- Proponer estrategias de enfermería para promover hábitos nutricionales que favorezcan la salud del eje neuroinmunológico.

Método

- Revisión bibliográfica en bases de datos (PubMed, Scopus, SciELO, CINAHL).
- Selección de artículos publicados en los últimos 10 años.
- Criterios de inclusión: estudios sobre neuroinmunología, nutrición y cuidado de enfermería.
- Análisis cualitativo de la información más relevante.

Conclusiones

- El eje neuroinmunológico constituye un sistema de interacción clave para la salud.
- La nutrición adecuada es una herramienta poderosa para prevenir y tratar alteraciones neurológicas e inmunológicas.
- La enfermería tiene un papel fundamental en la promoción de hábitos saludables y en la educación para el autocuidado.
- Integrar la neuroinmunología y la nutrición en la práctica clínica permite un enfoque más completo y efectivo en el cuidado de las personas.

Enfermería: ciencia, cuidado y prevención para un mejor futuro

CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR

Movilidad
Menos dolor
Mejor calidad de vida



RESUMEN

El cuidado de enfermería en pacientes con patología osteoarticular es fundamental para aliviar el dolor, mejorar la movilidad y prevenir complicaciones. Mediante una valoración integral, la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia y la educación al paciente y su familia, se promueve la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida. La enfermería juega un papel clave en el manejo del dolor, la prevención de lesiones, el mantenimiento de la integridad cutánea y el apoyo emocional durante todo el proceso de atención.

AUTORES

Ruiz, L.; Ruiz, R. y Herrero, S.

PALABRAS CLAVES

- Enfermería
- Patología osteoarticular
- Dolor
- Movilidad
- Rehabilitación
- Calidad de vida

ANTECEDENTES

Las enfermedades osteoarticulares, como la artrosis, la artritis, las fracturas y las lesiones de ligamentos o tendones, son una causa frecuente de discapacidad y dolor crónico. Su creciente prevalencia, asociada al envejecimiento poblacional y a factores de riesgo como la obesidad y el sedentarismo, ha puesto de manifiesto la necesidad de un abordaje multidisciplinar y un papel activo de enfermería en el cuidado integral del paciente.

OBJETIVOS

- Aliviar el dolor y mejorar la movilidad articular.
- Prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad y al tratamiento.
- Fomentar la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria.
- Educar al paciente y su familia sobre el autocuidado y la adherencia terapéutica.
- Promover la calidad de vida y el bienestar físico y emocional.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, CINAHL y Cochrane) con artículos publicados en los últimos 10 años. Se incluyeron estudios sobre cuidados de enfermería en pacientes con patología osteoarticular, guías clínicas y revisiones sistemáticas. La selección se basó en la relevancia, calidad metodológica y aplicabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS

- El manejo adecuado del dolor mejora la adherencia al tratamiento y la participación en la rehabilitación.
- La educación en autocuidado reduce el riesgo de recaídas y complicaciones.
- La intervención temprana de enfermería favorece la recuperación funcional y la movilidad.
- Se observó una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes con un enfoque integral de cuidados.

CONCLUSIONES

El cuidado de enfermería en pacientes con patología osteoarticular debe ser integral, individualizado y basado en la evidencia. La valoración temprana, el control del dolor, la prevención de complicaciones y la educación para la salud son estrategias clave para mejorar la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida. La enfermería no solo trata la enfermedad, sino que acompaña al paciente en su proceso de recuperación y adaptación, con una mirada humana y centrada en sus necesidades.

Enfermería: acompaña, cuida, transforma



Cuidar hoy, es recuperar mañana

Detectar a tiempo, actuar antes, mejora vidas

Rápidos hoy, más saludables mañana

La proactividad también es un tratamiento

Planifiación de cuidados en la enfermedad

Autores:
Ruiz, L.; Ruiz, R. y Herrero, S.

Palabras clave:
Rapidez, proactividad, enfermedad, planificación de cuidados, enfermería, prevención, autocuidado, adherencia.

Resumen

La rapidez y la proactividad en la atención de la enfermedad son pilares fundamentales para mejorar los resultados en salud. La enfermería desempeña un papel clave al anticiparse a las necesidades del paciente, identificando riesgos y planificando cuidados de forma oportuna y personalizada. Este enfoque permite prevenir complicaciones, reducir ingresos hospitalarios, mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía del paciente. La planificación de cuidados, basada en la evidencia y en la valoración continua, se convierte en una herramienta esencial para transformar el cuidado reactivo en un cuidado proactivo, promoviendo una atención más segura, eficiente y humana.

Anticiparse también es cuidar



La enfermería anticipa, planifica y transforma

Resultados

- La implementación de intervenciones tempranas redujo complicaciones y reingresos hospitalarios.
- Los pacientes con planes de cuidados proactivos mostraron mayor adherencia al tratamiento y autocuidado.
- Se evidenció una mejoría significativa en la calidad de vida y en la satisfacción del paciente y la familia.
- El trabajo en equipo y la educación en salud fueron clave para mantener la continuidad del cuidado.

Antecedentes

- La enfermedad crónica y aguda representa un reto creciente para los sistemas de salud.
- Tradicionalmente, la atención ha sido reactiva, centrada en la aparición de síntomas y complicaciones.
- La evidencia científica demuestra que la intervención temprana y la planificación de cuidados mejoran los resultados en salud.
- La enfermería, como agente clave, puede liderar estrategias proactivas y basadas en la prevención.

Objetivos

- Promover la rapidez en la identificación de riesgos y signos de alarma.
- Fomentar la proactividad del personal de enfermería en la atención del paciente.
- Diseñar e implementar planes de cuidados individualizados y anticipatorios.
- Mejorar la prevención de complicaciones y la continuidad del cuidado.

Método

- Revisión bibliográfica en bases de datos (PubMed, Scopus, CINAHL, Cochrane).
- Selección de artículos publicados en los últimos 10 años.
- Criterios de inclusión: estudios sobre enfermería, planificación de cuidados, intervenciones tempranas y proactividad en salud.
- Análisis cualitativo y síntesis de la evidencia.

Conclusiones

- La rapidez y la proactividad en el abordaje de la enfermedad son esenciales para prevenir complicaciones y mejorar los resultados en salud.
- La planificación de cuidados permite una atención personalizada, segura y efectiva.
- La enfermería debe liderar este enfoque, fortaleciendo la educación, el autocuidado y la coordinación interdisciplinaria.
- Invertir en proactividad es invertir en salud y bienestar a largo plazo.

Enfermería: de la prevención a la acción, siempre a tiempo

MELANOMA DE COROIDES: DIAGNÓSTICO Y FACTORES PRONÓSTICOS.

AUTORA: JULIA PÉREZ NIETO. ENFERMERA.HCUV.

RESUMEN

El melanoma de coroides es el tumor maligno intraocular primario más frecuente en adultos.

Se origina en los melanocitos de la úvea y puede presentar un comportamiento agresivo.

El diagnóstico precoz es fundamental para preservar la visión y reducir el riesgo de progresión metastásica.

OBJETIVO Y PALABRAS CLAVE

Describir las principales características del melanoma de coroides, sus factores de riesgo y su importancia clínica.

Melanoma de coroides; melanoma uveal; tumor intraocular; oftalmología;diagnóstico.

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA

El melanoma de coroides es una neoplasia poco frecuente cuya incidencia aumenta con la edad y presenta mayor riesgo en personas de piel clara y determinadas características oculares.

Su localización y comportamiento pueden dificultar el diagnóstico inicial, por lo que la valoración oftalmológica es fundamental.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el melanoma de coroides.

Se analizaron sus factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico y opciones terapéuticas.

RESULTADOS

El melanoma de coroides puede ser asintomático en fases iniciales.

Cuando aparecen síntomas, pueden incluir disminución de la agudeza visual, alteraciones del campo visual, fotopsias o dolor ocular.

El diagnóstico se basa principalmente en la exploración oftalmológica y técnicas de imagen ocular.

El tratamiento depende del tamaño, localización y características del tumor.

DISCUSIÓN

El diagnóstico precoz del melanoma de coroides es esencial para preservar la función visual y reducir el riesgo de complicaciones.

La evaluación oftalmológica permite identificar lesiones sospechosas y establecer un diagnóstico adecuado.

El seguimiento es fundamental debido al riesgo de recurrencia y metástasis, especialmente hepática.

SÍNDROME FEBRIL: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y PRINCIPALES CAUSAS.

AUTORA: JULIA PÉREZ NIETO. ENFERMERA.HCUV.

RESUMEN

El síndrome febril es un motivo frecuente de consulta médica y puede estar causado por procesos infecciosos o no infecciosos.

Su valoración requiere identificar la causa y detectar signos de gravedad.

Un diagnóstico precoz permite establecer un tratamiento adecuado y prevenir complicaciones.

OBJETIVO Y PALABRAS CLAVE

Describir las principales causas, factores de riesgo y características del síndrome febril.

Síndrome febril; fiebre; infección; diagnóstico; factores de riesgo.

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA

La fiebre constituye una respuesta fisiológica del organismo ante diferentes estímulos, siendo las infecciones su causa más frecuente.

La edad, los antecedentes personales, la inmunosupresión y el contexto epidemiológico condicionan el riesgo de infección y la gravedad del cuadro.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el síndrome febril.

Se analizaron sus principales etiologías, factores de riesgo, evaluación clínica y manejo.

RESULTADOS

Las infecciones respiratorias, urinarias y gastrointestinales se encuentran entre las causas más frecuentes de fiebre.

La anamnesis y la exploración física orientan el diagnóstico.

Las pruebas complementarias se seleccionan según la sospecha clínica.

La presencia de signos de alarma requiere una valoración rápida y dirigida.

DISCUSIÓN

El síndrome febril presenta múltiples causas y una amplia variabilidad clínica.

La identificación de factores de riesgo permite orientar el diagnóstico y priorizar la atención de los pacientes con mayor riesgo de complicaciones.

Un abordaje sistemático facilita un tratamiento adecuado y evita pruebas innecesarias.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

FRACASO RENAL AGUDO: IDENTIFICACIÓN Y MANEJO PRECOZ.

AUTORA: JULIA PÉREZ NIETO. ENFERMERA.HCUV.

RESUMEN



El fracaso renal agudo (FRA) se caracteriza por un deterioro brusco de la función renal.

Puede aparecer como consecuencia de alteraciones hemodinámicas, daño renal directo u obstrucción urinaria.

Su detección precoz es fundamental para prevenir complicaciones y mejorar la evolución clínica.

OBJETIVO Y PALABRAS CLAVE



Describir las principales características del FRA, sus factores de riesgo, causas y relevancia clínica.

Fracaso renal agudo;función renal;lesión renal;factores de riesgo;prevención.

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA



El FRA es una complicación frecuente en pacientes hospitalizados y se asocia a un aumento de la morbimortalidad.

Entre sus principales factores de riesgo destacan la edad avanzada, la enfermedad renal previa, la sepsis, la hipovolemia y la exposición a fármacos nefrotóxicos.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el FRA.

Se analizaron sus principales causas, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS



El FRA puede clasificarse en prerrenal, renal y posrenal según su mecanismo.

La elevación de la creatinina y las alteraciones de la diuresis son parámetros fundamentales para su identificación.

La sepsis, la hipovolemia y los fármacos nefrotóxicos constituyen factores desencadenantes frecuentes.

El tratamiento se dirige a corregir la causa y prevenir nuevas lesiones renales.

DISCUSIÓN



El FRA constituye un problema clínico relevante por su elevada frecuencia y sus posibles complicaciones.

La identificación precoz de los factores de riesgo permite establecer medidas preventivas.

El diagnóstico y tratamiento oportunos son fundamentales para limitar la progresión del daño renal.

COLANGITIS: INFECCIÓN E INFLAMACIÓN DE LA VÍA BILIAR

AUTORA: JULIA PÉREZ NIETO. ENFERMERA.HCUV.

RESUMEN

La colangitis es una infección de las vías biliares que suele producirse por una obstrucción del flujo de bilis.

Las causas más frecuentes son los cálculos biliares, las estenosis y algunos procesos tumorales.

Puede manifestarse con fiebre, dolor abdominal e ictericia.

El diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para evitar complicaciones graves.

OBJETIVO Y PALABRAS CLAVE

Describir las principales características de la colangitis, sus factores de riesgo y su relevancia clínica.

Colangitis;infección biliar;obstrucción biliar; litiasis;tratamiento.

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA

La colangitis es una infección potencialmente grave del sistema biliar, generalmente asociada a obstrucción de los conductos biliares.

Los pacientes con litiasis biliar, enfermedades hepatobiliares o procedimientos previos sobre la vía biliar presentan un mayor riesgo de desarrollarla.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre colangitis.

Se analizaron su etiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y tratamiento.

RESULTADOS

Los síntomas más frecuentes son fiebre, dolor en hipocondrio derecho e ictericia.

La litiasis biliar constituye la principal causa de obstrucción.

El diagnóstico se basa en la clínica, pruebas analíticas y estudios de imagen.

El tratamiento incluye antibioterapia y desobstrucción de la vía biliar cuando es necesario.

DISCUSIÓN

La colangitis requiere un diagnóstico precoz debido al riesgo de complicaciones graves.

La identificación de los factores predisponentes facilita la prevención y el tratamiento oportuno.

El manejo multidisciplinar mejora el pronóstico de los pacientes.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

NEUMONÍA: UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA FRECUENTE

AUTORA: JULIA PÉREZ NIETO. ENFERMERA.HCUV.

RESUMEN



La neumonía es una infección del tejido pulmonar causada principalmente por bacterias y virus.

Puede presentar desde síntomas leves hasta cuadros graves, especialmente en personas vulnerables.

Su reconocimiento y tratamiento precoz son fundamentales para evitar complicaciones.

OBJETIVO Y PALABRAS CLAVE



Describir las principales características de la neumonía, sus factores de riesgo y su importancia clínica.

Neumonía;infección respiratoria;factores de riesgo;prevención.

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA



La neumonía es una de las principales causas de infección respiratoria y puede afectar a personas de cualquier edad.

El riesgo de desarrollar formas graves aumenta en adultos mayores, niños pequeños y personas con enfermedades crónicas o sistemas inmunitarios debilitados

Se realizó una revisión bibliográfica sobre neumonía.

Se analizaron su etiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y medidas preventivas.

RESULTADOS



Los principales síntomas son fiebre, tos, dificultad respiratoria y dolor torácico. Los agentes causales más frecuentes son bacterias y virus.

La edad avanzada, las enfermedades crónicas y la inmunosupresión aumentan el riesgo de complicaciones.

El diagnóstico precoz permite iniciar un tratamiento adecuado.

DISCUSIÓN

La neumonía continúa siendo un problema relevante de salud.

La identificación de los factores de riesgo permite mejorar la prevención y detectar precozmente los casos de mayor gravedad.

La vacunación y las medidas de higiene son herramientas importantes para reducir su incidencia.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE:
ABORDAJE INTEGRAL DESDE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Teresa de Jesús Carretero Salvador · José Miguel Julián Enríquez

Más salud, más autonomía, más vida

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población supone un reto para los sistemas sanitarios. Mantener la capacidad funcional, la autonomía y la participación social requiere un enfoque preventivo y proactivo, basado en la evidencia cientifica y en la colaboración entre Medicina y Enfermería.

El envejecimiento activo y saludable, definido por la OMS como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que envejecemos, es una prioridad en salud pública.

OBJETIVO

Promover un envejecimiento activo y saludable mediante un abordaje integral desde Medicina y Enfermería, orientado a mantener la capacidad funcional, prevenir la fragilidad y favorecer la autonomía y la participación social de la persona mayor.

FACTORES DE RIESGO A PREVENIR

- Fragilidad y deterioro funcional
- Caídas
- Sedentarismo
- Malnutrición
- Aislamiento social
- Polifarmacia y problemas relacionados con la medicación

PROMOVER LA CAPACIDAD FUNCIONAL

ACTIVIDAD FÍSICA	ALIMENTACIÓN SALUDABLE	SALUD COGNITIVA	SUEÑO Y DESCANSO	AUTOCUIDADO
Aeróbica, fuerza, equilibrio y movilidad	Equilibrada e hidratación	Estimulación cognitiva y aprendizaje	Calidad y rutinas	Prevención, seguimiento y control

RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA PERSONAS MAYORES

- **150–300 min/semana** de actividad aeróbica moderada
- **≥2 días/semana** de fortalecimiento muscular
- **≥3 días/semana** de actividades multicomponente con equilibrio y fuerza



El objetivo no es añadir años a la vida, sino capacidad y bienestar a los años.

ATENCIÓN INTEGRAL

MEDICINA

- Valoración clínica integral (y funcional).
- Control de factores de riesgo y enfermedades crónicas.
- Revisión de la medicación y polifarmacia.
- Prevención y detección precoz de fragilidad.

+ ENFERMERÍA

- Valoración funcional y de hábitos de vida.
- Educación sanitaria y promoción del autocuidado.
- Intervención sobre actividad física y alimentación.
- Prevención de caídas.
- Seguimiento y continuidad asistencial.

TRABAJO EN EQUIPO

Coordinación, comunicación y continuidad asistencial para una atención centrada en la persona.

RESULTADOS ESPERADOS

- ↑ Capacidad funcional
- ↑ Autonomía
- ↑ Actividad física
- ↑ Participación social
- ↓ Sedentarismo
- ↓ Riesgo de caídas
- ↑ Percepción de bienestar y calidad de vida



Una vejez activa es una vejez con futuro

BIBLIOGRAFÍA

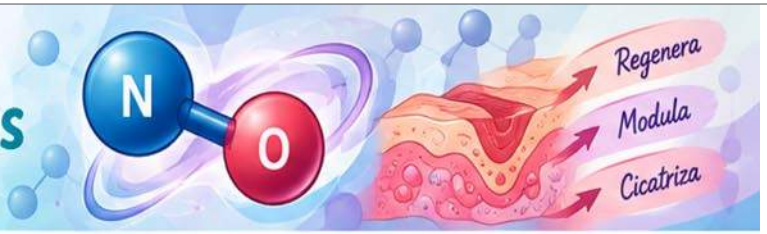
1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021–2030. Geneva: WHO; 2020.
3. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
4. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2019.
5. World Health Organization. Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

MEDICINA + ENFERMERÍA = MÁS PREVENCIÓN · MÁS AUTONOMÍA · MEJOR CALIDAD DE VIDA

Juntos por un envejecimiento activo

Cuando una molécula puede cambiar la cicatrización: el papel del óxido nítrico en las heridas crónicas

Teresa de Jesus Carretero Salvador · M José Castro Gil · Noelia García González



INTRODUCCIÓN

- La cicatrización de las heridas es un proceso biológico complejo que integra fenómenos celulares y moleculares destinados a restaurar la integridad tisular.
- El óxido nítrico (NO) es una molécula gaseosa sintetizada a partir de la L-arginina por las óxido nítrico sintasas.
- Se reconoce como un mediador clave en la regulación de la inflamación,
- la angiogénesis, la proliferación celular y la síntesis de colágeno.
- Su aplicación terapéutica en heridas complejas ha aumentado en los últimos años.

OBJETIVO

Realizar una revisión bibliográfica sobre el papel del óxido nítrico en el proceso de cicatrización de las heridas y analizar su potencial como herramienta terapéutica en el manejo de heridas crónicas y de difícil cicatrización.

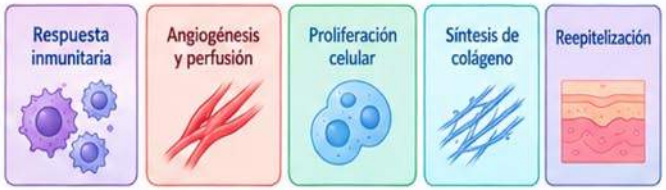
METODOLOGÍA

- Revisión narrativa de la literatura científica publicada entre 1996 y 2024.
- Búsqueda en PubMed, Scopus y Google Scholar con los términos: "nitric oxide", "wound healing", "chronic wounds", "angiogenesis", "wound care".
- Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas y estudios experimentales en inglés y español. Se excluyeron los estudios sin texto completo o sin relación con el objetivo de la revisión.

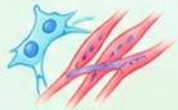
PAPEL BIOLÓGICO DEL ÓXIDO NÍTRICO EN LA CICATRIZACIÓN



L-arginina → NOS
(óxido nítrico sintasas)



FASES DE LA CICATRIZACIÓN Y ACCIÓN DEL NO

1. HEMOSTASIA (0–3 días)	2. INFLAMACIÓN (3–7 días)	3. PROLIFERACIÓN (1–21 días)	4. REMODELACIÓN (semanas–meses)
			
• Vasoconstricción inicial • Modulación de la agregación plaquetaria	• Activación de macrófagos y neutrófilos • Acción antimicrobiana	• Angiogénesis y vasodilatación • Migración y proliferación de fibroblastos y queratinocitos • Formación de tejido de granulación	• Síntesis y organización del colágeno • Recuperación de la resistencia tisular

DISCUSIÓN

- El NO presenta plausibilidad biológica y resultados clínicos preliminares prometedores.
- La evidencia disponible es limitada y presenta importantes problemas metodológicos (tamaño muestral pequeño, heterogeneidad, alto riesgo de sesgo).
- La reducción de la biodisponibilidad de NO se asocia con la cronificación de las heridas.
- Los sistemas liberadores de NO representan una estrategia innovadora, pero requieren más estudios clínicos.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

- Valorar el NO como terapia complementaria, no sustitutiva del tratamiento estándar.
- Individualizar su uso según el tipo de herida, paciente y contexto clínico.
- Fomentar la investigación clínica de alta calidad para definir dosis, formulaciones y protocolos.

RESULTADOS

1. **EVIDENCIA EN ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO (ProNOx1)**
   Reducción mediana del área de la herida a las 12 semanas.



Ensayo multicéntrico (135 pacientes, 148 úlceras).

2. **REVISIÓN SISTEMÁTICA (IWGDF 2024)**
   Considera el estudio ProNOx1 de alto riesgo de sesgo por diferencias basales entre grupos.

La evidencia actual no permite recomendar el uso de NO en úlceras de pie diabético.

OTROS ESTUDIOS

Tipo de herida	Intervención	Resultados principales
Lesiones por presión (58 pacientes)	Crema liberadora de NO	Mejora significativa del índice PUSH, sin diferencias en componentes individuales.
Estudios experimentales y preclínicos	Diferentes sistemas de liberación de NO (hidrogeles, nanopartículas, apósitos avanzados)	Reducción de carga microbiana y aceleración de la cicatrización.

CONCLUSIONES

El óxido nítrico interviene en mecanismos clave de la cicatrización y su déficit se relaciona con la cronicidad de las heridas. Sin embargo, la evidencia disponible no es suficiente para recomendar su uso sistemático en la práctica clínica. Se necesitan ensayos clínicos de mayor calidad y con criterios homogéneos de cicatrización.

PALABRAS CLAVE (DeCS)

- Óxido nítrico
- Cicatrización de heridas
- Heridas crónicas
- Pie diabético
- Lesiones por presión

BIBLIOGRAFÍA (Norma Vancouver)

1. Schaffer MR, Tantry U, Gross SS, Wasserkug HL, Barbul A. J Surg Res. 1996;63(1):237-40.
2. Witte MB, Barbul A. Am J Surg. 2002;183(4):406-12.
3. Luo ID, Chen AF. Acta Pharmacol Sin. 2005;26(3):259-68.
4. Han G, Ceilley R. Adv Ther. 2017;34(3):599-610.
5. Seabra AB, Duran N. J Mater Chem. 2010;20(9):1624-37.
6. Blecher K, et al. J Invest Dermatol. 2019;139(7):1487-96.

Más conocimiento, mejores cuidados

AUTORES: MARIA ENCARNACION GOMEZ SANTOS, MERCEDES PEREZ COLÁS, ALMUDENA RIOS COTORRUELO, NOELIA BLANCO ALONSO , MARIA VAQUERO GONZALEZ, SONIA SANABRIA PRIETO, SILVIA TORIO MATEOS, MANUEL ANGEL PASCUAL PASCUAL , ANA ISABEL LAGO FEO, MARIA PEREZ ZAPATER, MARIA MIRIAN CONDE PRIETO, ANA CAMPANO PASCUAL ISABEL ZURITA FRADEJAS , ENFERMERAS DEL COPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA ADMINISTRACION DE HEMODERIVADOS

01 RESUMEN

La transfusión sanguínea es procedimiento, que requiere conocimientos sobre los hemocomponentes, su conservación, y la compatibilidad según los sistemas ABO y Rh
Los cuidados de enfermería antes, durante y después de la transfusión son fundamentales para garantizar un proceso seguro.

02 PALABRAS CLAVE

-TRANSFUSION SANGUÍNEA

-HEMODERIVADOS

-REACCIONES TRANSFUSIONALES

03 ANTECEDENTES

- LOS HEMODERIVADOS SON PRODUCTOS BIOLÓGICOS OBTENIDOS A PARTIR DE LA SANGRE HUMANA MEDIANTE PROCESOS DE FRACCIONAMIENTO, CON LOS QUE SE SEPARA Y PURIFICA LOS COMPONENTES PARA POSTERIORMENTE EMPLEARLOS.
- CONTIENE TODOS LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS Y SE CONSERVAN A 4°C DURANTE 28 DÍAS.
- CONCENTRADO DE HEMATÍES SE OBTIENE MEDIANTE UN PROCESO DE CENTRIFUGACIÓN QUE PERMITE SEPARAR LOS GLÓBULOS ROJOS DEL PLASMA Y DE LOS DEMÁS COMPONENTES SANGUÍNEOS. SE EMPLEAN EN EL TRATAMIENTO DE ANEMIAS CRÓNICAS O SANGRADOS IMPORTANTES. EL TIEMPO DESDE QUE SALE DEL BANCO DE SANGRE HASTA QUE SE TRANSFUNDE NO DEBE SUPERAR LOS 30 MINUTOS.
- PLAQUETAS ÚTILES PARA LA HEMOSTASIA. INTERVIENEN EN LA FORMACIÓN DE COÁGULOS PARA LA DETECCIÓN DEL SANGRADO. ÚTILES EN PACIENTES CON TROMBOCITOPENIAS. DEBEN PERMANECE EN CONTINUO MOVIMIENTO Y A 22°C, SOLO SE PUEDEN CONSERVAR 5 DÍAS.
- PLASMA FRESCO CONGELADO, COMPUESTO POR PROTEÍNAS PLASMÁTICAS, ANTICUERPOS Y FACTORES DE COAGULACIÓN. SE CONGELA POR DEBAJO DE LOS -30°C, ESTO SE HACE DURANTE LAS PRIMERAS 6-8 HORAS DE EXTRACCIÓN PARA CONSERVAR TODOS LOS FACTORES DE COAGULACIÓN. SE DESCONGELA A 37°C, NO SE PUEDE CONSERVAR MÁS DE 6 HORAS A TEMPERATURA AMBIENTE.

04 OBJETIVO

DEFINIR QUE ES UNA TRANSFUSION SANGUINEA Y LOS DEMÁS COMPONENTES

DESCRIBIR TIEMPOS DE INFUSIÓN Y CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

COMPATIBILIDADES SEGÚN EL SISTEMA ABO Y Rh

05 METODO

FASE PRETRANSFUSIONAL:
-VERIFICACIÓN ADMINISTRATIVA: IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CORRECTO, NOMBRE COMPLETO, Nº DE HISTORIA CLÍNICA, Y PULSERA IDENTIFICATIVA A PIE DE CAMA.
-VERIFICAR QUE EL PACIENTE HA FIRMADO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE LO HA ENTENDIDO CORRECTAMENTE.
-IDENTIFICACIÓN DE LA BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMATÍES CORRECTA, INTEGRIDAD DE LA BOLSA Y FECHA DE EXPIRACIÓN DE PRODUCTO.
- VALORACIÓN CLÍNICA DE CONSTANTES Y COMPROBACIÓN DE ANTECEDENTES PRETRANSFUSIONALES.
-VÍA INTRAVENOSA PERMEABLE DE CALIBRE MÍNIMO DE 20G.
-LA TRANSFUSIÓN SE INICIARÁ ANTES DE LOS 30 MINUTOS POSTERIORES DE SER RECIBIDA. NO ES NECESARIO ATEMPERAR LA BOLSA ANTES DE SU ADMINISTRACIÓN.
FASE TRANSFUSIONAL:
-ADMINISTRACIÓN LENTA DURANTE LOS 10-15 MINUTOS PARA REACCIONES AGUDAS.
-TOMA DE CONSTANTES CADA MEDIA HORA.
-REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.
-ADMINISTRAR CADA HEMODERIVADO EN SU TIEMPO ADECUADO: CONCENTRADO DE HEMATÍES EN 60-180 MINUTOS, NO MÁS DE 4 HORAS. PLASMA FRESCO CONGELADO EN 30-60 MINUTOS.
LAS PLAQUETAS SE INFUNDEN RÁPIDO, ENTRE 20 Y 30 MINUTOS.
-DETECCIÓN DE REACCIONES: FIEBRE DE MÁS DE 38 GRADOS, ESCALOFRÍOS, EXANTEMA, DOLOR LUMBAR, DISNEA, HIPOTENSIÓN.
-SE CONSIDERA REACCIÓN TRANSFUSIONAL AGUDA AQUELLA QUE YA A APARECER INMEDIATAMENTE O DENTRO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES AL COMIENZO DE LA TRANSFUSIÓN.
-LAS COMPLICACIONES RETARDADAS APARECEN A PARTIR DE LAS 24 HORAS DESPUÉS DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN.
-EN CASO DE REACCIÓN SE DETENDRÁ LA INFUSIÓN DE INMEDIATO, AVISARÁ AL MÉDICO Y SE ADMINISTRARÁ SUERO FISIOLÓGICO AL 0,9% Y SE CONSERVARÁ LA BOLSA PARA ESTUDIO.
FASE POSTRANSFUSIONAL:
-TOMA DE CONSTANTES AL FINALIZAR Y SU REGISTRO.
-VIGILAR REACCIONES POSTRANSFUSIONALES.
-VERIFICAR DE NUEVO LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA PERIFÉRICA.
SI NO SE TRANSFUNDE ALGÚN COMPONENTE SE DEVOLVERÁ A BANCO DE SANGRE, EL ÚNICO SUERO COMPATIBLE MIENTRAS SE ESTÁ TRANSFUNDIENDO ES SUERO FISIOLÓGICO AL 0,9 %. NO AÑADIR NADA A LA BOLSA DE HEMODERIVADOS. SE REQUIERE UN SISTEMA CON UN FILTRO ESPECIAL, Y CADA BOLSA CON UN SISTEMA, EL PACIENTE PUEDE COMER Y BEBER DURANTE LA TRANSFUSIÓN.

06 RESULTADOS

Compatibilidades
Se basa en el sistema ABO:
En la superficie de los glóbulos rojos hay proteína antigénica que pueden ser A o B o no tener ningún antígeno.
Grupo A tiene antígeno A producen anticuerpos contra B
Grupo B tiene antígeno B producen anticuerpos contra A
Grupo AB los hematíes tienen ambos antígenos, no producen anticuerpos.
Grupo O los hematíes no tienen ningún antígeno, producenanticuerpos A y B.
Factor Rh, se basa en la presencia de antígeno D en los hematíes. Rh positivo: tiene antígeno D. Rh negativo: no tiene antígeno D y puede formar anticuerpos en caso de recibir sangre Rh positivo.
-Concentrados de hematíes:
Donante universal: O negativo
Receptor universal: AB positivo
Deben ser estrictamente compatibles, ya que de no ser así podrían causar una reacción hemolítica.
- Plaquetas:
Provocan menos reacciones adversas, por los que son menos estrictas aunque lo ideal es que coincidan en grupo y Rh.
-Plasma fresco congelado:
Es el caso contrario a los concentrados de hematíes, lo que importe son los anticuerpos del plasma, no los antígenos.
Donante universal: grupo AB
Receptor universal: grupo O
El Rh es irrelevante en el plasma fresco congelado, porque no lleva eritrocitos.

07 CONCLUSIONES

-La transfusión sanguínea es procedimiento seguro cuando se alplican correctamente los conocimientos de los hemocomponentes , sus características, conservación, y compatibilidad del sistema ABO y Rh.
-La fase pretransfusional permite permite garantizar que el paciente reciba el componente adecuado: identificación correcta de paciente y hemoderivado, consentimiento informado, minizando errores y racciones tempranas.
-Duante el proceso de trasfusión s esencial monitorizar los signos vitales del paciente para detectar racciones adversas.
-La fase postransfusional evalúa la respuesta la respuesta del paciente para destectar reacciones adversas.
-El trabajo de enfermería es fudamental en todo el proceso transfusional.

EL EDADISMO Y CÓMO COMBATIRLO

RESUMEN

El edadismo es un conjunto de prejuicios y estereotipos asociados a la edad, es decir, es la discriminación hacia una persona por su edad dando por hecho que tienen unos comportamientos, actitudes y necesidades similares.

OBJETIVOS

1. Saber qué es el edadismo.
2. Conocer herramientas para evitar que se produzca

PALABRAS CLAVES

Edadismo; creencias; estereotipos; prejuicios; educación

AUTORES

Marta Marcos Flores
María Nieves Eleceta Lavín
Sandra Pilar Iglesias Cano
Mercedes Rodríguez Rodríguez
Montserrat Curiel Antón
Rodrigo Escobar Gallardo
Natalia Curiel Antón
Sara Mateos Prieto

ANTECEDENTES

El edadismo aparece cuando se utiliza la edad como criterio para clasificar y diferenciar a las personas en función de determinadas características, lo que puede generar perjuicio, desigualdades o situaciones injustas, además de debilitar la solidaridad entre generaciones.

MÉTODO

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en las principales bases de datos sanitarias. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos en PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos relacionados con el tema de estudio

RESULTADOS

Podemos distinguir tres tipos de edadismo. El **institucional** se da cuando las leyes, las normaso las politicasperjudican a las personas por su edad, limitando sus derechos o dificultando elacceso a determinadosrecursos y servicios. El **interpersonal** aparece en el día a día, a travésde comentarios, actitudes ocomportamientos discriminatorios hacia otras personas por sermayores. Por último, el **autoinfligido** ocurrecuando una persona asume esos prejuicios yempieza a pensar negativamente sobre sus propiascapacidades debido a su edad, porejemplo, creyendo que ya es demasiado mayor para aprender cosasnuevas.

El edadismo puede provocar importantes consecuencias negativas, como reducir la esperanzay la calidadde vida, aumentar la soledad y el aislamiento social, favorecer las dificultadeseconómicas y elevar el riesgode sufrir maltrato, abusos o situaciones de violencia.

Para combatir este problema, es fundamental utilizar un lenguaje respetuoso y adecuado alreferirnos a laspersonas mayores, evitando expresiones que las infantilicen, deshumanicen oles quiten valor, como«abuelito», «viejita» o «son como niños». Además, es importantepromover la convivencia y lacomunicación entre personas de diferentes generaciones parafomentar el respeto y la comprensión mutua.También es necesario reforzar las leyes queprotegen los derechos de las personas mayores y desarrollaractividades educativas queayuden a eliminar los prejuicios y a fomentar la empatía hacia este colectivo.

CONCLUSIONES

Para conseguir que las personas mayores reciban un trato digno y respetuoso, es importanteeducar a lasociedad y hacer que tome conciencia de los problemas que provoca el edadismo.También es necesariocambiar la forma en que se percibe la vejez, eliminando las ideasequivocadas y los prejuicios, yproporcionando información fiable que permita comprender elenvejecimiento como una etapa más de lavida.

NO TODO ES DOLOR, LOS SÍNTOMAS INVISIBLES AL FINAL DE LA VIDA

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
Marisol Caballero Fernández
María de las Mercedes Hidalgo Martín
Ana Isabel Romero Luis

RESUMEN

El proceso final de la vida suele focalizarse de manera casi exclusiva en el manejo del dolor físico, relegando manifestaciones clínicas neuropsiquiátricas y sensoriales que impactan en la calidad de vida. Este trabajo analiza la prevalencia y el abordaje de estos síntomas ocultos, como la fatiga extrema, el delirio hipoactivo y la ansiedad existencial en pacientes geriátricos, destacando la necesidad de una atención integral en la Silver Economy.

ANTECEDENTES

Históricamente, los protocolos de atención terminal han priorizado el control analgésico bajo la premisa de que el dolor es la principal fuente de sufrimiento. Sin embargo, los pacientes geriátricos sufren una constelación de síntomas no dolorosos que pasan desapercibidos en las evaluaciones clínicas rutinarias, generando un profundo malestar que impide un confort óptimo.

OBJETIVOS

- Visibilizar de manera prioritaria los síntomas no físicos en el proceso de morir.
- Identificar y catalogar los principales síntomas invisibles o infradiagnosticados en entornos sociosanitarios.
- Promover la implantación sistemática de protocolos de evaluación holística en geriatría.

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos; síntomas psicológicos; sufrimiento existencial; delirium; final de la vida.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica cualitativa y un análisis de buenas prácticas clínicas basadas en registros sociosanitarios en residencias y unidades paliativas, examinando escalas de valoración multidimensional bajo el marco de la Silver Economy.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificó que hasta un 65% de los pacientes experimentan fatiga severa o delirio hipoactivo no registrado en las escalas de dolor convencionales, comprobándose que la detección temprana de la ansiedad existencial mediante equipos multidisciplinares reduce significativamente las crisis de angustia. Por tanto, el abordaje clínico terminal debe superar el reduccionismo analgésico e integrar la detección sistemática de síntomas invisibles para mejorar de forma directa la dignidad y la calidad de vida de las personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., y Bayés, R. (2005). Intervención emocional en Cuidados Paliativos: Modelo y protocolos. Ariel.
- Míguez Burgos, A., y Muñoz Simarro, D. (2009). Enfermería y el paciente en situación terminal. Enfermería Global, (16), 1-13. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/reflexion3.pdf
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2020). Guía de Cuidados Paliativos. SECPAL. https://www.secpal.com/

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA HIGIENE DEL SUEÑO EN POBLACIÓN ADULTA

AUTORAS: PABLO ALONSO IC, PUENTE RECUERO MJ, ZARDAÍN MONFORTE M, DE JESUS VICENTE A.



RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos con el objetivo de diseñar intervenciones enfermeras centradas en la higiene del sueño en la población envejecida.

La fragmentación del descanso y la reducción del sueño profundo se ven agravadas por la luz azul, generada por las tecnologias de la información y la comunicación, que interfiere directamente con la secreción de melatonina y altera el ciclo circadiano.

ANTECEDENTES

La exposición a la luz azul de onda corta que generan las tecnologías de la información y la comunicación interfiere directamente con la secreción de melatonina alternando el ciclo circadiano y generando una activación cognitiva crónica.

Por ello abordar la higiene del sueño, en la poblacoón envejecida sometida a cambios bio-fisiologicos, adaptada al entorno tecnológico es una prioridad fundamental.

OBJETIVOS



Diseñar recomendaciones de enfermería accesibles apara minimizar el impacto de la estimulación lumínica y cognitiva antes del descanso.

PALABRAS CLAVE

- Higiene del sueño.
- Intervenciones enfermeras.
- Tecnologías de la información y la comunicación.

MÉTODO



- Revisión bibliográfica sistemática realizada en Octubre de 2026.
- Las bases de datos empleadas fueron Pubmed, Google Scholar, Scielo y Tripdatabase.
- Los criterios de inclusión fueron los siguientes:
  - Artículos en inglés y español.
  - Publicados en los últimos 5 años con evidencia científica.
  - Centrados en la relación entre el uso de dispositivos digitales y la calidad del sueño.

RESULTADOS

- **Restricción total de dispositivos** emisores de luz al menos 1h antes de acostarse.
- **Dormitorios libres de pantallas:** desplazamiento de los terminales de carga fuera de las habitaciones para evitar despertares por alertas sonoras o lumínicas.
- **Sustitución del contenido digital** de alta estimulación por actividades analógicas y relajantes.
- **Configuración de pantallas:** Configurar la luz cálida o modo nocturna, además de reducir el brillo al mínimo.

CONCLUSIONES

La optimización del descanso en el adulto anciano dentro del contexto actual obliga al personal de enfermería a actualizar protocolos tradiciaonales de higiene del sueño.

La educación sanitaria dirigida a la desconexión digital se consolida como una intervención enfermera no farmacologica clave, altamente coste-efectiva y libre de efectos secundarios.

Implementar rutinas libres de pantallas reduce la latencia del sueño y favorece un descanso más reparador,

ABORDAJE QUIRÚRGICO Y REHABILITADOR EN POLITRAUMATISMO SEVERO DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO

Tratamiento Multidisciplinar y Evolución de Fractura Compleja de Húmero, Cúbito y Radio con Lesión Nerviosa

RESUMEN

Varón de 62 años politraumatizado en accidente de moto en Marruecos (15/02/2026). Presentó fractura abierta G.I supraintercondílea de húmero derecho con parálisis radial, fractura bifocal de cúbito y diafisaria de radio.

Tratamiento multidisciplinar en varias etapas (osteosíntesis, limpieza, tenorrafia/plastia de tríceps, liberación/transposición del nervio cubital), antibioterapia intensiva y rehabilitación especializada, logrando consolidación ósea y recuperación funcional.

AUTORES

M. Cuervo Díez, A. Martín Martínez, E.M. López Domínguez, V. Escrich Iturbe, M.G. Alonso González, A. Ortega Plaza, B. Magariño Álvarez, D. García Gallego, A. Manzanedo Juárez, M.D. Herrero Sánchez, N. Portas Castellanos, J.M. Márquez Pérez, B. Martín García, E. Pérez Jiménez, C. Ramos Álvarez, C. Vidal Aparicio, A. Paniagua Gómez, Y. Fernández Grande, S. Simón Cascón. S. Ferrero Valle. J. Álvarez Rodríguez. J. Hinojal Tejido, M. Chacón Martinéz, R. Pinto Peñuelas, M. Rodríguez Barrientos, R. González Gómez, M.T. Díez Alonso, I. Fernández Pérez, M. de la Torre Sánchez, A. Silván Díaz, D. Nicolás Laso, A.P. Campos Moreno, A. Sevilla López, E. Diez Villarroel, J. González Martínez, A. Luis Ros. N. Iglesias García, C. García Mulas. V. Merayo Domínguez, C. Barroso Fernández, D. Colina Fernández. P. Martínez Barreda, A. Ramos Martínez, C. Moya Bahamonde, N. García González.

PALABRAS CLAVE

Politraumatismo | Fx Supraintercondílea | Parálisis Radial | Transposición Cubital | Tenorrafia Tríceps | Fisioterapia | Terapia Ocupacional | Rehabilitación | Traumatología | Neurocirugía

ANTECEDENTES

- **Paciente:** Varón de 62 años sin antecedentes personales de interés.
- **Mecanismo:** Accidente de motocicleta en Marruecos (15/02/2026).
- **IQ Inicial:** Osteosíntesis con placas (16/02/2026 en Marruecos). Infección posterior por Gram+ y parálisis radial. Traslado al CAULE.
- **EMG Inicial:** Neuropatía axonal severa del nervio interóseo posterior derecho y STC moderado.

OBJETIVOS

- **Estabilización osteoarticular:** Fijación rígida del miembro superior derecho y erradicación de la infección profunda.
- **Reconstrucción tendinosa:** Reparación del aparato extensor (tenorrafia de tríceps y plastia con aloinjerto de Aquiles).
- **Descompresión nerviosa:** Tratamiento de neuropatía cubital mediante liberación y transposición subcutánea.
- **Recuperación funcional:** Maximizar el rango articular con protocolo de rehabilitación e inmovilización dinámica.

MÉTODO

- **IQ (28/02/2026):** Limpieza quirúrgica + liberación cubital parcial. Hallazgos: sección de tríceps, tornillo aflojado en fosa olecraniana, tróclea suelta.
- **IQ (09/03/2026):** Osteosíntesis con placa ALPS en húmero. Tenorrafia de tríceps (2 Krakow + Bioswiftlock 4.75) + Plastia de Aquiles.
- **IQ (29/07/2026):** Liberación de nervio cubital y transposición subcutánea tras aflojamiento de tornillo medial.
- **Infectología:** Levofloxacino 500/24h + Rifampicina 300 (2/0/0) + Linezolid 600/8h (aislamiento de *P. acnes* y *S. epidermidis*).
- **Rehabilitación:** Órtesis Medi Epico ROM y activa de extensión de muñecas y dedos. Fisioterapia y Terapia Ocupacional de manera ambulatoria lunes, miércoles y viernes. Las sesiones de fisioterapia de 1 h de duración realizando cinesiterapia progresiva, fortalecimiento del miembro superior en progresión, ejercicios. En terapia ocupacional, sesiones de 30' realizando un trabajo específico de la mano, ejercicios y tabla.

RESULTADOS

- **Neurofisiología de Control:** Reinnervación efectiva con unidades motoras polifásicas en nervio interóseo posterior (EMG).
- **Consolidación Ósea:** Cúbito consolidado; avance progresivo en paleta humeral y radio. Infección remitida tras pauta ATB completada.
- **Balance Articular:** Flexo-extensión de codo 100°/-10°, Supinación 80%. Inicio de extensión activa de muñeca y dedos. Puño cerrado, pinza conservada.



Control radiológico post-quirúrgico de codo y antebrazo.

✓ **Balance Articular Codo: 100° / -10° | Supinación: 80°**

CONCLUSIONES

- **Abordaje Multidisciplinar:** La coordinación entre COT, Infectología, Neurofisiología y Rehabilitación es imprescindible en traumatismos complejos de codo.
- **Reconstrucción Integral:** El aloinjerto de Aquiles y la transposición nerviosa precoz permitieron preservar la viabilidad funcional del miembro.
- **Terapia Dinámica:** Las órtesis activas y la cinesiterapia precoz previnieron rigideces severas y favorecieron la reinnervación.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

Solicitado Declaración de Interés Sanitario por la Consejería de Sanidad Junta de Castilla y León

BENEFICIOS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Ana Belén Martín Castrillo, María del Carmen Zaballos Bautista, Marta Robledo González, Enrique Vega Méndez, María Sonia Cabero Pérez, Manuel Blázquez Bautista y Silvia Gutiérrez Pascual.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica que requiere un manejo de los niveles de glucosa continuo e individualizado. La evolución de la inteligencia artificial (IA) favorece el desarrollo de herramientas capaces de analizar grandes cantidades de información clínica y generar predicciones y recomendaciones adaptadas a las necesidades de cada individuo. La evidencia disponible señala que estas tecnologías favorecen un mejor control glucémico, predicen episodios de hipoglucemia e hiperglucemia, facilitan la individualización del tratamiento y generan un óptimo seguimiento de los pacientes. La enfermería desempeña un papel fundamental en la educación diabetológica, interpretación de datos, acompañamiento del paciente y utilización segura de estas herramientas. La IA se ha convertido en un recurso complementario que potencia la atención enfermera y apoya el juicio clínico y el fomento de la relación terapéutica.

PÁLARAS CLAVE

Inteligencia artificial
Diabetes Mellitus 1
Enfermería
Hipoglicemia
Telemonormación
Cuidados personalizados

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Analizar las principales aplicaciones de la Inteligencia artificial en la educación de las personas con DM1 y su utilidad en la práctica enfermera.

Objetivos específicos:

Identificar las principales soluciones de IA aplicadas en la atención de la DM1.
Análizar su utilidad en la predicción de hipoglicemia y hiperglucemia.
Valorar su contribución a la personalización del tratamiento en la DM1.
Identificar los beneficios de la IA en la educación y seguimiento de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

- **Revisión bibliográfica** descriptiva entre 2020 y 2026.
- **Bases de datos:** PubMed, ScienceDirect, SciELO, Medline, Dialnet y Cochrane Plus.
- **Operadores booleanos:** AND Y OR.
- **Artículos seleccionados:** 27 artículos según criterios de calidad metodológica y relevancia clínica

BENEFICIOS





ANTECEDENTES

La diabetes tipo 1 requiere insulinoterapia continua, autocuidado diario y un monitoreo constante del paciente. La monitorización continua y los sistemas hibridos facilitan el ajuste automatizado de las dosis de insulina. La inteligencia artificial analiza estos datos masivos para ofrecer predicciones clínicas individualizadas y precisas. Su implementación debe garantizar siempre altos estándares de seguridad, privacidad y supervisión médica. La enfermería guía este proceso tecnológico, potenciando un cuidado personalizado sin reemplazar el juicio clínico.

RESULTADOS

Los estudios describen aplicaciones de IA orientadas a mejorar la gestión diaria de la DM1, especialmente mediante alertas predictivas, apoyo al ajuste terapéutico y análisis individualizado de la evolución glucémica. La integración de información sobre los aspectos clave de la DM1 (alimentación, actividad física y niveles de glucemia) es esencial para valorar las necesidades de cada paciente. En el ámbito asistencial, estas soluciones ofrecen oportunidades para priorizar intervenciones y adaptar el seguimiento a cada individuo. Se identifican algunas dificultades relacionadas con la accesibilidad tecnológica, la protección de la información y la capacitación de profesionales y pacientes. En conjunto, se evidencia su potencial como sistema de ayuda a los cuidados, aunque se necesitan estudios adicionales que evalúen su efectividad clínica y su impacto real en la práctica enfermera.

CONCLUSIONES

La IA se está convirtiendo en una herramienta de gran potencial para mejorar la atención integral de la diabetes MD 1. Su aplicación puede facilitar la detección temprana de las complicaciones más frecuentes, la personalización de tratamientos y un seguimiento optimo de los pacientes. Estas tecnologías proporcionan a los pacientes una mayor calidad de vida y una integración más natural a la sociedad actual y reducen el impacto psicológico del tratamiento que conlleva. Destacamos que la IA no sustituye al profesional de enfermería, debe utilizarse como herramienta de apoyo a la enfermería, manteniendo siempre una supresión por parte del profesional de enfermería.

La inteligencia artificial puede anticiparse a los datos, pero es la enfermería quien convierte esa información en soluciones.

VIII Congreso Internacional Silver Economy

Voz y parálisis cerebral: Efectividad de las intervenciones logopédicas

Aylén Chiara Fernández[1], Tatiana Romero-Arias[2], Fernando Gordillo León[1], Mauricio Barramuño-Medina[3], Adrián Pérez del Olmo[4], Germán Gálvez García[1]

[1] *Universidad de Salamanca, España*
[2] *Universidad de La Laguna, España*
[3] *Universidad Autónoma de Chile, Chile*
[4] *Universidad Pontificia de Salamanca, España*

RESUMEN

Esta revisión sistemática analiza la evidencia disponible sobre intervenciones dirigidas a la voz y la fonación en personas con parálisis cerebral. Siguiendo PRISMA 2020, se identificaron ocho estudios de intervención. Los resultados muestran efectos favorables en distintos parámetros de la función vocal y posibles beneficios en inteligibilidad, articulación y participación comunicativa. Sin embargo, la heterogeneidad de los resultados y las limitaciones metodológicas de los estudios justifican la necesidad de investigaciones más robustas.

Palabras clave: Parálisis cerebral; voz; fonación; intervención logopédica; revisión sistemática.

ANTECEDENTES

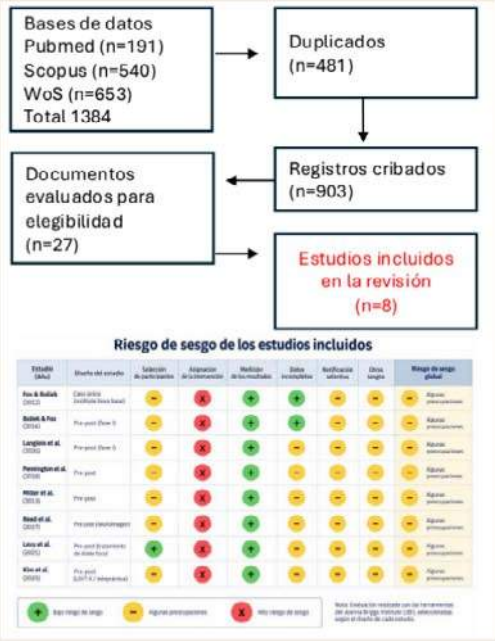
La parálisis cerebral puede afectar al control de la respiración, la fonación y otros subsistemas implicados en la producción del habla, generando alteraciones en la calidad, intensidad y estabilidad vocal.
Diversas intervenciones logopédicas, especialmente las centradas en la respiración y la fonación y los programas intensivos como LSVT LOUD, han mostrado potencial para mejorar la función vocal. Sin embargo, los resultados disponibles son heterogéneos, por lo que resulta necesario sintetizar sistemáticamente la evidencia sobre su efectividad.

OBJETIVOS

Analizar sistemáticamente la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a la voz en personas con parálisis cerebral, considerando sus efectos sobre la función vocal.

RESULTADOS

Los estudios incluidos mostraron resultados favorables en parámetros de función vocal y describieron posibles mejoras en inteligibilidad, articulación y participación comunicativa.



MÉTODO

Revisión sistemática | PRISMA 2020
Bases: PubMed · Scopus · WoS
Términos: cerebral palsy + voice/phonation/dysarthria + therapy/intervention
Inclusión: estudios de intervención · PC sin restricción de edad · intervención sobre voz/fonación · resultados de función vocal
Selección: título/resumen → texto completo

CONCLUSIONES

Las intervenciones dirigidas a la voz y la fonación muestran resultados prometedores en personas con parálisis cerebral, con beneficios descritos tanto en la función vocal como en aspectos comunicativos. Sin embargo, la heterogeneidad de los resultados y las limitaciones metodológicas de los estudios disponibles impiden establecer conclusiones definitivas. Se requieren investigaciones controladas, con muestras más amplias y seguimientos a largo plazo, que permitan determinar con mayor precisión su efectividad y repercusión funcional.

VIII Congreso Internacional Silver Economy

Voz y parálisis cerebral: Efectividad de las intervenciones logopédicas

Aylén Chiara Fernández[1], Tatiana Romero-Arias[2], Fernando Gordillo León[1], Mauricio Barramuño-Medina[3], Adrián Pérez del Olmo[4], Germán Gálvez García[1]

[1] *Universidad de Salamanca, España*
[2] *Universidad de La Laguna, España*
[3] *Universidad Autónoma de Chile, Chile*
[4] *Universidad Pontificia de Salamanca, España*

RESUMEN

Esta revisión sistemática analiza la evidencia disponible sobre intervenciones dirigidas a la voz y la fonación en personas con parálisis cerebral. Siguiendo PRISMA 2020, se identificaron ocho estudios de intervención. Los resultados muestran efectos favorables en distintos parámetros de la función vocal y posibles beneficios en inteligibilidad, articulación y participación comunicativa. Sin embargo, la heterogeneidad de los resultados y las limitaciones metodológicas de los estudios justifican la necesidad de investigaciones más robustas.

Palabras clave: Parálisis cerebral; voz; fonación; intervención logopédica; revisión sistemática.

ANTECEDENTES

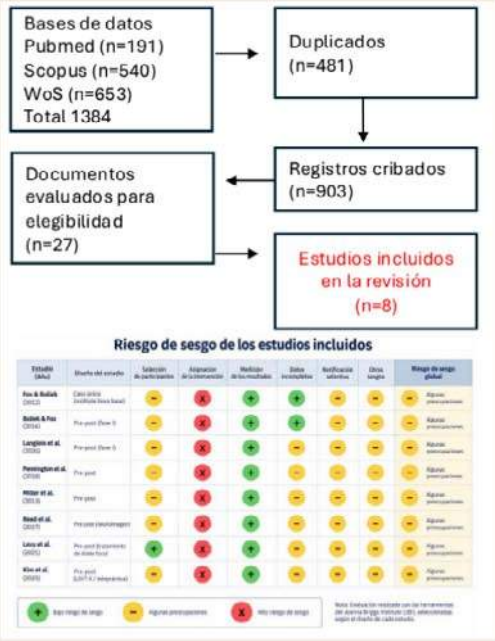
La parálisis cerebral puede afectar al control de la respiración, la fonación y otros subsistemas implicados en la producción del habla, generando alteraciones en la calidad, intensidad y estabilidad vocal.
Diversas intervenciones logopédicas, especialmente las centradas en la respiración y la fonación y los programas intensivos como LSVT LOUD, han mostrado potencial para mejorar la función vocal. Sin embargo, los resultados disponibles son heterogéneos, por lo que resulta necesario sintetizar sistemáticamente la evidencia sobre su efectividad.

OBJETIVOS

Analizar sistemáticamente la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a la voz en personas con parálisis cerebral, considerando sus efectos sobre la función vocal.

RESULTADOS

Los estudios incluidos mostraron resultados favorables en parámetros de función vocal y describieron posibles mejoras en inteligibilidad, articulación y participación comunicativa.



MÉTODO

Revisión sistemática | PRISMA 2020
Bases: PubMed · Scopus · WoS
Términos: cerebral palsy + voice/phonation/dysarthria + therapy/intervention
Inclusión: estudios de intervención · PC sin restricción de edad · intervención sobre voz/fonación · resultados de función vocal
Selección: título/resumen → texto completo

CONCLUSIONES

Las intervenciones dirigidas a la voz y la fonación muestran resultados prometedores en personas con parálisis cerebral, con beneficios descritos tanto en la función vocal como en aspectos comunicativos. Sin embargo, la heterogeneidad de los resultados y las limitaciones metodológicas de los estudios disponibles impiden establecer conclusiones definitivas. Se requieren investigaciones controladas, con muestras más amplias y seguimientos a largo plazo, que permitan determinar con mayor precisión su efectividad y repercusión funcional.



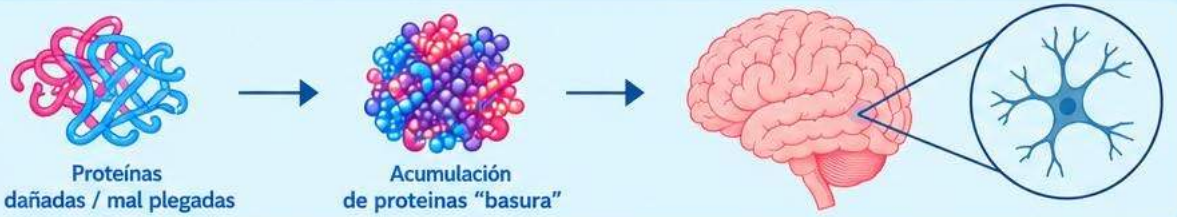
ACUMULACIÓN DE PROTEÍNAS BASURA IDENTIFICADA COMO CAUSA DEL ENVEJECIMIENTO Y POSIBLE ORIGEN DE LA ELA

AUTORES: Seila Patricia González Quintano, Marta Pérez Mondéjar, Covadonga Pérez Gutiérrez , Lucía Bragado Miguel, Ester Calvo Franco, Aránzazu Fuentesaúco Collantes, Diana Luelmo Domínguez, Marta Miguel González, Mario conde jorge, José Antonio Montes López, Rosa Eva Casado Macías, María Antonia Codesal pardal, Laura Blanco Aparicio



RESUMEN

La acumulación de proteínas mal plegadas o dañadas (proteínas "basura") se ha identificado como un mecanismo clave en el envejecimiento celular y como un posible origen de la ELA. Este proceso genera estrés celular, disfunción de la maquinaria de eliminación de proteínas y daño neuronal, especialmente en el sistema nervioso central.



ANTECEDENTES

Las proteínas mal plegadas se acumulan con la edad en múltiples tejidos, incluido el sistema nervioso.

En la ELA se observan agregados de proteínas como TDP-43, SOD1 y FUS en las neuronas motoras.

La disfunción en la eliminación de proteínas puede contribuir a la neurodegeneración.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Analizar la relación entre la acumulación de proteínas dañadas, el envejecimiento celular y su posible implicación en la ELA, identificando los mecanismos moleculares involucrados.

PALABRAS CLAVE

Proteínas mal plegadas · Envejecimiento · ELA · Agregados proteicos · Neurodegeneración

RESULTADOS

1. Se ha observado un aumento significativo de proteínas mal plegadas en la edad avanzada y en modelos de ELA.
2. En la ELA, los agregados de TDP-43, SOD1 y FUS se correlacionan con la pérdida de función neuronal y la progresión de la enfermedad.
3. La alteración de los sistemas de eliminación de proteínas (autofagia y proteasoma) se asocia tanto al envejecimiento como a la ELA.
4. La modulación de estas vías podría reducir la acumulación de proteínas dañadas y proteger la función neuronal.

CONCLUSIONES

La acumulación de proteínas dañadas es un factor clave en el envejecimiento celular y podría contribuir al desarrollo de la ELA. Comprender sus mecanismos abre la puerta a nuevas estrategias terapéuticas para ralentizar el deterioro neuronal y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica en bases de datos (PubMed, Scopus, Web of Science).
- Análisis de estudios experimentales y clínicos sobre acumulación de proteínas y envejecimiento/ELA.
- Evaluación de mecanismos celulares (autofagia, proteasoma, estrés oxidativo) y su relación con la neurodegeneración.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

La formación y certificación profesional continua en los profesionales de servicios sociosanitarios.



Palabras clave

Envejecimiento, calidad asitencial, apoyo y servicios sociosanitarios.

Autores: Aránzazu Fuentesaúco Collantes, Marta Miguel González, Seila Patricia González Quintano, Marta Pérez Monzálvez, Covadonga Pérez Gutiérrez, Lucía Bragado Miguel, Ester Calvo Franco y Diana Luelmo Domínguez.

Resumen



La formación y certificación profesional continua son esenciales para garantizar la calidad de los servicios sociosanitarios. La actualización de conocimientos mejora los cuidados, así como la atención integral.

Antecedentes



El envejecimiento demográfico, así como las personas en situación de dependencia están en aumento, por lo que se necesitan profesionales más cualificados para poder hacer frente a las necesidades asistenciales, centrando la atención en la persona.

Objetivos



El objetivo principal es conocer la importancia de la formación continua, así como investigar los sistemas de acreditación y certificación profesional. Además hay que saber cómo esto influye en la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Método



Este póster se ha realizado mediante una revisión bibliográfica de diferentes estudios y publicaciones de bases de datos como PubMed o CINAHL, así como documentos del BOE, entre otros. La selección se ha llevado a cabo en base al tema tratado.

Resultados



La formación continua perfecciona los conocimientos y habilidades profesionales, así como la actualización favoreciendo la seguridad y calidad de los cuidados. Mediante la certificación se reconocen las aptitudes adquiridas. Por desgracia, la falta de tiempo o recursos dificulta el acceso a la formación.

Conclusiones



La formación y certificación continua son imprescindibles para conseguir profesionales competentes y ofrecer una atención sociosanitaria segura y de calidad. Hay que fomentar programas formativos accesibles, actualizados y adaptados a las necesidades de los trabajadores y las personas atendidas.

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY | Complejo Asistencial de Zamora | Sacyl

EDUCACIÓN SOCIOSANITARIA AL NIÑO CRÓNICO Y SU FAMILIA DESDE EL ROL DEL TCAE

Eva M. Vega López. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)

RESUMEN

El diagnóstico de una patología crónica o pediátrica genera un gran impacto emocional en las familias, quienes atraviesan fases de incertidumbre y duelo. Por su proximidad en la atención diaria, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) se posiciona como un pilar estratégico para ofrecer apoyo sociosanitario. Se diseñó un programa de intervención a pie de cama enfocado en capacitar a los cuidadores en competencias prácticas de higiene, movilidad y alimentación, integrando además la derivación al equipo multidisciplinar. Su implementación mostró que el 85% de las familias adquirió mayor autonomía y seguridad, reduciendo la sensación de impotencia, favoreciendo la aceptación del diagnóstico y facilitando la detección precoz de necesidades psicosociales. En conclusión, capacitar a los padres a través del TCAE humaniza la asistencia, atenúa el impacto emocional de la enfermedad y optimiza la calidad de los cuidados tanto en el hospital como en el alta.

PALABRAS CLAVE: Patología crónica | Niños | Familia | TCAE | Educación

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de educación y apoyo sociosanitario liderado por el TCAE en la planta pediátrica, enfocado en dotar a los cuidadores principales de competencias de autocuidado y manejo básico del paciente crónico.

Objetivos Específicos:

- **Capacitación Práctica:** Enseñar técnicas de higiene, cuidado de la piel, cambios posturales y nutrición adaptada.
- **Vinculación Multidisciplinar:** Facilitar comunicación ágil con Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social.
- **Sostén Emocional:** Disminuir la ansiedad familiar y dar rol activo al cuidador.

RESULTADOS

85%

Incremento en Autonomía y Seguridad

Reportado por los cuidadores en el manejo físico y confort



- **Aceptación Temprana:** Reducción de la sensación de impotencia en los padres, acelerando el tránsito adaptativo del duelo.
- **Detección Precoz:** Derivación ágil de necesidades psicosociales hacia Psicología y Trabajo Social.
- **Preparación al Alta:** Incorporación de maniobras validadas para garantizar continuidad de cuidados en el hogar.



ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

- **Crisis Estructural Familiar:** El diagnóstico de patologías crónicas u oncológicas quiebra la dinámica y rutina del hogar.
- **Estrés e Incertidumbre Previa:** Antes de la confirmación médica, la sospecha de que *"algo no va bien"* genera gran hipervigilancia, desamparo y angustia.
- **Posición Estratégica del TCAE:** El contacto estrecho y diario en higiene, confort, alimentación y toma de constantes sitúa al TCAE como observador y canal de apoyo idóneo.

Modelo de Duelo (Elisabeth Kübler-Ross adaptado) — Proceso No Lineal

1. Negación	2. Ira	3. Negociación	4. Depresión	5. Aceptación
Incredulidad	Frustración	Pactos/Búsqueda	Tristeza/Pérdida	Adaptación

MÉTODO: PROGRAMA A PIE DE CAMA

Diseño: Estudio descriptivo, cualitativo de propuesta de intervención sociosanitaria en planta pediátrica con cuidadores de niños con patología crónica/compleja.

1 Fase de Acogida y Vinculación

Presentación del rol del TCAE y valoración del estado emocional inicial del cuidador.

- **Módulos Prácticos de Entrenamiento**

Módulo A	Módulo B	Módulo C
Higiene y Piel: Prevención UPP y mucositis.	**Movilidad:** Posicionamiento y confort.	**Nutrición:** Apoyo SNG/PEG e inapetencia.

CONCLUSIONES

1. **Pilar en Humanización:** El TCAE es una pieza fundamental para la humanización pediátrica, actuando como nexo cercano entre la familia y el sistema sanitario.
2. **Padres como Agentes Activos:** Formar a los cuidadores reduce el impacto emocional del diagnóstico y atenúa la vulnerabilidad durante el ingreso.
3. **Calidad Asistencial:** La capacitación sociosanitaria coordinada eleva la calidad percibida y refuerza la seguridad en el manejo domiciliario.

CONGRESO SILVER ECONOMY

ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LA RELACIÓN ENTRE PRESBIACUSIA Y DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS MAYORES

AUTORES: Itsaso Becerro Sánchez, Mª de las Mercedes Castro Gil, Silvia Buceta Martínez

1. RESUMEN

- análisis de la evidencia sobre la relación entre presbicia y deterioro cognitivo leve.
- rol de enfermería en el cribado precoz y seguimiento.
- las intervenciones enfermeras reducen el aislamiento y enlentecen el deterioro.

2. PALABRAS CLAVE

PRESBIACUSIA
DETERIORO COGNITIVO LEVE
ENFERMERÍA GERIÁTRICA
ENVEJECIMIENTO ACTIVO
CRIBADO AUDITIVO

3. ANTECEDENTES

- **Prevalencia:** Afecta a más del 65% de mayores de 60 años.
- **Factor de riesgo principal:** La comisión Lancet identifica la hipoacusia como el principal factor de riesgo modificable para demencia (8% del riesgo total atribuible).
- **Mecanismos clave:**
  - Sobrecarga de procesamiento (memoria), atrofia cerebral por privación sensorial, aislamiento social y depresión.

OBJETIVOS

1. **OBJETIVO GENERAL:** Evaluar las evidencias existentes sobre la relación entre la **pérdida de audición** y el **deterioro cognitivo**, así como la intervenciones enfermeras en su abordaje.
2. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
   - * Identificar herramientas de cribado auditivo y cognitivo eficientes para enfermería geriátrica.
   - * Analizar el impacto de la corrección auditiva (audífonos) en la ralentización del declive cognitivo.
   - * Proponer un algoritmo de actuación integral de enfermería para la detección precoz y seguimiento.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO:
Revisión sistemática de la literatura científica (2019-2026).

BASES DE DATOS:
PubMed, CINAHL, Scopus, Dialnet.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Términos DeCS/MeSH):
"Hearing Loss", "Presbycusis", "Cognitive Impairment", "Nursing Care", "Aged".

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
Estudios observacionales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas.

PROCESO DE SELECCIÓN:
Triaje de títulos/resúmenes, evaluación de calidad (escala CASPe).

MUESTRA FINAL:
18 artículos de alta calidad metodológica.

RESULTADOS

TABLA DE RESULTADOS: EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

	DIMENSIÓN DE ANÁLISIS	HALLAZGOS PRINCIPALES DE LA EVIDENCIA	(INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA)
	**CRIBADO Y DETECCIÓN PRECOZ**	Uso combinado de HHIE-S y prueba del susurro detecta >80% de casos no diagnosticados de hipoacusia neurosensorial	**Uso combinado de HHIE-S y prueba del susurro detectan >80% de casos no diagnosticados** de hipoacusia neurosensorial
	**ADHERENCIA A PRÓTESIS AUDITIVAS**	Uso efectivo de audífonos frena la tasa de declive cognitivo hasta en un 48% a 3 años en grupos de riesgo.	**Uso efectivo de audífonos frena la tasa de declive cognitivo hasta en un 48% a 3 años en grupos de riesgo**
	**AISLAMIENTO Y DOMINIO PSICOSOCIAL**	La corrección auditiva reduce significativamente (-35%) el aislamiento social y las tasas de depresión.	Organización de talleres de comunicación adaptada y grupos de estimulación cognitiva liderados por enfermería.

CONCLUSIONES CLAVE:

1. **Relación causal clara:** La pérdida auditiva no tratada acelera el deterioro cognitivo.
2. **Enfermería:** Rol estratégico para cribado combinado y seguimiento integral.

Bibliografía: Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2. Lin FR, et al. Hearing intervention for prevention of cognitive decline in older adults (ACHIEVE). *Lancet*.

¿Por qué envejecemos?

Es un proceso natural, inevitable y complejo, que ocurre por la interacción de varios factores.



Cambios celulares



- Las células se dañan con el tiempo y pierden su capacidad de regenerarse.
- Se acorta la longitud de los telómeros (protegen el ADN).
- Disminuye la producción de colágeno y elastina.

Factores genéticos



- Nuestros genes influyen en la velocidad del envejecimiento.
- Determinan la reparación del ADN, la inflamación y la longevidad.

Estrés oxidativo



- Los radicales libres dañan las células y el ADN.
- Se acumulan con la edad y favorecen el deterioro de los tejidos.

Factores hormonales



- Disminuye la producción de hormonas (como el estrógeno y la testosterona).
- Afecta al metabolismo, la piel, los huesos y el estado de ánimo.

Estilo de vida



- La alimentación, el ejercicio, el sueño y el manejo del estrés pueden acelerar o ralentizar el envejecimiento.
- El tabaco, el alcohol y la exposición solar dañan las células y la piel.

Factores ambientales



- La contaminación, la radiación ultravioleta y los tóxicos del ambiente generan daño celular.
- El clima y el entorno en el que vivimos también influyen.

Envejecer no es solo perder años, sino sumar experiencias.

En resumen...



- El envejecimiento es el resultado de múltiples factores.
- No se puede evitar, pero sí puede retrasarse.
- Un estilo de vida saludable mejora la calidad de vida y el bienestar en la edad madura.

Autores: María de las Mercedes Rodríguez Rodríguez • María del Mar Herbás Delgado • Esperanza Carrascal Lázaro
Sonia María Ortega Alberto • María de las Mercedes Vidal Sarmiento • Alicia Rodríguez Molpeceres
Ana Isabel García Álvarez • María Elena Fernández Escudero

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Enrique Vega Méndez, María Sonia Cabero Pérez, Manuel Blázquez Bautista, Silvia Gutiérrez Pascual, Ana Belén Martín Castrillo, María del Carmen Zaballos Bautista, y Marta Robledo González,



INTRODUCCIÓN

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ofrecen nuevas oportunidades de aplicación en diferentes campos la sanidad. Entre dichos campos se encuentran la educación para la salud (EPS), la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (PS).

El análisis de su aplicación y su utilidad en la práctica enfermera es el objetivo del presente trabajo. La literatura científica señala beneficios destacables en el autocuidado, la actividad física y el seguimiento de la salud, aunque se han encontrado determinadas barreras en la accesibilidad y alfabetización digital.

ANTECEDENTES

Las aplicaciones móviles, plataformas digitales y dispositivos inteligentes facilitan el acceso y análisis de la información sanitaria y permiten desarrollar intervenciones de EPS y PS individualizadas a cada caso.

Su efectividad depende de la calidad de los recursos y de la accesibilidad para la población.

MATERIAL Y MÉTODO

- **Revisión bibliográfica** descriptiva entre 2020 y 2026.
- **Bases de datos:** PubMed, ScienceDirect, SciELO, Medline, Dialnet y Cochrane Plus.
- **Operadores booleanos:** AND Y OR.
- **Artículos:** 25 artículos según criterios de calidad metodológica y relevancia clínica

PALABRAS CLAVE

- Promoción de la salud
- TIC
- Cuidados de Enfermería
- salud digital
- Educación sanitaria.

OBJETIVOS

- Analizar la utilidad de las TIC en la promoción de la salud.
- Identificar sus beneficios, limitaciones y aplicaciones en los cuidados de enfermería.



RESULTADOS

Las TIC facilitan la difusión de información y análisis de la información sanitaria, lo que favorecer la difusión de EPS y las conductas de PS como: la actividad física, la alimentación saludable y la participación activa en el autocuidado.

Por otro lado, existen una serie de dificultades asociadas a las TIC. Entre dichas dificultades destacan la brecha digital, la falta de formación y los problemas de accesibilidad pueden limitar sus resultados.

CONCLUSIONES

Las TIC constituyen un magnífico recurso complementario a la hora de mejorar la EPS y promover hábitos saludables.

El personal de enfermería desempeña un papel esencial en la selección de recursos fiables y acordes a las capacidades y recursos del paciente. Dicho personal supone un eje fundamental en la orientación y cumplimiento por parte del paciente y la evaluación de resultados. Sin olvidar que su implementación debe garantizar la privacidad, la accesibilidad y la equidad.

Prescripción Social Digital en Entornos Rurales

Superando Brechas de Acceso y Aislamiento

Verónica Sánchez Bueno - Teresa de Jesús Carretero Salvador

Palabras Clave
Prescripción social – Salud digital – Entorno rural



Introducción

Las áreas rurales enfrentan grandes desafíos: envejecimiento de la población, dispersión geográfica, escasez de recursos sociosanitarios y un incremento de la soledad no deseada.

La **Prescripción Social (PS)** —proceso mediante el cual profesionales de salud derivan a los pacientes a recursos o actividades comunitarias no médicas— surge como una **alternativa eficaz** para desmedicalizar el malestar psicosocial.

La incorporación de **herramientas digitales** (plataformas de teleasistencia, aplicaciones de activos en salud y gestores de derivación online) permite conectar a los profesionales de Atención Primaria con la red comunitaria local, superando las barreras de distancia y movilidad del medio rural.



Objetivos

1. Analizar la evidencia existente sobre la efectividad e implementación de modelos de Prescripción Social Digital (PSD) en contextos rurales.
2. Identificar las principales barreras y facilitadores que condicionan el uso de la PSD por parte de profesionales de salud y pacientes rurales.
3. Mapear las herramientas e intervenciones digitales utilizadas para vincular a la comunidad en zonas de baja densidad poblacional.

Metodología

Revisión bibliográfica cualitativa e integradora en PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO (2018–2026).

Criterios de inclusión
Estudios originales, revisiones y evaluaciones de programas con PSD en comunidades rurales o de difícil acceso.

Criterios de exclusión
Intervenciones exclusivamente urbanas o digitales farmacológicas/ clínicas puras sin componente comunitario.

Estrategia de búsqueda
Descriptores DeCS/MeSH: "Social Prescribing", "Digital Health", "Rural Health", "Community Networks".

Resultados

Tres ejes de hallazgos principales:

1 Impacto en Salud y Uso de Recursos

- Menos consultas repetitivas en Atención Primaria.
- Mejora del bienestar, la conexión comunitaria y la autonomía personal.

2 Brecha Digital y Adaptación Tecnológica

Barreras
- Falta de conectividad.
- Analfabetismo digital en mayores.
- Sobrecarga asistencial del personal sanitario.

Facilitadores
- Plataformas simples.
- Agente Comunitario / Link Worker.

3 Mapeo de Activos Locales

- Plataformas digitales centralizadas han visibilizado recursos comunitarios (talleres, rutas de senderismo, grupos de apoyo, voluntariado) que antes estaban fragmentados o eran invisibles.

Conclusiones

La **Prescripción Social Digital** es una estrategia viable y con alto potencial para reducir las inequidades en salud en el medio rural, fortaleciendo el tejido comunitario.

No sustituye el contacto humano: la tecnología es un puente que siempre requiere del apoyo de profesionales o conectores comunitarios para garantizar la adherencia y evitar la exclusión de personas vulnerables.

Se requiere inversión en **infraestructura digital rural**, alfabetización tecnológica comunitaria y apoyo a las organizaciones locales que reciben a los usuarios derivados.



Bibliografía

1. Acre Rural. Social prescribing in rural areas. ACRE Policy & Research Report; 2020.
2. García-Altés A, et al. La prescripción social: una respuesta comunitaria al malestar psicológico. Infocop; 2024.
3. Husk K, et al. What is the impact of social prescribing events on healthcare consumption? A systematic review of the evidence. BMJ Open; 2019;9(1):e026886.
4. Strata Health. Improving Access to Community Care with a Digital Social Prescribing Solution. Strata Health Insights; 2023.

VIII Congreso Internacional Silver Economy

Voz y parálisis cerebral: Efectividad de las intervenciones logopédicas

Aylén Chiara Fernández[1], Tatiana Romero-Arias[2], Fernando Gordillo León[1], Mauricio Barramuño-Medina[3], Adrián Pérez del Olmo[4], Germán Gálvez García[1]
[1] Universidad de Salamanca, España
[2] Universidad de La Laguna, España
[3] Universidad Autónoma de Chile, Chile
[4] Universidad Pontificia de Salamanca, España

RESUMEN

Esta revisión sistemática analiza la evidencia disponible sobre intervenciones dirigidas a la voz y la fonación en personas con parálisis cerebral. Siguiendo PRISMA 2020, se identificaron ocho estudios de intervención. Los resultados muestran efectos favorables en distintos parámetros de la función vocal y posibles beneficios en inteligibilidad, articulación y participación comunicativa. Sin embargo, la heterogeneidad de los resultados y las limitaciones metodológicas de los estudios justifican la necesidad de investigaciones más robustas.

Palabras clave: Parálisis cerebral; voz; fonación; intervención logopédica; revisión sistemática.

ANTECEDENTES

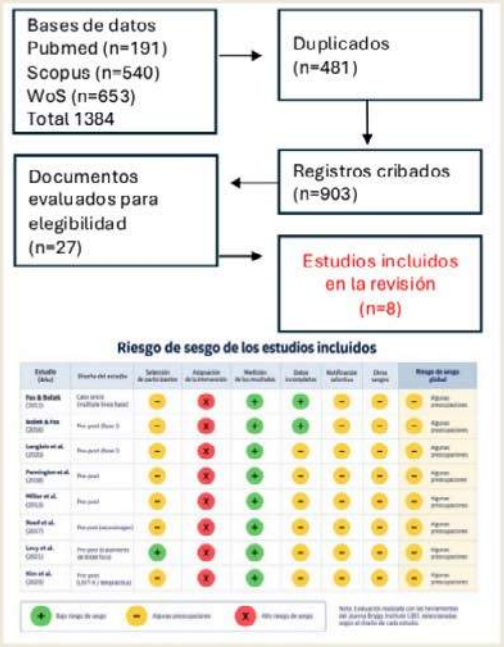
La parálisis cerebral puede afectar al control de la respiración, la fonación y otros subsistemas implicados en la producción del habla, generando alteraciones en la calidad, intensidad y estabilidad vocal.
Diversas intervenciones logopédicas, especialmente las centradas en la respiración y la fonación y los programas intensivos como LSVT LOUD, han mostrado potencial para mejorar la función vocal. Sin embargo, los resultados disponibles son heterogéneos, por lo que resulta necesario sintetizar sistemáticamente la evidencia sobre su efectividad.

OBJETIVOS

Analizar sistemáticamente la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a la voz en personas con parálisis cerebral, considerando sus efectos sobre la función vocal.

RESULTADOS

Los estudios incluidos mostraron resultados favorables en parámetros de función vocal y describieron posibles mejoras en inteligibilidad, articulación y participación comunicativa.



MÉTODO

Revisión sistemática | PRISMA 2020
Bases: PubMed · Scopus · WoS
Términos: cerebral palsy + voice/phonation/dysarthria + therapy/intervention
Inclusión: estudios de intervención · PC sin restricción de edad · intervención sobre voz/fonación · resultados de función vocal
Selección: título/resumen → texto completo

CONCLUSIONES

Las intervenciones dirigidas a la voz y la fonación muestran resultados prometedores en personas con parálisis cerebral, con beneficios descritos tanto en la función vocal como en aspectos comunicativos. Sin embargo, la heterogeneidad de los resultados y las limitaciones metodológicas de los estudios disponibles impiden establecer conclusiones definitivas. Se requieren investigaciones controladas, con muestras más amplias y seguimientos a largo plazo, que permitan determinar con mayor precisión su efectividad y repercusión funcional.

ENFERMERAS QUE ENVEJECEN, PACIENTES QUE ENVEJECEN

Un reto para la sostenibilidad del cuidado de las personas mayores

Teresa de Jesús Carretero Salvador · Verónica Sánchez Bueno

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población incrementa la necesidad de cuidados profesionales y, simultáneamente, las plantillas de enfermería también están experimentando un proceso de envejecimiento. La OMS señala que el 19% del personal de enfermería mundial tiene 55 años o más y que, en los próximos años, será necesario reemplazar a una parte importante de profesionales que alcanzarán la jubilación. Este fenómeno plantea un doble desafío: garantizar la continuidad y calidad de los cuidados a las personas mayores y, al mismo tiempo, favorecer que las enfermeras puedan desarrollar una trayectoria profesional saludable y sostenible. El envejecimiento profesional no debe interpretarse como una pérdida de capacidad, sino como una oportunidad para aprovechar experiencia clínica, juicio profesional, habilidades relacionales y transmisión de conocimiento.

OBJETIVO

Analizar las implicaciones del envejecimiento de las enfermeras sobre la sostenibilidad de los cuidados dirigidos a las personas mayores e identificar estrategias organizativas que permitan compatibilizar experiencia, bienestar profesional y calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y documentos institucionales sobre envejecimiento de la fuerza laboral enfermera, edadismo en el ámbito laboral, condiciones de trabajo y calidad del cuidado de las personas mayores. Se priorizaron revisiones sistemáticas y documentos recientes de organismos internacionales.

RESULTADOS / DISCUSIÓN

La evidencia identifica un escenario de transición generacional. Las enfermeras de mayor edad aportan experiencia, conocimiento tácito y capacidad para orientar a profesionales más jóvenes; sin embargo, las condiciones de trabajo, la carga física, la adaptación a determinados puestos y las actitudes edadistas pueden dificultar la permanencia en activo. La literatura también muestra que las condiciones laborales, la dotación y la cualificación del personal se relacionan con la calidad de los cuidados prestados a personas mayores. Por ello, el reto no consiste únicamente en incorporar nuevas profesionales, sino en diseñar organizaciones capaces de sostener una plantilla intergeneracional.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

- Diseñar puestos y turnos sensibles a la edad y a la capacidad funcional, sin discriminar por edad.
- Facilitar medidas de ergonomía, prevención de lesiones y adaptación progresiva de tareas.
- Crear programas de mentoría y transferencia de conocimiento entre generaciones.
- Reconocer la experiencia como un recurso asistencial y docente.
- Combatir el edadismo hacia las enfermeras mayores y promover entornos de trabajo inclusivos.
- Planificar el relevo generacional para evitar la pérdida brusca de experiencia y garantizar continuidad.

CONCLUSIONES

El envejecimiento de las enfermeras y el de las personas cuidadas forman parte de un mismo reto demográfico. Una política de personal que proteja la salud laboral, combata el edadismo, facilite la permanencia voluntaria y favorezca la transferencia de conocimiento puede convertir el envejecimiento de la plantilla en una fortaleza. Cuidar a quienes cuidan es una condición necesaria para mantener cuidados de calidad a una población cada vez mayor.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Envejecimiento; Personal de enfermería; Personas mayores; Calidad de la atención.

BIBLIOGRAFÍA 1. World Health Organization. State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery. Geneva: WHO; 2025. 2. Chen C, Shannon K, Napier S, Neville S, Montayre J. Ageism directed at older nurses in their workplace: a systematic review. J Clin Nurs. 2024;33(7):2388-2411. doi:10.1111/jocn.17088. 3. Heckemann B, et al. Understanding ageism towards older nursing staff and service users: a systematic mapping review from the perspective of clinical leaders and healthcare managers. Geriatr Nurs. 2024. doi:10.1016/j.gerinurse.2024.05.017. 4. Backhaus R, et al. The impact of nursing staffs' working conditions on the quality of care received by older adults in long-term residential care facilities: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2022;127:104153.

El Corazón en el Envejecimiento: Cambios Fisiopatológicos, Abordaje Clínico y Cuidados Gerontológicos

1. Resumen

Cambios Estructurales y Funcionales Cardiovasculares

El envejecimiento produce rigidez vascular, hipertrofia ventricular, pérdida de elastina y menor respuesta a catecolaminas, condicionando la salud global del anciano.

Entidades Clínicas Mayores

Destaca la elevada prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA), Insuficiencia Cardíaca (IC) y Fibrilación Anticular (FA) en esta etapa vital.

Abordaje Geriátrico Multidimensional

Requiere la aplicación de la Valoración Gerlátrica Integral (VGI), prevención activa de factores de riesgo y prescripción de ejercicio físico adaptado.

2. Autores

Equipo Investigador y Autoría

1. Sonia María Ortega Alberto
2. María de las Mercedes Rodríguez Rodríguez
3. María de las Mercedes Vidal Sarmiento
4. Alicia Rodríguez Molpeceres
5. Ana Isabel Garcia Alvarez
6. María Elena Fernández Escudero
7. María del Mar Hervás Delgado
8. María Esperanza Carrascal Lázaro

3. Palabras Clave

Términos Descriptores en Ciencias de la Salud



4. Antecedentes

Impacto Epidemiológico Significativo

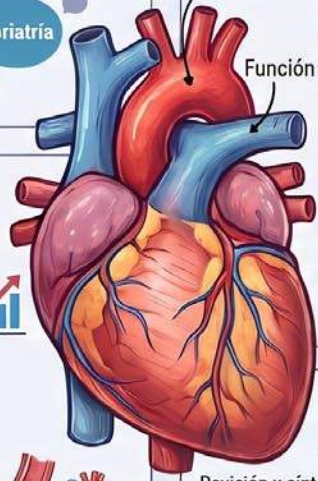
Las enfermedades cardiovasculares se consolidan como la principal cause de morbimortalidad y dependencia funcional en los adultos mayores.

Modificaciones Fisiológicas Cardiovasculares

El envejacimiento genera pérdida de elasticidad vascular, exclerosis valvular, reducción de células marcapasos en el nodo sinusal y mayor rigidez arterial.

Reducción de la Reserva Funcional

La rigidez vascular induce un incremento selectivo de la presión arterial sietólica y reduce el margen de reserva orgánics ante sobrecarges.



5. Objetivos

Caracterización Fisiopatológica

Identificar y describir detalladamente los cambios anatómicos y funcionales del corazón durante el proceso de envejecimiento.

Análisis de Patologías y Formas Atípicas

Analisar las principoles patologias cardiociroulatorías (HTA, IC, FA, cardiopatía isquámica) y su presentación clínica heterogénca.

Propuesta de Cuidados Gerontológicos

Proponer intervenciones personalizadas de estilos de vida (ejercicio scróbico, nutrición) y control riguroso de factores de riesgo cardiovascular.

6. Método

Síntesis de Evidencia Cualitativa

Revisión y síntesis basada en la evidencia de las gulas de práctica clínica gerontologica y literatora especializada de entermería geriátrica.

Integración de Marcos Institucionales de Referencia

Fundamentado en los protocolos de cuidados básicos de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y el modelo de stención integrada ICOPE (OMS/OPS).

SEGG

ICOPE

7. Resultados

Presentación Clínica Atípica

Las patologías cardíacas en el anciano suelen debutor como sindromas gariétricos: delñtum, caldas, astenía, incontinencia o pérdila funcional acelerada.

Elevada Prevalencia de HTA (60-70%)

Afecta a entre el 60% y el 70% de las personas mayores, destacando la HTA slatólica aislada secundariamente a la rigidez arterial.



Insuficiencia Cardíaca, Isquemia e Intervención Prescriptiva

Es la principal causa de hospitalización en el adulto mayor; el ejercicio aeróbico y de fuerza combinado mejora la función endotelial, disminuye la TA y preserva la autonomía.

8. Conclusiones

Superación del Modelo Biomédico Tradicional

La atención al corazón envejacido precisa una Valoración Geriátrica integral (VGI) multidimensional para abordar de forma global las necesidades de la persona.

Mantenimiento de la Capacidad Funcional

Las medidas no fermacológicas y los cuidados individualizados son fundamentales para prevenir complicaciones, evitar la dependencia y fomentar un envejecimiento activo.

Gemini Notebook

El Envejecimiento y la Soledad

Más apoyo, mejor bienestar

Cambios sociales y familiares.

- La jubilación
- la limitación de interacciones sociales
- Ausencia física de personas

limitación física y movilidad reducida

- Limitación en la participación en actividades sociales.
- Limitandone encuentros con amigos. (falta de accesibilidad en entornos públicos).

Factores económicos

- Situacion financiera
- Los costos del transporte
- Servicios de apoyo y cuidado



La soledad también envejece

Consecuencias de la soledad

- Impacto en la salud mental y física
- Aislamiento social
- Depresión y Ansiedad.

Estrategias para abordar la soledad

- Fomentar la conexión social
- Apoyo emocional acceso a recursos
- Tecnología y conectividad



Autores: Maria de las Mercedes Vidal Sarmiento. • Alicia Rodríguez Molpeceres. • Ana Isabel García Álvarez. • María Elena Fernández Escudero. • María del Mar Hervás Delgado. • María Esperanza Carrascal Lazaro. • Sonia María Ortega Alberto. • María de las Mercedes Rodríguez.

Autores: García Fernández, Miguel, Páez González, Rocío

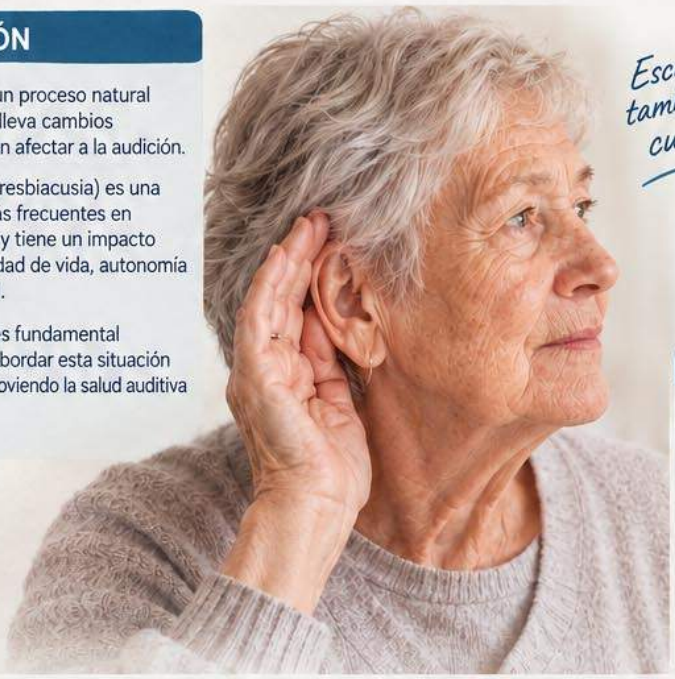
ENVEJECIMIENTO Y PÉRDIDA AUDITIVA:
un reto de salud pública, una oportunidad para los cuidados enfermeros

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable, pero conlleva cambios fisiológicos que pueden afectar a la audición.

La pérdida auditiva (presbiacusia) es una de las alteraciones más frecuentes en las personas mayores y tiene un impacto significativo en su calidad de vida, autonomía y bienestar emocional.

Desde la enfermería, es fundamental identificar, prevenir y abordar esta situación de forma integral, promoviendo la salud auditiva y la inclusión social.



PREVALENCIA

Afecta a 1 de cada 3 personas mayores de 65 años.



La incidencia aumenta con la edad, siendo más del 50% en mayores de 75 años.

¿QUÉ ES?

La presbiacusia es una pérdida auditiva relacionada con la edad, que afecta principalmente a las frecuencias altas y de forma progresiva.



FACTORES DE RIESGO

- **Edad avanzada** — Principal factor de riesgo.
- **Exposición a ruidos intensos** (laborales o recreativos).
- **Enfermedades crónicas** (diabetes, hipertensión, etc.).
- **Uso de fármacos ototóxicos** (algunos antibióticos, diuréticos, etc.).
- **Antecedentes familiares** de pérdida auditiva.

CONSECUENCIAS

- **Aislamiento social** — Dificultad para comunicarse y participar en actividades.
- **Deterioro cognitivo** — Mayor riesgo de demencia y depresión.
- **Baja autoestima** — Frustración y sensación de inutilidad.
- **Riesgo de caídas** — Por falta de alerta ante avisos sonoros.

DETECCIÓN PRECOZ

- Realizar cribados auditivos periódicos.
- Observar signos de alerta (dificultad para entender, aumento del volumen, etc.).
- Valorar el impacto en la vida diaria.
- Derivar a especialista en ORL cuando sea necesario.

La detección temprana mejora la calidad de vida y previene complicaciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Información sobre cuidado auditivo y prevención.

PREVENCIÓN
Evitar la exposición a ruidos intensos y el uso inadecuado de fármacos ototóxicos.

MONITORIZACIÓN
Control de la audición y seguimiento de cambios.

APOYO PSICOSOCIAL
Fomentar la inclusión, la comunicación y el bienestar emocional.

COORDINACIÓN
Trabajo en equipo con otros profesionales (médicos, logopedas, audiólogos, etc.).

BENEFICIOS

- Mejora de la comunicación.
- Mayor autonomía e independencia.
- Prevención del aislamiento social.
- Mejora de la salud mental y cognitiva.
- Aumento de la calidad de vida.

Cuidar la audición en la vejez es invertir en bienestar, autonomía y salud integral.

Una mejor escucha, una mejor vida

CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE ENVEJECIMIENTO
CIENCIA · SALUD · SOCIEDAD · FUTURO

Envejecimiento activo y calidad de vida:

claves para un futuro más saludable

Factores que influyen en el envejecimiento activo
y su impacto en la calidad de vida de las personas mayores

Rocío Páez González · Miguel García Fernández



1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos del siglo XXI. A medida que aumenta la esperanza de vida, se hace necesario promover un envejecimiento activo que permita mantener la salud, la autonomía y la calidad de vida.

El envejecimiento activo no solo implica la ausencia de enfermedad, sino también la participación activa en la vida social, el bienestar emocional y la capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida.

> *"Envejecer activamente no es añadir años a la vida, sino vida a los años".*

2. OBJETIVOS

1. Analizar los principales factores que influyen en el envejecimiento activo y en la calidad de vida de las personas mayores.
2. Identificar las estrategias más eficaces para promover un envejecimiento saludable y participativo.

3. METODOLOGÍA

Diseño	Fuentes	Criterios de inclusión	Análisis
Revisión bibliográfica sistemática.	Bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL.	Estudios en humanos, publicados en los últimos 10 años, en español o inglés.	Síntesis cualitativa de la evidencia y análisis temático.

4. RESULTADOS

4.1. Principales factores asociados al envejecimiento activo

- Salud física y mental
- Redes de apoyo social
- Estimulación cognitiva
- Hábitos de vida saludables
- Entornos seguros y accesibles

4.2. Impacto en la calidad de vida



Las intervenciones multidominio muestran mayores beneficios en la salud física, el bienestar emocional y la vida social.

5. DISCUSIÓN

La importancia de un enfoque integral
El envejecimiento activo depende de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

El papel de la prevención
La promoción de hábitos saludables y la detección precoz de riesgos contribuyen a un envejecimiento más saludable y autónomo.

La necesidad de entornos inclusivos
La participación social y el acceso a recursos comunitarios son fundamentales para mantener la calidad de vida.

Desigualdades
Existen diferencias significativas en el envejecimiento activo debidas a factores socioeconómicos, culturales y de género, que requieren estrategias específicas.

6. CONCLUSIONES

- El envejecimiento activo es clave para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
- La combinación de intervenciones en salud, appoyo social, estimulación cognitiva y entornos favorables genera mejores resultados.
- Es fundamental adaptar las estrategias a las necesidades individuales y a las desigualdades existentes.
- Promover un envejecimiento saludable es una inversión social y económica para el futuro.

7. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Envejecimiento saludable: un marco de acción.* 2020.
2. Naciones Unidas (ONU). *World Population Prospects 2024.*
3. Fernández-Ballesteros, R., et al. (2021). Determinantes del envejecimiento activo y la calidad de vida en personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 56*(3), 145-152.
4. Abellán, A. et al. (2023). *Envejecimiento y bienestar: retos y oportunidades. Informes Envejecimiento en España, 39.*

MÁS SALUD, MÁS AUTONOMÍA,
MÁS VIDA

DETERIORO COGNITIVO EN LA VEJEZ

Comprender hoy para un mejor mañana



1 RESUMEN

El deterioro cognitivo en la vejez es un síndrome que afecta a la memoria, la atención, el lenguaje y otras funciones mentales, repercutiendo en la autonomía y en la calidad de vida. No es una consecuencia inevitable del envejecimiento, pero sí un riesgo que aumenta con la edad y la presencia de determinadas condiciones. La detección temprana y la intervención en los factores modificables pueden ralentizar su progresión y mejorar el bienestar.

2 AUTORES

Ana Isabel García Álvarez, María Elena Fernández Escudero, María del Mar Hervás Delgado, María Esperanza Carrascal Lázaro, Sonia María Ortega Alberto, María de las Mercedes Rodríguez Rodríguez, María de las Mercedes Vidal Sarmiento, Alicia Rodríguez Molpeceres.

3 PALABRAS CLAVE

Deterioro cognitivo; Vejez; Demencia; Prevención; Calidad de vida.

4 ANTECEDENTES

- El deterioro cognitivo leve (DCL) puede ser un estado previo a la demencia, aunque no todas las personas con DCL la desarrollan.
- La demencia afecta a más de 55 millones de personas en el mundo, con una prevalencia creciente en la población mayor.
- El envejecimiento conlleva cambios en ciertas funciones cognitivas, pero el deterioro cognitivo afecta la vida diaria y la autonomía.
- Existen factores de riesgo modificables, como la hipertensión, el sedentarismo o el aislamiento social, que pueden prevenir o retrasar su aparición.

5 OBJETIVOS

- Analizar las principales características del deterioro cognitivo en la vejez y destacar la importancia de su detección temprana y prevención.
- Identificar las principales señales de alerta.
- Describir factores de riesgo potencialmente modificables.
- Promover hábitos saludables relacionados con la salud cerebral.
- Destacar la importancia del acompañamiento familiar y profesional.

6 MÉTODO

Diseño:
Revisión bibliográfica en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, Web of Science y Google Scholar).

Fuentes:
Documentos de organismos internacionales (OMS, Ministerio de Sanidad).

Selección:
Artículos publicados en los últimos 10 años en español e inglés.

Análisis:
Estrategia de búsqueda con términos MeSH y descriptores relacionados. Síntesis de la evidencia disponible.



La evidencia científica nos ayuda a comprender y prevenir el deterioro cognitivo.

7 RESULTADOS

Señales de alerta

- Pérdida de memoria reciente.
- Dificultad para planificar o resolver problemas.
- Desorientación en tiempo y espacio.
- Alteraciones del lenguaje.
- Cambios en la personalidad o el estado de ánimo.

Factores de riesgo

- Edad avanzada.
- Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, diabetes).
- Sedentarismo.
- Tabaquismo y consumo de alcohol.
- Aislamiento social.
- Pérdida auditiva no tratada.

Medidas preventivas

- Ejercicio físico regular.
- Alimentación saludable (dieta mediterránea).
- Estimulación cognitiva.
- Buen descanso.
- Control de enfermedades crónicas.
- Participación social y vida activa.

La combinación de hábitos saludables puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia.

8 CONCLUSIONES

El deterioro cognitivo en la vejez no es inevitable, pero requiere atención especialmente en personas con factores de riesgo.

La detección temprana permite intervenciones más eficaces y mejora la calidad de vida.

Los hábitos de vida saludables y el control de enfermedades crónicas son clave para prevenir o retrasar su aparición.

Es fundamental un enfoque integral y centrado en la persona, que incluya apoyo familiar y social.

"Prevenir, detectar y acompañar es cuidar su mente, es cuidar su futuro"

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (estilo Vancouver)

1. Petersen RC, et al. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. Nat Rev Neurol. 2016;14(9):538-553.
2. Prince M, et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. Alzheimers Dement. 2015;11(3):3-42.
3. Organización Mundial de la Salud. Demencia: hechos y cifras. OMS; 2023.
4. Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention and care: 2020 report. Lancet. 2020;396(10248):413-446.
5. World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia. WHO; 2019.

NUEVOS MODELOS DE CONVIVENCIA ASISTIDA: DEL COLIVING AL LIVING LAB COMO MOTOR DE INNOVACIÓN EN SALUD Y CUIDADOS



Autoras: De Jesús Vicente, A. Pablo Alonso, IC. Puente Recuero, M.J. Zardaín Monforte, M.



RESUMEN

En un contexto donde la sociedad envejece y se buscan alternativas a las residencias tradicionales, nacen fórmulas orientadas a preservar la autonomía. El coliving asistido propone convivir en comunidad compartiendo espacios y servicios para evitar la soledad. Si a esto le sumamos la metodología Living Lab, logramos probar tecnologías y cuidados personalizados mano a mano con las propias personas usuarias. Este trabajo explora cómo la unión de ambos modelos mejora la calidad de vida, fomenta el bienestar y hace más sostenible el sistema de cuidados.

ANTECEDENTES

-**Punto de partida**: El aumento del envejecimiento y la cronicidad exige alternativas a la residencia tradicional.
-**Problema:** La soledad no deseada acelera el deterioro físico y mental.
-**Evolución**:

1. *Modelo tradicional:* Centrado en la institución.
2. *Coliving asistido:* Viviendas compartidas que impulsan la autonomía y el apoyo mutuo.
3. *Living Lab:* Co-creación y validación de cuidados en entornos reales.

OBJETIVOS

-**General:** Analizar cómo unir *coliving* asistido y *Living Lab* para innovar en los cuidados.

PALABRAS CLAVES:



- *Coliving*
- *Living Lab*
- tecnología sociosanitaria

MÉTODO

-Revisión bibliográfica en los ultimos 5 años.
-Bases de datos: Pubmed,Scielo y Tripdatabase.
-Criterios de inclusión:

- Artículos en inglés y español
- Publicados en los ultimos 5 años.
- Investigaciones centradas en *coliving, cohousing* asistido combinado con metodología *Living Lab*.

RESULTADOS

- **PARTICIPACIÓN:** El *Living Lab* convierte al usuario en co-diseñador de su entorno, mejorando la convicencia y reduciendo la soledad.
- **TECNOLOGÍA Y AUTONOMÍA:** Domótica y sensores co-diseñados aumentan la seguridad y la adherencia tecnológica sin invadir la privacidad.
- **BUENAS PRÁCTICAS:** Requiere espacios adaptables, cuidados personalizados y coordinación multidisciplinar (social, sanitaria y tecnológica).

CONCLUSIONES

- Una alternativa real: Unir coliving asistido y Living Lab es la clave para superar el modelo residencial tradicional y frenar la soledad no deseada.
- El usuario en el centro: Decidir sobre su propio espacio y probar las tecnologías en su día a día hace que las adopten mejor y se sientan más independientes.
- Cuidados adaptados: Permite ofrecer una atención sociosanitaria personalizada, flexible y basada en lo que realmente funciona.
- Reto de futuro: Para consolidar este modelo hace falta adaptar las normas actuales y fomentar el trabajo conjunto entre sanidad, servicios sociales y tecnología.

EJERCICIO DE FUERZA EN RESIDENTES DE LARGA ESTANCIA: FUNCIÓN Y AUTONOMÍA

Nuria Molinero Herrero, Inés Cristina Reveriego Marcos
Enfermeras

La fuerza también es cuidado

Más fuerza
Más autonomía
Mejor calidad de vida

RESUMEN

El ejercicio de fuerza mejora o mantiene la función física, la autonomía y puede reducir las caídas durante la intervención. Se identifican beneficios consistentes en fuerza, movilidad y equilibrio. Los programas progresivos, supervisados y adaptados, con enfoque multicomponente, son los más aplicables en el ámbito residencial. [1–6]

PALABRAS CLAVE

Personas mayores; ejercicio de fuerza; residencia; fragilidad; autonomía; capacidad funcional; caídas.

ANTECEDENTES

- La pérdida de fuerza afecta a la movilidad, transferencias, equilibrio y actividades básicas de la vida diaria.
- El sedentarismo, la multimorbilidad, el dolor y la inmovilidad aceleran el deterioro funcional.
- El ejercicio de fuerza, combinado con equilibrio, marcha y tareas funcionales, responde mejor a las necesidades de la vida diaria.

> ***La fuerza no es una actividad recreativa: es una intervención para preservar autonomía.***

OBJETIVO

Analizar la evidencia disponible sobre los efectos del ejercicio de fuerza en la capacidad funcional, autonomía y prevención de caídas de personas mayores residentes en centros de larga estancia.

MÉTODO

Búsqueda
PubMed + referencias cruzadas
2015–2026
Actualizada: 8 oct. 2026

Diseño
Revisión bibliográfica estructurada

Población
Mayores en larga estancia

Intervenciones
Fuerza ± equilibrio, marcha y funcional

PROCESO DE SELECCIÓN

Registros identificados (n = 1.240) → Duplicados eliminados (n = 312) → Títulos y resúmenes revisados (n = 928) → Textos completos evaluados (n = 214) → Estudios incluidos (n = 32)

RESULTADOS

Área evaluada	Síntesis de la evidencia
Fuerza muscular	Mejora o mantenimiento
Función física	Mejora (levantarse, movilidad, equilibrio, marcha)
Autonomía en actividades básicas	Beneficio posible, menos uniforme
Caídas	Reducción durante la intervención; efecto menos claro tras finalizar

Resumen visual de la evidencia



Síntesis cualitativa de la consistencia de la evidencia; no representa magnitud del efecto.



CONCLUSIONES

- El ejercicio de fuerza es una intervención útil para preservar o mejorar la capacidad funcional y la autonomía.
- Los programas más eficaces combinan fuerza, equilibrio, marcha y tareas funcionales, adaptados a cada persona.
- La supervisión y la progresión individualizada aumentan la seguridad y la adherencia.
- El efecto sobre caídas y actividades básicas de la vida diaria es más heterogéneo y requiere un abordaje multifactorial. [5,6]

INNOVACIÓN

La innovación no es solo incorporar ejercicio, sino **integrar la fuerza funcional en el cuidado** residencial cotidiano. Entrenar levantarse, caminar, transferirse y mantener el equilibrio es intervenir sobre lo que realmente determina la autonomía.

RECOMENDACIONES

- ✓ Adaptar al nivel funcional y situación clínica.
- ✓ Combinar fuerza, equilibrio, marcha y funcional.
- ✓ Supervisar y progresar de forma individualizada.
- ✓ Garantizar continuidad en el plan de cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (1–6) | BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA (7–12)

1. Pinheiro ÉP, et al. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(12):1926.e1-1926.e10. doi:10.1016/j.jamda.2022.08.018.
2. Valenzuela PL, et al. Lancet Healthy Longev. 2023;4(6):e247-e256. doi:10.1016/S2666-7568(23)00072-1.
3. Arrieta H, et al. Exp Gerontol. 2018;103:94-100. doi:10.1016/j.exger.2018.03.006.
4. Sherrington C, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7:CD010825. doi:10.1002/14651858.CD010825.pub3.
5. Liu CJ, et al. J Am Med Dir Assoc. 2019;20(6):691-696. doi:10.1016/j.jamda.2019.01.005.
6. de Gouveia SG, et al. Nutr Health Aging. 2020;24(7):711-718. doi:10.1007/s12603-020-01467-z.
7. Granacher U, et al. Aging Phys Act. 2019;27(4):536-544. doi:10.1123/apa.2018-0451.
8. Cadore EL, et al. Ageing Res Rev. 2019;51:9-18. doi:10.1016/j.arr.2019.02.004.
9. Fiatarone Singh MA, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009;64(4):493-501. doi:10.1093/gerona/glp010.
10. Peterson CJ, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7:CD010825. doi:10.1002/14651858.CD010825.pub3.
11. American College of Sports Medicine. Med Sci Sports Exerc. 2018;50(2):329-343. doi:10.1249/MSS.0000000000001426.
12. WHO. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020. doi:10.17879/9789240015128.

Fisioterapia geriátrica en el control postural y la marcha en Parkinson

2.2.2. AUTORES

Autora Principal: Carla Barroso Fernández. **Coautores:** Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López.

2.2.1. RESUMEN

El Parkinson deteriora el control postural y la marcha en el adulto mayor, elevando el riesgo de caídas [1]. Se evalúa un programa de fisioterapia geriátrica con doble tarea y reeducación postural durante 12 semanas, logrando mejoras significativas en equilibrio, marcha y autonomía funcional.

2.2.3. PALABRAS CLAVES

Fisioterapia geriátrica; Enfermedad de Parkinson; Control postural; Marcha; Prevención de caídas.

2.2.4. ANTECEDENTES

El Parkinson es la segunda patología neurodegenerativa más frecuente en geriatría [1]. Su clínica motora (bradicinesia, rigidez e inestabilidad) limita la independencia (Tomlinson et al., 2012) [1]. El uso de pistas sensoriales compensa los ganglios basales y previene caídas (Morris et al., 2010) [2].

2.2.5. OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la eficacia de un protocolo de fisioterapia geriátrica de 12 semanas sobre el control postural y la marcha en Parkinson (estadios I-III de Hoehn y Yahr).

Objetivos específicos: Cuantificar el equilibrio funcional, la velocidad de marcha y la reducción del riesgo clínico de caídas.

2.2.6. MÉTODO

Estudio cuasiexperimental pre-post en 20 pacientes mayores de 65 años (36 sesiones; 3/semana, 45 min):

- **Marcha:** Pistas visuales y estímulos auditivos con metrónomo [2].
- **Ejercicio terapéutico:** Fuerza de miembros inferiores y elongación axial.
- **Doble tarea:** Marcha simultánea con tareas de fluidez verbal [3].
- **Evaluación:** Escala de Berg (BBS) y test *Timed Up and Go* (TUG) al inicio y a las 12 semanas.

2.2.7. RESULTADOS

Completaron el estudio 20 pacientes (72,4 ± 4,8 años), con mejora clínica en el 85%:

- **Escala de Berg:** Subió de 38,0 ± 3,1 a 46,0 ± 2,8 puntos ($p < 0,05$), pasando a bajo riesgo de caídas.
- **Test TUG:** Reducción de 3,2 s (de 15,8 s a 12,6 s), mejorando agilidad y velocidad de marcha.

2.2.8. CONCLUSIONES

La fisioterapia geriátrica con pistas sensoriales y doble tarea mejora significativamente el equilibrio y la marcha en Parkinson [1, 3], reduciendo las caídas y promoviendo la autonomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (APA / VANCOUVER)

1. Tomlinson CL, et al. Physiotherapy in Parkinson's. *BMJ*. 2012;345:e5004.
2. Morris ME, et al. Striding out with Parkinson disease. *Phys Ther*. 2010;90:280-8.
3. Radder DLM, et al. Physiotherapy in Parkinson's. *Neurorehabil Neural Repair*. 2020;34:871-80.

EJERCICIO TERAPÉUTICO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA POBLACIÓN MAYOR

AUTORES

de la Torre M, Silvan A, Nicolás D, Campos AP, Sevilla A, Diez E, González J, Luis A, Iglesias N, García C, Merayo V, Barroso C, Colina D, Martínez P, Ramos A, Moya C, Cuervo M, Martín A, López EM, Escrich V, Alonso MG, Ortega A, Magariño B, García D, Manzanedo A, Herrero MD, Portas N, Márquez JM, Martín B, Pérez E, Ramos C, Vidal C, Paniagua A, Fernández Y, Simon S, Ferrero S, Alvárez J, Hinojal J, Chacón M, Pinto R, Rodríguez M, González R, Diez MT, Fernández I

RESUMEN

Los programas de ejercicio terapéutico multicomponente, pautados por fisioterapeutas, integran el **entrenamiento de fuerza, equilibrio y marcha** para reducir el índice de caídas. Constituyen una estrategia clínica eficiente para optimizar la seguridad funcional y la autonomía del paciente mayor.

PALABRAS CLAVES: Fisioterapia, Ejercicio terapéutico, Ejercicio multicomponente, Población mayor, Caídas, Prevención.

ANTECEDENTES

El proceso de **envejecimiento** conlleva una **pérdida progresiva** del control motor, el deterioro de los reflejos posturales y una evidente **debilidad muscular** que eleva el **riesgo de caídas**. Estos eventos generan un **alto gasto sanitario** por hospitalización y desencadenan el síndrome postcaída, acelerando la dependencia funcional en los mayores.

OBJETIVOS

- Evaluar la **eficacia** de los programas de **ejercicio multicomponente** sobre la incidencia de caídas en el adulto mayor.
- Definir las **pautas de entrenamiento** más **efectivas** para reducir las hospitalizaciones secundarias a lesiones por caídas.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica en bases de datos de **Ciencias de la Salud** y páginas de Internet relacionadas, en los últimos 6 años.
- Combinación de términos como "**caídas", "adulto mayor", "ejercicio multicomponente", "prevención" o "fisioterapia"**.

RESULTADOS

Los programas de ejercicio multicomponente aportan notables beneficios, destacando:

- **Descenso del 30-40%** en la tasa y frecuencia de caídas.
- **Menor severidad** lesiva y descenso de **fracturas** por impacto.
- **Ganancia** objetiva en control postural, **respuestas motoras anticipatorias** y parámetros espacio-temporales de la marcha.
- **Incremento de seguridad** percibida del mayor en su entorno.
- Pautas más eficaces: **combinación de fuerza adaptada, equilibrio dinámico y marcha.**

Además, la dosificación específica por el **fisioterapeuta** es clave para **evitar complicaciones y reducir hospitalizaciones** secundarias,

CONCLUSIONES

- El **ejercicio terapéutico multicomponente** es una intervención preventiva, segura y eficiente que **disminuye las caídas** en el adulto mayor.
- La **dosificación personalizada** de fuerza, equilibrio y marcha por el fisioterapeuta **mejora la capacidad funcional** y reduce los ingresos hospitalarios secundarios.

FISIOTERAPIA COMUNITARIA EN LA SARCOPENIA Y LA FRAGILIDAD

AUTORES

Herrero MD, Portas N, Márquez JM, Martín B, Pérez E, Ramos C, Vidal C, Paniagua A, Fernández Y, Simon S, Ferrero S, Alvárez J, Hinojal J, Chacón M, Pinto R, Rodríguez M, González R, Diez MT, Fernández I, de la Torre M, Silvan A, Nicolás D, Campos AP, Sevilla A, Diez E, González J, Luis A, Iglesias N, García C, Merayo V, Barroso C, Colina D, Martínez P, Ramos A, Moya C, Cuervo M, Martín A, López EM, Escrich V, Alonso MG, Ortega A, Magariño B, García D, Manzanedo A

RESUMEN

Los programas de ejercicio multicomponente, pautados por fisioterapeutas, integran el entrenamiento de fuerza, equilibrio y marcha para actuar sobre la sarcopenia y la fragilidad. Constituyen una estrategia clínica eficiente para **optimizar la seguridad funcional y la autonomía** del paciente mayor.

PALABRAS CLAVES: Fisioterapia, Sarcopenia, Fragilidad, Ejercicio multicomponente, Población mayor, Prevención, Calidad de vida

ANTECEDENTES

La pérdida progresiva de masa y potencia muscular suele pasar desapercibida en las consultas habituales. Al asociarse con la **fragilidad**, el adulto mayor entra en un estado de **vulnerabilidad** donde cualquier complicación menor desencadena ingresos hospitalarios, discapacidad y dependencia precoz.

OBJETIVOS

Evaluar la **eficacia del ejercicio multicomponente** en el control de la **sarcopenia** y la recuperación de la **capacidad funcional** en el **ámbito comunitario**.

Definir los **protocolos de ejercicio terapéutico** más **efectivos** para la preservar la **autonomía** de esta población.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica en las bases de datos **PubMed, PEDro, Cochrane y Scopus** y portales especializados en geriatría en los últimos 6 años.
- Combinación de términos como "sarcopenia", "fragilidad", "ejercicio multicomponente", "fisioterapia" o “población mayor”.

RESULTADOS

La literatura científica demuestra el **impacto positivo** del ejercicio multicomponente en el **ámbito comunitario** con:

- **Incremento** de la **masa muscular** y **potencia física** global.
- **Optimización** del **equilibrio** y **agilidad** en pruebas funcionales.
- **Protocolos efectivos** con trabajo de **fuerza** y reentrenamiento de la **marcha**.
- **Preservación de autonomía** y retraso de dependencia en acitividades básicas diarias.

La prescripción de **pautas específicas e individualizadas** por el **fisioterapeuta** es la clave para preservar la función y asegurar la independencia funcional.

CONCLUSIONES

- El **ejercicio multicomponente comunitario** controla la sarcopenia y la fragilidad, siendo los programas de **fuerza** y **marcha** los más eficaces para restaurar la **capacidad funcional**.
- La intervención personalizada de **fisioterapia** resulta **clave** para preservar la **autonomía, retrasar la dependencia** y optimizar la **sostenibilidad** socio-sanitaria.

Abordaje fisioterápico del dolor neuropático agudo asociado a herpes zóster de la primera rama del nervio trigémino

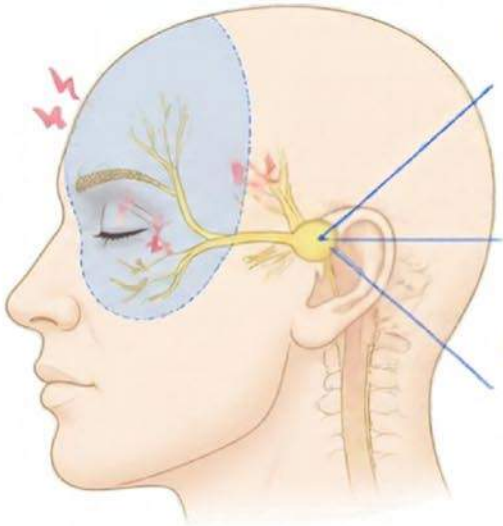
2.2.2 Autores: Sara Diez Fernández, Marta Villadangos García, Beatriz Durán Salgado, Nuria Fuertes Mayo, Mª Teresa Diez Alonso, Mercedes Fernández Alzola, Daniel Domínguez Centeno, Ana Belén Álvarez Pellitero, Alicia Fernández García, Judit García Castro, Henar Maraña Rodríguez.

2.2.1 Resumen:
El herpes zóster oftálmico afecta a la primera rama del nervio trigémino (V1), provocando con frecuencia un dolor neuropático agudo severo. El objetivo de este trabajo es sintetizar la evidencia científica sobre el abordaje fisioterápico en esta condición. Se realiza una revisión sistemática evidenciando que la combinación de modalidades analgésicas y manuales acelera la recuperación y reduce el riesgo de neuralgia postherpética.

2.2.3 Palabras clave:
Herpes zóster oftálmico; Nervio trigémino; Dolor neuropático agudo; Fisioterapia; Liberación miofascial; TENS; Laserterapia.

2.2.4 Antecedentes:
El virus de la varicela-zóster puede reactivarse y manifestarse en el territorio dermatómico de la primera rama del trigémino (nervio oftálmico). La inflamación aguda del nervio genera una descarga ectópica y sensibilización central y periférica. El dolor neuropático resultante suele ser lancinante y refractario al tratamiento farmacológico aislado, comprometiendo gravemente la calidad de vida del paciente.

2.2.5 Objetivos:
Evaluar la eficacia de las principales intervenciones fisioterápicas descritas en la literatura científica para el control del dolor neuropático agudo por herpes zóster en la rama V1, así como determinar el impacto de las técnicas miofasciales y electrofísicas sobre los síntomas y la funcionalidad tisular.



Rama oftálmica (V1)
Se dirige a la frente, cuero cabelludo anterior, párpado superior y dorso nasal.

Ganglio trigeminal
Ubicado en el cavum de Meckel.

Nervio trigémino (V)
Nervio craneal mixto cuyas fibras sensitivas recogen el tacto, el dolor y la temperatura de la cara.

Trayecto nervioso y mapa de dolor V1

2.2.6 Método:
Revisión sistemática de la literatura en bases de datos científicas de ciencias de la salud (PubMed, PEDro, Cochrane Library, Scopus) entre 2016 y 2026. Se seleccionaron ensayos clínicos, controlados, revisiones sistemáticas y reportes de casos que evaluarán el tratamiento fisioterápico del dolor agudo herpético trigeminal.

2.2.7 Resultados:
Los datos bibliográficos demuestran que el abordaje multimodal en fisioterapia ofrece resultados significativos en la modulación del dolor neuropático facial.

- **Técnicas de liberación miofascial:** La aplicación de técnicas manuales suaves de liberación miofascial sobre la musculatura craneofacial (músculo frontal, corrugador superciliar, masetero y temporal) disminuye de forma drástica la tensión tisular secundaria y la mecanosensibilidad protectora. Permite normalizar la restricción de la fascia superficial afectada por el proceso inflamatorio herpético,
- **TENS (Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea):** La aplicación de TENS convencional (alta frecuencia, baja intensidad) en áreas adyacentes no lesionadas del dermatoma V1 o de manera contralateral ha mostrado una reducción inmediata del dolor agudo. Esto se logra mediante el mecanismo de control de compuerta (gate control) y reduciendo la liberación de endorfinas endógenas.
- **Laserterapia (Fotobiomodulación):** El uso de láser de baja potencia (LLLT) directamente sobre el trayecto nervioso y las lesiones cutáneas acelera la cicatrización de las costras y estimula la regeneración axonal. Además, mitiga el proceso inflamatorio agudo del nervio, reduciendo significativamente la incidencia y gravedad de la neuralgia postherpéica duradera.

2.2.8 Conclusiones:
La intervención fisioterápica temprana mediante técnicas de liberación miofascial, TENS y laserterapia constituye una herramienta coadyuvante eficaz y segura en el tratamiento del dolor neuropático agudo por herpes zóster en la primera rama trigeminal. Estas modalidades reducen significativamente el dolor facial, acortan los tiempos de curación cutánea y previenen la cronificación de la sintomatología.

¿Puede un robot hacer compañía?

Robótica social frente a la soledad: oportunidades, límites y cuidados centrados en la persona

Inés Cristina Reveriego Marcos
C. S. Universidad Centro · Salamanca

Nuria Molinero Herrero
C. S. Capuchinos · Salamanca

Blanca Rodríguez García
C. S. Prosperidad · Salamanca

RESUMEN

Síntesis narrativa de un informe OMS y cuatro revisiones científicas sobre robótica social en mayores. Se revisaron resultados sobre soledad, bienestar y ética. Se observan beneficios posibles, con evidencia limitada y necesidad de supervisión humana.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Robótica social · Soledad · Autonomía · Cuidados · Ética



ANTECEDENTES

- La soledad afecta al bienestar y la salud [1].
- Los robots pueden facilitar interacción y rutinas [3].
- No sustituyen la compañía humana [5].

OBJETIVOS

- Describir usos de los robots sociales en mayores.
- Revisar su efecto en soledad y bienestar.
- Identificar límites éticos y tareas enfermeras.

MÉTODO

Revisión narrativa de cinco fuentes (2019–2026): informe OMS, dos metaanálisis, revisión de revisiones y revisión ética. Se sintetizaron resultados y limitaciones, sin análisis estadístico propio.

RESULTADOS · EVIDENCIA / OPORTUNIDADES / RETOS / PRÁCTICA

A POSIBLES APORTACIONES

- Interacción y conversación guiada.
- Actividades cognitivas y recreativas.
- Apoyo a rutinas y recordatorios.
- Facilitar el contacto con cuidadores.

B EVIDENCIA CIENTÍFICA

- 19 estudios (n = 1.083): reducción de soledad en metaanálisis de 2025 [2].
- 11 ensayos: beneficios potenciales, pero resultados no concluyentes [3].
- 35 revisiones (varias edades): resultados heterogéneos [4].

C LÍMITES ÉTICOS

- Evitar sustituir el contacto humano.
- Proteger intimidad y datos personales.
- Respetar autonomía y consentimiento.
- Prevenir engaño y desigualdades [5].

D PAPEL DE ENFERMERÍA

- Valorar preferencias y necesidades.
- Educar y supervisar el uso del robot.
- Evaluar utilidad, riesgos y aceptación.
- Mantener el cuidado y la red humana.

CONCLUSIONES

Los robots sociales pueden complementar cuidados, no reemplazar relaciones humanas. Su uso exige valoración individual, evaluación y supervisión profesional [2–5].

IDEA CLAVE

El futuro más humano no sustituye cuidados: los amplía.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies. Geneva: WHO; 2025.

2. Mehrabi F, Ghezelbash A. Wired for companionship: a meta-analysis on social robots filling the void of loneliness in later life. Gerontologist. 2025;65(12):gnaf219. doi:10.1093/geront/gnaf219.

3. Pu L, Moyle W, Jones C, Todorovic M. The effectiveness of social robots for older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. Gerontologist. 2019;59(1):e37-e51. doi:10.1093/geront/gny046.

4. Nichol B, McCready J, Erfani G, et al. Exploring the impact of socially assistive robots on health and wellbeing across the lifespan: an umbrella review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2024;153:104730. doi:10.1016/j.ijnurstu.2024.104730.

5. Leineweber M, Keusgen CV, Bubeck M, et al. Ethical aspects of the use of social robots in caring for older people: a systematic qualitative review. Med Health Care Philos. 2026;29(1):209-224. doi:10.1007/s11019-025-10313-3.

Salud Comunitaria y Envejecimiento Activo:
Estrategias de Intervención en el Entorno Local

Autoras: Verónica Sánchez Bueno - Teresa de Jesús Carretero Salvador

Palabras Clave: Atención Primaria – Salud comunitaria – Envejecimiento



Introducción

El progresivo envejecimiento de la población representa uno de los mayores desafíos demográficos y socio-sanitarios actuales. En este contexto, la salud comunitaria se posiciona como una estrategia fundamental para promover la autonomía, prevenir la dependencia y mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante la movilización de activos locales (recursos individuales, relacionales e institucionales).

La integración de intervenciones comunitarias desde Atención Primaria no solo permite abordar determinantes sociales como la soledad no deseada y la inactividad física, sino que también fomenta redes intergeneracionales y refuerza el sentimiento de pertenencia en el entorno local.

Objetivos

1. Analizar la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones de salud comunitaria centradas en la población mayor.
2. Identificar los principales activos en salud utilizados para la promoción del envejecimiento activo en el ámbito local.
3. Evaluar el impacto de los programas comunitarios en la prevención de la fragilidad, el bienestar emocional y la desmedicalización.

Metodología

Revisión bibliográfica cualitativa e integradora en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO, abarcando el periodo 2018-2026.

Criterios de inclusión:	Estudios originales, revisiones sistemáticas y evaluaciones de programas dirigidos a la salud comunitaria y el envejecimiento activo en personas de 65 o más años.
Criterios de exclusión:	Intervenciones exclusivamente farmacológicas, asistenciales hospitalarias o sin enfoque comunitario/territorial.
Estrategia de búsqueda:	Uso de descriptores DeCS/MeSH combinados ("Community Health", "Healthy Aging", "Social Support", "Health Assets").

Resultados

De la revisión de la literatura se estructuran tres ejes de hallazgos principales:

1 Impacto en la Capacidad Funcional y Emocional

- Las actividades comunitarias organizadas (talleres de ejercicio adaptado, paseos saludables, encuentros culturales) reducen de forma significativa el riesgo de fragilidad física y mejoran los niveles autopercibidos de bienestar.

2 Reducción de la Soledad y Apoyo Social

- La creación de redes de acompañamiento y mapeo de activos locales disminuye el aislamiento social, aumentando la resiliencia comunitaria en personas mayores que viven solas.

3 Sinergia con Atención Primaria

- Los programas comunitarios que coordinan a los centros de salud con el tejido asociativo local reducen la hiperfrecuentación sanitaria y disminuyen la prescripción innecesaria de psicofármacos.

Conclusiones

- La salud comunitaria constituye una herramienta clave y sostenible para abordar los retos del envejecimiento, desplazando el foco desde la enfermedad hacia la promoción de la salud y el bienestar.
- El trabajo con activos en salud locales fortalece la autonomía de las personas mayores y consolida redes intergeneracionales de apoyo mutuo.
- Se requiere una mayor articulación entre la Atención Primaria, las entidades locales y el tejido asociativo para garantizar la sostenibilidad y continuidad de estas intervenciones.

Bibliografía

1. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Cofiño R, et al. Salud comunitaria y orientación comunitaria en atención primaria. Aten Primaria; 2021;53(Supl 1):102211.
3. Savage RD, et al. Effectiveness of community-based interventions to reduce loneliness. In older adults: A systematic review. Campbell Systematic Reviews; 2021;17(2):e1154.
4. Hernán M, et al. Mapeo de activos en salud para la promoción de la salud comunitaria en personas mayores. Gac Sanit; 2023;37:102290.

GUILLAIN BARRÉ EN PACIENTE GERIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ABORDAJE FISIOTERÁPICO

Autoras/es: Valvanera Escrich Iturbe; Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López.

RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda multifocal de etiología mayoritariamente desconocida. Es la primera causa de parálisis aguda y subaguda. Lo que, unido a la rápida instauración de un cuadro clínico de tetraplejia flácida, hace necesario un tratamiento fisioterápico integral.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Guillain-Barré, Fisioterapia, Rehabilitación

ANTECEDENTES

Hombre de 85 años con hipertensión esencial primaria y diabetes tipo 2.

OBJETIVOS

Optimizar la capacidad física y funcional, recuperar su independencia previa en la medida de lo posible y reeducación de la marcha.

METODOLOGÍA

Varón de 85 años al que se realizó un plan de intervención tras ser diagnosticado de síndrome de Guillain-Barré se tardó en dar con el diagnóstico un mes aproximadamente por lo que el estado en el que comenzó la fisioterapia era de una debilidad y dependencia destacables. Se comenzó con una valoración inicial integral mediante el empleo de escalas y cuestionarios (Barthel, SF-36) entre otras herramientas. Con los resultados obtenidos se fijaron unos objetivos fisioterápicos; para conseguirlos se emplearon diversas técnicas, como cinesiterapia, potenciación muscular, ejercicio terapéutico, reeducación de la marcha, etc. adaptadas a las respuestas obtenidas por parte del paciente.



RESULTADOS

El tratamiento ha permitido la recuperación de la marcha además de la recuperación de la autonomía en las ABVD.

CONCLUSIONES

La aplicación del plan de tratamiento mostró resultados positivos en la recuperación funcional y la autonomía del paciente diagnosticado de SGB una vez terminada la fase de progresión de la enfermedad.

ABORDAJE DE LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL ENVEJECIMIENTO



AUTORES

Nuria Portas Castellanos ; Mónica Domínguez Barriales; Gloria Mª Herrero Machín; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jimenez;;Carla Ramos Álvarez;Cristina Vidal Aparicio;Alicia Paniagua Gómez;Yolanda Fernández Grande;Sandra Simón Cascón;Sara Ferrero Valle;Julia Álvarez Rodriguez;Jesús Hinojal Tejido;Maria Chacón Martínez;Raquel Pinto Peñuelas;Marta Rodriguez Barrientos;Rubén González Gómez;Maria Teresa Diez Alonso; Iván Fernández Pérez,Marta De la Torre Sánchez;Anabel Silván; Díaz;Daniel Nicolas Laso;; Ana Patricia Campos Moreno;Andrea Sevilla López;Eva Diez Villarroel;Javier González Martínez;Ana Luis Ros;Noelia Iglesias García;Carmen García Mulas;;Victor Merayo Domínguez;Carla Barroso Fernández;;David Colina Fernández;;Patricia Martínez Barrera;Andrea Ramos Martínez;Claudia Moya Bahamonte;Mario Cuervo Diez;Andrea Martín Martínez;Ester Maria López Domínguez;Valvanera Esrich Iturbe;Maria Gloria Alonso González;Aitziber Ortega Plaza;Beatriz Magariño Alvarez;Daniel García Gallego;Alba Manzanedo Juárez;Maria Dolores Herrero Sánchez

RESUMEN

SOLEDAD NO DESEADA: sentimiento subjetivo de ausencia o pérdida de compañía. Discrepancia dolorosa entre las relaciones sociales deseadas y las reales.

AISLAMIENTO SOCIAL: falta objetiva de interacción; puede existir sin sentir soledad. Diferencia: subjetividad frente a objetividad.

PALABRAS CLAVE

Soledad, escalas, valoración



ANTECEDENTES

7 de cada 10 personas que sufren soledad son mujeres.

El 28,6 % de las mujeres mayores viven solas, frente al 14,7 % de los hombres.

La infografía señala una alta correlación con la viudedad.

FACTORES DE RIESGO

- VIUDEDAD Y PÉRDIDAS AFECTIVAS: ruptura emocional y crisis de autonomía en actividades diarias.
- JUBILACIÓN: pérdida del rol social, exceso de tiempo libre y falta de rutina.
- ENTORNO RURAL: despoblación, distancia familiar, rutinas monótonas y menos redes de apoyo.

MÉTODOS

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI): facilita la detección precoz en Atención Primaria y cuantifica necesidades y capacidades de forma global.

ESCALA DE GIJÓN: una puntuación > 17 indica riesgo social elevado. Evalúa situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red.

OTRAS ESCALAS: Yesavage (depresión) y Goldberg (ansiedad), para detectar síntomas asociados a bajo estado de ánimo y percepción de apoyo.

OBJETIVOS

[00054] RIESGO DE SOLEDAD: fomentar socialización y apoyo familiar. NIC 5100: potenciación de la socialización; NIC 7100: estimulación de la integridad familiar.

[00124] DESESPERANZA / [00137] AFLICCIÓN CRÓNICA: apoyo emocional. NIC 5310: dar esperanza e identificar aspectos positivos.

[00097] DISMINUCIÓN DE LA IMPLICACIÓN RECREATIVA: terapia de entretenimiento. NIC 5360: actividades grupales y uso de TIC.

RESULTADOS

FÍSICO: mayor riesgo de caídas y malnutrición; afecta a movilidad, equilibrio y autocuidado, y aumenta la vulnerabilidad ante infecciones y enfermedades coronarias.

COGNITIVO Y MENTAL: mayor riesgo de demencia y depresión; puede asociarse a pérdidas de memoria, desorientación y trastornos del sueño.

SOCIAL Y CONDUCTUAL: riesgo de aislamiento extremo, consumo problemático de alcohol y menor interacción.

CONCLUSIONES

La soledad no deseada se define hoy como un reto prioritario en salud pública y bienestar social por su grave impacto en la salud integral, riesgo físico y mortalidad,alteraciones fisiológicas, salud mental y cognitiva, magnitud y perfil de la población afectada, alta prevalencia,factores de vulnerabilidad, subjetidad.

Siendo estrategias clave:enfoque integral y multisectorial,herramientas de cribado,acción comunitaria y redes de apoyo y evitar la resignación pasiva

CUANDO FALTA LA COMPAÑÍA:

INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE LA SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

LÓPEZ MUÑOZ, IRENE ; LÓPEZ MUÑOZ, MARIA

RESUMEN

La soledad no deseada es un importante problema de salud pública en las personas mayores. Se asocia a un mayor riesgo de fragilidad, dependencia, deterioro cognitivo, depresión y disminución de la calidad de vida. La Enfermería desempeña un papel esencial en la detección precoz, el apoyo emocional y la promoción de la participación social.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Enfermería · Soledad no deseada · Fragilidad · Salud comunitaria · Envejecimiento saludable

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional ha incrementado el número de personas mayores expuestas al aislamiento social y a la pérdida de redes de apoyo. La soledad no deseada se relaciona con peores resultados en salud, afectando tanto al bienestar psicológico como a la funcionalidad y autonomía de las personas mayores.

La identificación temprana de esta situación permite desarrollar intervenciones preventivas que favorecen la participación social, la autonomía y el envejecimiento saludable.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar la influencia de la soledad no deseada en la salud de las personas mayores e identificar las principales intervenciones enfermeras para su prevención y abordaje.

Objetivos específicos:

- Identificar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la soledad no deseada.
- Describir las estrategias de detección precoz desde Enfermería.
- Analizar las intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la calidad de vida y la participación social.

MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa realizada en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus y SciELO.Periodo de búsqueda: 2015-2026.

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 65 años.
- Estudios sobre soledad no deseada.
- Intervenciones enfermeras y comunitarias.
- Artículos en español e inglés.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

La soledad no deseada constituye un importante determinante de la salud en las personas mayores, con repercusiones físicas, psicológicas y sociales.

La detección precoz desde Enfermería permite identificar situaciones de vulnerabilidad antes de la aparición de fragilidad y dependencia.

Las intervenciones comunitarias, domiciliarias y de prescripción social favorecen la participación, el bienestar emocional y la calidad de vida.

La Enfermería desempeña un papel clave en la promoción de un envejecimiento activo, saludable y socialmente conectado.

BIBLIOGRAFÍA:

- Holt-Lunstad J, et al. Soledad y aislamiento social como factores de riesgo de mortalidad. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):227-237. [pubmed.ncb...lm.nih.gov]
- Sutin AR, et al. Soledad y riesgo de demencia. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2020;75(7):1414-1422. [pubmed.ncb...lm.nih.gov]
- Donovan NJ, Blazer D. Aislamiento social y soledad en personas mayores. Am J Geriatr Psychiatry. 2020;28(12):1233-1244. [pmc.ncbi.nlm.nih.gov]
- Organización Mundial de la Salud. Aislamiento social y soledad en las personas mayores. Ginebra: OMS; 2021. [who.int], [iris.who.int]
- Guarnera J, Yuen E, Macpherson H. Impacto de la soledad sobre el envejecimiento cognitivo. J Alzheimers Dis Rep. 2023;7(1):699-714.

INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA PROMOVER LA AUTONOMÍA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES.

López Muñoz, María ; López Muñoz, Irene.

Resumen:

El envejecimiento poblacional plantea el reto de aumentar no solo la esperanza de vida, sino también los años vividos con autonomía y calidad de vida. Enfermería, por su proximidad a las personas mayores, desempeña un papel clave en la prevención de la dependencia y la promoción de un envejecimiento saludable.

Palabras clave:

Personas mayores · Enfermería · Envejecimiento saludable · Autonomía · Calidad de vida · Dependencia

Antecedentes:

El envejecimiento se asocia a un mayor riesgo de fragilidad, caídas, malnutrición, polimedicación, aislamiento social y pérdida de capacidad funcional.

La detección precoz y las intervenciones preventivas pueden contribuir a mantener la autonomía y retrasar situaciones de dependencia.

La enfermería puede actuar antes de que aparezca la dependencia.

Objetivo:

Identificar las principales intervenciones enfermeras dirigidas a mantener la autonomía y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Método:

Revisión bibliográfica.

Bases de datos: PubMed, CINAHL, Scopus y SciELO.

- Periodo: 2015 – 2026
- Idiomas: español e inglés
- Criterios de inclusión: artículos sobre enfermería, personas mayores, autonomía, calidad de vida y prevención de la dependencia.
- Se identificaron 68 referencias y se seleccionaron 32 estudios.

Resultados:

Hallazgos de la revisión

La literatura revisada señala que las intervenciones enfermeras dirigidas a las 6 áreas clave se relacionan con:

IMPACTO EN LA PERSONA MAYOR

- ↑ Autonomía
- ↑ Capacidad funcional
- ↑ Autocuidado
- ↑ Calidad de vida

- ↓ Caídas
- ↓ Fragilidad
- ↓ Dependencia
- ↓ Aislamiento social





Conclusiones:

La enfermería puede contribuir de forma significativa a mantener la autonomía y prevenir la dependencia mediante intervenciones preventivas, individualizadas y centradas en la persona.

Cuidar para vivir mejor: añadir vida, autonomía y bienestar a los años.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 4 oct 2026].
2. Organización Mundial de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): marco de aplicación. Orientación para los sistemas y servicios [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 4 oct 2026]. y prevención de fragilidad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 [citado 4 oct 2026].
3. Ministerio de Sanidad. Envejecimiento activo y saludable [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 4 oct 2026].
4. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable: informe de referencia. Resumen [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 4 oct 2026].

VIII Congreso Internacional Silver Economy

Síndrome post-caída en personas mayores: valoración y abordaje desde la fisioterapia

Autores: Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Péñuelas; Marta Rodriguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Diaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martinez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Victor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martinez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Diez; Andrea Martin Martinez; Ester María López Domínguez; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Alvarez; Daniel Garcia Gallego; Albaía Dolores Fierero Sánchez; Nuria Portas Gerero Sanchez; Juria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio.

RESUMEN

El síndrome post-caída es un conjunto de alteraciones físicas y psicológicas que aparecen tras una caída, caracterizado por miedo a repetir el episodio, disminución de la movilidad y pérdida de autonomía. Se revisa la evidencia sobre su valoración y el abordaje fisioterapéutico.

ANTECEDENTES

Las caídas en personas mayores son un problema frecuente y de gran impacto, no solo por las lesiones asociadas, sino también por sus consecuencias a nivel físico, funcional y psicológico, que pueden derivar en el síndrome post-caída.

OBJETIVOS

- Describir las características y consecuencias del síndrome post-caída.
- Analizar las herramientas de valoración más utilizadas.
- Revisar la evidencia sobre el tratamiento y la prevención desde la fisioterapia.

PALABRAS CLAVE

Post-fall syndrome; Older adults; Fall prevention; Physical therapy; Fear of falling.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica en PubMed, Scopus y Cochrane.
- Criterios de inclusión: estudios en adultos mayores, publicados en los últimos 10 años, relacionados con valoración, tratamiento y prevención del síndrome post-caída.
- Criterios de exclusión: estudios en población no geriátrica o sin intervención fisioterapéutica.
- Palabras clave: "post-fall syndrome", "fear of falling", "older adults", "physical therapy".

Valoración

- Escala de Tinetti
- Timed Up and Go (TUG)
- Romberg
- Escala de Berg
- Prueba de alcance funcional



RESULTADOS

Consecuencias

- Disminución de la movilidad.
- Debilidad muscular.
- Mayor dependencia.
- Aislamiento social.
- Riesgo de nuevas caídas.

Tratamiento

- ✓ Fisioterapia: equilibrio, fuerza y marcha.
- ✓ Terapia ocupacional: autonomía en AVD.
- ✓ Apoyo psicológico: manejo del miedo y la ansiedad.
- ✓ Adaptación del entorno: reducción de riesgos.

Prevención

- ✓ Recuperación progresiva de la confianza.
- ✓ Entrenamiento del equilibrio.
- ✓ Fortalecimiento muscular.

CONCLUSIONES

- El síndrome post-caída tiene un impacto significativo en la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.
- La valoración mediante escalas específicas permite identificar las principales alteraciones y orientar el tratamiento.
- La fisioterapia, junto con un abordaje multidisciplinar, es clave para la recuperación, la reducción del miedo a caer y la prevención de nuevos episodios.

Evaluación de la tolerancia a diferentes entornos virtuales en pacientes mayores. Un estudio observacional.



PALABRAS CLAVE: Realidad virtual inmersiva, Adultos mayores, Tolerancia, Usabilidad, Fisioterapia geriátrica

AUTORES: 1. Daniel García Gallego, 2. Alba Manzanedo Juárez, 3. María Dolores Herrero Sánchez, 4. Nuria Portas Castellanos, 5. Jose María Márquez Pérez, 6. Bastian Martín García, 7. Elena Pérez Jiménez, 8. Carla Ramos Alvarez, 9. Cristina Vidal Aparicio, 10. Alicia Paniagua Gómez, 11. Yolanda Fernández Grande, 12. Sandra Simon Cascón, 13. Sara Ferrero Valle, 14. Julia Alvarez Rodriguez, 15. Víctor Merayo Domínguez, 16. María Chacón martinez, 17. Raquel Pinto Peñuelas, 18. Marta Rodríguez Barrientos, 19. Rubén González Gómez, 20. María Teresa Diez Alonso, 21. Ivan Fernández Pérez, 22. Marta de la Torre Sánchez, 23. Anabel Silvan Díaz, 24. Daniel Nicolás Laso, 25. Ana Patricia Campos Moreno, 26. Andrea Sevilla López, 27. Eva Diez Villarroel, 28. Javier González Martínez, 29. Ana Luis Ros, 30. Noelia Iglesias García, 31. Carmen García Mulas, 32. Jesús Hinojal Tejido, 33. Carla Barroso Fernández, 34. David Colina Fernández, 35. Patricia Martinez Barreda, 36. Andrea Ramos Martínez, 37. Claudia Moya Bahamonde, 38. Mario Cuervo Díez, 39. Andrea Martín Martínez, 40. Ester María López Domínguez, 41. Valvanera Escrich Iturbe, 42. María Gloria Alonso González, 43. Aitziber Ortega Plaza, y 44. Beatriz Magariño Álvarez.

ANTENCEDENTES: El envejecimiento poblacional aumenta la vulnerabilidad y la pérdida funcional, impulsando el uso de la realidad virtual (RV) inmersiva en fisioterapia geriátrica como una terapia activa que modula el dolor y mejora la adherencia. Sin embargo, el uso de visores HMD puede provocar VR sickness (mareos, náuseas o cefaleas) según el tipo de estímulo y exposición. Evaluar la tolerancia en esta población tan vulnerable es crucial para garantizar una práctica clínica segura y eficaz.

OBJETIVOS:

- Evaluar la tolerancia de adultos mayores a entornos virtuales inmersivos.
- Analizar el nivel de satisfacción y usabilidad tras utilizar un visor de realidad virtual (HMD).



MÉTODO:

Diseño: Estudio observacional descriptivo.
Muestra: 16 sujetos (edad ≥ 65 años).
Intervención: Sesión de realidad virtual de 23 minutos con visor HMD.
Variables y herramientas: Tolerancia visual: Cuestionario de Cinetosis en Simuladores (SSQ); Satisfacción/Usabilidad: Escala de Usabilidad del Sistema (SUS); Dolor: Escala Numérica del Dolor (NPRS); Esfuerzo percibido: Escala de Borg CR-10.



RESULTADOS:

VARIABLE	BASAL	MINUTO 10	MINUTO 20	P-value
Tolerancia	-	78,72 ± 105,58	73,41 ± 118,60	0,67
Dolor	2,3 ± 1,8	2,4 ± 1,63	2,5 ± 1,60	0,92
Esfuerzo percibido	-	2,25 ± 1,43	2,5 ± 1,78	0,33

CONCLUSIONES:

La realidad virtual inmersiva es una herramienta segura y bien tolerada por los adultos mayores, generando una fatiga mínima y sin incrementar el dolor. No obstante, el sistema analizado presenta deficiencias significativas de usabilidad que merman la satisfacción del usuario. Clínicamente, existe una relación directa entre una menor tolerancia biológica y una mayor percepción de esfuerzo, lo que reduce el éxito de la experiencia y condiciona su aplicación práctica.

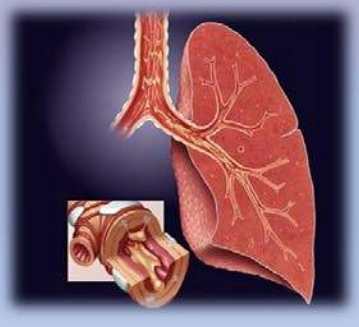
Fisioterapia respiratoria en la bronquitis crónica del adulto.

- **Resumen:** La bronquitis crónica es una enfermedad obstructiva caracterizada por una producción excesiva de moco en las vías bronquiales. Su principal factor de riesgo es el tabaco y se manifiesta con tos, expectoración y disnea.

- **Palabras clave:** Bronquitis crónica, fisioterapia respiratoria y adultos.

- **Antecedentes:** La bronquitis crónica es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en adultos, provoca limitación del flujo aéreo y disminución de la capacidad funcional. Técnicas como el drenaje autógeno o la espiración con labios fruncidos han demostrado ser eficaces para mejorar la eliminación de las secreciones.
- **Objetivos**: Identificar qué técnicas de fisioterapia son más efectivas y el impacto que producen en la función pulmonar, la disnea y calidad de vida.
- **Método:** Bases de datos Pubmed, Cochrane, PEDro, Scopus. Estudios en adultos con bronquitis crónica publicados en los últimos 15 años, en español o inglés.
- **Resultados:** Función pulmonar aumentada, mejora de la disnea valorada con la mMRC, mejor tolerancia al esfuerzo al mejorar en la distancia del test de 6 minutos marcha y mejora de la calidad de vida a nivel físico y emocional**.**
- **Conclusiones**: La fisioterapia respiratoria es una intervención efectiva en adultos con bronquitis crónica, contribuye a mejorar la calidad de vida, la tolerancia al esfuerzo, la función pulmonar y a reducir la disnea. La limpieza bronquial como el ELTGOL y drenaje autógeno deben formar parte del abordaje de estos pacientes ya que aseguran unos efectos notables.

- **Autores:** 1- María Chacón martinez 2- Raquel Pinto Peñuelas 3- Marta Rodríguez Barrientos 4- Rubén González Gómez 5- María Teresa Diez Alonso 6- Ivan Fernández Pérez 7- Marta de la Torre Sánchez 8- Anabel Silvan Díaz 9- Daniel Nicolás Laso 10- Ana Patricia Campos Moreno 11- Andrea Sevilla López 12- Eva Diez Villarroel 13- Javier González Martínez 14- Ana Luis Ros 15- Noelia Iglesias García 16- Carmen García Mulas 17- Jesús Hinojal Tejido 18- Carla Barroso Fernández 19- David Colina Fernández 20- Patricia Martinez Barreda 21- Andrea Ramos Martínez 22- Claudia Moya Bahamonde 23- Mario Cuervo Díez 24- Andrea Martín Martínez 25- Ester María López Domínguez 26- Valvanera Escrich Iturbe 27- María Gloria Alonso González 28- Aitziber Ortega Plaza 29- Beatriz Magariño Álvarez 30- Daniel García Gallego 31- Alba Manzanedo Juárez 32- María Dolores Herrero Sánchez 33- Nuria Portas Castellanos 34- Jose María Márquez Pérez 35- Bastian Martín García 36- Elena Pérez Jiménez 37- Carla Ramos Alvarez 38- Cristina Vidal Aparicio 39- Alicia Paniagua Gómez 40-Yolanda Fernández Grande 41- Sandra Simon Cascón 42- Sara Ferrero Valle 43- Julia Alvarez Rodriguez 44- Víctor Merayo Domínguez.



EL PAPEL DE LA FISIOTERAPIA EN LA BIOGÉNESIS MITOCONDRIAL EN LA TERCERA EDAD

BACHILLER GARCÍA, MYRIAM

RESUMEN



El envejecimiento viene acompañado de una disminución de la capacidad oxidativa, asociándose con una pérdida de la resistencia aeróbica del músculo esquelético. deterioro de la función mitocondrial, sarcopenia (pérdida masa muscular) y menor capacidad funcional. El ejercicio terapéutico puede estimular la biogénesis mitocondrial, porósido mediante el cual las células incrementan el número de sus mitocondrias, mejorar la ítil oxidación yfoavescer la autonomía. La combinación individualizada de ejercicio aeróbico intensidad moderada (MICT), entrenamiento interválido de alta intensidad (HIIT) y ejercicios de fuerza puede prevenir la sarcopenia y mejorar la salud metabólica, siempre con supervisión y progresión gradual.

PALABRAS CLAVE

Biogénesis mitocondrial · Envejecimiento · Filoterapia Sarcopenia · Ejercicio aeróbico



ANTECEDENTES

En el adulto mayor, el envejecimiento provoca una disminución del número de mitocondrias, trantifilación de daños en el ácido desoxirifibonucleico (ADN) mitocondrial y aumento del estrés oxidativo. Estos cambios favorecen la pérdida de fuerza, la resistencia a la insulina y la fragilidad, provocando disminución actividad física. El ejercicio activa vías como el coactivador del receptor gamma 1alfa activado por el proliferador de peroxisomas (PGC-1a) y la mitofagia, degradación mitocondrias dañadas, relacionadas ambas con la renovación y el control de calidad mitocondrial.

OBJETIVOS

- Analizar estrategias de fisioterapia basadas en la biogénesis mitocondrial para mejorar la salud muscular, capacidad funcional y autonomía.
- Comparar MICT, HIIT y fuerza.
- Poner de manifiesto el papel fundamental del fisioterapeuta en el seguimiento y la supervisión de un programa de ejercicios terapéuticos.

MÉTODO

Revisión bibliográfica descriptiva entre 2020 y 2025.

Bases de datos: Pubmed, Science Direct, Google Scholar, Cochrane, SciELO.

Operadores booleanos: "biogenésis mitocondrial" AND "fisioterapia"y "fisioterapia" OR "ejercicio terapéutico.

Artículos seleccionados: 15 artículos según criterios de calidad metodológica y relevancia clínica.

RESULTADOS

El análisis bibliográfico realizado sobre el envejecimiento mitocondrial y el ejercicio terapéutico analiza como el ejercicio mejora la eficacia energética, la función mitocondrial y la calidad celular. Se estudian tres modalidades principales: el HIIT (1/5% FC cardiaca máx.-70/80% del VO2máx o incluso niveles más bajos (A0% VO2máx) para pacientes muy frágiles- sesiones progresivas de 30-60 min al menos tres veces por semana tipo caminar, remo. natación, etc) que favorece la capacidad cardiorrespiratoria; el HIIT(protocolo de Litle et al. adaptado: esfuerzos de corta duración (60 seg) a una potencia aeróbica elevada, seguidos de periodos de recuperación activa, mejorando la capacidad oxidativa; y el entrenamiento de fuerza con cargas elevadas. La combinación de estas actividades y la práctica de la respiración de gestación y el envejecimiento del ejercicio aeróbico y fuerza mejora la masa y la función muscular, con aplicaciones en personas con fragilidad, sarcopenia, esbocedad sarcopénica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras comorbilidades. La prescripción del ejercicio debe adaptarse al estado funcional y clínico de cada persona.

CONCLUSIONES



Debido a la heterogeneidad de la población mayor, que exige una prescripción personalizada, se destaca la función del fisioterapeuta en la adaptación individualizada de las intervenciones, la adherencia al tratamiento y la optimización de los resultados funcionales y de salud del paciente. La fisioterapia basada en el ejercicio es una estrategia prometedora para preservar la función y combatir el envejecimiento biológico del sistema muscular. El MICT es el más estudiado y recomendado por su alto perfil de seguridad. El HIIT debe reservarse para pacientes seleccionados tras una valoración previa y con supervisión adecuada. El entrenamiento concurrente (aeróbico y fuerza) ayuda a combatir la sarcopenia y mejorar la capacidad oxidativa.

Envejecimiento saludable

Resumen

El envejecimiento saludable consiste en optimizar la capacidad funcional, física, mental y social de las personas a lo largo de su vida, favoreciendo su bienestar y calidad de vida.

Métodos

- Revision bibliografica en bases de datos cientificas (Pubmed, Cochrane)
- Seleccion de estudios segun criterios de inclusion y exclusion
- Analisis de la evidencia de guias clinicas, revisiones sistematicas y estudios observacionales
- Enfoque multidisciplinar.

Conclusiones

- El envejecimiento saludable es posible y depende en gran medida de los hábitos de vida
- Es fundamental actuar de forma preventiva y desde un enfoque integral
- Invertir en un envejecimiento saludable es invertir en salud

Palabras claves

- Envejecimiento
- Salud
- Calidad de vida
- Autonomia
- Prevencion
- Hábitos saludables

Resultados

- La adopción de hábitos de vida saludables se asocia con una mejor salud física y mental
- Prevención y diagnostico precoz de enfermedades reducen la dependencia
- Participación activa en la comunidad favorecen el bienestar emocional y la autonomía

Objetivos

- Identificar factores que favorecen un envejecimiento saludable
- Analizar la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones en hábitos de vida
- Promoción y prevención en la salud de la población

Antecedentes

- Aumento de la esperanza de vida ha generado un mayor numero de personas mayores
- Es un reto de salud pública por su impacto en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios

Autores

Hernandez Escribano Claudia
Belver López Mª Adoracion
Martín Vega Mª Cristina
Sandín Fdez Miriam
Rodriguez Del Rio Leticia
Antón Gonzalez Nuria
Tocino Rio Alba
Rio Martin Sonia Rosario
Lopez Bartolomé Lorena

Sacyl

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

Junta de Castilla y León

Prevención de la aparición de úlceras por presión en personas mayores: el papel de los cambios posturales

Cuidar la piel, mejorar la calidad de vida



Resumen

Las úlceras por presión suponen un problema frecuente en personas mayores, especialmente en aquellas con movilidad reducida o encamadas. La prevención, mediante cambios posturales adecuados y cuidados de la piel, es clave para evitar su aparición y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave:
úlcera por presión; cambios posturales; personas mayores; prevención; cuidados.

Antecedentes

- Las úlceras por presión afectan al 5–25% de las personas mayores hospitalizadas o dependientes. (1)
- Son consecuencia de la presión prolongada sobre prominencias óseas y del roce o cizallamiento. (2)
- Su prevención reduce complicaciones, dolor y costes sanitarios. (3)



Objetivos

- Prevenir la aparición de úlceras por presión en personas mayores.
- Determinar la importancia de los cambios posturales en su prevención.
- Promover buenas prácticas de cuidado.

Método

Revisión bibliográfica
Artículos científicos de los últimos 10 años en bases de datos: PubMed, CINAHL, Scopus y Cochrane.

Criterios de inclusión
Estudios en personas mayores, intervenciones de cambios posturales y prevención de úlceras.

Selección y análisis
Se analizaron 30 artículos siguiendo la metodología PRISMA.

Resultados

Los cambios posturales, junto con otras medidas, reducen significatvemente el riesgo de úlceras por presión.

Recomendaciones clave

- Realizar cambios posturales cada 2–3 horas.
- Utilizar superficies de apoyo (colchones y cojines).
- Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- Asegurar una adecuada hidratación y nutrición.
- Valorar el riesgo con escalas (como Norton o Braden).

Técnicas de cambio postural







Conclusiones

- Los cambios posturales regulares son una medida eficaz para prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Su aplicación, junto con el cuidado adecuado de la piel y el uso de superficies de apoyo, es esencial en la atención a las personas mayores.
- La educación del personal cuidador y de la familia resulta clave para garantizar su correcta aplicación.

Bibliografía

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: EPUAP/NPUAP. 2019.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de prevención y tratamiento de úlceras por presión. 2016.
3. Berlowitz DR et al. Pressure ulcer prevention in long-term care. J Am Geriatr Soc. 2016;64(4):765-771.

Autores: Daniel Nicolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Díez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas, Víctor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez, Andrea Martín Martínez, Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso González, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Álvarez, Daniel García Gallego, Alba Manzanero Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos, José María Márquez Pérez, Bastian Martín García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolana Fernández Grande, Sandra Simón Cascón, Sarra Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón Martínez, Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Díez Alonso, Iván Fernández Pérez, Marta de la Torre Sánchez, Anabel Silvan Díaz.

Soledad y bienestar emocional en personas mayores: Resultados y retos de las intervenciones tecnológicas en AP



Andrea Bueno de la Fuente. Centro de salud Santa Clara . Burgos

Introducción y objetivo

La transformación digital de los servicios sanitarios plantean nuevos desafíos para la atención primaria. Objetivo:analizar la evidencia reciente sobre salud emocional, soledad y atención digital en personas mayores.

Método

Revisión de principales estudios publicados de los últimos seis años, se incluyen revisiones con metaanálisis, un ensayo aleatorizado y un estudio de métodos mixtos. Se comparan población, intervención, resultados y limitaciones

RESULTADOS

1. Videoconferencias en residencias [1]

70 estudios y 8.259 participantes en la revisión.
En cuidados de larga duración: DME = −1,40
IC 95 % [−2,37, −0,44] · I^2 = 70 %.
Efecto elevado sobre la soledad, con heterogeneidad y evidencia global muy baja. La transferencia a atención primaria es incierta.

2. Tecnología para relacionarse [2]

6 ensayos aleatorizados y 391 participantes.
Videollamadas y formación informática:
DME = −0,08 · IC 95 % [−0,33, 0,17].
p = 0,53, sin diferencia significativa.
La disponibilidad de tecnología no garantiza una reducción de la soledad.

3. Formación en internet [3]

60 estudios en personas de la comunidad.
Cinco ensayos de formación en internet:
DME = −0,22 · IC 95 % [−0,30, −0,14].
Reducción pequeña, con certeza moderada.
Evidencia insuficiente para otras modalidades por internet o teléfono. La revisión excluyó países de ingresos bajos o medios.

4. Acompañamiento telefónico [4]

240 adultos, 63 % ≥65 años entre quienes tenían dato de edad. Cuatro semanas de escucha empática.
Soledad UCLA: d = 0,48. Depresión: d = 0,31.
Ansiedad: d = 0,35.
La escala De Jong no mostró significación (p = 0,06).
Seguimiento breve y más abandonos: 13 frente a 1.

5. Psicoterapia por internet [5]

31 artículos y 4 estudios en el metaanálisis.
Terapia cognitivo-conductual frente a lista de espera:
Depresión: efecto = −1,20 [−1,60, −0,81].
Ansiedad: efecto = −1,14 [−1,56, −0,72].
Efectos elevados, sin demostrar superioridad frente a terapia presencial ni reducción equivalente de la soledad.

6. Barreras de acceso [6]

249 personas en dos complejos residenciales.
Solo el 36,5 % se sentía cómodo con videoconsultas.
Dificultades auditivas: 35,7 %.
Falta de familiaridad digital: 30,1 %.
Desconocimiento de la conexión: 29,7 %.
Barreras lingüísticas: 26,5 %.
Porcentajes propios de esta muestra.

DME: diferencia de medias estandarizada. d: tamaño del efecto de Cohen. IC: intervalo de confianza. Los efectos no son directamente comparables entre estudios.

Conclusiones

Los beneficios dependen del contenido de la intervención y del apoyo humano. La formación digital reduce modestamente la soledad. Los programas psicológicos estructurados pueden mejorar la depresión y la ansiedad.

Implicaciones para atención primaria

Valorar soledad y síntomas emocionales por separado. Ofrecer apoyo digital y alternativas presenciales. Evaluar duración del beneficio, abandonos y equidad de acceso.

REFERENCIAS (APA 7)

[1] Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., Tan, C. V., Whaley, C., & McMillan, J. (2022). Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 5(10), e2236676. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676

[2] Jin, W., Liu, Y., Yuan, S., Bai, R., Li, X., & Bai, Z. (2021). The effectiveness of technology-based interventions for reducing loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Frontiers in Psychology, 12, 711030. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.711030

[3] Shekelle, P. G., Miake-Lye, I. M., Begashaw, M. M., Booth, M. S., Myers, B., Lowery, N., & Shrank, W. H. (2024). Interventions to reduce loneliness in community-living older adults: A systematic review and meta-analysis. Journal of General Internal Medicine, 39(6), 1015–1028. https://doi.org/10.1007/s11606-023-08517-5

[4] Kahlon, M. K., Aksan, N., Aubrey, R., Clark, N., Cowley-Morillo, M., Jacobs, E. A., Mundhenk, R., Sebastian, K. R., & Tomlinson, S. (2021). Effect of layperson-delivered, empathy-focused program of telephone calls on loneliness, depression, and anxiety among adults during the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 78(6), 616–622. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0113

[5] de Oliveira, P. B. F., Dornelles, T. M., Gosmann, N. P., & Camozzato, A. (2023). Efficacy of telemedicine interventions for depression and anxiety in older people: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Geriatric Psychiatry, 38(5), e5920. https://doi.org/10.1002/gps.5920

[6] Mao, A., Tam, L., Xu, A., Osborn, K., Sheffrin, M., Gould, C., Schillinger, E., Martin, M., & Mesias, M. (2022). Barriers to telemedicine video visits for older adults in independent living facilities: Mixed methods cross-sectional needs assessment. JMIR Aging, 5(2), e34328. https://doi.org/10.2196/34326

Soledad y bienestar emocional en personas mayores: Resultados y retos de las intervenciones tecnológicas en AP



Andrea Bueno de la Fuente. Centro de salud Santa Clara . Burgos

Introducción y objetivo

La transformación digital de los servicios sanitarios plantean nuevos desafíos para la atención primaria. Objetivo:analizar la evidencia reciente sobre salud emocional, soledad y atención digital en personas mayores.

Método

Revisión de principales estudios publicados de los últimos seis años, se incluyen revisiones con metaanálisis, un ensayo aleatorizado y un estudio de métodos mixtos. Se comparan población, intervención, resultados y limitaciones

RESULTADOS

1. Videoconferencias en residencias [1]

70 estudios y 8.259 participantes en la revisión.
En cuidados de larga duración: DME = −1,40
IC 95 % [−2,37, −0,44] · I² = 70 %.
Efecto elevado sobre la soledad, con heterogeneidad y evidencia global muy baja. La transferencia a atención primaria es incierta.

2. Tecnología para relacionarse [2]

6 ensayos aleatorizados y 391 participantes.
Videollamadas y formación informática:
DME = −0,08 · IC 95 % [−0,33, 0,17].
p = 0,53, sin diferencia significativa.
La disponibilidad de tecnología no garantiza una reducción de la soledad.

3. Formación en internet [3]

60 estudios en personas de la comunidad.
Cinco ensayos de formación en internet:
DME = −0,22 · IC 95 % [−0,30, −0,14].
Reducción pequeña, con certeza moderada.
Evidencia insuficiente para otras modalidades por internet o teléfono. La revisión excluyó países de ingresos bajos o medios.

4. Acompañamiento telefónico [4]

240 adultos, 63 % ≥65 años entre quienes tenían dato de edad. Cuatro semanas de escucha empática.
Soledad UCLA: d = 0,48. Depresión: d = 0,31.
Ansiedad: d = 0,35.
La escala De Jong no mostró significación (p = 0,06).
Seguimiento breve y más abandonos: 13 frente a 1.

5. Psicoterapia por internet [5]

31 artículos y 4 estudios en el metaanálisis.
Terapia cognitivo-conductual frente a lista de espera:
Depresión: efecto = −1,20 [−1,60, −0,81].
Ansiedad: efecto = −1,14 [−1,56, −0,72].
Efectos elevados, sin demostrar superioridad frente a terapia presencial ni reducción equivalente de la soledad.

6. Barreras de acceso [6]

249 personas en dos complejos residenciales.
Solo el 36,5 % se sentía cómodo con videoconsultas.
Dificultades auditivas: 35,7 %.
Falta de familiaridad digital: 30,1 %.
Desconocimiento de la conexión: 29,7 %.
Barreras lingüísticas: 26,5 %.
Porcentajes propios de esta muestra.

DME: diferencia de medias estandarizada. d: tamaño del efecto de Cohen. IC: intervalo de confianza. Los efectos no son directamente comparables entre estudios.

Conclusiones

Los beneficios dependen del contenido de la intervención y del apoyo humano. La formación digital reduce modestamente la soledad. Los programas psicológicos estructurados pueden mejorar la depresión y la ansiedad.

Implicaciones para atención primaria

Valorar soledad y síntomas emocionales por separado. Ofrecer apoyo digital y alternativas presenciales. Evaluar duración del beneficio, abandonos y equidad de acceso.

REFERENCIAS (APA 7)

[1] Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., Tan, C. V., Whaley, C., & McMillan, J. (2022). Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 5(10), e2236676. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676

[2] Jin, W., Liu, Y., Yuan, S., Bai, R., Li, X., & Bai, Z. (2021). The effectiveness of technology-based interventions for reducing loneliness in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Frontiers in Psychology, 12, 711030. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.711030

[3] Shekelle, P. G., Miake-Lye, I. M., Begashaw, M. M., Booth, M. S., Myers, B., Lowery, N., & Shrank, W. H. (2024). Interventions to reduce loneliness in community-living older adults: A systematic review and meta-analysis. Journal of General Internal Medicine, 39(6), 1015–1028. https://doi.org/10.1007/s11606-023-08517-5

[4] Kahlon, M. K., Aksan, N., Aubrey, R., Clark, N., Cowley-Morillo, M., Jacobs, E. A., Mundhenk, R., Sebastian, K. R., & Tomlinson, S. (2021). Effect of layperson-delivered, empathy-focused program of telephone calls on loneliness, depression, and anxiety among adults during the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 78(6), 616–622. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0113

[5] de Oliveira, P. B. F., Dornelles, T. M., Gosmann, N. P., & Camozzato, A. (2023). Efficacy of telemedicine interventions for depression and anxiety in older people: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Geriatric Psychiatry, 38(5), e5920. https://doi.org/10.1002/gps.5920

[6] Mao, A., Tam, L., Xu, A., Osborn, K., Sheffrin, M., Gould, C., Schillinger, E., Martin, M., & Mesias, M. (2022). Barriers to telemedicine video visits for older adults in independent living facilities: Mixed methods cross-sectional needs assessment. JMIR Aging, 5(2), e34326. https://doi.org/10.2196/34326

La era digital en la silver economy. Barreras en el acceso a los pagos digitales

Carla Bueno de la Fuente Epay a Euronet Company

Introducción

La banca electrónica facilita operaciones a distancia, pero exige competencias y recursos digitales. Poseer una cuenta no asegura un uso autónomo.

Objetivo

Identificar barreras en personas mayores y proponer alternativas de acceso seguro e inclusivo.

Método

Revisión narrativa focalizada. Búsqueda ultimo años: “older adults”, “digital banking”, “digital payments” y “barriers”. Verificación en revistas, informes internacionales y nacionales, repositorios y BCE. Fuentes (2023–2025), seleccionadas por pertinencia y datos verificables. La revisión [2] consultó Scopus y PubMed.

RESULTADOS: BARRERAS Y DIFERENCIAS DE USO

Evidencia europea: SPACE 2024 [1]

Encuesta de aproximadamente 50.000 consumidores de la zona euro. Entre las personas ≥65 años, el 10 % declara necesitar ayuda para pagos digitales.
Al combinar necesidad de ayuda y no uso, el porcentaje alcanza el 18 %, frente al 13 % en 55–64 años. El no uso puede expresar preferencias o barreras, no necesariamente incapacidad.

Barreras recurrentes: 26 artículos [2]

Dizon y Ebardo (2025) identifican complejidad tecnológica, preocupación por privacidad y seguridad, limitaciones físicas o cognitivas y resistencia al cambio. La conveniencia y la autonomía favorecen la adopción. La ayuda familiar y la formación aparecen como recursos de apoyo.

Entorno social e instituciones [3]

Thomas et al. (2025): 22 entrevistas a personas ≥65 años e intermediarios, junto con revisión de literatura. Identifican cuatro ámbitos: persona, tecnología, sociedad e instituciones. El acceso requiere soluciones que también impliquen a los proveedores.

Dispositivos, utilidad y riesgo [4]

Zeng y Li (2023): encuesta a 268 internautas ≥60 años en áreas urbanas de 14 provincias chinas. La adopción se asocia con utilidad percibida, dispositivos adecuados y percepción de riesgo. Los participantes expresan disposición a formarse. La muestra online excluye a quienes no usan internet.

Necesita ayuda o no utiliza pagos digitales (%) [1]



Zona euro, 2024. Incluye pagos online, con tarjeta o móvil. Necesidad de ayuda y no uso son situaciones distintas. Fuente: BCE, SPACE 2024, recuadro 4.

Conclusiones

La inclusión financiera requiere acceso efectivo, seguridad y libertad de elección. Las barreras combinan competencias, diseño y condiciones del servicio. Se propone accesibilidad con apoyo humano, pendiente de evaluación. Las muestras online y las diferencias entre países limitan la generalización.

ALTERNATIVA DE MEJORA: BANCA DIGITAL CON APOYO HUMANO

Propuesta a evaluar: formación presencial por tareas, con simuladores sin dinero real y práctica de identificación de fraudes. Acompañamiento de personal bancario, sin compartir claves personales.
Diseño con personas mayores: lenguaje claro, letra ajustable y pasos de confirmación comprensibles.

Mantener atención presencial o telefónica y la opción de efectivo. Evitar que aprender la aplicación sea una condición para acceder al servicio.
Evaluar a 3 y 6 meses: operaciones autónomas completadas, errores, necesidad de ayuda, confianza y abandono.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] European Central Bank. (2024). Study on the payment attitudes of consumers in the euro area (SPACE) – 2024. https://www.ecb.europa.eu/stats/ecb_surveys/space/html/ecb.space2024~19d46f0f17.en.html

[2] Dizon, G., & Ebardo, R. (2025). Barriers and motivations of older adults in digital banking adoption: Recent findings, gaps, and future directions. International Journal of Innovative Research and Scientific Studies, 8(3), 1959–1970. https://doi.org/10.53894/ijirss.v8i3.6929

[3] Thomas, D., Chowdhury, G., & Ruthven, I. (2025). Grey digital divide: Factors associated with older people’s use of the Internet for financial transactions in the UK. Journal of Documentation, 81(3), 810–828. https://doi.org/10.1108/JD-08-2024-0198

[4] Zeng, Y., & Li, Y. (2023). Understanding the use of digital finance among older internet users in urban China: Evidence from an online convenience sample. Educational Gerontology, 49(6), 477–490. https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2126341

DISPLASIA DE CADERA A LOS 6 MESES:
abordaje fisioterápico con arnés de Pavlik desde Atención Temprana

AUTORES/AS:

Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez ; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Alvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martínez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díez; Daniel Nicolás Lago; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Seville López

1. RESUMEN

Texto del resumen del trabajo. Se debe incluir una visión general del tema, la importancia del abordaje fisioterápico con arnés de Pavlik en la displasia de cadera, el contexto de la atención temprana y los principales hallazgos o conclusiones.

2. OBJETIVOS

- Describir el abordaje fisioterápico en un lactante con displasia de cadera a los 6 meses.
- Valorar la eficacia del arnés de Pavlik en la mejora de la alineación y estabilidad de la cadera.
- Definir el papel de la fisioterapia en la atención temprana y en la educación familiar.

3. PALABRAS CLAVE

- Displasia de cadera
- Arnés de Pavlik
- Fisioterapia
- Atención Temprana

4. ANTECEDENTES



- La displasia de desarrollo de la cadera (DDC) es una alteración de la maduración de la articulación coxofemoral.
- El diagnóstico precoz permite un tratamiento conservador eficaz.
- El arnés de Pavlik es la opción de primera línea en lactantes menores de 6 meses.
- La fisioterapia es clave para el seguimiento, control y prevención de complicaciones.

5. MÉTODO

DISEÑO	PARTICIPANTE	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTOS
Estudio descriptivo de un caso clínico.	Lactante de 6 meses con DDC.	Valoración inicial, colocación de arnés de Pavlik, seguimiento y reevaluación.	• Exploración clínica • Ecografía de cadera • Registro de evolución





Una detección precoz y un abordaje adecuado pueden marcar la diferencia en su futuro

6. RESULTADOS



Evolución clínica
- Mejoría de la alineación de la cadera.
- Aumento de la estabilidad articular.
- Buena tolerancia al arnés.



Ecografía
- Reducción progresiva de la displasia.
- Adecuada cobertura acetabular.



Funcionalidad
- Movimientos activos y pasivos adecuados para la edad.
- Desarrollo motor acorde a la edad.



Educación familiar
- Adherencia al tratamiento.
- Resolución de dudas y refuerzo de cuidados.

8. CONCLUSIONES

- El arnés de Pavlik es una herramienta eficaz en el manejo de la displasia de cadera en lactantes menores de 6 meses.
- La fisioterapia y la atención temprana son fundamentales para optimizar los resultados.
- La implicación familiar y el seguimiento continuo son claves para el éxito del tratamiento.

TRABAJO MULTIDISCIPLINAR DE LOGOPEDIA Y FISIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE GARGANTA

AUTORES: Eduardo Diez Villarroel y Eva Diez Villarroel

PALABRAS CLAVE
cáncer de garganta; logopedia; fisioterapia; trabajo multidisciplinar

1. RESUMEN

El cáncer de garganta y de cabeza y cuello puede provocar alteraciones significativas en la deglución, la comunicación y la funcionalidad cervical. La intervención conjunta de logopedia y fisioterapia permite abordar de forma integral estas secuelas, mejorando la calidad de vida, la autonomía y la reinserción social del paciente.



2. OBJETIVOS



- Analizar la efectividad del trabajo multidisciplinar de logopedia y fisioterapia en pacientes con cáncer de garganta.
- Mejorar la función deglutoria, la comunicación y la movilidad cervical.
- Prevenir complicaciones y favorecer la calidad de vida durante y después del tratamiento.

4. ANTECEDENTES

- El cáncer de cabeza y cuello supone una de las neoplasias más frecuentes a nivel mundial.
- Los tratamientos (cirugía, radioterapia y quimioterapia) pueden afectar a la musculatura orofacial, la deglución, la voz y la movilidad cervical.
- La evidencia científica respalda la intervención precoz y coordinada de logopedia y fisioterapia para prevenir y tratar estas alteraciones.



5. MÉTODO



DISEÑO
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.



PARTICIPANTES
Pacientes con cáncer de garganta en diferentes fases del tratamiento.



INTERVENCIÓN
Programa coordinado de logopedia y fisioterapia, individualizado.



EVALUACIÓN
Valoración inicial, seguimiento y reevaluación.

LOGOPEDIA

- Rehabilitación de la deglución.
- Ejercicios de musculatura orofacial y lingual.
- Entrenamiento de la voz y la comunicación.
- Educación y pautas de seguridad alimentaria.



FISIOTERAPIA

- Movilización cervical y del hombro.
- Ejercicio terapéutico y reeducación postural.
- Drenaje linfático y manejo del edema.
- Técnicas de liberación miofascial.



6. RESULTADOS



FUNCIÓN DEGLUTORIA

- Mayor seguridad al tragar.
- Menor riesgo de aspiración.
- Mejor higiene oral.



COMUNICACIÓN

- Mejora de la inteligibilidad.
- Mayor control de la voz.
- Reducción de la disfonía.



MOVILIDAD CERVICAL

- Disminución del dolor y la rigidez.
- Aumento del rango de movimiento.
- Mejora de la funcionalidad.



CALIDAD DE VIDA

- Mayor autonomía en las AVD.
- Mejor estado emocional.
- Reinserción social y laboral.

8. CONCLUSIONES



- El trabajo multidisciplinar de logopedia y fisioterapia es clave en el abordaje integral del paciente con cáncer de garganta.
- Mejora la función deglutoria, la comunicación, la movilidad cervical y la calidad de vida.
- La coordinación entre profesionales favorece mejores resultados y una atención más efectiva.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MIELORRADICULOPATÍA CERVICAL Y ENFERMEDAD DE MOTONEURONA / ELA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

Presentamos el caso evolutivo de un varón de 64 años con clínica inicial de déficit motor en miembro superior derecho (enero 2024), atribuido inicialmente a mielorradiculopatía cervical severa (discopatía C3-C7). La evolución clínica tórpida, las fasciculaciones difusas y los estudios neurofisiológicos seriados (EMG) confirmaron la coexistencia de **Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA probable / Atrofia Muscular Progresiva)**. Se analiza su manejo multidisciplinar, soporte ventilatorio con VMNI y progresión de la dependencia funcional hasta 2026.

AUTORES

Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso González, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Álvarez, Daniel García Gallego, Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos, Jose María Márquez Pérez, Bastián Martin García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simón Cascón, Sara Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón Martínez, Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Diez Alonso, Iván Fernández Pérez, Marta de la Torre Sánchez, Anabel Silván Díaz, Daniel Nicolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Diez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas, Víctor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez, Andrea Martín Martínez, Nerea García González.

PALABRAS CLAVES

Esclerosis Lateral Amiotrófica | ELA | Atrofia Muscular Progresiva | Mielorradiculopatía Cervical | Electromiografía (EMG) | Rehabilitación | Fisioterapia | Terapia Ocupacional | Ventilación Mecánica No Invasiva

ANTECEDENTES

Filiación: Varón de 64 años. Ex-fumador (2 paq/día, suspendido mayo 2025). HTA, dislipemia.

Antecedentes digestivos/quirúrgicos: Pancreatitis crónica litiásica/calcificante en seguimiento por Digestivo/Endocrino (diagnóstico 2023). Úlcera duodenal, CPRE y litotricia (03/2024, retirada de prótesis pancreática 2025). Prótesis total de cadera derecha (2019).

Enfermedad Actual: Inicia en enero de 2024 con pérdida de fuerza progresiva e insidiosa en miembro superior derecho (dificultades para afeitarse, vestirse y ducharse) y pérdida ponderal importante. Inicialmente derivado a Traumatología y Neurocirugía por hallazgo en RM de patología degenerativa severa en columna cervical (C4-C5 estenosis de canal; C5-C6 herniación con compresión medular y mielopatía), sin indicación quirúrgica clara tras valoración.

OBJETIVOS

- Analizar el reto del diagnóstico diferencial entre la mielorradiculopatía cervical compresiva y la enfermedad de motoneurona (ELA/AMP).
- Documentar la evolución clínica, neurofisiológica y funcional del paciente a lo largo de 3 años de seguimiento (2024–2026).
- Evaluar la efectividad del soporte respiratorio no invasivo (VMNI) y la adaptación multidisciplinar a las ayudas técnicas.
- Fortalecimiento global de miembros superiores, faja lumbopélvica y miembros inferiores.
- AVD

MÉTODO

Estudio longitudinal prospectivo basado en el seguimiento clínico periódico en las especialidades de Neurología, Rehabilitación, Neumología y Digestivo/Endocrino:

- **Evaluación motora:** Balances musculares seriados (escala Daniels 0-5), reflejos osteotendinosos (ROT), tono muscular y fasciculaciones.
- **Electroneurograma / EMG:** EMG inicial (2024) mostró patrón denervativo crónico en territorio radicular C6 derecho. EMG evolutivos (2025–2026) demostraron denervación aguda y crónica difusa en múltiples territorios (criterios Awaji-Shima para ELA probable).
- **Pruebas complementarias:** RM cerebral/medular, Espirometría (FVC 55%, FEV1 56%, DLCO 24%), PESS (normales) y Gasometría Arterial.
- **Rehabilitacion**: El paciente acude de forma ambulatoria al CAULE los lunes, miércoles y viernes a realizar las sesiones de Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Realiza ejercicios de fortalecimiento adaptados y supervisados de tren superior, faja lumbopélvica, tren inferior. marcha, escalera, rampa y propiocepción en . En TO trabajo específico del miembro superior y mano adaptados a las AVD.

RESULTADOS Y EVOLUCIÓN

Complicación Respiratoria (2025): Coma carbónico (pCO_2 87 mmHg, pH 7.15) tras sedación para intervención digestiva, resuelto favorablemente tras instauración de VMNI.

Evolución de Fuerza Muscular (Escala Daniels 0–5):

Grupo Muscular	2024 (Inicial)	2025 (Evolutivo)	2026 (Actual)
Deltoides D / I	3+/5 / 5/5	3-/5 / 4/5	2/5 / 4/5
Bíceps D / I	4/5 / 5/5	3-/5 / 4/5	3-/5 / 4/5
Flexo-extensores muñeca	4/5 / 5/5	4/5 / 4/5	3-/5 / 3-/5
Pinza / Puño D / I	4/5 / 5/5	4/5 / 4/5	2+/5 / 2+/5
MMII (Cuádriceps/Psoas)	5/5 / 5/5	4+/5 / 4+/5	4/5 (Atrofia +)

- **Fasciculaciones:** Presentes en bíceps, pectorales, abdomen, aductores y lengua. ROT hiperreflexia global.
- **Progresión Funcional:** Diplejía braquial severa, pérdida de manipulación fina (incapaz de comer solo, vestirse o usar utensilios). Marcha nula en 2026. Reconocida Dependencia Grado II. Uso de Silla de Ruedas Eléctrica / Manual.
- **Soporte Respiratorio/Nutricional:** VMNI nocturna y siestas (Vivo 3: IPAP 17, EPAP 7, FR 14) >10 h/día (pCO_2 48 mmHg). Suplementación con batidos proteicos sin disfagia franca.

CONCLUSIONES

- **Trampa Diagnóstica:** La coexistencia de discopatía cervical severa con mielopatía puede solapar e invisibilizar el inicio brusco de una enfermedad de motoneurona (ELA).
- **Criterios Electromiográficos:** La persistencia de fasciculaciones generalizadas más allá del territorio radicular C6 e hiperreflexia orientaron el diagnóstico definitivo de ELA.
- **Abordaje Multidisciplinar:** El soporte precoz con VMNI y la intervención adaptativa de Rehabilitación/TO son determinantes para mantener la estabilidad del paciente.

CAÍDAS EN EL PACIENTE SILVER

UN RIESGO PREVENIBLE





RESUMEN

Las caídas son un problema frecuente que puede afectar a su autonomía, calidad de vida y seguridad. La prevención requiere identificar factores de riesgo y aplicar medidas individualizadas.

FACTORES DE RIESGO

INTRÍNSECOS: edad avanzada,alteraciones de la marcha y el equilibrio, déficits visuales y auditivos. Enfermedades crónicas y polifarmacia.

EXTRÍNSECOS:entorno seguro (hogar/hospital), mala iluminación, superficies resbaladizas, calzado inadecuado.

RESULTADOS

La identificación precoz del riesgo, la educación sanitaria, el ejercicio, la adaptación del entorno y los dispositivos de teleasistencia pueden contribuir a reducir el riesgo de caídas y mejorar la seguridad.

CONCLUSIÓN

La prevención de caídas requiere un abordaje integral e individualizado. La intervención enfermera y el uso de nuevas tecnologías pueden favorecer la independencia y mejorar la calidad de vida del paciente Silver.

PALABRAS CLAVE

Caídas- Paciente Silver- Prevención- Enfermería- Seguridad-Teleasistencia

OBJETIVOS

—Identificar factores de riesgo de caídas
—Promover medidas preventivas
—Favorecer la autonomía y seguridad del paciente silver

MÉTODO

Revisión de los principales factores de riesgo y medidas preventivas, incluyendo:
-Valoración enfermera
-Adaptación del entorno
-Revisión de medicación
-Dispositivos de ayuda telemáticos

ANTECEDENTES

Las caídas son uno de los principales problemas de seguridad en las personas mayores de 65 años

1 de cada 3 sufre una caída anualmente

Autor: MARINA ROBLES CONDE
Coautores:
ANA ASENSIO MUCIENTES
GONZALO FERRERO HERNÁNDEZ
MARTA DE CASTRO CABREROS
SILVIA MUÑOZ SANCHEZ
JAIME JIMENEZ GARCIA
ELENA SIMÓN NIETO
JULIA NATALIA GARRIDO RODRIGUEZ

-Prevenir es cuidar-

Efectos de la fisioterapia sobre el deterioro físico y cognitivo en personas mayores hospitalizadas: revisión de la evidencia

AUTORES · Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Diez Alonso, Iván Fernández Pérez, Marta de la Torre Sánchez, Anabel Silvan Díaz Daniel Nicolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Diez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas Jesús Hinojal Tejido, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez Andrea Martín Martínez, Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso González, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Álvarez, Daniel García Gallego Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos, José María Márquez Pérez, Bastian Martín García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simón Cascón, Sara Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Víctor Merayo Domínguez, María Chacón Martínez

01 RESUMEN

Se revisaron seis estudios. El ejercicio precoz e individualizado mejora la función física en mayores hospitalizados. Los efectos cognitivos y sobre delirium son inciertos.

02 ANTECEDENTES

- Ingreso, inmovilidad y reposo en cama favorecen la pérdida de autonomía.
- La movilización y el ejercicio terapéutico pueden limitar el deterioro.

03 OBJETIVOS

Evaluar los efectos de la fisioterapia y el ejercicio sobre funcionalidad, movilidad, independencia y cognición.

04 MÉTODO

Síntesis narrativa de seis estudios: ensayos y revisiones con intervenciones heterogéneas.

PALABRAS CLAVE

Fisioterapia · Ejercicio terapéutico · Hospitalización · Personas mayores · Deterioro funcional · Cognición

05 RESULTADOS | FUNCIÓN FÍSICA, COGNICIÓN Y SEGURIDAD

BENEFICIOS FUNCIONALES · ensayo clínico (n = 370) [1]

+2,2 puntos SPPB

+6,9 puntos Barthel

Diferencia a favor del grupo de ejercicio respecto a la atención habitual, al alta.

FUNCIONALIDAD [1,2,4]

- El ejercicio mejora el rendimiento físico y la autonomía.
- Dosis estimadas [4]: marcha lenta 25 min/día (mínima) y 50 min/día (óptima); actividad moderada 40 min/día (óptima).

COGNICIÓN [3,5,6]

- Posibles mejoras en cognición global, función ejecutiva y fluidez verbal.
- Efecto incierto sobre el delirium.

SEGURIDAD: intervenciones generalmente seguras; adaptar al paciente [1,2,5,6].

MAPA DE LA EVIDENCIA
6 estudios clave



MOVILIZACIÓN Y ENTRENAMIENTO



Movilización precoz



Ejercicio funcional

07 CONCLUSIONES

1. El ejercicio precoz puede atenuar el deterioro funcional.
2. Los resultados cognitivos y sobre delirium siguen siendo inciertos.
3. Se necesitan estudios con protocolos homogéneos y seguimiento.

REFERENCIAS

movimiento
mbién es
arte del
ratamiento

El ejercicio terapéutico en pacientes con cáncer de mama:

una intervención segura y eficaz

Revisión de la evidencia científica de los últimos 10 años (2016–2026)

Henar Maraña Rodríguez, Sara Díez Fernández, Marta Villadangos García, Beatriz Durán Salgado, Nuria Fuertes Mayo, María Teresa Diez Alonso, Mercedes Fernández Alzola, Daniel Domínguez Centeno, Ana Belén Álvarez Pellitero, Alicia Fernández García, Judit García Castro



EN

:o se ha consolidado como una intervención
ientes con cáncer de **mama**, mejorando la
a calidad de vida y reduciendo efectos
iento. Esta revisión, basada en la evidencia
s 10 años (2016–2026), analiza los principales
ejercicio más estudiados y su aplicación en la
ando la importancia de un abordaje
visado por profesionales de la salud.

S CLAVE

rcicio terapéutico • Rehabilitación • Calidad de vida •
• Linfedema • Supervivencia

DENTES

es el más frecuente en mujeres a nivel mundial.
rugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia)
ctos secundarios físicos y emocionales.
ico ha mostrado beneficios en otras patologías crónicas
su aplicación en cáncer de mama requiere
nstante basada en la evidencia.

OS

cios del ejercicio terapéutico en pacientes con cáncer
evidencia científica de los últimos 10 años (2016–2026).

de ejercicio más utilizados y sus efectos sobre la salud
funcional.

MÉTODO

Diseño	Revisión sistemática de la literatura.
Fuentes	Bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library.
Periodo	2016 – 2026.
Criterios de inclusión	• Pacientes con cáncer de mama (en cualquier fase). • Intervenciones con ejercicio terapéutico. • Estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis. • Idiomas: español e inglés.
Criterios de exclusión	• Estudios en animales. • Intervenciones no basadas en ejercicio. • Publicaciones con otras patologías oncológicas.

RESULTADOS

Principales beneficios

Mejora de la capacidad funcional ↑ 15–30% (fuerza y resistencia)	**Reducción de la fatiga** ↓ 20–40% (según estudios)	**Disminución del dolor y la rigidez** ↓ 30–50% (hombro y mama)
Prevención del linfedema ↓ 30–60% (ejercicio supervisado)	**Mejora del bienestar emocional** ↑ 20–35% (ansiedad y depresión)	**Mejora de la calidad de vida** ↑ 15–40% (escalas validadas)

Tipos de ejercicio más estudiados

Aeróbico
(caminar, bicicleta, natación)
Mejora la capacidad cardiorrespiratoria y reduce la fatiga.

Fuerza
(bandas elásticas, peso corporal)
Aumenta la masa muscular y la fuerza.

Flexibilidad y movilidad
(estiramientos, yoga, pilates)
Disminuye la rigidez y mejora la amplitud de movimiento.

Ejercicio combinado
(aeróbico + fuerza + flexibilidad)
Mayor impacto en la funcionalidad y la calidad de vida.

El ejercicio supervisado, individualizado y adaptado a cada fase del tratamiento es clave para maximizar los beneficios y minimizar riesgos.

CONCLUSIONES

- **El ejercicio terapéutico** es una inte
y eficaz en pacientes con cáncer de
- **Mejora** la **capacidad funcional**, red
el dolor, el linfedema y los síntomas
- Contribuye a una mejor **calidad de**
un impacto positivo en la **supervive**
- El ejercicio **combinado** (aeróbico +
parece ser el más beneficioso.
- Es fundamental la **individualizació**
profesional y la continuidad en el tie

El ejercicio no solo mejora
el cuerpo, también fortale
la mente y la esperanza





HIPERALGESIA MEDIADA POR OPIOIDES EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO:
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Henar Maraña Rodríguez, Sara Díez Fernández, Marta Villadangos García, Beatriz Durán Salgado, Nuria Fuertes Mayo,
María Teresa Diez Alonso, Mercedes Fernández Alzola, Daniel Domínguez Centeno, Ana Belén Álvarez Pellitero, Alicia Fernández García, Judit García Castro

Fisioterapia
para un mejor manejo
del dolor crónico

Más movimiento
Menos dolor
Mejor calidad de vida

RESUMEN

La hiperalgesia mediada por opioides (HMO) es un fenómeno bien descrito en la literatura reciente y se define como un aumento de la sensibilidad al dolor inducido o potenciado por el uso crónico de opioides. En pacientes con dolor crónico, la HMO puede contribuir a la persistencia del dolor, la disminución de la eficacia analgésica y la necesidad de dosis crecientes, generando un círculo vicioso de dolor y dependencia. Esta revisión sistemática analiza la evidencia científica de los últimos 10 años sobre la HMO en pacientes con dolor crónico, con especial atención a los mecanismos implicados, los factores de riesgo y las implicaciones para la práctica clínica en fisioterapia.

PALABRAS CLAVE

Hiperalgesia, opioides, dolor crónico, sensibilización central, fisioterapia, analgesia.

ANTECEDENTES

- El uso prolongado de opioides se asocia a fenómenos de sensibilización del sistema nervioso central y periférico.
- La HMO se ha identificado como un factor clave en la evolución del dolor crónico y en la pérdida de eficacia analgésica.
- La fisioterapia puede desempeñar un papel relevante en la modulación del dolor y en la reducción de la sensibilización central.

OBJETIVOS

- Analizar la evidencia científica sobre la hiperalgesia mediada por opioides en pacientes con dolor crónico.
- Identificar los mecanismos, factores de riesgo y manifestaciones clínicas.
- Explorar las implicaciones para la práctica clínica en fisioterapia.

MÉTODO

Diseño del estudio
Revisión sistemática de la literatura.

Fuentes de datos
PubMed, Scopus, Web of Science, PEDro y Cochrane Library.

Criterios de inclusión
- Estudios en humanos (≥18 años).
- Pacientes con dolor crónico.
- Publicados en los últimos 10 años (2015-2024).
- En español o inglés.

Criterios de exclusión
- Estudios en animales.
- Dolor agudo o postquirúrgico.
- Revisiones narrativas o cartas al editor.



RESULTADOS

1. Frecuencia y características
- 42 estudios incluidos (ensayos clínicos, cohortes y revisiones).
- Mayor prevalencia de HMO en pacientes con dolor crónico de origen musculoesquelético (dolor lumbar, osteoartritis, fibromialgia).
- Asociación con uso prolongado de opioides, dosis altas y mayor duración del tratamiento.

2. Mecanismos implicados
- Activación de receptores NMDA y cambios en la señalización del dolor.
- Neuroinflamación y liberación de citoquinas (IL-1β, IL-6, TNF-α).
- Alteraciones en la modulación descendente del dolor.
- Cambios en la plasticidad neuronal y sensibilización central.

3. Factores de riesgo
- Dosis altas y uso prolongado de opioides.
- Dolor de larga evolución.
- Comorbilidad psicológica (ansiedad, depresión).
- Sexo femenino.
- Genética y polimorfismos.

4. Manifestaciones clínicas
- Aumento de la sensibilidad al dolor (dolor al tacto, al frío o al calor).
- Expansión del dolor a zonas no afectadas.
- Disminución de la eficacia analgésica.
- Mayor intensidad del dolor y peor funcionalidad.

El círculo vicioso de la hiperalgesia mediada por opioides



Implicaciones para la fisioterapia

- ✓ Ejercicio terapéutico y ejercicio aeróbico.
- ✓ Terapia manual y técnicas de neurodinámica.
- ✓ Educación en neurociencia del dolor.
- ✓ Estrategias de afrontamiento y manejo del estrés.
- ✓ Enfoque biopsicosocial y trabajo interdisciplinar.

CONCLUSIONES

- La hiperalgesia mediada por opioides es un fenómeno frecuente en pacientes con dolor crónico y contribuye a la cronificación del dolor y a la pérdida de eficacia analgésica.
- Los mecanismos implicados incluyen la activación de receptores NMDA, la neuroinflamación y la sensibilización central.
- El riesgo de desarrollar HMO aumenta con el uso prolongado y en dosis elevadas de opioides, especialmente en mujeres y en presencia de comorbilidad psicológica.
- La fisioterapia, como parte del abordaje multidisciplinar, puede ayudar a reducir la sensibilización del sistema nervioso, mejorar la funcionalidad y disminuir la necesidad de opioides.
- Se requiere más investigación de alta calidad para definir estrategias específicas de prevención y tratamiento de la HMO en la práctica clínica.

Menos opioides, más fisioterapia, mejores resultados





FISIOTERAPIA POSTQUIRURGICA EN ARTROPLASTIA DE CADERA



Autores: Marta Villadangos García, Henar Maraña Rodríguez, Sara Díez Fernández, Beatriz Durán Salgado, Nuria Fuertes Mayo,
María Teresa Diez Alonso, Mercedes Fernández Alzola, Daniel Dominguez Centeno, Ana Belén Álvarez Pellitero, Alicia Fernández Garcia, Judith García Castro

JUSTIFICACIÓN

- Estandarizar los cuidados de movilización tras la artroplastia de cadera para prevenir complicaciones y favorecer la recuperación funcional.

OBJETIVOS

- Proporcionar al personal sanitario, pacientes y cuidadores las recomendaciones de movilización correctas tras la cirugía de artroplastia de cadera.

MÉTODO

- Recopliación bibliográfica en bases de datos científicas.
- Análisis de estudios sobre movilización.
- Movilización postquirúrgica en artroplastia de cadera.
- Comparación de resultados para establecer recomendaciones.

PALABRAS CLAVE

- Artroplastia de cadera
- Fisioterapia
- Rehabilitación
- Movilización precoz
- Complicaciones postquirúrgicas
- Recuperación funcional

POSTOPERATORIO INMEDIATO



- Mantener el miembro inferior intervenido alineado en la cama, evitando rotaciones.
- Realizar flexo-extensión de tobillo.
- Mantener el cabecero elevado 30°.

A LAS 24 HORAS DE LA CIRUGÍA





- Transferencia decúbito-sedestación y viceversa por el lado del miembro intervenido.
- Sedestación en silla alta y dura, con flexión de cadera nunca superior a 90°.
- Muslos paralelos y ligeramente separados.
- Pies apoyados en el suelo o con reposapiés.

A LAS 48 HORAS DE LA CIRUGÍA



- Transferencia sedestación-bipedestación y viceversa utilizando los reposabrazos de la silla y adelantando siempre el miembro intervenido.
- Para la deambulación, regular la altura del andador.
- Comenzar adelantando el andador, seguidamente pierna operada y por último pierna sana al mismo nivel.
- Utilizar los miembros superiores para la descarga de peso en la pierna intervenida.

RECOMENDACIONES GENERALES DE FISIOTERAPIA


Mantener la pierna alineada y evitar rotaciones.

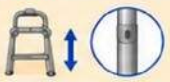

Realizar flexo-extensión de tobillo regularmente.



Utilizar sillas altas y duras. Flexión de cadera < 90°.


Muslos paralelos y ligeramente separados.


Pies apoyados en el suelo o con reposapiés.


Regular la altura del andador.


Adelantar andador, luego pierna operada y por último pierna sana.


Utilizar los miembros superiores para la descarga de peso.

CONCLUSIONES

- La fisioterapia precoz, progresiva y basada en pautas seguras favorece la recuperación funcional tras la artroplastia de cadera.
- La movilización temprana reduce el riesgo de complicaciones (trombosis venosa profunda, rigidez, luxación protésica de la cadera y pérdida de fuerza muscular).
- La correcta educación del paciente, cuidadores y personal sanitario es esencial para mantener las precauciones de movimiento y proteger la prótesis.
- El cumplimiento de estas recomendaciones mejora la autonomía, la calidad de vida y facilita un retorno seguro a las actividades de la vida diaria.

Hallux valgus: calzado estrecho vs calzado respetuoso

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar si el uso de calzado estrecho favorece la aparición o el empeoramiento del hallux valgus en comparación con un calzado respetuoso.

Autores

- **Marta Villadangos García**
- Henar Maraña Rodríguez
- Sara Díez Fernández
- Beatriz Durán Salgado
- Nuria Fuertes Mayo
- María Teresa Díez Alonso
- Mercedes Fernández Alzola
- Daniel Domínguez Centeno
- Ana Belén Álvarez Pellitero
- Alicia Fernández García
- Judith García Castro

Palabras claves

- Hallux valgus
- Calzado estrecho
- Calzado respetuoso
- Deformidad del pie

Antecedentes

- El hallux valgus es una de las deformidades más frecuentes del pie.
- Se han señalado factores como el calzado estrecho, de punta y con tacón como posibles desencadenantes.
- El calzado respetuoso (punta amplia, suela flexible y sin tacón) se asocia con una mejor alineación del pie.

Objetivos

Comparar la influencia del calzado estrecho frente al calzado respetuoso en la aparición y progresión del hallux valgus.

Método

- Revisión bibliográfica en bases de datos:
  - **PubMed**
  - **PEDro**
  - **Cochrane Library**
- Criterios de inclusión y exclusión.
- Análisis de estudios sobre uso de calzado y hallux valgus.
- Comparación de resultados entre calzado estrecho y calzado respetuoso.

CALZADO ESTRECHO



- Punta estrecha y poco espacio para los dedos.
- Mayor presión sobre el primer metatarsiano.
- Favorece la aparición o progresión del hallux valgus.

VS

CALZADO RESPETUOSO



- Punta ancha y espacio para los dedos.
- Suela flexible y sin tacón.
- Favorece la alineación natural del pie y reduce el riesgo de hallux valgus.

Resultados

- El calzado estrecho se asocia con una mayor prevalencia y progresión del hallux valgus.
- El calzado respetuoso muestra un efecto protector o menor riesgo.
- La evidencia es consistente en la mayoría de los estudios revisados.

Conclusiones

El calzado estrecho favorece el hallux valgus, mientras que el calzado respetuoso contribuye a prevenirlo y a mantener la salud del pie.



Uso del calzado barefoot en la fascitis plantar: evidencia actual y aplicaciones en fisioterapia

VIII Congreso Internacional Silver Economy

Autores: Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martínez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Diaz; Daniel Nicólás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andraa Sevilla López; Eva Diez Villarrei; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martínez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Diez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez.

RESUMEN

La **fascitis plantar** es una causa frecuente de dolor en el talón, con importante impacto funcional. El calzado **barefoot**, por sus características de suela fina y ausencia de *drop*, puede modificar la carga plantar y mejorar la función del pie.

Se revisa la evidencia científica sobre su eficacia, con implicaciones para la práctica fisioterapéutica.

ANTECEDENTES

La **fascitis plantar afecta** al 10-15 % de la población adulta. Su **origen es multifactorial**, destacando la sobrecarga mecánica. En los últimos años ha aumentado el interés por el calzado *barefoot* como intervención complementaria, ya que podría favorecer una biomecánica más natural y una mayor activación muscular intrínseca del pie.

OBJETIVOS

- Analizar la evidencia actual sobre la eficacia del calzado *barefoot* en la reducción del dolor y la mejora de la función en personas con fascitis plantar.
- Identificar posibles aplicaciones en el ámbito de la fisioterapia.

PALABRAS CLAVE

Plantar fasciitis; Barefoot footwear; Biomechanics; Foot function; Physiotherapy.





MÉTODO

- Revisión narrativa de la literatura.
- Bases de datos: **PubMed, Scopus y Cochrane.**
- Criterios de inclusión: **estudios en adultos con fascitis plantar que analicen el uso de calzado *barefoot*.**
- Criterios de exclusión: estudios en población pediátrica, otras patologías del pie o calzado no minimalista.

RESULTADOS

- **Reducción del dolor:** mejoría significativa del dolor en el talón (EVA −1,5 a −3 puntos) tras el uso de calzado *barefoot*.
- **Mejora de la función:** aumento de la función del pie y del control postural.
- **Activación muscular:** mayor actividad de la musculatura intrínseca del pie.
- **Biomecánica:** distribución de cargas más eficiente y menor presión en la zona de inserción de la fascia.



Activación de la musculatura intrínseca del pie

CONCLUSIONES

- El calzado *barefoot* puede ser una opción eficaz y segura en el manejo de la fascitis plantar.
- Contribuye a reducir el dolor, mejorar la función y favorecer la activación muscular.
- Debe integrarse dentro de un abordaje fisioterapéutico individualizado y progresivo.

EL NUEVO PERFIL PROFESIONAL: CUIDADOR SILVER

María Antonia Codesal Pardal · Sheila Patricia González Quintano · Rosa Eva Casado Macias · José Antonio Montes López
Laura Blanco Aparicio · Covadonga Pérez Gutiérrez · Marlo Conde Jorge

ACOMPAÑAR
Apoyo emocional y social

CUIDAR
Apoyo cotidiano y seguridad

PROMOVER
Autonomía y vida independiente

CONECTAR
Familias y equipos profesionales

RESUMEN

El envejecimiento de la población hace necesario reforzar los cuidados personalizados. El cuidador SILVER se plantea como un perfil que acompaña a las personas mayores, favorece su autonomía y contribuye a su bienestar.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Autonomía · Cuidados · Envejecimiento saludable · Atención centrada en la persona

ANTECEDENTES

La longevidad es un logro social, pero puede acompañarse de necesidades de apoyo, dependencia o soledad no deseada. La atención debe proteger la dignidad, las preferencias y la participación social. «Cuidador SILVER» se presenta como una propuesta de perfil, no como una categoría profesional universalmente regulada.

OBJETIVOS

- Describir el perfil cuidador SILVER.
- Identificar sus funciones y competencias.
- Señalar necesidades para mejorar la calidad de los cuidados.

MÉTODO

Revisión narrativa y descriptiva de documentos de referencia sobre envejecimiento saludable, atención centrada en la persona y cuidados integrados. Se organizaron las funciones, competencias y retos del perfil. No se recogieron datos propios ni se realizó una evaluación experimental.

RESULTADOS

FUNCIONES
- Apoyo en actividades de la vida diaria.
- Promoción de autonomía y hábitos saludables.
- Acompañamiento emocional y social.
- Comunicación de cambios al equipo responsable.
- Coordinación con familias y servicios.

COMPETENCIAS
- Empatía y comunicación clara.
- Cuidado y seguridad básicos.
- Respeto a la intimidad y decisiones.
- Uso responsable de la tecnología.

RETOS

CONCLUSIONES

El cuidador SILVER puede contribuir a unos cuidados más humanos, personalizados y coordinados. Para consolidar este perfil se necesitan formación específica, competencias bien definidas y condiciones laborales dignas. Su utilidad deberá evaluarse en experiencias piloto con personas mayores, familias y profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015.

2. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable: informe de referencia. 2020.

3. Organización Mundial de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). 2019.

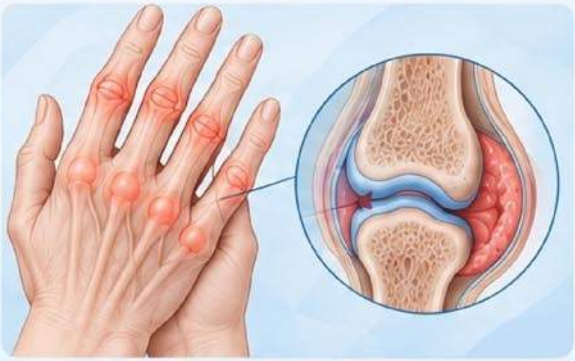
Manifestaciones articulares de la enfermedad de Sjögren

Ana Belén Álvarez Pellitero, Henar Maraña Rodríguez, Sara Díez Fernández, Marta Villadangos García, Beatriz Durán Salgado, Nuria Fuertes Mayo, María Teresa Díez Alonso, Mercedes Fernández Alzola, Daniel Domínguez Centeno, Alicia Fernández García, Judit García Castro

Introducción

La enfermedad de Sjögren (EdS) es una patología autoinmune crónica y sistémica, caracterizada principalmente por la **afectación de las glándulas exocrinas**, pero que también puede presentar **manifestaciones musculoesqueléticas**.

Las **manifestaciones articulares** son frecuentes y pueden condicionar un **impacto importante** en la calidad de vida de los pacientes.



Manifestaciones articulares

- **Artralgias**: dolor articular sin signos objetivos de inflamación.
- **Artritis:** inflamación de las articulaciones, habitualmente no erosiva.
- **Poliartritis:** puede afectar a varias articulaciones, de forma simétrica o no deformante.
- **Ocasionalmente**, puede asociarse a fatiga, mialgias y bursitis.

Las articulaciones más afectadas son:

- Manos y muñecas (la más frecuente).
- Rodillas.
- Tobillos.
- Hombros.
- Caderas (menos habitual).

Características clínicas

Dolor articular
Continuo o intermitente, con predominio en manos, muñecas y otras articulaciones periféricas.

Rigidez matutina
Suele ser de corta duración (< 30 minutos).

Inflamación
Generalmente leve.

No erosiva
No suele producir destrucción articular, a diferencia de la artritis reumatoide.

Diagnóstico

- **Historia clínica** y exploración física.
- **Analítica:** FR y anti-CCP suelen ser negativos. Puede haber hipergammaglobulinemia y otros marcadores autoinmunes (ANA, anti-Ro/SSA, anti-La/SSB).
- **Estudios de imagen:** ecografía y/o resonancia pueden mostrar sinovitis leve, sin erosiones.

Tratamiento

Analgésicos y antiinflamatorios
(según necesidad).

Hidroxicloroquina
Puede ser útil en artralgias y artritis leves.

Corticoides
En casos de inflamación persistente o grave.

Fármacos inmunomoduladores
(metotrexato, leflunomida, etc.) en casos seleccionados y refractarios.

Conclusiones

- Las manifestaciones articulares, principalmente artralgias y, en menor medida, artritis o sinovitis, son frecuentes en la enfermedad de Sjögren.
- Suelen ser de curso leve, generalmente no erosivas y no deformantes, aunque pueden afectar de forma significativa a la calidad de vida.
- Es fundamental diferenciar entre artralgias sin signos de inflamación objetiva y artritis, y realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades, especialmente la artritis reumatoide.
- La valoración clínica individualizada y un enfoque multidisciplinar son clave para un adecuado manejo del paciente con EdS y manifestaciones articulares.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Calzado y Caídas: El papel de la Fisioterapia

Mejor calzado + Mejor equilibrio = Menos caídas



El calzado también es parte de tu terapia

Autores

Henar Maraña Rodríguez; Sara Diez Fernández; Marta Villadangos García; Beatriz Durán Salgado; Nuria Fuertes Mayo; María Teresa Diez Alonso; Mercedes Fernández Alzola; Daniel Domínguez Centeno; Ana Belén Álvarez Pellitero; Alicia Fernández García; Judith García Castro.

1. Resumen

El calzado adecuado y la intervención fisioterapéutica son clave para prevenir caídas en personas mayores. Esta revisión analiza la evidencia científica sobre cómo el calzado influye en el equilibrio y la marcha, y cómo la fisioterapia puede mejorar la seguridad y la funcionalidad. Los resultados muestran que el uso de calzado apropiado, junto con programas de ejercicio y educación en marcha, reduce significativamente el riesgo de caídas.

Palabras clave

Calzado; caídas; equilibrio; fisioterapia; personas mayores.

3. Antecedentes

- Las caídas son la principal causa de lesión en personas mayores, con un impacto importante en la salud y la independencia.
- El calzado influye en la estabilidad y en la marcha.
- La fisioterapia contribuye a mejorar el equilibrio, la fuerza y la confianza al caminar.

4. Objetivos

Objetivo general:

- Analizar la influencia del calzado en el equilibrio, la marcha y el riesgo de caídas desde la perspectiva de la fisioterapia.

Objetivos específicos:

- Identificar las características del calzado relacionadas con el riesgo.
- Describir su influencia en el equilibrio y la marcha.
- Proponer estrategias fisioterapéuticas para reducir el riesgo de caídas.

2. Método

Revisión bibliográfica

- Bases de datos: PubMed, PEDro, Scopus,
- Palabras clave: footwear, falls, gait, balance, physiotherapy, older adults.
- Criterios de inclusión: estudios sobre calzado, equilibrio, marcha y prevención de caídas (especialmente en población adulta mayor).

Factores de riesgo

- Calzado inadecuado o sin sujeción.
- Tacones altos o base inestable.
- Suelos mojados o irregulares.
- Alteraciones del equilibrio, fuerza, sensibilidad o movilidad.



Un calzado inadecuado puede aumentar el riesgo de caída.

6. Resultados

A. Características del calzado

ADECUADO



- ✓ Ajuste correcto al pie.
- ✓ Suela antideslizante.
- ✓ Base estable y tacón bajo.
- ✓ Sujeción del talón.
- ✓ Buen estado de la suela.

INADECUADO



- ✗ Demasiado grandes o pequeños.
- ✗ Tacones altos.
- ✗ Chanclas o sandalias sueltas.
- ✗ Suelas desgastadas.

B. Influencia en la función motora



Contacto inicial	Apoyo medio	Apoyo final	Despegue
Estabilidad en bipedestación	Equilibrio estático y dinámico	Longitud y velocidad del paso	Despegue y contacto del pie en la marcha

C. Relación con el riesgo de caídas

Calzado inadecuado + Otros factores (edad, fuerza, equilibrio, comorbilidad, movilidad..) = Mayor riesgo de caídas

Comparativa de calzado



Estable y seguro | Inestable y de riesgo

5. Intervención fisioterapéutica

A. Valoración funcional

- Análisis de la marcha.
- Evaluación del equilibrio (estático y dinámico).
- Fuerza y movilidad del tobillo.
- Inspección del calzado habitual.
- Antecedentes de caídas y otros factores de riesgo.



B. Herramientas de evaluación

- Timed Up and Go (TUG).
- Escala de Equilibrio de Berg.
- Funcional Gait Assessment (FGA).
- Análisis observacional de la marcha.

8. Conclusiones

- La evaluación del calzado complementa la valoración fisioterapéutica del riesgo de caídas.
- La combinación de educación, entrenamiento del equilibrio, fortalecimiento muscular y marcha constituye una estrategia integral de prevención.

Tu calzado, un aliado en la prevención de caídas

Tu calzado, un aliado en la prevención de caídas

Fisioterapia

Movimiento • Equilibrio • Seguridad

PATOLOGÍA TRADICIONAL *VS* PATOLOGÍA DIGITAL

Autora: González Moraga, Elena

Resumen

La patología digital es una herramienta innovadora que permite digitalizar muestras de tejidos mediante escáneres de alta resolución, convirtiéndolas en imágenes que pueden visualizarse y analizarse en un ordenador. Es una evolución de la patología tradicional, basada en el uso del microscopio óptico.

Antecedentes

La patología tradicional utiliza el microscopio óptico para estudiar muestras de tejidos y células, y sus cambios para diagnosticar enfermedades.
Las nuevas tecnologías han desarrollado sistemas de digitalización.

Palabras clave

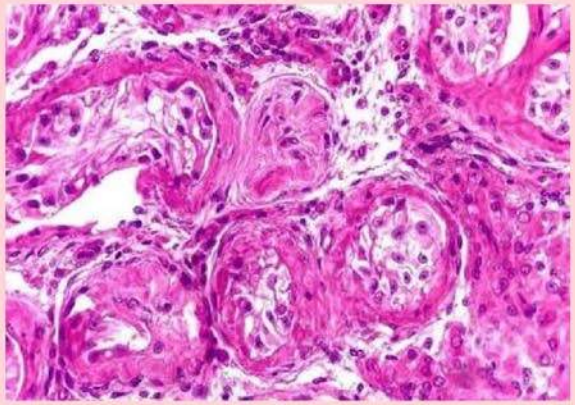
Patología digital, digitalización de imágenes, diagnóstico histológico, inteligencia artificial

Objetivos

Comparar y evaluar las diferencias de la patología digital y la tradicional

Método

Se utiliza estudio comparativo de los dos flujos de trabajo



Resultados

Patología tradicional



Patología digital



Conclusiones

La patología digital supone una evolución de la patología tradicional, facilitando el almacenamiento, la consulta y el análisis de las muestras.

Bibliografía: Barco. (s.f.). ¿Qué es la patología digital? https://www.barco.com/es/inspiration/healthcare-glossary/digital-pathology#tabs-8bace633cc-item-526ce33b5f-tab
Heffner, S., Colgan, O., & Doolan, C. (24 de febrero de 2023). Patología digital. Leica Biosystems. https://www.leicabiosystems.com/es/knowledge-pathway/digital-pathology/ [1]
Lab Tests Online. (7 de junio de 2020). Anatomía patológica. https://www.labtestsonline.es/articles/articles-anatomia-patologica

INTERVENCIONES COMUNICATIVAS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE DUELO.

Autores: Carmen Juan García[1] ;Laura Martínez Cañibano[2]
[1]Hospital Universitario de Cabueñes
[2]Hospital Universitario de León

- RESUMEN

El envejecimiento no es sólo un tránsito hacia la senectud; es un territorio donde confluyen la biología, la memoria y la existencia emocional. En este trabajo se revisa la literatura científica reciente sobre la relación entre envejecimiento y los trastornos del ánimo, con una mirada crítica y humanista. Se identifican factores de riesgo y de protección, así como estrategias de intervención psicosocial que promueven el bienestar en las personas mayores. Se concluye con la necesidad de abordar la salud mental del anciano desde una perspectiva interdisciplinar que combine ciencia, literatura y acompañamiento comunitario.

- ANTECEDENTES

El aumento de la esperanza de vida ha convertido el envejecimiento en un reto sanitario y social de gran magnitud. La depresión y la ansiedad en las personas mayores son trastornos frecuentes, aunque a menudo pasan inadvertidos o se confunden con el proceso natural de envejecer. La literatura científica señala que más del 20 % de los mayores presenta síntomas depresivos y una proporción significativa, ansiedad. Factores como la soledad, la pérdida funcional y el escaso apoyo social influyen en su aparición. Estas alteraciones emocionales contribuyen al deterioro funcional y a la disminución de la calidad de vida. Comprenderlas exige una mirada integral que incluya sus dimensiones biológicas, psicológicas y existenciales.



- PALABRAS CLAVE: Envejecimiento; depresión en la vejez; ansiedad en mayores; bienestar emocional; resiliencia; red social.

- OBJETIVO

- Analizar las intervenciones comunicativas enfermeras dirigidas al acompañamiento de personas en proceso de duelo.
- Describir el papel de la escucha activa y la empatía en el acompañamiento enfermero .

- MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica sobre comunicación enfermera y atención a personas en proceso de duelo. Se consultaron las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science y SciELO. Se utilizaron los descriptores Grief, Bereavement, Therapeutic Communication, Nursing Care, Palliative Care, Older Adults y Family Support, combinados mediante operadores booleanos. Se priorizaron publicaciones recientes en español e inglés relacionadas con comunicación terapéutica, acompañamiento emocional, duelo y cuidados al final de la vida. Los resultados se organizaron mediante una síntesis temática .

- RESULTADOS

PRESENCIA → ESCUCHA → EMPATÍA → ACOMPAÑAMIENTO → DETECCIÓN → DERIVACIÓN

Y destacaría tres dimensiones:

PERSONA	FAMILIA	ENFERMERÍA
Expresión emocional	Información comprensible	Escucha activa
Necesidades individuales	Apoyo emocional	Empatía
Valores y preferencias	Acompañamiento	Comunicación terapéutica
Signos de riesgo	Participación	Detección y derivación

- CONCLUSIONES

La depresión y la ansiedad no deben ser considerados acompañantes inevitables del La comunicación constituye una intervención enfermera esencial en el acompañamiento del duelo, especialmente en contextos de enfermedad avanzada, final de vida y pérdidas significativas en personas mayores. La escucha activa, empatía, presencia terapéutica y validación emocional permiten individualizar los cuidados y favorecer una relación basada en la confianza y el respeto.
Se considera necesario reforzar la formación enfermera en comunicación terapéutica y atención al duelo, así como establecer protocolos que faciliten la detección de necesidades emocionales y la derivación a profesionales especializados cuando sea necesario. La investigación futura debería profundizar en la efectividad de las intervenciones comunicativas enfermeras y su impacto sobre el bienestar de las personas en duelo y sus familias.

Bibliografía

Bishaw, S., Coyne, E., Halkett, G. K., & Bloomer, M. J. (2024). Fostering nurse-patient relationships in palliative care: An integrative review with narrative synthesis. Palliative Medicine, 38(10), 1105–1120. https://doi.org/10.1177/02692163241277380 Chen, W., Chung, J. O. K., Lam, K. K. W., & Molassiotis, A. (2023). End-of-life communication strategies for healthcare professionals: A scoping review. Palliative Medicine, 37(1), 61–74. https://doi.org/10.1177/02692163221133670

CONTROL DIRIGIDO DE LA TEMPERATURA TRAS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: ACTUALIZACIÓN DE LA EVIDENCIA Y CUIDADOS ENFERMEROS

Autores: Carmen Juan García[1] ;Laura Martínez Cañibano[2]
[1]Hospital Universitario de Cabueñes
[2]Hospital Universitario de León

• ANTECEDENTES

La lesión cerebral hipóxico-isquémica constituye una de las principales causas de morbimortalidad después de una parada cardiorrespiratoria. Tras recuperar la circulación espontánea, el daño neurológico puede verse condicionado por diferentes mecanismos fisiopatológicos, entre ellos la respuesta inflamatoria, el estrés oxidativo y las alteraciones de la regulación térmica.
La temperatura corporal es un parámetro susceptible de intervención durante los cuidados posresucitación. Históricamente, la hipotermia terapéutica se empleó como estrategia neuroprotectora; sin embargo, los estudios posteriores y las actualizaciones de las guías internacionales han matizado su indicación y el grado de beneficio atribuible a objetivos térmicos específicos

• **PALABRAS CLAVE:** Parada cardiorrespiratoria; control de la temperatura; prevención de la fiebre; cuidados de Enfermería; cuidados críticos.

• RESULTADOS



Prevención de la fiebre: objetivo térmico ≤ 37,5 °C en pacientes que permanecen en coma tras la PCR.

Duración del control térmico: 36–72 horas, según las recomendaciones y el contexto clínico.

Hipotermia terapéutica (32–34 °C): beneficio no demostrado de forma universal.

Cuidados enfermeros prioritarios:

•Monitorización continua de la temperatura central.

•Manejo seguro de los dispositivos y sus alarmas.

•Vigilancia hemodinámica y detección de escalofríos.

•Control de la integridad cutánea, glucemia y electrolitos.

•Registro sistemático y comunicación de incidencias.

Implicación clínica: individualización de los objetivos térmicos y aplicación de protocolos basados en la evidencia.

• CONCLUSIONES

El control dirigido de la temperatura constituye una intervención relevante en los cuidados posresucitación de los pacientes adultos que permanecen en coma tras una PCR. La evidencia y las recomendaciones internacionales actuales priorizan la prevención activa de la fiebre, mientras que el beneficio de la hipotermia de 32-34 °C para todos los pacientes continúa sin estar establecido.
Enfermería ocupa una posición estratégica en la monitorización de la temperatura, el manejo seguro de los dispositivos, la vigilancia de complicaciones y la aplicación de protocolos individualizados. La formación continuada, el registro sistemático y la comunicación multidisciplinar son esenciales para garantizar cuidados seguros y coherentes con la evidencia científica disponible.
Se considera necesario continuar investigando qué pacientes podrían beneficiarse de objetivos térmicos específicos y cuál es la duración óptima de las distintas estrategias de control.

• RESUMEN

El control dirigido de la temperatura es una intervención relevante en los cuidados posparada cardiorrespiratoria, especialmente para prevenir la fiebre y limitar el daño neurológico. El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia científica actual y las principales intervenciones enfermeras asociadas. Se realizó una revisión narrativa de guías internacionales y literatura científica sobre el manejo térmico en adultos. Las recomendaciones actuales priorizan la prevención activa de la fiebre, con objetivos individualizados, sin establecer un beneficio universal de la hipotermia a 32-34 °C. Enfermería desempeña un papel fundamental en la monitorización térmica, el manejo seguro de los dispositivos y la prevención de complicaciones. La formación continuada y los protocolos basados en la evidencia contribuyen a mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados posresucitación.

• OBJETIVO

Objetivo general
Analizar la evidencia científica actual sobre el control dirigido de la temperatura tras una parada cardiorrespiratoria en adultos y su aplicación en los cuidados enfermeros.
Objetivos específicos
•Describir las recomendaciones actuales sobre prevención de la fiebre y selección de objetivos térmicos.
•Identificar las principales intervenciones enfermeras durante el control de la temperatura.

• MÉTODO

La búsqueda bibliográfica se orientó a bases de datos y fuentes especializadas, como PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y Cochrane Library, además de documentos oficiales de ERC, ESICM e ILCOR.
Se consideraron como términos de búsqueda: "Targeted Temperature Management", "Cardiac Arrest", "Post-Cardiac Arrest Care", "Fever Prevention" y "Nursing Care", combinados mediante operadores booleanos.
Se priorizaron guías de práctica clínica, consensos internacionales, revisiones sistemáticas y estudios relevantes publicados entre 2020 y 2026, en español o inglés, relacionados con pacientes adultos tras una PCR y con implicaciones para la práctica enfermera.
La información se organizó en tres ejes temáticos: recomendaciones sobre objetivos térmicos, seguridad de las intervenciones y cuidados enfermeros durante la monitorización y el control de la temperatura.

• BIBLIOGRAFÍA

European Society for Emergency Medicine, & European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. (2023). Temperature control after successful resuscitation from cardiac arrest in adults: A joint statement. *European Journal of Emergency Medicine*. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10906202/
Skrifvars, M. B., et al. (2024). Does targeted temperature management at 33 °C improve outcome after cardiac arrest? *Current Opinion in Critical Care, 30*(6), 615–621. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11540270/

FISIOTERAPIA EN LAS ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com

Las enfermedades reumáticas involucran articulaciones móviles, como: rodillas, tobillos, manos, codos...



Suelen afectar también a los tejidos blandos, como los músculos y la piel.



Las causas principales residen en la osteoporosis y los dolores en la espalda baja.



Los signos y síntomas suelen ser diversos.

Se identifica: Rigidez matutina de la articulación, dolor articular, deformación estructural, limitación del movimiento...

El paciente debe recibir un tratamiento integral y debe ser atendido por un equipo multidisciplinar de ciencias de la salud.

El Fisioterapeuta es fundamental:

Ayuda a la persona con el manejo del dolor y a mejorar o mantener la funcionalidad y la independencia, permitiendo que se desenvuelva lo mejor posible dentro de su entorno.

Cuenta con una gama de herramientas que ayudan a cubrir las necesidades del paciente.

La combinación de ejercicio terapéutico e hidroterapia ofrece aún más ventajas, para así poder trabajar de manera más efectiva.



Rizartrosis

Artrosis de la articulación trapeciometacarpiana del pulgar

Autores:
Alicia Fernández García • Henar Maraña Rodríguez
Sara Díez Fernández • Marta Villadangos García
Beatriz Durán Salgado • Nuria Fuertes Mayo
María Teresa Díez Alonso • Mercedes Fernández Alzola
Daniel Domínguez Centeno • Ana Belén Álvarez Pellitero
Judit García Castro

Resumen

La rizartrosis es una artrosis frecuente que afecta la articulación trapeciometacarpiana, provocando dolor, rigidez y pérdida de fuerza en el pulgar.

Palabras clave

- Rizartrosis
- Artrosis del pulgar
- Articulación trapeciometacarpiana
- Dolor
- Fisioterapia
- Ortesis
- Movilidad
- Calidad de vida

Antecedentes

Es una de las artrosis más frecuentes de la mano, especialmente en mujeres. Se relaciona con la edad, la sobrecarga y factores genéticos.

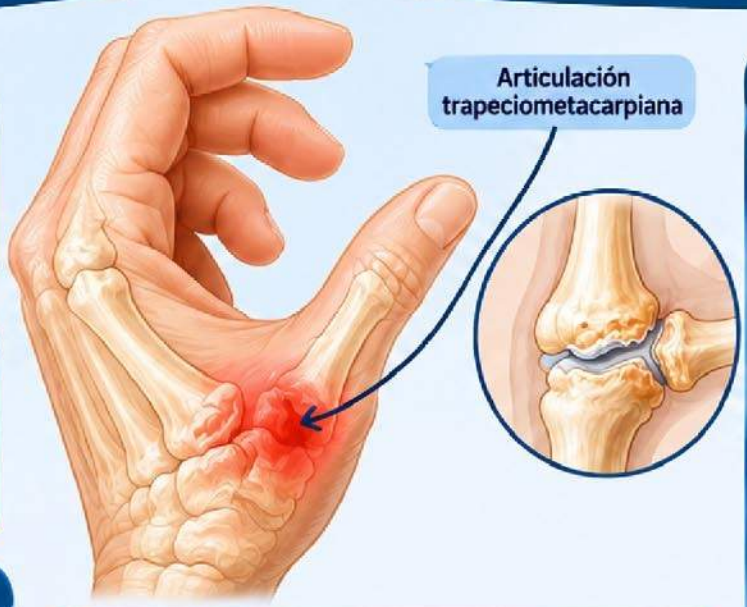
Objetivos

Objetivo general

Conocer la rizartrosis y sus tratamientes.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar causas y factores de riesgo.
- ✓ Reconocer síntomas y diagnóstico.
- ✓ Conocer las opciones terapéuticas.



Método

Revisión bibliográfica en bases de datos y guías clínicas sobre la anatomía, causas, diagnóstico y tratamientos de la rizartrosis.



Resultados

1. ¿Qué es?

Artrosis de la base del pulgar.



2. Síntomas

- Dolor al pinzar
- Pérdida de fuerza
- Rigidez
- Inflamación
- Dificultad para sujetar

3. Clasificación (Eaton-Littler-Burton)



Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
(Espacio conservado)	(Leve estrechamiento)	(Esclerosis y osteofitos)	(Gran deformidad)

4. Tratamiento

- ✓ Conservador: analgesia, férula, fisioterapia
- ✓ Quirúrgico: artroplastia o artrodesis

→ Mejora del dolor y la función

Conclusiones

- ✓ La rizartrosis es una patología frecuente que afecta la funcionalidad del pulgar.
- ✓ El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado mejoran la calidad de vida.
- ✓ La fisioterapia y las medidas de protección articular son clave en su manejo.

Cuida tus manos, cuida tu independencia



Rotura degenerativa del manguito rotador en mayores: ejercicio vs. cirugía y tipo de ejercicio

VIII Congreso Internacional
Silver Economy
Zamora · 2026

Revisión de la evidencia

Autores: Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos, José María Márquez Pérez, Bastian Martín García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simón Cascón, Sara Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón Martínez, Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Díez Alonso, Iván Fernández Pérez, Marta de la Torre Sánchez, Anabel Silvan Díaz, Daniel Nicolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Díez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas, Víctor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez, Andrea Martín Martínez, Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso González, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Álvarez, Daniel García Gallego.

Fisioterapeutas · Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl) - León, España

Palabras clave: Manguito de los rotadores; Terapia por ejercicio; Fisioterapia; Anciano; Cirugía.

RESUMEN

Revisión de la evidencia en PubMed (2010–2026) sobre ejercicio terapéutico frente a cirugía en la rotura degenerativa del manguito rotador, y sobre el tipo de ejercicio más adecuado. A corto plazo los resultados son similares; a largo plazo, en roturas de hasta 3 cm, la reparación es superior. La **fuerza progresiva** es el ejercicio con más respaldo. El ejercicio es una buena primera opción, con seguimiento.

ANTECEDENTES

- Las roturas degenerativas del manguito **aumentan con la edad** y causan dolor y pérdida de función [6].
- **¿Cirugía o ejercicio?** La elección sigue en debate en el paciente mayor [6].
- Con fisioterapia, **3 de cada 4 pacientes** evitaron la cirugía a los 2 años [5].

OBJETIVOS

- Comparar ejercicio terapéutico y cirugía en **dolor y función**.
- Conocer la evolución **a largo plazo** de la rotura no operada.
- Identificar el **tipo de ejercicio** más adecuado para el adulto mayor.



Imagen: InjuryMap, Wikimedia Commons, CC BY-SA 4.0 (rótulos traducidos)

MÉTODO

Búsqueda en **PubMed (2010–2026)** de ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas que comparan ejercicio con cirugía en roturas completas no traumáticas.

170 encontrados	→	25 analizados	→	15 incluidos (4 ensayos y 6 revisiones)

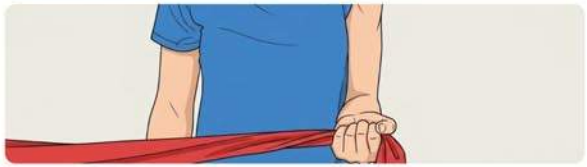
Búsqueda complementaria sobre el **tipo de ejercicio** (isométrico, excéntrico, fuerza progresiva y roturas masivas): 6 estudios incluidos.

RESULTADOS

Ejercicio frente a cirugía según el tiempo de seguimiento

1 año	≈ Similares	La cirugía solo reduce el dolor **0,87 puntos sobre 10**, sin relevancia clínica [1]
2 años	≈ Similares	Resultados equivalentes en conjunto; en roturas completas, algo mejor la cirugía [4]
6 años	≈ Similares	En **mayores de 55 años** con rotura pequeña del supraespinoso, sin diferencias [3]
10–15 años	↑ Cirugía	En roturas de hasta 3 cm, mejor la reparación. La rotura no operada creció de **16 a 32 mm** y un **29 %** acabó operándose [2]

RESULTADOS: TIPO DE EJERCICIO



Isométrico de rotación externa con banda elástica

Fuerza progresiva	El ejercicio **progresivo y con resistencia** mejoró dolor y función frente a no tratar; el no progresivo, no [7]. El fortalecimiento concéntrico fue el más eficaz [8]
Isométrico	Buena **puerta de entrada** si hay dolor, pero no alivia más que el ejercicio isotónico [9]
Excéntrico	Reduce algo el dolor, sin relevancia clínica frente a otros ejercicios [10]
Rotura masiva	**Reeducación del deltoides anterior**: con una media de 80 años, la elevación pasó de 40° a 160° [11]. En mayores de 60 años, 76 de 92 mejoraron con un programa conservador de 12 semanas [12]

La evidencia sobre el tipo de ejercicio procede sobre todo de la tendinopatía del manguito: faltan ensayos en roturas.

CONCLUSIONES

- El ejercicio terapéutico es una **buena primera opción** en el adulto mayor.
- Priorizar la **fuerza progresiva**; el isométrico, para empezar si hay dolor.
- **Seguimiento**: si no mejora o la rotura crece, valorar cirugía.

Primero, fuerza progresiva. Después, seguimiento.

1. Karjalainen TV, Jain NB, Heikkinen J, Johnston RV, Page CM, Buchbinder R. Surgery for rotator cuff tears. Cochrane Database Syst Rev. 2019;12(12):CD013502.

2. Moosmayer S, Lund G, Seljom US, Haldorsen B, Svege IC, Hennig T, et al. Fifteen-year results of a comparative analysis of tendon repair versus physiotherapy for small-to-medium-sized rotator cuff tears: a concise follow-up of previous reports. J Bone Joint Surg Am. 2024;106(19):1785-96.

3. Kukkonen J, Ryösä A, Joukainen A, Lehtinen J, Kauko T, Mattila K, et al. Operative versus conservative treatment of small, nontraumatic supraspinatus tears in patients older than 55 years: over 5-year follow-up of a randomized controlled trial. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(11):2455-64.

4. Cederqvist S, Flinkkilä T, Sormaala M, Ylinen J, Kautiainen H, Irmola T, et al. Non-surgical and surgical treatments for rotator cuff disease: a pragmatic randomised clinical trial with 2-year follow-up after initial rehabilitation. Ann Rheum Dis. 2021;80(6):796-802.

5. Kuhn JE, Dunn WR, Sanders R, An Q, Baumgarten KM, Bishop JY, et al. Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multicenter prospective cohort study. J Shoulder Elbow Surg. 2013;22(10):1371-9.

6. Trygonis N, Loupasis T, Hacıʒ WE, Exadaktylos AK. Conservative management of degenerative rotator cuff tears: a systematic review of long-term clinical outcomes and cost effectiveness. J Orthop. 2026;75:232-41.

7. Naunton J, Street G, Littlewood C, Haines T, Malliaras P. Effectiveness of progressive and resisted and non-progressive or non-resisted exercise in rotator cuff related shoulder pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Rehabil. 2020;34(9):1198-216.

8. Levy O, Mullett H, Roberts S, Copeland S. The role of anterior deltoid reeducation in patients with massive irreparable degenerative rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg. 2008;17(6):863-70.

9. Clifford C, Challoumas D, Paul L, Syme G, Millar NL. Effectiveness of isometric exercise in the management of tendinopathy: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ Open Sport Exerc Med. 2020;6(1):e000760.

10. Larsson R, Bernhardsson S, Nordeman L. Effects of eccentric exercise in patients with subacromial impingement syndrome: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2019;20(1):446.

11. Levy O, Mullett H, Roberts S, Copeland S. The role of anterior deltoid reeducation in patients with massive irreparable degenerative rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg. 2008;17(6):863-70.

12. Gutiérrez-Espinoza H, Ríos-Riquelme M, Valenzuela-Fuenzalida J, Araya-Quintanilla F, Conaire ÉÓ, Ramírez-Vélez R. Long-term clinical outcomes and factors associated with response in older adults with massive irreparable rotator cuff tears: a four-year prospective cohort study. Phys Ther. 2026 Oct 16:pzag113. doi:10.1093/ptj/pzag113. Epub ahead of print.

Polimedicación en las personas mayores:
estrategias para mejorar la seguridad del tratamiento farmacológico

Teresa de Jesús Carretero Salvador[1], José Miguel Julián Enríquez[2], María José Castro Gil[1], Pilar Bernal Crespo[3]

[1] Enfermera de Atención Primaria, Salamanca. [2] Médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), CAUSA.
[3] Técnico en Cuidados de Enfermería, Atención Primaria, Salamanca.



1. INTRODUCCIÓN

La polimedicación, definida como el uso de 5 o más medicamentos de forma continua, es frecuente en las personas mayores y se asocia a un mayor riesgo de efectos adversos, interacciones farmacológicas, disminución de la adherencia terapéutica y aumento de la morbimortalidad.

El uso racional y seguro de los medicamentos es clave para mantener la calidad de vida y la autonomía de las personas mayores.

2. OBJETIVOS

- Conocer la magnitud y los riesgos de la polimedicación en las personas mayores.
- Identificar estrategias para mejorar la seguridad del tratamiento farmacológico.
- Promover un uso racional y personalizado de los medicamentos.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica (2015–2024).

Fuentes: bases de datos (PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus) y guías de práctica clínica.

Selección de artículos: estudios originales, revisiones sistemáticas y recomendaciones de sociedades científicas.

Palabras clave: polimedicación, anciano, seguridad del paciente, adherencia, uso racional de medicamentes.

4. RESULTADOS

4.1 Magnitud del problema



Entre el **24% y el 42%** de las personas mayores de 65 años toman 5 o más medicamentos.

La prevalencia aumenta con la edad y la presencia de enfermedades crónicas.

4.2 Principales riesgos

- Reacciones adversas a medicamentos (RAM)
- Interacciones farmacológicas
- Disminución de la adherencia terapéutica
- Mayor riesgo de caídas, hospitalización y mortalidad

4.3 Estrategias para mejorar la seguridad del tratamiento

Revisión periódica de la medicación
- Deprescripción cuando sea posible.
- Evitar duplicidades y fármacos de alto riesgo (criterios STOPP/START).

Individualización del tratamiento
- Valorar comorbilidades, fragilidad y esperanza de vida.
- Objetivos terapéuticos realistas y consensuados con el paciente.

Mejora de la adherencia
- Información clara y comprensible.
- Uso de sistemas de apoyo (SPD, pastilleros).
- Implicación de cuidadores y familia.

Trabajo en equipo
- Coordinación entre niveles asistenciales.
- Comunicación efectiva entre profesionales.
- Educación sanitaria al paciente y cuidador.

4.4 Resultados esperados

- Menos efectos adversos
- Mejor adherencia y calidad de vida
- Menos ingresos y visitas urgentes
- Mayor seguridad y autonomía

5. CONCLUSIONES / DISCUSIÓN

- La polimedicación es un problema frecuente y relevante en las personas mayores.
- Es esencial realizar una revisión sistemática y periódica de la medicación, con especial atención a los fármacos de riesgo.
- La deprescripción, la **individualización** del tratamiento y la **educación sanitaria** son clave para reducir los riesgos.
- El abordaje multidisciplinar y la coordinación entre niveles asistenciales mejoran la seguridad y la eficacia del tratamiento.

Un uso más seguro de los medicamentos contribuye a un **envejecimiento activo**, independiente y con mejor calidad de vida.



La seguridad en la medicación también es un acto de cuidado



USO RACIONAL | TRABAJO EN EQUIPO | MÁS SALUD

Personas mayores, nuestro mayor valor

ABORDAJE ENFERMERO DE LA FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR MEDIANTE EJERCICIO FÍSICO Y CUIDADOS

AUTORAS: PUENTE RECUERO MJ, ZARDAÍN MONFORTE M, DE JESÚS VICENTE A, PABLO ALONSO IC





Resumen

El síndrome de fragilidad es un estado biológico y multisistémico caracterizado por la pérdida de reserva fisiológica, fuerza muscular y energía, lo que incrementa sustancialmente la vulnerabilidad ante eventos estresantes. Las intervenciones enfermeras, centradas en programas de ejercicio físico, la optimización nutricional (suplementación proteica y vitamina D) y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) logran reducir el nivel de fragilidad, recuperando la capacidad funcional y la independencia en las actividades de la vida diaria en los adultos mayores.

Antecedentes

La fragilidad es un deterioro multisistémico que predispone a caídas, discapacidad, hospitalización y pérdida de autonomía. Su fenotipo clínico incluye la presencia de al menos tres de estos marcadores: debilidad o baja fuerza muscular, lentitud en la marcha, agotamiento/fatiga, baja actividad física y pérdida involuntaria de peso. El envejecimiento conlleva una pérdida progresiva de masa muscular y ósea, la cual se acelera debido a hábitos sedentarios, baja ingesta de proteínas y déficit de vitamina D.

La enfermera comunitaria y de atención primaria ocupa un papel estratégico para la detección precoz y seguimiento del adulto mayor frágil, siendo imprescindible promover una formación continuada y capacitada en el cuidado gerontológico.

Objetivo

- Analizar la eficacia de las intervenciones enfermeras basadas en el ejercicio físico, el soporte nutricional y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para prevenir, reducir y revertir la fragilidad en adultos mayores.
- Determinar el impacto del ejercicio multicomponente sobre la prevalencia de fragilidad y el riesgo de caídas.
- Evaluar el efecto sinérgico de la suplementación con proteínas y vitamina D combinada con el entrenamiento de resistencia progresiva en la función muscular.
- Valorar la utilidad del PAE fundamentado en modelos teóricos e instrumentos estandarizados en la restauración de la autonomía.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de artículos publicados en bases de datos: pubmed, scielo y medline.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Artículos en inglés y español, publicados en los últimos 3 años con evidencia científica.

Palabras clave

cuidados
ejercicio físico,
fragilidad





Resultados

- Tras el programa de ejercicio físico dirigido por enfermería, la prevalencia de fragilidad se redujo del 80% inicial al 4%, el 92% de los adultos mayores refirió no sentirse cansado, el 76% mejoró su capacidad para subir escaleras y el 96% para caminar.
- La suplementación con proteínas y vitamina D, y ejercicios de resistencia muscular aumentó la masa muscular , la fuerza de extremidades inferiores y el rendimiento físico en mayores con sarcopenia y frágiles.
- Los programas de ejercicio realizados en clases grupales fueron los más efectivos para prevenir la progresión de la fragilidad.
- La intervención estructurada mediante el PAE frenó el deterioro funcional, reforzando el afrontamiento emocional y la autogestión de su salud.

Conclusiones

- Las rutinas de ejercicio físico adaptadas y estructuradas por enfermería constituyen un método directo, accesible y eficaz para revertir la fragilidad y ganar fuerza muscular y flexibilidad.
- La combinación de ejercicios de resistencia progresiva con un soporte proteico adecuado y niveles óptimos de vitamina D es la estrategia terapéutica con mayor respaldo científico para preservar la masa muscular y mitigar la sarcopenia.
- La actividad física grupal genera mejores resultados en la reducción de la fragilidad que las pautas puramente individuales
- El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) demuestra ser la herramienta metodológica clave para articular diagnósticos precisos y cuidados holísticos que restauren la independencia funcional y la calidad de vida del anciano frágil



NUTRICIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA

Mejorando la deglución, prevenimos complicaciones

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

Autores: Francisca Belver Calvo, Laura Blanco Aparicio, María Antonia Codesal Pardal, Rosa Eva Casado Macías, Seila Patricia González Quintano, Covadonga Pérez Gutiérrez, Mario Conde Jorge, José Antonio Montes López.

Una buena nutrición también es salud

Resumen

La disfagia es una alteración de la deglución que dificulta el paso de los alimentos y líquidos desde la boca hasta el estómago. En las personas mayores es frecuente y puede estar asociada a enfermedades neurológicas, procesos degenerativos o al propio envejecimiento. Sus consecuencias incluyen desnutrición, deshidratación, aspiración, neumonía y pérdida de masa muscular, lo que afecta la autonomía y calidad de vida.



Objetivos

- Evitar la desnutrición
- Evitar la deshidratación
- Evitar la neumonía y la aspiración
- Prevenir la pérdida de masa muscular y la sarcopenia

Metodología

1. **Valoración nutricional**
   - Estado nutricional
   - Riesgo de desnutrición
   - Ingesta habitual
2. **Evaluación de la deglución**
   - Exploración clínica
   - Pruebas específicas (si procede)
3. **Intervención nutricional**
   - Adaptación de texturas
   - Hidratación adecuada
   - Enriquecimiento de la dieta
4. **Seguimiento**
   - Evolución clínica
   - Control nutricional
   - Ajustes personalizados

Palabras clave

Disfagia, Nutrición Clínica, Deglución, Hidratación, Calidad de Vida.

Intervención nutricional

Adaptación de texturas
Alimentos de fácil deglución (purés, triturados, líquidos espesos).

Hidratación adecuada
Evitar líquidos de riesgo, usar espesantes si es necesario.

Enriquecimiento de la dieta
Aporte extra de proteínas y calorías (suplementos, fortificación, alimentos de alto valor nutricional).

Higiene oral
Reduce el riesgo de aspiración y de infecciones respiratorias.

Señales de alerta

- Tos o ahogo al comer o beber.
- Cambios en la voz (voz húmeda).
- Rechazo de alimentos o pérdida de peso.
- Infecciones respiratorias recurrentes.
- Dificultad para manejar la saliva.

Ante signos de aspiración, fiebre o neumonía, **se requiere valoración médica urgente.**

Flujo de actuación

Valoración → Deglución → Adaptación Dietética → Seguimiento

Resultados esperados

Mejora del estado nutricional
Estabilización o aumento de peso.

Menor deshidratación
Mantener una correcta hidratación.

Menos aspiraciones
Reducción de complicaciones respiratorias.

Prevención de sarcopenia
Conservación de la masa y fuerza muscular.

Mayor calidad de vida
Más autonomía y bienestar.

Conclusiones

La nutrición es esencial en los pacientes mayores con disfagia. La adaptación de texturas, la hidratación adecuada y un abordaje multidisciplinar reducen complicaciones, previenen la desnutrición y mejoran la calidad de vida. Es fundamental un seguimiento individualizado y continuo.

Bibliografía

1. Cichero, J. A. (2017). Dysphagia in the elderly. Nutrients, 9(8), 857.
2. García-Peris, P., et al. (2018). Nutrición en el anciano con disfagia. Nutr Hosp, 35(4), 901-912.
3. IDDSI. (2019). International Dysphagia Diet Standardisation Initiative.
4. ESPEN. (2021). Clinical Nutrition in Geriatrics.

Bloqueo del nervio safeno e IPACK en artroplastia total de rodilla

Bustos Jiménez, B; Rey Escudero, R; Landázuri Castillo, G.E; Molero Díez, Y.B; López-Andaluz Mangas, J; Rueda Millán, V.M; Del Rey De Cabo, C; Puerto Ortega, E; Blanco Dorado, C; Alcalá Blanco, C; Méndez Torrubiano, I; Vicente García, A.

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

1. Resumen

La artroplastia total de rodilla se asocia a dolor postoperatorio que puede dificultar la movilización precoz y la recuperación funcional, especialmente en pacientes mayores.

Se presenta el caso de un varón de 79 años sometido a artroplastia total de rodilla, en el que se empleó una estrategia analgésica novedosa mediante la combinación del bloqueo del nervio safeno e IPACK.

3. Antecedentes

- HTA, dislipemia, FA, obesidad e hiperplasia benigna de próstata.

2. Caso clínico

Técnica anestésica

Anestesia raquídea

Bupivacaina hiperbárica 0.5%

Área de bloqueo

- **Bloqueo del canal aductor (nervio safeno)**
- **Bloqueo IPACK**

Área de bloqueo



Safeno
(canal aductor)

Vista anterior



IPACK
(Toda la cápsula posterior de la rodilla)

Vista posterior

5. Resultados

EVA en reposo

2/10

EVA en movimiento

4/10

Función motora

Movilidad del cuádriceps conservada

Complicaciones

Sin incidencias relacionadas con los bloqueos

6. Objetivos

Objetivo principal

Reducir el consumo de opioides y otros anestésicos que puedan causar depresión respiratoria, delirium, etc, y favorecer una recuperación precoz en el paciente anciano.

Objetivos secundarios

- Control del dolor (EVA).

Valoración

Dolor (EVA) en reposo y movimiento, movilidad del cuádriceps.

7. Conclusiones

- La combinación del bloqueo del nervio safeno a IPACK permite ua adecuado control del dolor yla preservación de la función motora.
- La analgesia regional contribuye a redurci el uso de opioides y otros fármacos de riesgo en el paciente anciano.
- Puede facilitar una recuperación funcional precoz y evitar la anestesia general cuando sea posible y seguro.

Referencias

1. Fillingham. VA, et al. J Arthroplasty, 2022:3709:1691-1966. doi:10.0016/jarth.2022.02.120
2. Lavand'Homnre PM, et al. Eur J Anaesthesiol. 2022:39(9):743-737. doi:10.1097/EJA.0000000000001691
3. Mott A, et al. BMJ Open, 2024;l4(11):e080555. doi:10.1136/bmjopen-2023-080555
4. Wang JH, et al.J Knee šurg, 2023:364|:345-333. doi:10.1555/s-0041-1733882

Eficacia del ejercicio terapéutico en la prevención y manejo del linfedema post-mastectomía

Resumen

El linfedema es una complicación frecuente tras la mastectomía y puede afectar significativamente la calidad de vida. El ejercicio terapéutico ha demostrado ser una estrategia segura y efectiva para prevenir su aparición y reducir su gravedad. Este póster resume la evidencia actual sobre la eficacia del ejercicio terapéutico en la prevención y manejo del linfedema post-mastectomía, destacando sus beneficios clínicos y su papel en un abordaje integral del cuidado.



Método

Diseño: Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clinicos aleatorizados.

Fuentes: Bases de datos electrónicas (PubMed, Cochrane, Web of Science).

Criterios de inclusión: Mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía, intervenciones con ejercicio terapéutico (ejercicios aeróbicos, de resistencia, movilidad y/o estiramiento) y evaluación del linfedema.

Análisis: Se evaluó el efecto del ejercicio en la prevención y manejo del linfedema, considerando variables como volumen del brazo, síntomas y calidad de vida.

Antecedentes



- El linfedema post-mastectomía afecta entre el 15 % y el 30 % de las mujeres, pudiendo ser mayor en quienes reciben radioterapia o disección axilar.
- Se asocia con dolor, limitación funcional, infecciones y deterioro de la calidad de vida.
- El ejercicio terapéutico, incluyendo ejercicios de rango de movimiento, fortalecimiento progresivo y entrenamiento aeróbico, se ha propuesto como una intervención clave para prevenir y tratar el linfedema.

Resultados



- El ejercicio terapéutico reduce el riesgo de linfedema en un 30–50% en comparación con la atención habitual.
- Mejora el volumen del brazo, disminuye los síntomas (pesadez, tensión) y favorece la función física.
- No se encontraron efectos adversos significativos, y se observó una mejor calidad de vida en las pacientes que realizan ejercicio.

Objetivos



- Evaluar la eficacia del ejercicio terapéutico en la prevención del linfedema post-mastectomía.
- Analizar su impacto en el manejo del linfedema ya establecido.
- Determinar su efecto en la calidad de vida de las pacientes.

Conclusiones



El ejercicio terapéutico es una intervención eficaz y segura para prevenir y manejar el linfedema tras la mastectomía, con beneficios significativos en la reducción del volumen, la mejora funcional y la calidad de vida. Su incorporación en el cuidado oncológico debe ser prioritaria y adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente.

Palabras clave

Linfedema; Cáncer de mama; Ejercicio terapéutico; Prevención; Cuidados post-mastectomía.

Autores

Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Peñuelas.

SILVER ECONOMY
VIII CONGRESO INTERNACIONAL
ZAMORA 2026

Ortesis dinámicas y autonomía funcional en la enfermedad de Parkinson: una propuesta desde la Silver Economy

María Jiménez-Barrios, PhD, TO

Póster presentado en el VIII Congreso Internacional Silver Economy · Zamora · 2026

INNOVACIÓN,
SALUD Y CALIDAD DE VIDA
EN UNA SOCIEDAD LONGEVA
ZAMORA, 2026

1. Resumen

La enfermedad de Parkinson puede afectar la destreza manual y la funcionalidad del miembro superior, condicionando actividades de la vida diaria y la autonomía personal. Este póster presenta una síntesis aplicada del estudio de Jiménez-Barrios et al. (AJOT, 2025) sobre una ortesis dinámica elastomérica (DEFO) como intervención no farmacológica, Los hallazgos sugieren mejoras en determinados componentes de la destreza manual mientras la ortesis está colocada, con implicaciones potenciales para la autonomía, la participación y el envejecimiento activo.

2. Palabras clave

Enfermedad de Parkinson; ortesis dinámica; destreza manual; autonomía; Silver Economy.

3. Antecedentes

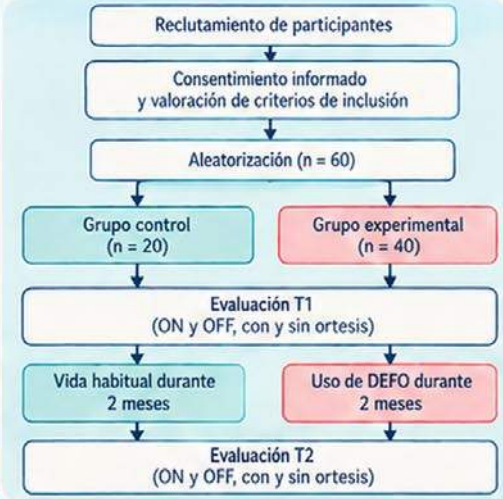
La disminución de la destreza manual en la enfermedad de Parkinson puede repercutir en actividades cotidianas como vestirse, comer, escribir o manipular objetos. Aunque el tratamiento de base es farmacológico, existe interés por intervenciones complementarias que apoyen la función del miembro superior. Las ortesis dinámicas personalizadas pueden contribuir al alineamiento, la propiocepción y algunos componentes del rendimiento funcional.

4. Objetivos

Analizar, desde la perspectiva de la Silver Economy, el potencial de una ortesis dinámica para mejorar la destreza manual y la funcionalidad del miembro superior en personas con enfermedad de Parkinson, así como su posible repercusión sobre autonomía, participación y envejecimiento activo.

5. Método

Trabajo de transferencia cientifica basado en un ensayo aleatorizado longitudinal realizado en el Hospital Universitario de Burgos. Participaron 60 personas con enfermedad de Parkinson (48–89 años); grupo control n = 20 y grupo experimental n = 40. El grupo experimental utilizó una DEFO en el miembro superior más afectado durante 2 meses. La evaluación se realizó en estados ON y OFF, con y sin ortesis, en dos momentos (T1 y T2), mediante Purdue Pegboard Test, Minnesota Manual Dexterity Test y Square Test.



Características del estudio

- n = 60 participantes
- Grupo control: n = 20
- Grupo experimental: n = 40
- Edad: 48-89 años
- Edad media: 70,67 ± 10,37 años
- Intervención: DEFO durante 2 meses

Instrumentos de evaluación

- Purdue Pegboard Test (PPT)
- Minnesota Manual Dexterity Test (MMDT)
- Square Test (ST)



Autonomía
Apoyo en las actividades de la vida diaria

Participación
Mantenimiento de la vida social y comunitaria

Envejecimiento activo
Promoción de un envejecimiento saludable

6. Resultados

A) Efecto inmediato (T1, con ortesis)

- **Purdue Pegboard Test:** mejoría significativa en subtest 1 en estado ON (p = .012) y subtest 3 en estado ON (p = .022).
- **Minnesota Manual Dexterity Test** (placing/displacement): mejoría significativa en estado OFF (p = .001) y estado ON (p = .005).

B) Tras 2 meses de uso (T2, con ortesis)

- **Purdue Pegboard Test:** mejoría significativa en subtest 1 en estado ON (p = .008) y subtest 3 en estado ON (p = .021).
- **Minnesota Manual Dexterity Test:** mejoría significativa en placing/displacement en estado OFF (p = .028) y en turning test en estado ON (p = .028).
- **Square Test:** mejoría significativa en mano derecha en estado ON (p = .023).

C) Sin ortesis tras 2 meses

- No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental al retirar la ortesis.
- La mejoría parece producirse principalmente mientras la ortesis está colocada.

7. Conclusiones

La ortesis dinámica puede mejorar determinados aspectos de la destreza manual y la funcionalidad del miembro superior en personas con enfermedad de Parkinson mientras se utiliza.
Como intervención no farmacológica, puede apoyar la autonomia en actividades de la vida diaria y encajar dentro de estrategias de envejecimiento activo y Silver Economy.
No obstante, los beneficios no se mantienen claramente al retirar la ortesis, por lo que se necesitarían más estudios sobre su efectos a largo plazo.

Trabajo de transferencia cientifica elaborado por María Jiménez-Barrios a partir del artículo: Jiménez-Barrioos M, González-Bernal J, Santamaría-Peláez M, et al. Impact of a Dynamic Orthosis on Manual Dexterity Among People With Parkinson's Disease: A Randomized Trial. American Journal of Occupational Therapy, 2025,79(1), doi:10.5014/ajot.2025.050723.

El envejecimiento del aparato digestivo

Tu sistema digestivo también envejece.
Con el paso de los años, su funcionamiento cambia, y esto puede afectar tu salud y bienestar.

No es solo una cuestión de años, sino de cómo cuidamos lo que nos mantiene en movimiento.



¿Qué pasa con la edad?

A partir de los 50 años, se producen cambios naturales en todo el tubo digestivo:

Boca y dientes
Disminuye la producción de saliva y puede haber más problemas dentales, lo que dificulta la masticación.

Estómago
Se reduce la producción de ácido gástrico y la motilidad, lo que puede causar digestiones más lentas y mayor riesgo de reflujo.

Intestino delgado
Disminuye la absorción de nutrientes, como la vitamina B12, el calcio y el hierro.

Intestino grueso
El tránsito intestinal se vuelve más lento, lo que aumenta el riesgo de estreñimiento y de divertículos.

Consecuencias más comunes

Estos cambios pueden aumentar la probabilidad de:

Reflujo gastroesofágico
Más frecuente en la tercera edad por la relajación del esfínter esofágico.

Digestiones más lentas
Sensación de pesadez, hinchazón y menor tolerancia a ciertos alimentos.

Estreñimiento
Por la menor motilidad intestinal y la falta de agua y fibra en la dieta.

Déficit de nutrientes
Especialmente vitamina B12, hierro, calcio y vitamina D.

Dato importante

Los problemas digestivos en personas mayores no son normales ni inevitables. Con buenos hábitos y atención médica oportuna, se pueden prevenir y tratar.

María Esperanza Carrascal Lázaro
Sonia María Ortega Alberto
María Mercedes Rodríguez Rodríguez
María de las Mercedes Vidal Sarmiento
Alicia Rodríguez Molpeceres
Ana Isabel García Álvarez
María Elena Fernández Escudero
María del Mar Hervás Delgado

Consume una dieta rica en fibra, frutas, verduras y cereales integrales.

Bebe suficiente agua (al menos 1.5 a 2 litros al día).

Mantén una vida activa. El movimiento estimula el tránsito intestinal.

Come en porciones moderadas y evita el exceso de grasas, alcohol y ultraprocesados.

Realiza chequeos médicos regulares, especialmente si tienes síntomas persistentes (como acidez, estreñimiento o pérdida de peso).

Un aparato digestivo sano te da más energía, mejor nutrición y mayor calidad de vida... en todas las edades.

Fuentes: Mayo Clinic | National Institute on Aging (NIA) | Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

EFECTOS DE LA CRIOTERAPIA SOBRE LA ALOPECIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Resumen

El cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres de todo el mundo. Uno de los efectos secundarios más impactantes producidos por el tratamiento es la alopecia. A lo largo de los años se han utilizado técnicas relacionadas con el enfriamiento pero no se dispone de grandes investigaciones que demuestren sus efectos. La crioterapia es un método para prevenir o disminuir la alopecia ya que favorece una menor absorción local de los fármacos utilizados en el tratamiento de quimioterapia.

Palabras clave

-Alopecia
-Crioterapia
-Quimioterapia
-Cáncer de mama

Metodología

Se realiza una busqueda bibliográfica consultando bases de datos de PubMed, Medline, Cochrane Library





Antecedentes

El cáncer de mama es un proceso oncológico donde las células sanas de la glándula mamaria se transforman en células tumorales, proliferan y se multiplican por el tejido hasta formar un tumor.
Es el segundo tumor maligno más común a nivel mundial después del cáncer de pulmón y constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres.

Resultados

Como principales resultados se halló que existe una disminución de la caída del cabello con la aplicación de la crioterapia en mujeres con cáncer de mama. Además, se mostró que el grado de satisfacción con la terapia fue alto y que mejoró la calidad de vida de las pacientes que recibieron la terapia de enfriamiento.

Objetivo

Eficacia de la crioterapia en la prevención de la alopecia en mujeres con cáncer de mama.

Conclusiones

Se muestran evidencias sobre los beneficios y utilidad de la crioterapia para la prevención de la alopecia inducida por quimioterapia en mujeres con cáncer de mama. Es necesaria una mayor investigación y recopilación de información respecto al tema con el fin de avanzar en la ayuda a todos los pacientes oncológicos que sufren alopecia.

Miriam Sandín Fernández, Claudia Hernández Escribano, Leticia Rodríguez del Río, Lorena López Bartolomé, María Adoración Belver López, Nuria Antón González, Mª Cristina Martín Vega, Alba Tocino Rio, Sonia Rosario Rio Martín

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SEGUIMIENTO ENFERMERO EN LA ADHERENCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCO -GERIÁTRICO CON TRATAMIENTO ORAL

AUTORES: MARÍA CRISTINA MARTÍN VEGA, CLAUDIA HERNÁNDEZ ESCRIBANO, MARÍA ADORACIÓN BELVER LÓPEZ, MIRIAM SANDÍN FERNÁNDEZ , LETICIA RODRÍGUEZ DEL RÍO, NURIA ANTÓN GONZÁLEZ, LORENA LÓPEZ BARTOLOMÉ, ALBA TOCINO RÍO, SONIA ROSARIO RÍO MARTÍN

RESUMEN El tratamiento antineoplásico oral desplaza parte del cuidado al hogar. En personas mayores, la polifarmacia, la pluripatología, las dificultades cognitivas y el aislamiento rural pueden comprometer la adherencia y retrasar la consulta ante toxicidades. La revisión identifica intervenciones enfermeras prácticas para apoyar el uso seguro del tratamiento y la detección precoz de síntomas.

PALABRAS CLAVE Oncología geriátrica · Enfermería oncológica · Adherencia terapéutica · Antineoplásicos orales · Seguridad del paciente

ANTECEDENTES

La administración en domicilio aporta autonomía, pero también exige que paciente y cuidador comprendan la pauta, reconozcan efectos adversos y sepan cuándo pedir ayuda. En el adulto mayor, la conciliación con la medicación habitual y la coordinación entre niveles asistenciales son especialmente relevantes.

OBJETIVO

Describir intervenciones de enfermería para optimizar la adherencia y favorecer la detección precoz de toxicidades en mayores de 65 años tratados con quimioterapia o terapia dirigida oral.

MÉTODO

Revisión bibliográfica descriptiva en PubMed, SciELO y CUIDEN, junto con guías de práctica clínica de enfermería oncológica publicadas entre 2021 y 2026. Se consideraron publicaciones en español e inglés sobre personas mayores con neoplasia activa y tratamiento oral en el domicilio o la comunidad.

RESULTADOS

01 **Apoyo visual**
Calendario legible, códigos de color y conciliación con la medicación crónica.

02 **Método semáforo**
Paciente y cuidador identifican qué síntomas vigilar y cómo actuar.

03 **Seguimiento telefónico**
Contactos pautados para revisar adherencia, dudas y tolerancia.

ACTUACIÓN ANTE TOXICIDADES

VERDE	Síntomas leves: autocuidado según indicaciones recibidas.
AMARILLO	Contactar con enfermería de referencia ante síntomas persistentes o dudas.
ROJO	Atención urgente ante signos de alarma; fiebre >38 °C o diarrea grave.

CONCLUSIONES

La educación estructurada y el seguimiento proactivo pueden reforzar la adherencia y la autonomía, facilitar la consulta temprana y contribuir a prevenir complicaciones y visitas evitables a urgencias.

ESTRATEGIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN LA FRACTURA DE CADERA DEL ADULTO MAYOR: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Rey Escudero R, Landázuri Castillo GE, Molero Díez YB, López-Andaluz Mangas J, Rueda Millán VM, del Rey de Cabo C, Puerto Ortega E, Blanco Dorado C, Alcalá Blanco C, Méndez Torrubiano I, Vicente García A, Bustos Jiménez B

RESUMEN: La fractura de cadera en el paciente de edad avanzada constituye una emergencia sociosanitaria con una mortalidad anual de hasta el 36% y pérdida funcional irreversible en la mitad de los supervivientes. Su pronóstico depende tanto de la fragilidad basal como de factores clínicos y organizativos modificables, Este trabajo realiza una revisión sistemática de meta-análisis, ensayos clínicos pivotales y guías de práctica clínica internacionales con el objetivo de sintetizar las estrategias perioperatorias y multidisciplinares de mayor impacto en la reducción de la morbimortalidad.

PALABRAS CLAVE: Fracturas de Cadera; Anciano Frágil; Ortogeriatría; Atención Perioperatoria; Bloqueo Nervioso; Mortalidad.

ANTECEDENTES: Con una incidencia en España de 120–150 casos/100.000 habitantes/año sobre una población con una mediana de 87 años (RNFC). El impacto de la fractura de cadera asocia una mortalidad del 7,5% al mes y de hasta el 36% al año, dejando al 50% con morbilidad irreversible. Esta letalidad no depende solo del trazo óseo, sino de la respuesta inflamatoria, el sangrado oculto y el encamamiento, por lo que identificar e intervenir sobre factores pronósticos modificables (como la demora quirúrgica, el dolor agudo, la anemización y la desnutrición)resulta imprescindible.

OBJETIVOS: Sintetizar la evidencia actual sobre las intervenciones perioperatorias y multidisciplinares que reducen la morbimortalidad en la fractura de cadera del anciano.

MÉTODO: Diseño: Revisión sistemática narrativa de meta-análisis (Cochrane/GRADE), ensayos clínicos pivotales (REGAIN, FOCUS, PREVENT CLOT) y guías clínicas (NICE CG124, AAOS, FFN, SEDAR) entre 2020 y 2026.

RESULTADOS	
Co-manejo y cirugía en menos de 48 h	Reducen la mortalidad precoz hasta un 77% en nonagenarios (*OR*=0,231), las úlceras por presión un 52% (*OR*=0,48) y la estancia 3,8 días. En toma de ACOD sin margen para neuroaxial, operar en menos de 24 h con anestesia general + bloqueo periférico es seguro.
Anestesia y analgesia regional	Anestesia espinal y general tienen igual supervivencia y marcha al año (*HR*=1,08, REGAIN). Los bloqueos precoces reducen un 33% el delirio (*NNT*=12); PENG y S-FICB diluido preservan la fuerza del cuádriceps (75–80%).
Sangrado y tromboprofilaxis	El ácido tranexámico IV reduce un 39% las transfusiones (*RR*=0,612) sin riesgo trombótico. El umbral transfusional restrictivo ("Hb"≤8" g/dL") es seguro en cardiópatas (FOCUS), y la aspirina es no inferior a la HBPM a 90 días (PREVENT CLOT).
Cirugía, FLSy rehabilitación	Vástagos cementados y clavos cefalomedulares permiten carga inmediata; movilizar en menos de 24–48 h con suplementos proteicos divide por cuatro la mortalidad precoz, y las unidades FLS reducen un 25% la mortalidad anual (*HR*=0,75).

CONCLUSIONES:

- **Organización:** El co-manejo ortogeriátrico y la cirugía precoz (menos de 24–48 h), sin demoras evitables por ACOD, son los pilares iniciales de supervivencia.
- **Manejo perioperatorio:** La analgesia regional ahorradora de motor (PENG/S-FICB), anestesia individualizada, ácido tranexámico IV y transfusión restrictiva (≤8" g/dL") minimizan el delirio y las complicaciones médicas.
- **Recuperación y alta:** La carga inmediata, movilización en menos de 24–48 h con soporte nutricional oral y captación intrahospitalaria en unidades FLS consolidan la autonomía y previenen refracturas.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO:

AVANCES EN LA MEDICINA PREVENTIVA DEL SUEÑO

AUTORES: DIANA LUELMO DOMÍNGUEZ;COVADONGA PÉREZ GUTIÉRREZ; MARTA PÉREZ MONZÁLVEZ; SEILA PATRICIA GONZÁLEZ QUINTANO; ARÁNZAZU FUENTESAUCO COLLANTES; ESTER CALVO FRANCO; LUCÍA BRAGADO MIGUEL; MARTA MIGUEL GONZÁLEZ; LAURA AMARO RODRÍGUEZ; LORENA JUANES RODRÍGUEZ; ISABEL MALMIERCA ANTÓN; REYES CASTELLANOS VILLAR.

PALABRAS CLAVE

SUEÑO, INSOMNIO, MEDICINA PREVENTIVA

RESUMEN

LA INTERRUPCIÓN CRÓNICA DEL SUEÑO IMPACTA DIRECTAMENTE EN LA SALUD FÍSICA DEL ANCIANO, PUDIENDO PRODUCIR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, METABÓLICAS E INCLUSO NEURODEGENERATIVAS. LA MEDICINA PREVENTIVA ABORDA EL SUEÑO COMO UNA PIEZA FUNDAMENTAL JUNTO CON LA NUTRICIÓN Y EL EJERCICIO FÍSICO PARA CONSEGUIR UN EQUILIBRIO SALUDABLE.

MÉTODO

- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE ESTUDIOS RECIENTES.
- ANÁLISIS CUALITATIVO DE ESTRATEGIAS Y FACTORES FAVORECEDORES DEL SUEÑO

ANTECEDENTES

- LA CALIDAD Y DURACIÓN DEL SUEÑO INFLUYEN EN MÚLTIPLES PROCESOS FISIOLÓGICOS. UN CORRECTO DESCANSO PERMITE REPARAR CÉLULAS DAÑADAS Y ESTIMULAR EL SISTEMA INMUNITARIO.
- EL SUEÑO REGULA DE FORMA CRÍTICA EL EQUILIBRIO HORMONAL Y EL USO DE LA ENERGÍA.

RESULTADOS

- DESTACAN DIFERENTES ESTRATEGIAS DESTINADAS A CONSEGUIR UNA MEJORA DEL SUEÑO TALES COMO:
1. CONTROL DE LA LUZ Y LAS PANTALLAS. PREVIAS A ACOSTARSE.
2. EVITAR ALIMENTACIÓN COPIOSA Y ESTIMULANTE PREVIA.
3. LIMITAR LAS SIESTAS Y EL HORARIO DE ESTAS.
4. MANTENER UNA CORRECTA TEMPERATURA Y HUMEDAD EN EL AMBIENTE.
5. CONSEGUIR HORARIOS REGULARES.

- LOS AVANCES EN MEDICINA PREVENTIVA PONEN AL ALCANCE DE TODOS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍAS QUE PERMITEN CONSEGUIR REFORZAR ESTRATEGIAS EN TORNO A FAVORECER EL SUEÑO Y EL DESCANSO, DESTACA:
1. ANÁLISIS DE REGISTROS DEL SUEÑO.
2. ESTIMULACIÓN DEL NERVIO VAGO PARA REDUCIR LA ACTIVIDAD SIMPÀRICA(NESA).
3. MEDITACIÓN E INTERVENCIONES MENTE-CUERPO(MINDFULNESS, YOGA, MEDITACIÓN)

OBJETIVOS

- IDENTIFICAR FACTORES QUE INFLUYAN NEGATIVAMENTE EN EL SUEÑO.
- ANALIZAR EFECTOS DEL SUEÑO SOBRE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL.
- PROPONER ESTRATEGIAS DE MEJORA DEL SUEÑO.

CONCLUSIONES

- EL SUEÑO REPARADOR PREVIENE EL DETERIORO COGNITIVO A LARGO PLAZO GRACIAS A LA LIMPIEZA NEURODEGENERATIVA QUE ESTE PRODUCE.
- LOS AVANCES PREVENTIVOS AYUDAN A CONSEGUIR UN SUEÑO DE CALIDAD ACTUANDO DE BARRERA CONTRA TRASTORNOS MENTALES, PROTEGIENDO LA SALUD CARDIOVASCULAR Y METABÓLICA Y FORTALECIENDO EL SISTEMA INMUNE, TODOS ELLOS BENEFICIOS DE CONSEGUIR UN SUEÑO RECONSTITUYENTE .



Complejo Asistencial de Zamora | Sacyl | Junta de Castilla y León | SILVER ECONOMY

IMPACTO DE AGENTES CONVERSACIONALES Y ROBOTS EN EL BIENESTAR DEL ANCIANO

Marta Robledo González, Enrique Vega Méndez, María Sonia Cabero Pérez, Manuel Blázquez Bautista, Silvia Gutiérrez Pascual,

Ana Belén Martín Castrillo y María del Carmen Zaballos Bautista.

RESUMEN

La incomunicación involuntaria afecta seriamente a la población de edad avanzada, repercutiendo directamente en su salud mental y apresurando el deterioro cognitivo. Este estudio analiza la factibilidad y la validez de la puesta en funcionamiento de agentes convencionales y robots asistenciales relacionados en modelos lingüísticos (LLM) como herramienta de acompañamiento diario.

A través de un programa controlado de 12 semana de duración con un grupo de 45 adultos mayores en condiciones de aislamiento institucional o domiciliario, se monitorizaron modificaciones sustanciales en la salud mental, la autopercepción y habilidades cognitivas específicas como la agilidad mental y la memoria de trabajo.

PALABRAS CLAVE

Inteligencia Artificial (IA), Modelos de Lenguaje (LLM), Incomunicación involuntaria, Estimulación Cognitiva, Robots Asistenciales.

ANTECEDENTES

El paulatino envejecimiento demográfico mundial va acompañado de una epidemia silenciosa: el aislamiento social crónico. Los recursos asistenciales humanos muestran signos de saturación, lo que plantea la necesidad de buscar soluciones tecnológicas complementarias.

Los actuales Modelos de inteligencia artificial (IA) permiten interacciones personalizadas, flexibles y con gran riqueza contextual, superando las limitaciones de los sistemas convencionales de menús fijos y ofreciendo una capacidad de empatía artificial y estimulación cognitiva estructurada jamás vista.

OBJETIVOS

1. Medir cuantitativamente la variación del estado emocional y grado de soledad en persona longevas tras interactuar diariamente con un agente basado en LLM.

2. Valorar la magnitud del efecto de los diálogos interactivos en la fluidez verbal y la agilidad cognitiva de los participantes.

3. Evaluar el grado de aprobación y manejo de la maduración digital en adultos mayores.

MÉTODOS

Estudio cuantitativo, longitudinal y cuasi-experimental (pre-test y post-test) con un grupo de estudio de 45 participantes (edad media: 78.4 años) sometidos a sesiones diarias automatizadas de 30 minutos con un robot social asistencial.

Las sesiones incluyeron evocación dirigida de recuerdos, ejercicios de fluidez verbal, repaso de noticias del día y conversación espontánea. Las variables de resultado fueron recogidas mediante escalas validadas antes y después de la intervención.



RESULTADOS

Los análisis estadísticos de muestras relacionadas, evidenciaron unos avances favorables clínicamente significativos en todas las áreas evaluadas. A continuación, se detallan las principales variables estudiadas:

Variable Clínica	Pre-Interv.	Post-Interv.	Valor p
Escala UCLA (Soledad)	48.2 pts	34.1 pts	$p < 0.001$
GDS-15 (Depresión)	7.4 pts	4.2 pts	$p < 0.01$
Fluidez Verbal (Test)	14.2 palabras	18.5 palabras	$p < 0.05$

CONCLUSIONES

Los agentes conversacionales basados en modelos de lenguaje (LLM) representan una intervención tecnológica altamente eficaz, escalable y de bajo coste económico para mitigar los estragos de la soledad no deseada en la población anciana.

Más allá de la evidente mejora en los indicadores de bienestar emocional y reducción de sintomatología depresiva, la estimulación lingüística guiada constante actúa de manera directa como un protector cognitivo activo, mejorando las funciones ejecutivas y de fluidez verbal de los adultos mayores de forma lúdica y no invasiva.

LA EFICACIA DE LOS EJERCICIOS DE FUERZA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodriguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Diaz; Daniel Nicólás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarrei; Javier González Martinez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas; Victor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martinez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Diez; Andrea Martin Martinez; Ester María López Dominguez; Valvanera Escrich Iturbe; Maria Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande

RESUMEN / ABSTRACT

Este estudio revisa de forma exhaustiva la literatura científica actual (metaanálisis, ensayos controlados aleatorizados) para evaluar la seguridad, eficacia y impacto de los programas de ejercicios de fuerza aplicados a pacientes oncológicos. El análisis detallado de los diversos tipos de cáncer, las etapas de tratamiento (quimioterapia, radioterapia) y los parámetros de entrenamiento (frecuencia, intensidad, duración), los resultados indican mejoras significativas en la fatiga relacionada con el cáncer, la función física, la masa muscular y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES

Cáncer; Ejercicio de Fuerza; Calidad de Vida; Terapia Física; Sarcopenia

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Analizar sistemáticamente la eficacia de los ejercicios de fuerza en la calidad de vida los pacientes.
2. Determinar la dosificación óptima para diferentes subpoblaciones oncológicas.
3. Evaluar la seguridad y adherencia a largo plazo de los programas.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL
SILVER ECONOMY
SALUD, INNOVACIÓN Y BIENESTAR

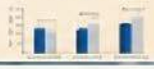




Ilustración

RESULTADOS DESTACADOS

- Disminución de la fatiga percibida.
- Incremento medible de la masa muscular magra.
- Mejora clínica en la puntuación de calidad de vida.
- Todos $p < 0.05$



MÉTODO Y/O INSTRUMENTOS

1. Revisión sistemática de bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science.
2. **Criterios de inclusión:** ensayos controlizados (ECA) y revisiones de diagnóstico de cáncer.
3. **Intervenciones:** programas de entrenamiento de fuerza prescritos.

DISCUSIÓN

Análisis integral de la reducción de la fatiga y la mejora funcional vs. riesgos. Importancia de la supervisión.

CONCLUSIONES

- ✓ El ejercicio de fuerza es eficaz, seguro, terapéutico y altamente recomendable en pacientes oncológico.
- ✓ Debe integrarse de forma individualizada en los programas de rehabilitación integral en la enfermedad.
- ✓ Se recomienda el uso de guías para la prescripción supervisada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (APA)

Schmitz, K. H., et al. (2010). CA Cancer J. Clin. | Campbell, K. L., et al. (2010). Med Sci Sports Exerc. Campbell, K. L., et al. (2019). Med Sci Sports Exerc.

ENVEJECER CON DIGNIDAD

Humanización de los cuidados enfermeros y promoción del envejecimiento activo



RESUMEN

El envejecimiento saludable requiere preservar la capacidad funcional, la autonomía y la participación.
La atención humanizada reconoce la historia, los valores y las preferencias de cada persona.
Desde enfermería, el cuidado centrado en la persona integra las dimensiones física, emocional y social para favorecer la dignidad y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Enfermería geriátrica - Atención centrada en la persona - Humanización- Autonomía - Envejecimiento activo - Capacidad funcional

ANTECEDENTES

- La edad cronológica no define por sí sola la salud ni el potencial de cada persona.
- La capacidad funcional y la participación son claves en el envejecimiento saludable.
- La despersonalización y el edadismo pueden limitar autonomía y el bienestar.

OBJETIVOS

1. Identificar componentes de cuidados humanizados en personas mayores.
2. Describir intervenciones enfermeras que favorecen la autonomía y participación..
3. Analizar su relación con el bienestar y la calidad de vida.

MÉTODO

Revisión bibliográfica (2021–2026).
Idiomas: español e inglés.
Bases de datos: Scielo, Cuiden y guías de enfermería.
Inclusión: estudios en personas mayores sobre humanización, autonomía y envejecimiento activo.

RESULTADOS - CINCO EJES PARA HUMANIZAR EL CUIDADO

DIGNIDAD
Respetar historia, valores, intimidad y preferencias.

AUTONOMÍA
Decisiones compartidas, autocuidado y apoyos adaptados.

VÍNCULOS
Escucha activa, comunicación, intimidad y participación familiar.

ACTIVIDAD
Movimiento adaptado, estimulación y participación social.

CONTINUIDAD
Valoración integral, coordinación y seguimiento.

CONCLUSIONES

La humanización es una dimensión de calidad.
Enfermería puede favorecer un envejecimiento digno mediante atención especializada, prevención de fragilidad y apoyo a la autonomía.

APLICACIÓN ENFERMERA

VALORAR ESCUCHAR ACORDAR ACOMPAÑAR
Evaluación funcional, emocional y social; objetivos compartidos y revisión de apoyos.

AUTORES:
LETICIA RODRIGUEZ DEL RIO, CLAUDIA HERNANDEZ ESCRIBANO, Mª ADORACION BELVER LOPEZ, MIRIAM SANDIN FERNANDEZ, NURIA ANTON GONZALEZ, LORENA LOPEZ BARTOLOME, Mª CRISTINA MARTIN VEGA, ALBA TOCINO RIO

Soledad no deseada en personas mayores: impacto en la salud y abordaje enfermero

Autores: Ana Asensio Mucientes. Gonzalo Ferrero Hernández. Marta de Castro Cabreros. Marina Robles Conde. Silvia Muñoz Sánchez. Jaime Jimenez García. Elena Simón Nieto. Julia Natalia Garrido Rodriguez

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

La soledad no deseada constituye un problema sociosanitario en las personas mayores, asociado a factores sociales, económicos y psicológicos. Esta revisión analiza su impacto en la salud y la importancia de la detección y el abordaje desde enfermería.

PALABRAS CLAVE

Soledad. Personas mayores. Aislamiento social. Salud mental. Enfermería

RESULTADOS

Las investigaciones identifican asociaciones entre soledad y factores como la situación socioeconómica, la edad, la sintomatología depresiva, la desesperanza, la viudedad, los ingresos económicos y la satisfacción vital.



ANTECEDENTES

La soledad constituye un importante problema de salud pública. El 58 % de los mayores de 65 años que viven en sus domicilios en España, afirma sentirse solo con alguna frecuencia, lo que evidencia la importancia de reforzar su detección y abordaje sociosanitario.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica sobre los factores asociados a la soledad no deseada en personas mayores de 65 años, sus repercusiones sobre la salud y las posibles estrategias de abordaje desde enfermería.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos localizados en PubMed, Cinahl y Scopus aplicando filtros de los últimos cinco años, estudios en personas > 65 años y acceso gratuito al texto completo. Finalmente, se seleccionaron 6 estudios para el análisis.

CONCLUSIONES

La soledad no deseada es un fenómeno multifactorial que requiere un abordaje integral y multidisciplinar. Enfermería desempeña un papel relevante en su detección precoz, valoración y seguimiento, favoreciendo el bienestar y la conexión social de las personas mayores.



DEMENCIAS

ABORDAJE INTEGRAL DESDE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA

Alba Ríos Zaragoza | Inmaculada García Carrasco | Andrea Giovanna Cárdenas Lara

Hospital Universitario de Toledo · Enfermería Geriátrica

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY • ZAMORA •

RESUMEN

La demencia es un reto prioritario en el contexto del envejecimiento, con un alto impacto en la autonomía, la calidad de vida y el entorno familiar. Este trabajo sintetiza los aspectos de su abordaje integral desde Enfermería Geriátrica, con un enfoque centrado en la persona, la prevención de complicaciones, la promoción de la autonomía y el apoyo familiar.

ANTECEDENTES

La OMS considera la demencia una prioridad de salud pública y la sitúa como la 7ª causa de muerte mundial. En 2021, se estima que alrededor de 57 millones de personas vivían con demencia. La enfermedad de Alzheimer representa el 60–70 % de los casos.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Actualizar los conocimientos sobre demencias y su abordaje integral, destacando el papel de la enfermería geriátrica.

Objetivos específicos

- Reconocer la detección, valoración y diagnóstico.
- Revisar opciones terapéuticas.
- Describir cuidados enfermeros.
- Orientar a familias y facilitar recursos.

MÉTODO

Revisión bibliográfica.

Bases de datos: SciELO, PubMed, ScienceDirect y ClinicalKey.

Idiomas: Español e inglés.

Periodo: 2021–2026.

PALABRAS CLAVE

Demencia; Enfermería Geriátrica; Ancianos; Personas mayores; Cuidados; Prevención.

RESULTADOS

Riesgo y prevención

Se identifican factores de riesgo modificables, entre ellos hipertensión arterial, diabetes, etc. Desde Enfermería, destacan el control de enfermedades crónicas, la promoción de hábitos saludables y el mantenimiento de la actividad física y social.

Detección precoz y valoración integral

La detección requiere identificar cambios progresivos en la memoria, orientación, lenguaje, conducta y autonomía. La valoración integral comprende las dimensiones cognitiva, funcional, física, emocional, social y farmacológica. Pueden emplearse instrumentos como MMSE, MoCA, Pfeiffer o test del reloj, sin que sus resultados aislados confirmen el diagnóstico. Es fundamental diferenciar la demencia del delirium, caracterizado por un inicio agudo y alteraciones fluctuantes de la atención.

Abordaje terapéutico individualizado

El tratamiento combina medidas farmacológicas y no farmacológicas adaptadas al tipo de demencia. En determinados pacientes con Alzheimer pueden utilizarse inhibidores de la acetilcolinesterasa o memantina. Las no farmacológicas incluyen estimulación cognitiva, actividad física adaptada, terapia ocupacional, rutinas estructuradas y adaptación del entorno. Ante alteraciones conductuales, se prioriza la identificación de causas desencadenantes.

Cuidados desde Enfermería Geriátrica

Las intervenciones se orientan a preservar las capacidades conservadas y prevenir complicaciones. Destacan la comunicación mediante instrucciones sencillas, el fomento de la autonomía en actividades cotidianas, la prevención de caídas y la vigilancia de la alimentación, hidratación y deglución.

Apoyo familiar y coordinación sociosanitaria

La progresión de la demencia incrementa las necesidades de apoyo y el riesgo de sobrecarga de las personas cuidadoras. Enfermería participa mediante educación sanitaria, orientación sobre estrategias de comunicación y detección del agotamiento. Asimismo, facilita la coordinación con Atención Primaria, Geriatría, Trabajo Social y servicios sociales, informando sobre recursos como ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y reconocimiento de la dependencia.

CONCLUSIONES

- La valoración geriátrica integral permite identificar necesidades cognitivas, funcionales, físicas, emocionales y sociales.
- Ante un deterioro agudo debe descartarse delirium.
- En fases iniciales, los cuidados deben favorecer la autonomía y las capacidades conservadas; en fases avanzadas, priorizar el confort y la prevención de complicaciones.
- Ante síntomas conductuales, identificar posibles desencadenantes, como dolor o cambios ambientales, y priorizar medidas no farmacológicas individualizadas.
- La formación y el apoyo a las personas cuidadoras, junto con la coordinación sociosanitaria, favorecen la continuidad asistencial y una atención centrada en la dignidad de la persona.

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY | healthy fit Universidade de Vigo | Universidade de Vigo | Interreg España – Portugal | Cofinanciado por la Unión Europea · Cofinanciado pela União Europeia

ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA): CASO CLÍNICO SOBRE UNA PROPUESTA INNOVADORA MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL INMERSIVA

Ángel Casal Moldes, Pablo Campo Prieto, Adriana López Rodríguez, Paula Lorenzo Estévez, José M.ª Cancela Carral | Universidade de Vigo | Grupo de Investigación HealthyFit

RESUMEN

Este estudio de caso evalúa el uso de la Realidad Virtual Inmersiva (RVI) como herramienta de estimulación multisensorial físico-cognitiva en una paciente con ELA de 76 años. El protocolo consistió en tres sesiones semanales durante 12 semanas utilizando tecnología comercial. El programa resultó factible, seguro y fácil de ejecutar, sin efectos adversos y con una usabilidad superior al 80%. Clínicamente, se observó una mejora significativa en la salud mental y ligeras modificaciones positivas en la composición corporal.

PALABRAS CLAVE

Esclerosis lateral amiotrófica; realidad virtual inmersiva; rehabilitación neurológica; innovación; juegos para la salud.

ANTECEDENTES

- La ELA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que provoca deterioro motor, cognitivo y funcional.
- La RVI se perfila como una herramienta innovadora para la estimulación multisensorial, la motivación y la mejora de la calidad de vida en este colectivo.

OBJETIVOS

1. Evaluar la viabilidad y seguridad clínica de un programa de estimulación multisensorial mediante RVI en una paciente con ELA.
2. Determinar la usabilidad y el grado de aceptación de los dispositivos por parte de la paciente.
3. Analizar el impacto del entorno inmersivo en variables psicológicas y de salud mental.
4. Evaluar la evolución de la capacidad funcional y la calidad de vida.

MÉTODO

Diseño: Estudio de caso único (pre-post intervención).

Participante: Mujer de 76 años con ELA (etapa 2, 11 años de diagnóstico). Barthel: 0; MEC: 30. Silla de ruedas adaptada y pictogramas.

Intervención: Programa físico-cognitivo mediante RVI (Meta Quest II, Alcove). 3 sesiones/semana · 12 semanas.

Evaluación: Capacidad funcional, estado afectivo (HADS), calidad de vida (EQ-SD), composición corporal, usabilidad (SUS).



RESULTADOS

Viabilidad y seguridad
Sin efectos adversos.
Intervención segura y tolerable.

Usabilidad (SUS)
> 80%
(alta aceptación).

Principales cambios observados

- Peso: −2,64%
- IMC: −2,69%
- Depresión (HADS): −44,44%
- Ansiedad (HADS): −20,00%

Variable		Antes	Después	Δ %
Composición corporal	Talla (cm)	161,5	161,5	-
	Peso (kg)	71,7	69,8	2,64
	IMC (kg/m²)	27,5	26,76	2,69
Capacidad funcional	ALSFRS-R	10	10	-
Ansiedad y depresión	HADS-Depresión	9	5	44,44
	HADS-Ansiedad	10	8	20,00
Calidad de vida (EQ-SD)	Movilidad	4	4	-
	Autocuidado	4	4	-
	Actividades habituales	4	4	-
	Dolor/malestar	3	2	33,33
	Ansiedad/depresión	3	2	33,33
	Escala visual analógica	50	65	30,00

CONCLUSIONES

- La RVI es una herramienta factible, segura y bien aceptada en una persona con ELA.
- Se observan mejoras en la salud mental y ligeras modificaciones positivas en la composición corporal.
- Estos hallazgos apoyan su potencial como estrategia complementaria de rehabilitación, aunque deben confirmarse mediante estudios con muestras más amplias.

Beneficios de la dispensación de medicamentos en dosis unitaria en oficina de farmacia



Resumen

La dispensación de medicamentos en dosis unitaria en la oficina de farmacia aporta múltiples beneficios: mejora la seguridad del paciente, favorece el cumplimiento terapéutico y optimiza el uso de los medicamentos, contribuyendo a una atención farmacéutica más eficiente y personalizada.

Palabras clave

Dosis unitaria; dispensación; seguridad del paciente; adherencia; oficina de farmacia.



Antecedentes

- La dosis unitaria consiste en preparar y dispensar cada medicamento por unidad de toma (comprimido, cápsula, etc.).
- En la oficina de farmacia permite un control más estricto del tratamiento y reduce errores.
- Es una estrategia clave para mejorar la seguridad del paciente, especialmente en tratamientos complejos o en pacientes polimedicados.

Objetivos

- Conocer los beneficios de la dispensación en dosis unitaria en la oficina de farmacia.
- Mejorar la seguridad y adherencia terapéutica de los pacientes.
- Optimizar el uso de los medicamentos.

Método

Revisión bibliográfica y análisis de la evidencia disponible en fuentes científicas y normativa vigente, así como de la experiencia práctica en la oficina de farmacia, evaluando los efectos de la dispensación en dosis unitaria sobre la seguridad, adherencia y eficiencia.



Resultados

- Reducción de errores de medicación.
- Mayor adherencia al tratamiento.
- Disminución de desperdicio de medicamentos.
- Mejor control de caducidades.
- Mayor eficiencia en la gestión y dispensación.
- Satisfacción del paciente y del profesional.

Conclusiones

La dispensación de medicamentos en dosis unitaria en la oficina de farmacia ofrece importantes beneficios: mejora la seguridad del paciente, favorece el cumplimiento terapéutico y optimiza los recursos.
Su implementación contribuye a una atención farmacéutica más segura, eficaz y centrada en el paciente.



AISLAMIENTO SOCIAL EN LA TERCERA EDAD:

UN RETO DE SALUD PÚBLICA EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Autor: María del Carmen Iglesias Nieto, María Teresa Martín Blázquez, Ascensión Gutiérrez Cuesta

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Contexto demográfico

- Contexto demográfico
- Aueiento de la **soledad**
- Relevancla para la **satad** y is **atención sociosanitaria**



Péctifa de aidannonia. Magfiiaad y restes

METODOLOGÍA

ESTUBIO DESCRPTIVO TRANSVERSAL

Población
(Ne:200, 205 aireas)

Herramientas de medida
[Essolo ee Séftdass de fnuqreas, Goes:ianerno de Açcya Soicas Moc)

Recogids de datos

Andiisia estadistico
(SPSS)

OBJETIVOS

ANALIZAB LA INCIBEIVGIA Y FACTORES ASCCIADES AL AISLAMIENTO EN MAYORES

- Identificar riesgos
- Evaluar impacto
- Proponer estrategias de enfermería

RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL

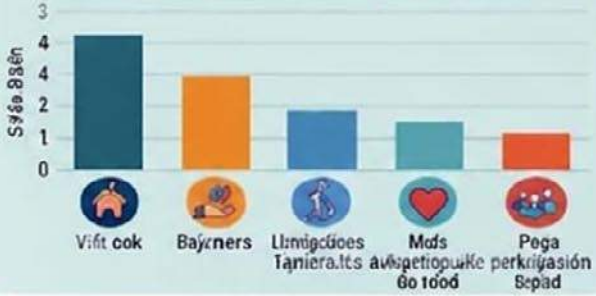


PROPUESTAS DE ENFERMERÍA Y TRABAJO FUTURO

Lineas de investigación futura

RESULTADOS

FACTORES ASOCIADOS (Odiss Reitio)



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



- El aislamiento **es prevalente y muliffactoriál**
- Correiación con **peores resultados de satuá**
- Oportunidades para el **desarrollo de pehítces de entagiecienieróo** (polustónes tecnológices, servicles adapiados)
- Necesidad de un **enfoque preventivo.**

Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez ; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez

PALABRAS CLAVE

Vendaje multicapa
Linfedema
Mastectomía
Fisioterapia
Cáncer de mama
Terapia compresiva

RESUMEN

El linfedema relacionado con el cáncer de mama es una complicación que puede aparecer tras el tratamiento quirúrgico, especialmente cuando se realiza una intervención sobre los ganglios linfáticos axilares. Puede provocar aumento del volumen del miembro superior, sensación de pesadez y limitaciones funcionales.



ANTECEDENTES

El linfedema es la acumulación de líquido en los tejidos por alteración del drenaje linfático. Puede presentarse después de cirugía mamaria, especialmente si incluye intervención sobre los ganglios axilares, y afectar a la movilidad, la función y la calidad de vida.

La terapia descongestiva compleja combina compresión, ejercicio terapéutico, cuidado de la piel y, según la valoración clínica, drenaje linfático manual.

El vendaje multicapa de baja elasticidad se utiliza para controlar el edema, sobre todo durante la fase intensiva del tratamiento.

La intervención debe adaptarse a la situación clínica, las preferencias y la tolerancia de cada paciente.

MÉTODO

Se plantea una revisión bibliográfica de estudios científicos y guías de práctica clínica sobre el tratamiento compresivo del linfedema asociado al cáncer de mama publicados en PubMed, PEDro, Cochrane Library. Criterios de inclusión: estudios en adultos con linfedema relacionado con el cáncer de mama, investigaciones sobre el vendaje compresivo y publicaciones con resultados clínicos.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad del vendaje multicapa en el tratamiento del linfedema en pacientes intervenidas de mastectomía por cáncer de mama.

Evaluar los cambios en el volumen del miembro superior tras la aplicación del vendaje multicapa. Describir su papel dentro de la terapia descongestiva compleja. Revisar la evidencia comparativa frente a otras técnicas compresivas

RESULTADOS

El vendaje compresivo es un componente importante de la terapia descongestiva compleja para reducir el volumen del miembro afectado, especialmente en el linfedema moderado o avanzado. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en 2025 incluyó 21 ensayos clínicos aleatorizados, de los que cinco se pudieron combinar en el metaanálisis. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la reducción del volumen entre las distintas técnicas de vendaje evaluadas.

Efectividad del vendaje multicapa en pacientes con linfedema tras mastectomía por cáncer de mama

CONCLUSIONES

La evidencia clínica respalda el uso del vendaje compresivo junto con el ejercicio como componente de la terapia descongestiva compleja, especialmente en pacientes con linfedema moderado o avanzado. Sin embargo, la evidencia comparativa disponible no demuestra una superioridad clara del vendaje multicapa frente a otras técnicas descongestivas. El tratamiento debe ser individualizado ya que la compresión debe adaptarse al estadio del linfedema y las necesidades del paciente.

SOLUCIONES DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LOS CUIDADOS A ENFERMOS DE LARGA DURACIÓN

MARTA PÉREZ MONZÁLVEZ · SEILA PATRICIA GONZÁLEZ QUINTANO · COVADONGA PÉREZ GUTIÉRREZ · LUCÍA BRAGADO MIGUEL · ESTER CALVO FRANCO · ARÁNZAZU FUENTESAÚCO COLLANTES · DIANA LUELMO DOMÍNGUEZ · MARTA MIGUEL GONZÁLEZ

1 RESUMEN

Los cuidados prolongados requieren continuidad, vigilancia y coordinación. La IA puede apoyar la monitorización, la detección de riesgos y la documentación. Se propone un marco de soluciones para enfermería, con implantación gradual, supervisión profesional y evaluación. Es una propuesta práctica, no un estudio de intervención ni una prueba de eficacia.

2 PALABRAS CLAVE

Inteligencia artificial · Cuidados de larga duración · Atención domiciliaria · Monitorización remota · Salud digital

3 ANTECEDENTES

El envejecimiento, la multimorbilidad y la complejidad de los cuidados aumentan la necesidad de modelos asistenciales integrados.

La IA puede analizar datos clínicos y de seguimiento, reconocer patrones y automatizar tareas, pero su utilidad depende de la calidad de los datos, la integración en los flujos de trabajo y la validación en contextos reales.

La OMS subraya la necesidad de proteger autonomía, seguridad, transparencia, equidad y responsabilidad en el uso de IA sanitaria.

4 OBJETIVOS

- Identificar aplicaciones de IA pertinentes para cuidados continuados.
- Proponer soluciones que apoyen la valoración enfermera, la prevención de riesgos y la coordinación.
- Delimitar condiciones de implantación segura, ética y centrada en la persona.



5 MÉTODO

Propuesta aplicada basada en una síntesis narrativa orientativa de literatura científica y recomendaciones institucionales sobre IA en salud y enfermería. Se organizaron las aplicaciones por función asistencial y se valoraron utilidad potencial, riesgos y requisitos de implementación. No se realizó una búsqueda sistemática con protocolo registrado, selección reproducible de estudios ni recogida de datos propios; por ello, no se presentan estimaciones cuantitativas ni resultados clínicos atribuibles a esta propuesta.

6 RESULTADOS

Al ser una propuesta, los resultados son productos esperados, no efectos demostrados:

- Mapa de cinco áreas para priorizar proyectos piloto.
- Empezar por tareas de apoyo de bajo riesgo y utilidad clara.
- Definir indicadores previos: alertas útiles y falsas alarmas, tiempo de documentación, continuidad, experiencia, equidad y seguridad.
- Evaluar prospectivamente y comparar con la práctica habitual antes de atribuir beneficios.

7 CONCLUSIONES

La IA puede complementar los cuidados de larga duración al facilitar monitorización, detección de riesgos, educación y documentación. Su incorporación debe responder a necesidades reales de pacientes y equipos, integrarse en los circuitos asistenciales y mantener la decisión clínica bajo responsabilidad profesional.

Se recomienda pilotar de forma gradual, formar a los equipos, implicar a pacientes y cuidadores y medir beneficios, daños, carga de trabajo y equidad. La tecnología no sustituye el juicio clínico ni el vínculo humano.

SILVER ECONOMY · Complejo Asistencial de Zamora · Sacyl · Junta de Castilla y León

ACERCAMIENTO A LA DISTROFIA FACIOESCAPULOHUMERAL: PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL

1.RESUMEN

La distrofia muscular facioescapulohumeral (DMFEH) es una enfermedad neuromuscular de origen genético caracterizada por debilidad muscular progresiva, que afecta principalmente a la musculatura facial, escapular y de los miembros superiores. Su evolución variable puede generar limitaciones funcionales y repercutir en la autonomía y la calidad de vida de las personas afectadas. Ante la complejidad de esta patología, enfermería desempeña un papel fundamental en la atención integral, la educación sanitaria, la prevención de complicaciones y el apoyo al paciente y su entorno familiar.

2. AUTORES

Coco Aguado Silvia; Fernández Cortés, Claudia; Alvarado Turiel, Beatriz; García Bernal, Antonio Jesús; Sogo Pérez, Margarita; Esteban Hernández, Verónica; Arguello Gómez, Inés; Sánchez Martin, Sonia; Cortés Marcos, Aurora; Pordomingo Ares, Alejandro; Flores Domínguez Teresa Elsa

3.OBJETIVOS

Revisar el papel del equipo de enfermería en la atención a personas con distrofia muscular facioescapulohumeral,

Identificar las principales necesidades de cuidados y destacando las intervenciones orientadas

Promover la autonomía,

Prevenir complicaciones

Mejorar la calidad de vida.

4.PALABRAS CLAVE

Distrofia muscular facioescapulohumeral; enfermería; cuidados integrales; enfermedades neuromusculares; calidad de vida.

5.ANTECEDENTES

La distrofia muscular facioescapulohumeral es una enfermedad hereditaria cuya presentación clínica y progresión varían considerablemente entre personas. La debilidad muscular puede dificultar actividades cotidianas, limitar la movilidad y generar necesidades de apoyo físico y emocional. Aunque no existe un tratamiento curativo establecido, el seguimiento clínico, la rehabilitación y las intervenciones individualizadas contribuyen al manejo de la enfermedad. En este contexto, la actuación enfermera resulta relevante para valorar las necesidades del paciente, fomentar el autocuidado, proporcionar información comprensible y facilitar la coordinación entre los distintos profesionales sanitarios.

6.METODOLOGIA:

Revisión bibliográfica sistemática. Estudios publicados en inglés y castellano. Bases de datos Pubmed, Cochrane, Elsevier, Scielo.

7.RESULTADOS

La revisión del papel de enfermería permite destacar varias áreas prioritarias de intervención: valoración periódica de la capacidad funcional y del grado de autonomía; identificación de dificultades en las actividades de la vida diaria; educación sanitaria adaptada a las necesidades individuales; prevención de complicaciones asociadas a la limitación de la movilidad; apoyo emocional al paciente y a su familia; y coordinación con el equipo multidisciplinar. Asimismo, la continuidad asistencial y la detección de cambios en la situación clínica permiten adaptar los cuidados a la evolución de la enfermedad.

8.CONCLUSIONES

Enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado integral de las personas con distrofia muscular facioescapulohumeral. Una atención individualizada, basada en la valoración continua, la educación sanitaria, el apoyo psicosocial y la coordinación multidisciplinar, puede contribuir a preservar la autonomía y favorecer la calidad de vida. La formación específica de los profesionales de enfermería en enfermedades neuromusculares poco frecuentes resulta importante para mejorar la identificación de necesidades y la calidad de los cuidados.

Protección radiológica y principio ALARA en el paciente geriátrico: optimización de la dosis en diagnóstico y tratamiento.

Autores: Marcos Miguel García García, María Cabañas Turiño, Belén Rodrigo Pico.

RESUMEN

La evaluación entre la fragilidad/vulnerabilidad y el desarrollo de radiotoxicidad en pacientes geriátricos en un hospital de Perú.

PALABRAS CLAVE

ALARA, dosis de radiación, optimización, fragilidad, radiotoxicidad.

ANTECEDENTES

- El porcentaje de población en torno a los 65 años alcanzará un máximo del 30,9% en 2076.
- En 1977 la ICRP introdujo el concepto "tan bajo como sea razonablemente posible" (ALARA).
- Los pacientes de edad avanzada son los principales receptores de exámenes de TC recurrentes.

OBJETIVOS

-Analizar estrategias de optimización de dosis en diagnóstico y tratamientos aplicables al paciente mayor.
-Y recopilar recomendaciones de buenas prácticas para justificar cada exploración y reducir la exposición innecesaria en diagnóstico y tratamiento.

MÉTODO

Acudieron pacientes al centro Médico Naval entre 2013 y 2015 diagnosticados con cáncer e indicados con revisión por TC. Se les evaluó su fragilidad usando el fenotipo Fried, y se evalúo la vulnerabilidad con escalas VES-13 y G-8.

RESULTADOS

De los 181 pacientes con una edad media de 78 años, 33 presentaron algún tipo de radiotoxicidad. La cual fue mayor en aquellos pacientes que presentaban fragilidad o vulnerabilidad en comparación en aquellos que no. Según los puntos de corte usuales del fenotipo de Fried (10,9% versus 41,9%), del VES-13 (5,0% versus 63,4%) y del G-8 (5,6% versus 67,6%). El área bajo la curva fue 0,61 (0,55-0,65) para el fenotipo de Fried, 0,79 (0,69-0,86) para el VES-13, y 0,86 (0,58-0,89) para el G-8.

CONCLUSIONES

Se encontró una asociación entre fragilidad/vulnerabilidad y el desarrollo de radiotoxicidad. El G-8 y el VES-13 tuvieron mayor área bajo la curva que el fenotipo de Fried, lo que sugiere que podrían ser herramientas útiles al momento de decidir las dosis en pacientes geriátricos.

Prevención del Síndrome de Implantación de Cemento Óseo (SICO): Rol de la enfermería quirúrgica en la artroplastia geriátrica

INTRODUCCIÓN

La artroplastia ortopédica cementada es una técnica habitual en el paciente geriátrico debido a la presencia de osteoporosis, ya que el cemento, garantiza una fijación inmediata. Sin embargo, el proceso de cementado genera una alta presión intramedular que puede introducir microémbolos (grasa, médula ósea, aire) al torrente circulatorio.

Esto desencadena el **Síndrome de Implantación de Cemento Óseo (SICO)** que se manifiesta con hipoxia, hipotensión severa, arritmias y, en casos graves, parada cardiaca.

Dado que el paciente de la tercera edad tiene una reserva cardiopulmonar disminuida, la detección precoz y la actuación inmediata del equipo de enfermería, son vitales para su supervivencia.

OBJETIVOS

- Identificar los momentos críticos intraoperatorios de mayor riesgo: lavado de canal, introducción del cemento y colocación del implante.
- Definir los roles específicos de la enfermera instrumentista y circulante durante la preparación y aplicación del PMMA (polimetilmetacrilato).
- Establecer un protocolo de comunicación rápida con el equipo de anestesia ante signos de inestabilidad hemodinámica.

METODOLOGÍA

- **Preparación óptima:** Mezclar el cemento siguiendo estrictamente los tiempos del fabricante para evitar una polimerización incorrecta. Utilizar sistemas de mezclado al vacío (reduce la toxicidad por monómeros).
- **Anticipación del material:** Preparar el sistema de lavado pulsado con suero fisiológico templado. El lavado exhaustivo del canal medular antes de cementar reduce drásticamente la carga de microémbolos.
- **Optimización hemodinámica:** Asegurar que el paciente esté normovolémico y normotérmico antes del cementado.
- **Alerta de seguridad**: Avisar en voz alta a todo el equipo (especialmente a anestesia), permitiendo que se optimice la fracción de oxígeno inspirada (FiO_2) y la presión arterial de forma profiláctica.
- **Vigilancia estrecha:** Monitorizar la pantalla anestésica en tres momentos clave (introducción del cemento, inserción de la prótesis y fraguado). Buscar caídas bruscas de la presión arterial o del $EtCO_2$ (dióxido de carbono al final de la expiración), que es el indicador más precoz de embolismo.
- **Reacción ante el SICO:** Si se sospecha el síndrome, colaborar con anestesia en la administración de fluidos, vasopresores (efedrina, noradrenalina) u oxígeno al 100%.



PALABRAS CLAVE

- paciente geriátrico
- cemento óseo
- Embolia

RESULTADOS

Severidad del SICO	Signos Clínicos	Intervención Enfermera Inmediata
Grado 1 (Leve)	Hipoxia moderada (SpO_2 < 94%) o caída de PA sistólica > 20%.	Incrementar flujo de O_2, control estricto de constantes.
Grado 2 (Moderado)	Hipoxia grave (SpO_2 < 88%) o caída de PA sistólica > 40%.	Aviso inmediato a anestesia, preparar fluidoterapia rápida.
Grado 3 (Grave)	Colapso cardiovascular / Parada cardiorrespiratoria.	Iniciar protocolo de RCP avanzada en quirófano, proteger campo estéril.

CONCLUSIONES

La comunicación protocolizada ("Checklist del Cemento") entre traumatólogo, anestesiólogo y enfermería reduce la incidencia de complicaciones graves.

El equipo debe conocer los signos del SICO para actuar antes de que ocurra el colapso.

La formación continuada en el manejo del PMMA es una garantía indispensable para la seguridad del paciente geriátrico.

VIII Congreso Internacional Silver Economy
Zamora - 26, 27 y 28 de Noviembre de 2026.

CONGRESO · ZAMORA TERRITORIO SILVER ECONOMY

Cuidados de enfermería en la epidurólisis y la radiofrecuencia intracanal

RESUMEN

El dolor lumbar crónico y el síndrome de dolor persistente tras cirugía pueden limitar la movilidad, la autonomía y la calidad de vida. La epidurólisis y la radiofrecuencia pulsada epidural son técnicas intervencionistas diferentes para pacientes seleccionados. Se revisan cuidados de enfermería y se propone una secuencia periintervencionista orientada a la seguridad y la recuperación funcional.

PALABRAS CLAVE

Enfermería · epidurólisis · radiofrecuencia intracanal · dolor crónico · seguridad del paciente · recuperación funcional

ANTECEDENTES

La epidurólisis o adhesiolisis epidural busca abordar adherencias o fibrosis en situaciones clínicas seleccionadas. La radiofrecuencia pulsada epidural utiliza impulsos eléctricos para modular estructuras relacionadas con el dolor; no es equivalente a la epidurólisis.

La literatura se centra principalmente en eficacia, indicaciones y seguridad. La evidencia específica sobre protocolos estandarizados de enfermería es limitada.

En personas mayores importan la fragilidad, la polimedicación, el estado funcional y la educación al alta.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Analizar los cuidados de enfermería en epidurólisis y radiofrecuencia intracanal, con atención a seguridad, función y calidad de vida.

Objetivos específicos

Identificar cuidados por fases, vigilancia de complicaciones e indicadores de dolor y autonomía en personas mayores.

MÉTODO

Revisión bibliográfica estructurada y síntesis narrativa orientada a una propuesta de cuidados.

Fuentes: PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, SciELO, CINAHL y búsqueda complementaria.

Periodo: enero de 2021–octubre de 2026. Idiomas: español e inglés. Términos: epidural adhesiolysis, epidurolysis, pulsed radiofrequency, nursing care y patient safety.

RESULTADOS

Síntesis temática de cuidados propuestos

PRE: identidad, consentimiento, alergias, medicación y anticoagulación según indicación, valoración neurológica y dolor basal.

INTRA: asepsia, monitorización, comunicación, vigilancia de síntomas y registro.

POST: constantes, dolor, reevaluación neurológica, movilidad, complicaciones y criterios de alta.

SEGUIMIENTO: dolor, función, autonomía, eventos adversos y signos de alarma.

RESULTADOS · SECUENCIA DE CUIDADOS

1. Valoración inicial
2. Preparación segura
3. Vigilancia durante la técnica
4. Recuperación y alta
5. Seguimiento funcional



Imagen clínica del dispositivo utilizado durante el procedimiento.

CONCLUSIONES

La valoración basal, la vigilancia periintervencionista y la detección precoz de complicaciones son ejes relevantes del cuidado enfermero.

Una secuencia estructurada puede favorecer la continuidad asistencial y el registro, pero requiere adaptación al paciente y a cada centro.

Se necesitan estudios específicos para medir su impacto en seguridad, dolor, función y calidad de vida.

Aprender durante toda la vida:
la educación gerontológica como promotora del envejecimiento activo y la participación social

Laura Blanco Aparicio
María Antonia Codesal Pardal
Seila Patricia González Quintano
Rosa Eva Casado Macías
José Antonio Montes López
Covadonga Pérez Gutiérrez
Mario Conde Jorge
Francisca Belver Calvo



Resumen

El aprendizaje a lo largo de la vida permite adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y mantener la participación en la sociedad durante todas las etapas vitales. En la vejez, las oportunidades educativas pueden contribuir al bienestar, la autonomía y la creación de nuevas relaciones sociales. Este trabajo plantea estudiar la participación de las personas mayores en programas formativos y explorar sus beneficios percibidos, así como las barreras que dificultan el acceso a la educación.

Palabras clave

Envejecimiento activo; aprendizaje permanente; educación de adultos; participación social; autonomía; gerontología social.

Antecedentes

- El envejecimiento activo, según la OMS, implica optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.
- La educación permanente ofrece oportunidades de desarrollo personal y participación social.
- Sin embargo, las dificultades económicas, la accesibilidad, el transporte y la escasez de programas adaptados pueden limitar la participación educativa de algunas personas mayores.

Resultados alcanzados

La educación a lo largo de la vida constituye una oportunidad para fomentar la participación social y el desarrollo personal durante la vejez.

Conclusiones

- La educación a lo largo de la vida constituye una oportunidad para fomentar la participación social y el desarrollo personal durante la vejez.
- Para facilitar un acceso equitativo, es necesario diseñar programas flexibles, accesibles y vinculados a los intereses de las personas mayores.
- La evaluación de estas iniciativas debe considerar tanto el aprendizaje adquirido como la experiencia de los participantes.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre la participación en actividades educativas y la percepción de bienestar y participación social de las personas mayores.

Objetivos específicos

- Conocer los intereses formativos de las personas mayores.
- Identificar las barreras de acceso a las actividades educativas.
- Explorar los beneficios personales y sociales percibidos.
- Proponer estrategias para facilitar el aprendizaje permanente.

Metodología

Tipo de estudio
Descriptivo (metodología mixta).

Participantes
Personas mayores inscritas y no inscrirttas en programas educativos.

Instrumentos
Cuestionarios, entrevistas y grupos de discusión.

Variables
Participación educativa, motivaciones, barreras de acceso, satisfacción y percepción de bienestar.

Análisis
Estadística descriptiva y análisis temático de las entrevistas.

Duración
8 semanas (según el diseño del programa).

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.
2. Organización Mundial de la Salud. (2020).
3. Organización Mundial de la Salud. (2019).

Trabajo interdisciplinar de terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia en el Ictus

AUTORES: Paula Diez Ojea, Eduardo Diez Villarroel y Eva Diez Villarroel



Resumen

El ictus es una de las principales causas de discapacidad en adultos. La recuperación funcional y la calidad de vida del paciente requieren una intervención integral y coordinada. El trabajo interdisciplinar de terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia permite abordar de forma conjunta las alteraciones motoras, cognitivas, comunicativas y en las actividades de la vida diaria, favoreciendo una recuperación más completa y significativa. Este póster presenta los beneficios y la importancia de la colaboración entre estos profesionales en el proceso de rehabilitación del paciente con ictus.

Palabras clave

Ictus · Terapia ocupacional · Logopedia · Fisioterapia · Rehabilitación

Antecedentes

- El ictus es la segunda causa de discapacidad en el mundo y una de las principales causas de dependencia en adultos.
- Las secuelas suelen incluir alteraciones motoras, del lenguaje, la comunicación, la cognición y en las actividades de la vida diaria.
- La evidencia científica indica que la intervención interdisciplinar mejora la funcionalidad, la participación social y la calidad de vida de estos pacientes.
- La coordinación entre disciplinas favorece la continuidad del cuidado y la adherencia al tratamiento.

Objetivos

- Valorar la eficacia del trabajo interdisciplinar de terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia en la recuperación del paciente con ictus.
- Mejorar la funcionalidad, la comunicación y la independencia en las actividades de la vida diaria.
- Promover la participación del paciente en su entorno familiar y social.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Pacientes con ictus en fase de rehabilitación.

Intervención
Programa interdisciplinar con objetivos y estrategias comunes, coordinado entre terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia.

Estrategias principales

- Ejercicios de movilidad, equilibrio y control postural (fisioterapia).
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria y uso de ayudas técnicas (terapia ocupacional).
- Terapia del lenguaje, comunicación y deglución (logopedia).
- Coordinación y comunicación entre profesionales, paciente y familia.



FISIOTERAPIA
Movilidad, equilibrio, funcionalidad

LOGOPEDIA
Lenguaje, comunicación, deglución

TERAPIA OCUPACIONAL
Actividades de la vida diaria, autonomía

Un mismo objetivo: la máxima participación y calidad de vida

Resultados

Funcionalidad
- Mejora de la movilidad y el equilibrio.
- Mayor independencia en la marcha.

Comunicación
- Mejoría del lenguaje y la expresión.
- Mayor eficacia en la comunicación.

Actividades de la vida diaria
- Mayor autonomía en el autocuidado.
- Uso de ayudas técnicas.

Cognición
- Mejora de la atención y la memoria.
- Mayor capacidad de resolución de problemas.

Bienestar emocional
- Reducción de la ansiedad y la depresión.
- Mayor motivación y participación.

Calidad de vida
- Mayor integración social.
- Satisfacción del paciente y la familia.

Conclusiones

- El abordaje interdisciplinar de terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia en el ictus mejora la funcionalidad, la comunicación, la autonomía y la calidad de vida del paciente.
- La coordinación entre profesionales y la participación activa del paciente y su familia son clave para el éxito del tratamiento.
- Es fundamental fomentar este modelo de trabajo en todos los niveles asistenciales, adaptándolo a las necesidades individuales de cada paciente.

Juntos sumamos capacidades

Influencia de la actividad física en pacientes con EPOC

Noemí Matos Apolinario, Estefanía Cuesta Rubio, Sara Aita Santos, Miriam Diez Collantes, María Del Pilar Álvarez Martín, Paula García Enrique, Laura Santamaría y Jessica Bastidas Medina

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid | Sacyl

Resumen

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) limita la capacidad funcional e induce al sedentarismo se relaciona con la aparición de comorbilidades como enfermedades metabolicas, cardiovasculares, fragilidad durante el envejecimiento y psiquiátricas. Es la tercera causa de mortalidad en España y tiene un impacto financiero que oscila entre 3500 y 10000 euros anuales por paciente

La actividad física regular mejora la capacidad de ejercicio, la disnea y la calidad de vida en pacientes con EPOC, y el ejercicio supervisado se asocia con menos hospitalizaciones. También modula el sistema inmune al reducir la inflamación sistémica crónica.

Este póster revisa la evidencia disponible y define el papel de enfermeria en la promoción de la actividad física.

Palabras clave: EPOC · actividad física · rehabilitación respiratoria · enfermería · disnea · calidad de vida · sistema inmune

Antecedentes

La EPOC cursa con obstrucción persistente del flujo aéreo, disnea, tos y fatiga. Estos síntomas llevan a evitar el esfuerzo, y el sedentarismo resultante empeora la capacidad funcional y favorece la aparición de comorbilidades. Además se relaciona con alteraciones del sistema inmune. La rehabilitación respiratoria se recomienda en pacientes sintomáticos aunque sus beneficios disminuyen entre los 6 y 12 meses si no se mantiene la actividad física regular. Asimismo continuar con ejercicio supervisado tras la rehabilitación reduce el riesgo de ingreso hospitalario.

Objetivos

- Describir el efecto de la actividad física en pacientes con EPOC.
- Explorar los mecanismos inmunológicos implicados.
- Actualizar conocimientos para el manejo óptimo de estos pacientes e identificar el papel de enfermería en su promoción.

Método

Revisión narrativa. Búsqueda bibliográfica de revisiones sistemáticas y tesis doctoral publicadas entre 2016 a 2026 en PubMed, SciELO y Google Scholar.

Conclusiones

- La actividad física es un componente esencial del tratamiento de la EPOC, en cualquier grado de gravedad.
- Aporta beneficios al sistema inmune, con posible impacto en las exacerbaciones y las comorbilidades.
- Enfermería valora la tolerancia a la actividad física , educa en respiración y ritmo, fija metas realistas y refuerza la adherencia.
- Mantener la actividad tras la rehabilitación es clave para conservar los beneficios.
- Es importante adaptar la intensidad del ejercicio físico y adecuarla a la situación clínica del paciente.

Resultados

Capacidad de ejercicio

Mejora la tolerancia al esfuerzo y la distancia en la prueba de marcha de 6 minutos.

Disnea

Reduce la sensación de falta de aire en las actividades diarias.

Calidad de vida y ánimo

La actividad física regular disminuye los síntomas de ansiedad y depresión y aumenta la autonomía. En los promueve un envejecimiento saludable y una major calidad de vida.

Ingresos y pronóstico

El ejercicio físco asociado a la rehabilitación disminuye la tasa de ingresos hospitalarios y reduce la mortalidad. Por tanto influye de forma favorable en el pronóstico del EPOC.

Sistema immune

En 60 pacientes con EPOC que completaron una intervención de seis meses dirigida a fomentar la actividad física en la vida cotidiana, se observó que esta ejercía un efecto modulador sobre la función de las células inmunitarias. Los mecanismos implicados incluían la regulación de los puntos de control inmunitario (immune checkpoints) y de la senescencia celular, contribuyendo a reducir la inflamación sistémica crónica.

Bibliografía

1. Alfaro García E. Mecanismos de la actividad física en el sistema inmune de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2025.

2. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(12):CD005305. doi:10.1002/14651858.CD005305.pub4

3. Ryrsø CK, Godtfredsen NS, Kofod LM, et al. Lower mortality after early supervised pulmonary rehabilitation following COPD-exacerbations: a systematic review and meta-analysis. BMC Pulm Med. 2018;18:154. doi:10.1186/s12890-018-0718-1

4. Jenkins AR, Gowler H, Curtis F, et al. Efficacy of supervised maintenance exercise following pulmonary rehabilitation on health care use: a systematic review and meta-analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018;13:257-273.

DIETOTERAPIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA

AUTORAS

Marisol Caballero Fernández · María de las Mercedes Hidalgo Martín · Ana Isabel Romero Luis · Ana Elba Sánchez Jiménez · Yamile Sánchez Jiménez

La dieta es un factor modificable: identificar desencadenantes y personalizar la intervención puede ayudar a prevenir episodios.

RESUMEN

La migraña se relaciona con actividad cerebral anormal. Entre sus desencadenantes figuran cambios hormonales, falta de sueño, alcohol, estrés físico, estímulos intensos y determinados alimentos.

ANTECEDENTES

La dieta es modificable. Las estrategias descritas incluyen dietas de eliminación, cetogénicas e integrales para apoyar la prevención.

OBJETIVO

Analizar dietas y alimentos que puedan ayudar a prevenir episodios de migraña.

METODOLOGÍA

Búsqueda en PubMed, SciELO, CINAHL y Cochrane Library.
Palabras clave: dietoterapia, migraña, nutrición y desencadenar.
Inclusión: estudios en humanos, 2021–2026, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

RESULTADOS · ESTRATEGIAS



Intervenciones descritas en la revisión

Eliminación e integrales: identificar y evitar sustancias desencadenantes.
Cetogénica / Atkins modificada: neuroprotección asociada a cuerpos cetónicos.
Bajo índice glucémico: reducción del estado inflamatorio.
Menos omega-6 y más omega-3: modular inflamación, función plaquetaria y tono muscular.
Vitaminas B, E y C: intensidad/discapacidad, prostaglandinas e inflamación neurogénica.
Dieta epigenética y probióticos: metilación del ADN y microbiota intestinal.

RESULTADOS · DESENCADENANTES

Su efecto puede depender de la cantidad, del consumo o de la abstinencia.

Chocolate, cítricos, frutos secos, helados, tomates, cebolla, lácteos, alcohol, café/cafeína, glutamato monosódico, histamina, tiramina, feniletilamina, nitratos, aspartamo, sucralosa y gluten.

CONCLUSIONES

Los factores internos y externos pueden ser modificables. La prevención dietética se concreta en cinco acciones:

Controlar el peso.
Ajustar la ingesta de grasas.
Disminuir el índice glucémico.
Evitar alimentos desencadenantes.
Aumentar fibra y pre/probióticos.

BIBLIOGRAFÍA

MOTIVACIÓN DE LOS SANITARIOS PARA VACUNARSE

Marisol Caballero Fernández · María de las Mercedes Hidalgo Martín · Ana Isabel Romero Luis · Ana Elba Sánchez Jiménez · Yamile Sánchez Jiménez

RESUMEN

La motivación del personal sanitario se apoya en el compromiso con la protección colectiva, la percepción del riesgo y el ejemplo que transmite a sus pacientes.

ANTECEDENTES

- La vacunación reduce enfermedades prevenibles y la transmisión en el entorno asistencial.
- Las coberturas siguen por debajo de las recomendaciones en muchos contextos.
- Influyen factores cognitivos, emocionales, sociales y organizativos.
- Enfermería es clave para promover la vacunación.

OBJETIVO

Analizar los factores que influyen en la motivación de los profesionales sanitarios para vacunarse.

PROTEGERSE · PROTEGER · DAR EJEMPLO



METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en PubMed, SciELO, CINAHL y Cochrane Library.

Palabras clave: vacunación, personal sanitario, motivación, seguridad del paciente y salud pública.

Inclusión: estudios en humanos (2021–2026), ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

RESULTADOS

IMPULSAN

Riesgo percibido · confianza · apoyo de superiores y compañeros · protección personal · edad · acceso fácil

FRENAN

Falta de tiempo · dudas sobre seguridad · desinformación · baja percepción de riesgo · motivos personales

CONCLUSIONES

01 La mayoría de los profesionales se muestra motivada para vacunarse.

02 **Riesgo percibido, confianza y recomendación del entorno son determinantes.**

03 Educación, comunicación y acceso sencillo reducen las barreras.

04 Enfermería es esencial para promover la vacunación y combatir la desinformación.

EDUCAR + COMUNICAR + FACILITAR

Tres acciones concretas para convertir intención en cobertura vacunal.

BIBLIOGRAFÍA

PREVENCIÓN RESPIRATORIA · ADULTOS

INMUNIZACIÓN FRENTE AL VRS EN ADULTOS

Prevención de enfermedad respiratoria grave en población vulnerable

MARISOL CABALLERO FERNÁNDEZ · MARÍA DE LAS MERCEDES HIDALGO MARTÍN · ANA ISABEL ROMERO LUIS · ANA ELBA SÁNCHEZ JIMÉNEZ · YAMILE SÁNCHEZ JIMÉNEZ

RESUMEN

La inmunización frente al VRS en adultos pretende proteger contra infecciones respiratorias graves, como neumonía y bronquiolitis.
Población de riesgo: personas que viven en residencias, con dependencia funcional o comorbilidades graves.

ANTECEDENTES

- El VRS afecta a todas las edades, pero la enfermedad grave es más frecuente en adultos mayores y personas con factores de riesgo.
- En adultos, la prevención específica se basa en vacunas cuando están indicadas.
- Nirsevimab protege a lactantes y determinados niños de riesgo.

RIESGO ELEVADO

adultos mayores, institucionalizados o con comorbilidades graves

OBJETIVO

Evitar la hospitalización y la mortalidad asociadas a la infección por VRS en la población adulta más vulnerable.



METODOLOGÍA

01 FUENTES
PubMed, SciELO, CINAHL y Cochrane Library

02 SELECCIÓN
VRS, anticuerpos monoclonales, vacunación del adulto y prevención

03 SÍNTESIS
Humanos · 2021–2026 · ensayos clínicos y revisiones sistemáticas

Criterios de inclusión definidos en el archivo de origen

RESULTADOS

DOS VÍAS de inmunización específica

Protección pasiva y vacunación activa: conceptos distintos

ESTRATEGIA	MECANISMO	POBLACIÓN	EFECTO	CLAVE
ANTICUERPOS	Pasiva	Lactantes / niños	Directa	Uso establecido
VACUNAS ADULTO	Activa	Adultos indicados	Propia	Pueden reducir gravedad
DECISIÓN	Clínica	Adultos vulnerables	Dirigida	Según riesgo y guía

Factores de decisión

La edad, las enfermedades crónicas, la inmunodepresión y las recomendaciones sanitarias orientan la decisión preventiva.

Nirsevimab aporta protección pasiva a lactantes y niños de riesgo; no equivale a la vacunación del adulto.

CONCLUSIONES

01 No confundir la inmunización pasiva con anticuerpos monoclonales con la vacunación del adulto.

02 Para prevenir el VRS en adultos, valorar la vacuna autorizada y recomendada.

03 La edad, la cronicidad y la inmunodepresión orientan la decisión preventiva.

POBLACIÓN DE RIESGO

Prioridad preventiva

Personas que viven en residencias, con dependencia funcional o comorbilidades graves.

Objetivo: evitar hospitalización y mortalidad por VRS en la población adulta más vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

ESCANEA EL QR

Bibliografía completa del documento

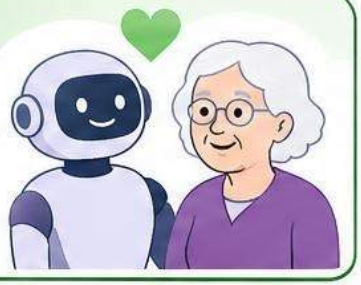
Soluciones de la IA en el ámbito de los cuidados a enfermos de larga duración

AUTORES:
LUIS CERVIÑO PANERO, SEILA PATRICIA GONZÁLEZ QUINTANO, JOSÉ ANTONIO MONTES LÓPEZ, ROSA EVA CASADO MACÍAS, MARÍA ANTONIA CODESAL PARDAL, LAURA BLANCO APARICIO, MARIO CONDE JORGE , COVADONGA PÉREZ GUTIÉRREZ



Resumen

La **Inteligencia Artificial (IA)** ofrece **soluciones innovadoras** para mejorar la atención de las personas con enfermedades de larga duración, favoreciendo una atención más **personalizada, eficiente** y humana.



Antecedentes

- El envejecimiento poblacional incrementa la demanda de cuidados de larga duración.
- La IA ya se aplica en salud: monitorización, predicción de riesgos y apoyo en la toma de decisiones.
- Aún existen **barreras**: brecha digital, ética y protección de datos.



Objetivos

- Analizar las principales soluciones de la IA en los cuidados de larga duración.
- Evaluar su impacto en la calidad de vida, la seguridad y la eficiencia asistencial.
- Identificar los retos y oportunidades para su implementación.

Método

Revisión bibliográfica → Análisis de aplicaciones → Síntesis de evidencia

Resultados

- Mejora en el seguimiento y detección precoz de complicaciones.
- Mayor personalización de los cuidados.
- Apoyo en la planificación y toma de decisiones clínicas.
- Reducción de la carga asistencial y mejora del bienestar del paciente.



Palabras clave

Inteligencia Artificial · Cuidados de larga duración · Salud Digital · Envejecimiento · Calidad de vida · Innovación

Conclusiones

- La IA representa una herramienta clave para transformar los cuidados de las personas con enfermedades de larga duración.
- Su implementación responsable puede mejorar la calidad de vida, optimizar recursos y apoyar al personal cuidador.
- Es necesario avanzar en su integración, garantizando equidad, ética y un enfoque centrado en la persona.



PALIATIVOS 4.0 ¿PUEDE LA TECNOLOGÍA ACOMPAÑAR AL PACIENTE HASTA EL FINAL?

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
Marisol Caballero Fernández
María de las Mercedes Hidalgo Martín
Ana Isabel Romero Luis

RESUMEN

La integración de las nuevas tecnologías en los cuidados paliativos abre un abanico de posibilidades para mejorar la calidad de vida y el acompañamiento de los pacientes en sus últimos días. Este trabajo analiza el impacto de las herramientas digitales, como la telemedicina, los dispositivos de monitorización remota y la realidad virtual, evaluando su capacidad para ofrecer un soporte continuo y humano en el marco de la Silver Economy.

ANTECEDENTES

Tradicionalmente, la atención al final de la vida se ha basado exclusivamente en la presencialidad hospitalaria o residencial. Sin embargo, el avance de la digitalización sanitaria permite explorar nuevas vías de soporte remoto que reducen el aislamiento, optimizan el control sintomático y facilitan la conexión constante entre el paciente, su familia y los equipos multidisciplinares de atención sociosanitaria.

OBJETIVOS

- Evaluar el papel de las herramientas tecnológicas y digitales en el acompañamiento al final de la vida.
- Analizar los beneficios de la monitorización remota y la telemedicina en la gestión de síntomas paliativos.
- Determinar los retos éticos y humanos en la implementación de la tecnología en entornos de la Silver Economy.

PALABRAS CLAVE

Paliativos 4.0, tecnología, cuidados paliativos, telemedicina, calidad de vida; Silver Economy.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica y un análisis comparativo de proyectos piloto y buenas prácticas sobre teleasistencia avanzada y herramientas digitales aplicadas en unidades de cuidados paliativos y residencias geriátricas durante los últimos cinco años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se comprobó que el uso de dispositivos de monitorización remota y plataformas de telemedicina facilita una intervención precoz ante descompensaciones sintomáticas, reduciendo las hospitalizaciones innecesarias y aumentando la sensación de seguridad en el paciente y su entorno. Por tanto, la tecnología se consolida como un valioso aliado asistencial que, lejos de deshumanizar, potencia el acompañamiento continuo y la dignidad al final de la vida cuando se integra bajo un enfoque ético y centrado en la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Batiste, X., y Martínez-Muñoz, M. (2019). Organización de servicios de cuidados paliativos: Modelos y atención integral. Elsevier.
- World Health Organization (WHO). (2020). Global strategy on digital health 2020-2025. WHO. https://www.who.int/
- Ylla-Català, A., y Centeno, C. (2021). Innovación y tecnología en cuidados paliativos avanzados. Medicina Paliativa, 28(2), 112-120.

CUIDADO BUCODENTAL EN LA POBLACIÓN SILVER: HIGIENE ORAL Y PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN

AUTORES: Jessica Bastida Medina / Miriam Diez Collantes / Noemí Matos Apolinario / Sara Aita Santos
Paula García Enrique / Laura Santamaría González / María del Pilar Álvarez Martín / Estefanía Cuesta Rubio



RESUMEN

La neumonía por aspiración es una complicación importante en personas mayores, especialmente cuando presentan disfagia o dependencia. Los microorganismos de la cavidad oral pueden alcanzar las vías respiratorias mediante microaspiraciones. Esta revisión resume la evidencia sobre higiene oral y prevención, así como las principales recomendaciones para el cuidado bucodental hospitalario

ANTECEDENTES

La edad, la fragilidad y los problemas de deglución aumentan el riesgo de aspiración. Una higiene oral deficiente favorece la acumulación de microorganismos que pueden llegar al pulmón. Por ello, el cuidado bucodental forma parte de las medidas preventivas en personas mayores hospitalizadas



PALABRAS CLAVE
Población Silver, higiene oral, neumonía por aspiración, personas mayores, disfagia.

OBJETIVOS

- Revisar la relación entre higiene oral y neumonía por aspiración en personas mayores.
- Identificar medidas de cuidado bucodental recomendadas durante la hospitalización.

MÉTODO

Se realizó una revisión biblográfica narrativa sobre higiene oral y neumonía por aspiración en personas mayores. Se consultaron cinco publicaciones científicas, incluyendo revisiones sistemáticas y recomendaciones clínicas. Se analizaron sus principales aportaciones sobre salud bucodental, riesgo de aspiración y medidas preventiva . No se recogieron datos de pacientes.

RESULTADOS

Las publicaciones relacionan la mala higiene oral y la presencia de microorganismos potencialmente patógenos en la cavidad bucal con un mayor riesgo de neumonía por aspiración. Algunos estudios muestran posibles beneficios de los cuidados bucodentales profesionales. La British Thoracic Society recomienda la higiene de dientes, lengua y paladar al menos dos veces al día. Sin embargo, la evidencia disponible sigue siendo limitada y heterogénea.

CONCLUSIONES



La higiene oral debe integrarse en los cuidados diarios de las personas mayores hospitalizadas. Es importante adaptar la limpieza bucodental a la situación de cada paciente y detectar problemas de deglución. Aunque puede contribuir a reducir el riesgo, la higiene oral por sí sola no garantiza evitar la neumonía por aspiración.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Khadka S, et al.** Poor oral hygiene, oral microorganisms and aspiration pneumonia risk in older people in residential aged care: a systematic review. Age Ageing. 2021;50(1):81–87. doi:10.1093/ageing/afaa102.
2. **Santos JMLG, et al.** Interventions to prevent aspiration pneumonia in older adults: an updated systematic review. J Speech Lang Hear Res. 2021;64(2):464–480. doi:10.1044/2020_JSLHR-20-00123.
3. **Simpson AJ, et al.** BTS clinical statement on aspiration pneumonia. Thorax. 2023;78(Suppl 1):s3–s21. doi:10.1136/thorax-2022-219699.
4. **van der Maarel-Wierink CD, et al.** Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. Gerodontology. 2013;30(1):3–9. doi:10.1111/j.1741-2358.2012.00637.x.
5. **Cao Y, et al.** Oral care measures for preventing nursing home-acquired pneumonia. Cochrane Database Syst Rev. 2022;11(11):CD012416. doi:10.1002/14651858.CD012416.pub3.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Cicatrización de heridas en las personas mayores:
factores clave y estrategias para un envejecimiento saludable

Belén Anta Febrero, María Rodríguez Diez, Isabel Olcina Santos, María Luz Fernández Fernández, Laura Prieto Hernández, Lucía Calvo Justo, Alba Pérez González, Miriam Galende Calvo, Reyes Castellanos Villar, Raquel Álvarez Cabezas, Ana Chinchilla Robles, Judith González Pérez, Victoria Mazón Iglesias, Rebeca Cuñado Martínez, Silvia Miguel Ferreras

Resumen

La cicatrización de heridas en la vejez se ve afectada por cambios fisiológicos, enfermedades asociadas y factores nutricionales. Este póster analiza la evidencia científica sobre sus causas, consecuencias y estrategias de prevención e innovación para mejorar la calidad de vida.



Palabras clave

Cicatrización · Envejecimiento · Heridas crónicas · Prevención · Cuidados

Antecedentes

Con el envejecimiento, la piel pierde elasticidad, se vuelve más fina y su capacidad de regeneración disminuye, lo que favorece la aparición de heridas crónicas, como úlceras por presión o lesiones en la piel. Además, la presencia de enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares), la malnutrición y la inmovilidad aumentan el riesgo de sufrir heridas y dificultan su cicatrización.

Por ello, es fundamental conocer los factores que influyen en este proceso para diseñar estrategias de prevención y cuidado adecuadas en la población mayor.



Objetivos

- Analizar la evidencia sobre los factores que afectan la cicatrización.
- Identificar estrategias de prevención y cuidado.
- Promover soluciones innovadoras en el marco de la Silver Economy.



Métodos

Revisión de la literatura científica en bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science.



Resultados

- Factores de riesgo: edad, enfermedades crónicas, malnutrición.
- Principales problemas: heridas de difícil cicatrización.
- Estrategias eficaces: prevención, cuidados especializados y nuevas tecnologías.



Conclusiones

- La cicatrización en la vejez requiere un enfoque individualizado y multidisciplinar.
- Prevenir y tratar adecuadamente las heridas contribuye a mantener la independencia.
- La Silver Economy ofrece oportunidades para desarrollar soluciones innovadoras y accesibles que mejoren la calidad de vida de las personas mayores.



LA NUTRICIÓN HERRAMIENTA CLAVE PARA UNA LONGEVIDAD SALUDABLES

Autores: Lucía Bragado Miguel, Diana Luelmo Domínguez, Marta Pérez Monzálvez, Seila Patricia Gonzalez Quintano, Covadonga Pérez Gutiérrez, Aránzazu Fuentesaúco Collantes, Ester Calvo Franco, Marta Miguel González.

RESUMEN

El envejecimiento de la población constituye uno de los principales retos actuales para los sistemas sanitarios. La nutrición desempeña un papel fundamental en la promoción de un envejecimiento saludable, ya que influye directamente en la prevención de enfermedades crónicas, el mantenimiento de la capacidad funcional y la calidad de vida. Una alimentación equilibrada, variada y adaptada a las necesidades de cada persona contribuye a prevenir complicaciones asociadas a la edad.

PALABRAS CLAVES

Nutrición; envejecimiento saludable; longevidad; enfermería; alimentación equilibrada; prevención de enfermedades; calidad de vida; personas mayores.

ANTECEDENTES

El aumento de la esperanza de vida ha incrementado la importancia de promover estrategias que permitan no solo vivir más años, sino hacerlo con buena salud y autonomía.
Durante el envejecimiento se producen cambios fisiológicos que pueden modificar las necesidades nutricionales, como la disminución de la masa muscular, alteraciones del apetito, cambios en el metabolismo y dificultades de masticación o deglución.



OBJETIVOS

- Identificar los beneficios de una alimentación equilibrada en las personas mayores.
- Reconocer los principales riesgos nutricionales asociados al envejecimiento.
- Promover hábitos alimentarios saludables y prevenir enfermedades crónicas.
- Resaltar el papel de enfermería en la detección precoz de la malnutrición y la educación para la salud.

MÉTODO

Se consultaron fuentes como la Organización Mundial de la Salud (OMS), PubMed y las recomendaciones de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN).

RESULTADOS

Una alimentación equilibrada, rica en frutas, verduras, legumbres, proteínas saludables y grasas beneficiosas, favorece la prevención de enfermedades crónicas, ayuda a mantener la masa muscular y evita problemas como la desnutrición y la deshidratación.

CONCLUSIONES

La nutrición es esencial para conseguir un envejecimiento saludable, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. Enfermería desempeña un papel clave mediante la educación sanitaria, la valoración nutricional y la promoción de hábitos saludables que favorezcan la autonomía y el bienestar de las personas mayores.

Complejo Asistencial de Zamora | Sacyl | Junta de Castilla y León | SILVER ECONOMY

LA COVERSACIÓN QUE NADIE QUIERE TENER; PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE CUIDADOS

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
María de las Mercedes Hidalgo Martín
Marisol Caballero Fernández

RESUMEN

La planificación anticipada de decisiones y cuidados representa un instrumento clínico fundamental para garantizar el respeto a la autonomía y la dignidad del paciente en el tramo final de su vida. Este trabajo analiza las barreras comunicativas y sociosanitarias que dificultan abordar este proceso, destacando su relevancia para alinear los cuidados médicos con los valores personales de los mayores en el ámbito de la Silver Economy.

ANTECEDENTES

A pesar de los beneficios demostrados de la planificación anticipada de cuidados, su implantación real en la práctica clínica sigue siendo baja debido al rechazo cultural, el miedo a la muerte y la falta de formación específica de los profesionales sanitarios para iniciar estas conversaciones complejas, lo que a menudo desemboca en un encarnizamiento terapéutico no deseado.

OBJETIVOS

- Analizar los factores sociosanitarios y culturales que dificultan la realización de la planificación anticipada de cuidados.
- Evaluar el impacto de la toma de decisiones consensuadas en la calidad asistencial al final de la vida.
- Proponer estrategias formativas para facilitar el diálogo ético entre profesionales, pacientes y familias.

PALABRAS CLAVE

Planificación anticipada, cuidados, autonomía del paciente, decisiones anticipadas; comunicación; ética clínica.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica cualitativa y un análisis de guías clínicas y normativas sobre bioética y voluntades anticipadas aplicadas en entornos sociosanitarios durante los últimos años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evidenció que los pacientes que participan en una planificación anticipada presentan una menor tasa de intervenciones fútiles en unidades de cuidados intensivos y experimentan una mayor satisfacción, al igual que sus familias, al verse respetadas sus voluntades expresadas previamente. Por tanto, superar el tabú de la muerte mediante programas estructurados de comunicación y asesoramiento ético resulta indispensable para garantizar una atención centrada en la persona y en el respeto a su dignidad terminal.

BIBLIOGRAFÍA

- Simón Lorda, P., y Barrio Cantalejo, I. M. (2010). La planificación anticipada de decisiones: del paternalismo a la autonomía. Medicina Clínica, 135(15), 709-715.
- World Health Organization (WHO). (2018). Palliative care: Fact sheet. WHO. https://www.who.int/
- Zabalegui, A., y Cabrera, E. (2020). Planificación de cuidados en geriatría y atención sociosanitaria. Elsevier.

¿Y SI LLEGAMOS TARDE A LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
María de las Mercedes Hidalgo Martín
Marisol Caballero Fernández

RESUMEN

La derivación tardía a los servicios de cuidados paliativos constituye uno de los principales obstáculos para garantizar una atención óptima y humanizada a los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Este trabajo analiza las causas del retraso en la identificación de la necesidad paliativa y su impacto negativo en el sufrimiento del paciente y su entorno dentro de la Silver Economy.

ANTECEDENTES

Con frecuencia, los profesionales sanitarios y los propios sistemas de salud identifican la necesidad de cuidados paliativos en las últimas fases de la enfermedad o en los días previos al fallecimiento, asociando erróneamente esta atención exclusivamente a la fase terminal oncológica, lo que priva a los pacientes no oncológicos de un control sintomático precoz.

OBJETIVOS

- Identificar las principales barreras que provocan un retraso en la derivación a equipos de cuidados paliativos.
- Evaluar el impacto clínico y emocional de la intervención tardía en pacientes geriátricos avanzados.
- Proponer criterios de detección precoz en la atención primaria y sociosanitaria para optimizar los tiempos de atención.

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos; derivación tardía; cronicidad avanzada; calidad asistencial; gestión sanitaria; Silver Economy.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica cualitativa y un análisis de modelos de identificación precoz y trayectorias de enfermedad crónica avanzada en el ámbito sociosanitario durante los últimos años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se comprobó que una intervención paliativa tardía incrementa las visitas innecesarias a urgencias, las hospitalizaciones fútiles y el sufrimiento no controlado, mientras que la detección temprana mejora sustancialmente el confort y reduce el desgaste familiar. Por tanto, es urgente modificar los criterios de derivación clínica e implantar modelos proactivos que integren el enfoque paliativo desde las fases iniciales de las enfermedades crónicas avanzadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Batiste, X., y Connor, S. R. (2017). Building integrated palliative care programs and services.
- Centeno, C., y Clark, D. (2018). The current status of palliative care in Europe. Journal of Pain and Symptom Management, 55(3), 720-728.
- World Health Organization (WHO). (2020). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. WHO.

¿QUIÉN CUIDARÁ DE NUESTROS MAYORES EN 2040?

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
María de las Mercedes Hidalgo Martín
Marisol Caballero Fernández

RESUMEN

El rápido envejecimiento demográfico y la disminución de la natalidad proyectan una brecha crítica entre la demanda de asistencia geriátrica y la disponibilidad de cuidadores para el año 2040. Este trabajo analiza los desafíos del futuro mercado de los cuidados, la escasez de profesionales sociosanitarios y la necesidad de replantear los modelos de atención en la Silver Economy.

ANTECEDENTES

Las proyecciones demográficas mundiales indican un incremento exponencial de las personas mayores de ochenta años en las próximas décadas, coincidiendo con una reducción drástica de la población en edad laboral y de la red tradicional de apoyo familiar, lo que pone en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de atención actuales.

OBJETIVOS

- Proyectar las necesidades asistenciales y la demanda de cuidadores profesionales de cara al horizonte de 2040.
- Analizar el impacto de la crisis demográfica y la disminución de los apoyos familiares informales.
- Proponer reformas estructurales, innovación tecnológica y nuevas políticas públicas para garantizar la sostenibilidad de los cuidados en la Silver Economy.

PALABRAS CLAVE

Sostenibilidad de los cuidados, futuro demográfico, escasez de profesionales; gerontología; políticas sociosanitarias; Silver Economy.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica prospectiva y un análisis de informes demográficos y sociosanitarios internacionales sobre la evolución de la dependencia y el empleo en el sector de los cuidados durante las últimas décadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se evidenció que el modelo actual de cuidados colapsará si no se fomenta la profesionalización del sector, la retención de talento y la integración de tecnologías de apoyo que reduzcan la carga humana asistencial. Por tanto, anticiparse al año 2040 exige una transformación urgente de las políticas sociosanitarias, impulsando un ecosistema mixto que combine la innovación tecnológica, la dignificación laboral del cuidador y la corresponsabilidad comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A., y Pujol Rodríguez, R. (2020). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos sociales y de salud. CSIC.
- Comisión Europea. (2021). Informe sobre el envejecimiento demográfico: Retos económicos y presupuestarios. Unión Europea.
- World Health Organization (WHO). (2021). Decade of healthy ageing: Baseline report. WHO.

¿QUIÉN CUIDA AL CUIDADOR CUANDO EL PACIENTE ESTÁ MURIENDO?

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
María de las Mercedes Hidalgo Martín
Marisol Caballero Fernández

RESUMEN

El desgaste físico y emocional de los cuidadores principales durante el proceso final de la vida del paciente representa un reto sociosanitario de primer orden. Este trabajo analiza el síndrome de sobrecarga del cuidador, el impacto del duelo anticipado y la necesidad urgente de implementar programas de apoyo institucional para proteger la salud del cuidador en el marco de la Silver Economy.

ANTECEDENTES

A menudo, la atención sociosanitaria se focaliza exclusivamente en el paciente terminal, relegando al olvido al cuidador principal, quien asume una intensa carga física y psicológica que deriva frecuentemente en agotamiento crónico, ansiedad, depresión y aislamiento social durante los últimos estadios de la enfermedad.

OBJETIVOS

- Analizar el impacto físico, psicológico y social que experimentan los cuidadores principales al final de la vida.
- Evaluar la eficacia de los recursos de respiro familiar y el soporte psicológico especializado.
- Proponer estrategias de intervención institucional para prevenir el síndrome de burnout en el entorno del paciente geriátrico.

PALABRAS CLAVE

Cuidadores principales, sobrecarga emocional, duelo anticipado, apoyo institucional; cuidados paliativos; bienestar.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica cualitativa y un análisis de programas de apoyo a cuidadores y buenas prácticas en unidades de atención sociosanitaria y domiciliaria durante los últimos años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se comprobó que la falta de soporte sistemático al cuidador multiplica el riesgo de morbilidad oculta y afecta negativamente a la calidad de los cuidados proporcionados al paciente, mientras que los programas de respiro y la intervención psicológica temprana reducen notablemente el estrés y facilitan el afrontamiento del duelo. Por tanto, cuidar al cuidador no es un recurso opcional, sino un pilar asistencial indispensable para garantizar una atención paliativa verdaderamente sostenible y humana.

BIBLIOGRAFÍA

- Barreto, P., y Soler, S. (2007). Psicología en cuidados paliativos. Guía de intervención para el cuidador. Síntesis.
- Losada, A., y Márquez-González, M. (2015). El malestar psicológico en cuidadores de personas con demencia y cronicidad avanzada. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 50(2), 75-80.
- World Health Organization (WHO). (2020). Supporting family caregivers in palliative care. WHO.

LA EDAD NO ES UN DIAGNÓSTICO

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
María de las Mercedes Hidalgo Martín
Marisol Caballero Fernández

RESUMEN

El edadismo clínico y la discriminación por motivos de edad en la práctica sanitaria a menudo conducen a infratratamientos y a la banalización de los síntomas en las personas mayores. Este trabajo analiza el impacto negativo de utilizar la edad cronológica como criterio diagnóstico y terapéutico, abogando por una valoración geriátrica integral basada en la fragilidad y el estado funcional dentro de la Silver Economy.

ANTECEDENTES

Históricamente, la atención médica ha incurrido en sesgos agcistas donde patologías tratables o necesidades paliativas complejas se desestiman bajo la premisa simplista de que forman parte del envejecimiento natural, privando a los pacientes mayores de intervenciones clínicas eficaces y personalizadas.

OBJETIVOS

- Desmontar el sesgo de la edad cronológica como argumento clínico válido en la toma de decisiones sanitarias.
- Fomentar el uso de la Valoración Geriátrica Integral frente al edadismo institucional.
- Promover la equidad en el acceso a tratamientos avanzados y cuidados paliativos en pacientes de edad avanzada.

PALABRAS CLAVE

Edadismo clínico; valoración geriátrica integral; discriminación por edad; fragilidad; calidad asistencial; geriatría.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica y un análisis de buenas prácticas clínicas sobre ética asistencial, equidad sanitaria y modelos de atención centrada en la persona en el ámbito de la geriatría durante los últimos años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se comprobó que la superación del edadismo clínico mediante valoraciones funcionales individualizadas incrementa notablemente la esperanza y calidad de vida de los pacientes mayores, evitando exclusiones terapéuticas injustificadas. Por tanto, es imperativo erradicar el concepto de la edad como diagnóstico para garantizar una práctica médica ética, justa y adaptada a la verdadera complejidad biológica y funcional de la persona

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A., y Pujol Rodríguez, R. (2020). Un perfil de las personas mayores en España: Indicadores estadísticos sociales y de salud. CSIC.
- Palacios, M., y Rodríguez Mañas, L. (2018). Fragilidad y envejecimiento saludable: Desafíos para el sistema sanitario. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 53(3), 140-146.
- World Health Organization (WHO). (2021). Global report on ageism. WHO.

SEMÁFORO PALIATIVO: VERDE (ENFERMEDAD AVANZADA), AMBAR (DETERIORO FUNCIONAL), ROJO (SUFRIMIENTO)

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
María de las Mercedes Hidalgo Martín
Marisol Caballero Fernández

RESUMEN

La estratificación clínica mediante sistemas de alerta temprana facilita la identificación de las distintas fases evolutivas en los pacientes crónicos complejos. Este trabajo analiza la aplicación de un modelo de semáforo paliativo para clasificar el estado clínico en verde, ámbar y rojo, optimizando los recursos y la toma de decisiones asistenciales en el ámbito de la Silver Economy.

ANTECEDENTES

La falta de herramientas visuales y estandarizadas en la práctica clínica diaria dificulta a menudo que los equipos de atención primaria y sociosanitaria detecten con agilidad los puntos de inflexión en la evolución de las enfermedades crónicas avanzadas, lo que genera derivaciones inadecuadas y una respuesta asistencial desajustada a las necesidades reales del paciente.

OBJETIVOS

- Diseñar un modelo de estratificación clínica basado en códigos de color para identificar la progresión en pacientes paliativos.
- Facilitar a los profesionales sociosanitarios la toma de decisiones clínicas ante situaciones de deterioro o final de vida.
- Mejorar la eficiencia y la coordinación en la asignación de recursos asistenciales dentro de la Silver Economy.

PALABRAS CLAVE

Semáforo paliativo; estratificación clínica; cronicidad avanzada; gestión de recursos; calidad asistencial; geriatría.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica y un análisis de modelos de estratificación pronóstica y escalas de complejidad clínica aplicadas en la atención a pacientes crónicos avanzados durante los últimos años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se comprobó que la utilización de este sistema de alertas estratificadas permite anticiparse a las crisis sintomáticas, reduciendo los ingresos hospitalarios fútiles en fase ámbar y garantizando una respuesta humanizada y centrada en el confort durante la situación de últimos días en fase roja. Por tanto, la implementación del semáforo paliativo se revela como una herramienta práctica y eficaz para ordenar la complejidad clínica y asegurar una transición asistencial fluida y digna.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Batiste, X , y Martínez-Muñoz, M (2019) Identificación de pacientes con necesidades paliativas en organizaciones sanitarias. Elsevier
- Murray, S. A., y Boyd, K. (2011). Using significant event analysis to improve palliative care in primary care. Family Practice, 28(4), 380-385.
- World Health Organization (WHO). (2020). Global atlas of palliative care at the end of life. WHO.

UNA CASA LLENA, PUEDE ESTAR VACÍA

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
Marisol Caballero Fernández
María de las Mercedes Hidalgo Martín

RESUMEN

La soledad no deseada y el aislamiento social en las personas mayores representan una epidemia silenciosa que persiste incluso en entornos residenciales o familiares concurridos. Este trabajo analiza el impacto de la desconexión afectiva y la soledad emocional en la salud integral de los mayores, destacando la necesidad de intervenciones psicosociales en el ámbito de la Silver Economy.

ANTECEDENTES

A menudo se asume de manera errónea que la convivencia en residencias o núcleos familiares numerosos protege automáticamente a las personas mayores frente a la soledad, ignorando que el aislamiento emocional y la falta de vínculos significativos generan un profundo sufrimiento invisible.

OBJETIVOS

- Diferenciar conceptualmente entre el aislamiento social objetivo y la vivencia subjetiva de la soledad no deseada.
- Analizar el impacto de la soledad emocional sobre la salud física, cognitiva y mental de los adultos mayores.
- Promover programas comunitarios y asistenciales de vinculación afectiva y soporte relacional en la tercera edad.

PALABRAS CLAVE

Soledad no deseada, aislamiento social, salud emocional, personas mayores; bienestar psicosocial; Silver Economy.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica cualitativa y un análisis de estudios epidemiológicos y programas de intervención psicosocial centrados en la prevención de la soledad no deseada en entornos residenciales y comunitarios durante los últimos años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se comprobó que la soledad crónica actúa como un factor de riesgo directo para el deterioro cognitivo, la depresión y la morbimortalidad, y que los entornos saturados físicamente pueden albergar un profundo vacío emocional si no se fomentan relaciones significativas. Por tanto, es imprescindible transformar los modelos de cuidado para que prioricen la salud afectiva y la conexión humana frente a la mera atención material y asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- De Jong Gierveld, J., y Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness. Research on Aging, 28(5), 582-598.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., y Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227-237.
- World Health Organization (WHO). (2021). Social isolation and loneliness in older people. WHO.

ALEXA, ¿QUIÉN CUIDARÁ DE MÍ?

Ana Elba Sánchez Jiménez
Yamile Sánchez Jiménez
María de las Mercedes Hidalgo Martín
Marisol Caballero Fernández

RESUMEN

La irrupción de la inteligencia artificial conversacional y los asistentes virtuales en el hogar plantea una nueva dimensión en el soporte y la asistencia cotidiana de las personas mayores. Este trabajo analiza el potencial y los límites de la tecnología inteligente como recurso de compañía, recordatorio y alerta temprana dentro de los nuevos modelos de atención de la Silver Economy.

ANTECEDENTES

El deseo de envejecer en el propio domicilio choca a menudo con la aparición de limitaciones funcionales y cognitivas leves, lo que ha impulsado el interés por dispositivos de voz y sistemas inteligentes capaces de ofrecer una asistencia accesible y no intrusiva en el día a día de las personas mayores.

OBJETIVOS

- Evaluar la utilidad de los asistentes virtuales conversacionales en la promoción de la autonomía de los adultos mayores.
- Analizar la percepción de seguridad y compañía que aportan las tecnologías de voz en el hogar.
- Identificar las barreras de accesibilidad digital y los riesgos éticos asociados al uso de la inteligencia artificial en la vejez.

PALABRAS CLAVE

Asistentes virtuales, inteligencia artificial, hogares inteligentes, autonomía senior; tecnología de asistencia; Silver Economy.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica cualitativa y un análisis de experiencias piloto sobre domótica asistencial y asistentes virtuales implementados en viviendas adaptadas para personas mayores durante los últimos años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se comprobó que los asistentes virtuales facilitan la gestión de rutinas diarias, mejoran la adherencia terapéutica y reducen la sensación subjetiva de aislamiento al ofrecer una vía sencilla de interacción, aunque no pueden sustituir el calor humano y requieren supervisión para evitar brechas digitales. Por tanto, la tecnología conversacional se posiciona como un valioso complemento de apoyo y compañía que refuerza la autonomía domiciliaria en el marco de una atención sociosanitaria innovadora.

.

BIBLIOGRAFÍA

- Abascal, J., y Civit, A. (2019). Tecnologías de apoyo y accesibilidad para la autonomía personal. Editorial Síntesis.
- Peek, S. T., Wouters, E. J., van Hoof, J., Luijkx, K. G., Boeije, H. R., y Vrijhoef, H. J. (2014). Factors influencing the adoption of technology by aging adults: A review. Aging and Mental Health, 18(6), 727-741.
- World Health Organization (WHO). (2020). Ageing and health: Technology and innovation. WHO.

Más allá de las cifras absolutas: el suicidio en la vejez en España y la UE-27

D. José María Palomares Rodríguez* y Dr. Raúl Quevedo-Blasco**
*Doctorado en Criminología, Universidad de Granada (España)
**Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada (España)

Palabras clave: conducta suicida; personas mayores; factores de riesgo; prevención; salud pública

Resumen

El número de casos sitúa el suicidio en la mediana edad, pero puede ocultar el riesgo en la vejez. Objetivo: describir el suicidio por edad y sexo en España (2013–2025) y compararlo con la UE-27. Método: tasas específicas por edad con datos del INE y Eurostat (CIE-10 X60–X84) y síntesis de seis revisiones sistemáticas. Resultados: en 2025, el 41,4 % de los suicidios se dio entre los 45 y 64 años, pero la tasa más alta fue la de mayores de 85 (15,4 por 100.000; 35,5 en hombres). España está por debajo de la UE-27 en todas las edades. Conclusiones: la vejez, sobre todo en hombres, es el grupo de mayor riesgo y requiere prevención específica.

Antecedentes

El suicidio es la segunda causa de muerte externa en España. Por número de casos se concentra en la mediana edad, pero las tasas por edad muestran mejor el riesgo relativo en una población que envejece. Factores propios de la vejez (enfermedad física, discapacidad, duelo, soledad) no siempre se recogen en la prevención.

Objetivos

1. Describir la distribución de casos y las tasas de suicidio por edad y sexo en España entre 2013 y 2025.
2. Comparar las tasas por edad de España con las de la UE-27 (2013–2023).
3. Integrar los resultados con los factores de riesgo, de protección y de prevención descritos en revisiones sistemáticas sobre personas mayores.

Método

Diseño: estudio descriptivo de datos secundarios y síntesis narrativa de seis revisiones sistemáticas.

Fuentes: INE, Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte (causa 098; 2013–2024 definitivos, 2025 provisionales). Eurostat: defunciones de residentes (hlth_cd_aro) y población a 1 de enero (demo_pjangroup).

Análisis: tasas brutas específicas por edad y sexo (por 100.000 hab.) en seis grupos: <25, 25–44, 45–64, 65–74, 75–84 y ≥85 años.

Periodo: desde 2013, año en que el INE incorporó la información de los Institutos de Medicina Legal.

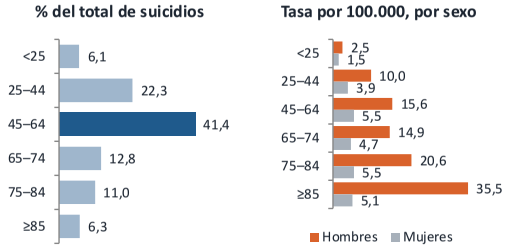
Resultados

41,4 % de los suicidios de 2025 fueron entre los 45 y 64 años

15,4 por 100.000: la tasa más alta, en mayores de 85 años

×2,3 tasa en hombres ≥85 (35,5) frente a 45–64 años (15,6)

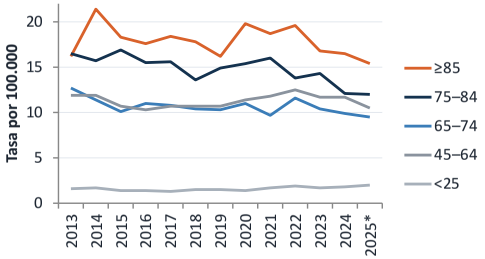
Figura 1. *Casos y tasas por grupo de edad. España, 2025*



Tasa total por edad: <25: 2,0 · 25–44: 7,0 · 45–64: 10,5 · 65–74: 9,5 · 75–84: 12,0 · ≥85: 15,4. Fuente: INE, datos provisionales 2025 (3.808 defunciones); población: Eurostat.

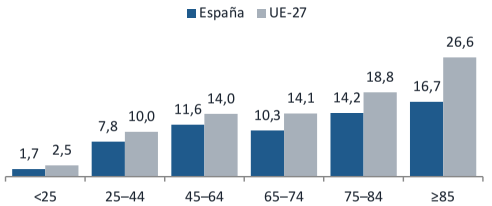
En hombres, la tasa crece casi de forma continua con la edad; en mujeres, la curva es plana a partir de los 45 años (entre 4,7 y 5,5).

Figura 2. *Evolución de las tasas por edad. España, 2013–2025*



2013→2025: descenso en 65–74 (12,7→9,5) y 75–84 años (16,5→12,0); ≥85 oscila sin tendencia clara; ligero aumento en <25 (1,6→2,0). *2025 provisional.

Figura 3. *España frente a la UE-27 por edad, 2023 (tasa por 100.000)*



España se sitúa por debajo de la UE-27 en todos los grupos; la mayor diferencia, en ≥85 años. Fuente: Eurostat, residentes.

Tabla 1. *Evidencia de revisiones sistemáticas en personas mayores*

Riesgo de suicidio consumado	Sexo masculino, trastorno psiquiátrico, mala salud física, duelo y vivir solo (Beghi et al., 2021)
Salud física	Discapacidad funcional, dolor, cáncer, enfermedad neurológica y EPOC, asociados a conducta suicida (Fässberg et al., 2016)
Factores sociales	Soledad (suicidio: OR 6,8 en hombres y 8,4 en mujeres) y conflicto; la participación religiosa, protectora (Fässberg et al., 2012)
Protección	Sentido vital y resiliencia, asociados a menor ideación suicida (Ki et al., 2024; Maynard et al., 2024)
Prevención	Programas multicomponente en atención primaria centrados en la depresión (Okolie et al., 2017)

Conclusiones

1. **Casos y tasas cuentan historias distintas**: la edad laboral concentra los casos; la vejez, el riesgo. Cada perfil requiere su propia prevención, laboral y sociosanitaria.
2. **Los hombres de 85 años o más son el grupo de mayor riesgo**, en línea con los factores que señalan las revisiones: sexo masculino, enfermedad, duelo y soledad.
3. El descenso en 65–84 años contrasta con el aumento en jóvenes. Estos datos no permiten atribuirlo a cambios asistenciales concretos.
4. La prevención en la vejez debe integrarse en atención primaria, cuidados de larga duración y programas frente a la soledad.

Limitaciones: tasas brutas; datos de 2025 provisionales; pocos casos en algunos grupos; factores protectores basados sobre todo en ideación suicida.

Referencias

Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., … y Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 127*, 193–211. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011

Eurostat. (2026). *Causes of death – deaths by country of residence and occurrence (hlth_cd_aro); Population on 1 January by age group and sex (demo_pjangroup)* [Conjunto de datos]. https://ec.europa.eu/eurostat

Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., y Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health, 20*(2), 166–194. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945

Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S. S., De Leo, D., Szanto, K., y Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(3), 722–745. https://doi.org/10.3390/ijerph9030722

Instituto Nacional de Estadística. (2026). *Estadística de defunciones según la causa de muerte* [Conjunto de datos]. https://www.ine.es

Ki, M., Lapierre, S., Gim, B., Hwang, M., Kang, M., Dargis, L., Jung, M., Koh, E. J., y Mishara, B. (2024). A systematic review of psychosocial protective factors against suicide and suicidality among older adults. *International Psychogeriatrics, 36*(5), 346–370. https://doi.org/10.1017/S104161022300443X

Maynard, H., Gregory, J. D., Davies, A., y Fox, J. (2024). Psychological factors protecting against suicidality in older adults: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 31*, e3029. https://doi.org/10.1002/cpp.3029

Okolie, C., Dennis, M., Thomas, E. S., y John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics, 29*(11), 1801–1824. https://doi.org/10.1017/S1041610217001430

LESIÓN DEL COMPLEJO DEL FIBROCARTÍLAGO TRIANGULAR (CFCT) DE LA MUÑECA: SÍNTOMAS, SIGNOS CLÍNICOS Y PRONÓSTICO

AUTORES Beatriz Magariño Álvarez ,Daniel García Gallego ,Alba Manzanedo Juárez ,María Dolores Herrero Sánchez,Nuria Portas Castellanos,Jose María Márquez Pérez ,Bastian Martín García ,Elena Pérez Jiménez ,Carla Ramos Alvarez,Cristina Vidal Aparicio,Alicia Paniagua Gómez,Yolanda Fernández Grande,Sandra Simon Cascón,Sara Ferraro Valle,Julia Alvarez Rodriguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón martínez ,Raquel Pinto Peñuelas ,Marta Rodriguez Barrientos,Rubén González Gómez ,María Teresa Diez Alonso,Ivan Fernández PérezZ,Marta de la Torre Sánchez,Anabel Silvan Díaz ,Daniel Nicolás Laso,Ana Patricia Campos Moreno,Andrea Sevilla López,Eva Diez Villarroel ,Javier González Martínez ,Ana Luis Ros ,Noelia Iglesias García ,Carmen García Mulas ,Víctor Merayo Domínguez,Carla Barroso Fernández ,David Colina Fernández,Patricia Martínez Barreda ,Andrea Ramos Martínez,Claudia Moya Bahamonde,Mario Guervo Díez,Andrea Martín Martínez ,Ester María López DomínguEZ,Valvanera Escrich Iturbe,María Gloria Alonso González,Aitziber Ortega Plaza

INTRODUCCIÓN

El complejo del fibrocartílago triangular (CFCT), también conocido como TFCC, es una estructura anatómica situada en la región cubital de la muñeca, entre el cúbito y los huesos del carpo.
Su función principal es proporcionar estabilidad a la articulación radiocubital distal, distribuir las cargas y facilitar los movimientos de pronosupinación del antebrazo.
Las lesiones del CFCT pueden producirse por traumatismos, como caídas sobre la mano extendida, o por procesos degenerativos relacionados con movimientos repetitivos y sobrecargas articulares.
Estas lesiones constituyen una causa frecuente de dolor en el lado cubital de la muñeca y pueden provocar limitaciones funcionales que afectan a las actividades de la vida diaria y laborales.
El diagnóstico precoz y un tratamiento individualizado son fundamentales para mejorar la evolución clínica y recuperar la funcionalidad de la muñeca.



METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica mediante la consulta de las bases de datos PubMed y PEDro.
Se utilizaron las siguientes palabras clave: Triangular Fibrocartilage Complex, TFCC injury, wrist pain, symptoms, clinical signs, diagnosis, prognosis y physiotherapy.
Los términos se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR.
Se priorizaron publicaciones de los últimos diez años, incluyendo revisiones sistemáticas, estudios clínicos y artículos relacionados con los síntomas, signos diagnósticos, tratamiento y pronóstico de las lesiones del fibrocartílago triangular.
Se seleccionaron los artículos más relevantes para conocer las principales manifestaciones clínicas, las pruebas de exploración física y los factores que influyen en la recuperación de estos pacientes.

RESULTADOS

La literatura científica describe las lesiones del complejo del fibrocartílago triangular como una causa importante de dolor en la región cubital de la muñeca.
Estas lesiones pueden ser traumáticas, por caídas o impactos, o degenerativas, como consecuencia de sobrecargas repetidas y del envejecimiento de los tejidos.

SÍNTOMAS PRINCIPALES

- Dolor en la zona cubital de la muñeca (lado del dedo meñique).
- Dolor al realizar movimientos de pronación y supinación.
- Dolor al girar pomos, abrir botes o utilizar herramientas.
- Disminución de la fuerza de agarre.
- Dolor al apoyar la mano o realizar carga sobre la muñeca.
- Sensación de chasquidos o bloqueos durante el movimiento.
- Sensación de inestabilidad de la muñeca.
- Limitación para realizar actividades laborales y de la vida diaria.

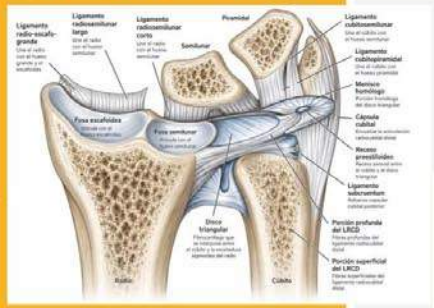
SIGNOS CLÍNICOS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración clínica podemos encontrar:

- Dolor a la palpación de la fóvea cubital (entre la estiloides cubital y el tendón del flexor cubital del carpo).
- Dolor con la desviación cubital de la muñeca.
- Dolor con la compresión axial y rotación de la muñeca.
- Disminución de la fuerza de prensión.
- Limitación del rango articular, especialmente en pronosupinación.
- Posible inestabilidad de la articulación radiocubital distal.

PRUEBAS CLÍNICAS MÁS UTILIZADAS

1.Signo de la fóvea cubital: reproduce dolor al presionar la zona de inserción del complejo fibrocartilaginoso.
2.Test de compresión o Ulnar Grind Test: se aplica compresión axial junto con movimientos de rotación y desviación cubital.
3.Test de baloteo radiocubital distal: permite valorar la estabilidad de la articulación radiocubital distal.
4.Test de la tecla del piano: valora la posible inestabilidad de la cabeza del cúbito.
Es importante destacar que ninguna prueba clínica aislada permite confirmar el diagnóstico. La resonancia magnética puede ayudar, aunque presenta limitaciones.
La artroscopia permite visualizar directamente las lesiones y constituye una referencia diagnóstica en casos seleccionados.



PRONÓSTICO

El pronóstico de las lesiones del fibrocartílago triangular depende de la localización, extensión y antigüedad de la lesión, así como de la estabilidad de la articulación radiocubital distal.

- Las lesiones estables pueden evolucionar favorablemente mediante tratamiento conservador.
- El tratamiento inicial puede incluir inmovilización, modificación de actividades y rehabilitación progresiva.
- Las lesiones periféricas presentan mayor capacidad de cicatrización debido a su mejor vascularización.
- La presencia de inestabilidad radiocubital distal puede empeorar el pronóstico.
- Las roturas completas de la inserción foveal se relacionan con peores resultados del tratamiento conservador.
- En pacientes con dolor persistente o inestabilidad puede ser necesario valorar tratamiento quirúrgico.

Una revisión sistemática publicada en 2024, que incluyó ocho estudios y 425 pacientes, encontró resultados funcionales comparables entre el tratamiento conservador y el quirúrgico en determinados pacientes. También identificó la subluxación radiocubital distal y la lesión completa de la inserción foveal como factores asociados a peores resultados.
Evolución funcional: el objetivo del tratamiento es reducir el dolor, recuperar la movilidad, mejorar la fuerza de prensión y restablecer la estabilidad y funcionalidad de la muñeca.

CONCLUSIÓN

Las lesiones del complejo del fibrocartílago triangular constituyen una causa frecuente de dolor cubital de muñeca y pueden provocar importantes limitaciones funcionales.
La identificación de los síntomas y la realización de una exploración clínica adecuada son fundamentales para orientar el diagnóstico y establecer un tratamiento individualizado.
La evidencia científica indica que muchas lesiones estables pueden evolucionar favorablemente mediante tratamiento conservador, mientras que la presencia de inestabilidad radiocubital distal o lesiones completas de la inserción foveal puede empeorar el pronóstico.
El abordaje fisioterapéutico debe centrarse en la recuperación progresiva de la movilidad, la fuerza, la estabilidad articular y la funcionalidad de la muñeca.
Es necesario continuar investigando para establecer protocolos de rehabilitación específicos y determinar qué tratamientos ofrecen mejores resultados según el tipo de lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choi SI, Malik S, MacLean S. The Natural History of Non-operatively Treated Traumatic Triangular Fibrocartilage Complex Tears: A Systematic Review. Journal of Wrist Surgery. 2024;13(6):550-558.
2. 2. Schmauss D, et al. Clinical tests and magnetic resonance imaging have limited diagnostic value for triangular fibrocartilaginous complex lesions. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery. 2016.
3. 3. Diagnostic accuracy of history taking, physical examination and imaging for non-chronic finger, hand and wrist ligament and tendon injuries: a systematic review update. BMJ Open. 2020.

ENVEJECER CON SALUD: VIVIR MÁS, VIVIR MEJOR.



PEQUEÑOS HÁBITOS, GRANDES BENEFICIOS.

Para alcanzar esta etapa de la vida con bienestar físico, mental y social.

01 USO RESPONSABLE DE MEDICAMEBTOS

-RESPETA LA DOSIS Y HORARIOS PAUTADOS.
-NO TE AUTOMEDIQUES.
-REVISA CADUCIDADES Y CORRECTA CONSERVACIÓN.
-CONSULTA A TU FARMACÉUTICA.
-VALORA LA OPCIÓN DE CREAR UN PASTILLERO.
-VIGILA POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS.

02 PROMCIÓN DE LA SALUD

-ACUDE A REVISIONES PERIÓDICAS.
-PARTICIPA EN CRIBADOS SEGÚN TU EDAD.
-CONOCE TUS ANTECEDENTES FAMILIARES.
-CONSULTA ANTE CUALQUIER SÍNTOMA NUEVO.
-REALIZA CONTROLES DE VISIÓN Y AUDICIÓN.
-CUIDA TU SALUD BUCODENTAL.

03 ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD Y SALUD MENTAL

-REDUCE EL CONSUMO DE CARNES ROJAS Y EMBUTIDOS (CÁNCER COLORRECTAL).
-AUMENTA EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, CEREALES INTEGRALES Y AGUA.
-MUEVETE CADA DÍA, CAMINA, HAZ EJERCICIO SUAVE Y ESPECÍFICO.
-RODEATE DE FAMILIA Y AMIGOS.
-MANTEN LA MENTE ACTIVA, LEE, APRENDE, COMPARTE.



04 AUTONOMÍA Y CALIDAD DE VIDA.

-REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS POR UNA MISMA.
-MANTEN EL CONTROL DE TU ECONOMÍA.
-DISFRUTA DE LA VIDA, HAZ COSAS QUE TE GUSTEN Y TE HAGAN FELIZ.

05 CONCIENCIA SOCIAL

-COMBATIR EL INDIVIDUALÍSMO,EL BIENESTAR SOCIAL TAMBIEN DEPENDE DE NOSTRAS.
-PRACTICAR LA EMPATÍA.
-AYUDAR Y COLABORAR CON QUIEN LO NECESITE.
-RESPETAR LA DIVERSIDAD.
-FOMENTAR LA SOLIDARIDAD, NO PERMANECER INDIFERENTES ANTE LAS GUERRAS, INJUSTICIAS O EL DOLOR AJENO.
-

CRISTINA ROQUÉ GARCÍA

Suicidio y psicopatología en la vejez

D. José María Palomares-Rodríguez* y Dr. Raúl Quevedo-Blasco**
*Doctorado en Criminología, Universidad de Granada (España)
**Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada (España)

Palabras clave: suicidio; personas mayores; psicopatologías; bibliometría

Introducción

El suicidio en la vejez constituye un importante problema de salud pública, debido a su complejidad y a la influencia de diversos factores psicológicos, psiquiátricos y sociales. Entre ellos destacan la depresión, los trastornos de ansiedad, el deterioro cognitivo, la soledad, la desesperanza y otras alteraciones psicopatológicas que pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas mayores ante la conducta suicida.

La realización de este estudio se justifica por la necesidad de conocer y analizar la relación entre la psicopatología y el comportamiento suicida durante el envejecimiento. Asimismo, pretende identificar los principales trastornos mentales asociados, los factores de riesgo y las posibles estrategias de prevención y detección precoz. La revisión de la evidencia científica permitirá comprender mejor este fenómeno, contribuir a la sensibilización de los profesionales sanitarios y favorecer el desarrollo de intervenciones psicológicas y asistenciales adaptadas a las necesidades de la población mayor.

Método

Diseño: estudio bibliométrico (Aria et al., 2026).

Fuentes: Web of Science Core Collection.

Ecuación de búsqueda:

(Suicid* OR "Suicidal Behavior" OR "Suicidal Ideation" OR "Suicide Attempt") AND (Psychopatholog* OR "Mental Disorders" OR Depression OR Anxiety OR "Psychiatric Disorders") AND (Aging OR "Older Adults" OR Elderly OR Aged)

Periodo: desde el año 2012 al 2026.

Tipos de documentos: artículos y revisiones.

Resultados

5.556	176.980	7.941
ARTÍCULOS Y REVISIONES	Referencias	Palabras clave del autor (DE)

Tabla 1. *Principales datos bibliométricos (2012-2026)*

Fuentes (revistas)	1.368
Documentos	5.556
Tasa de crecimiento anual (%)	9,72
Promedio de citas por documento	26,55
Nº autores	25.963
Autores de documentos de autor único	165
Documentos de autor único	177
Coautores por documento	6,18
Porcentaje de coautores internacionales	27,16

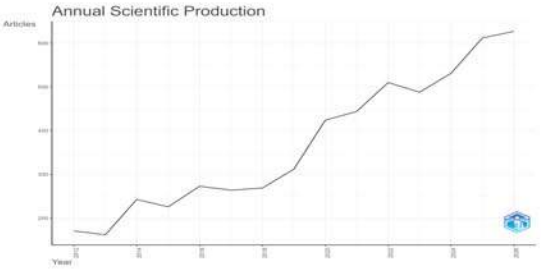


Figura 1. *Evolución de la producción científica anual*

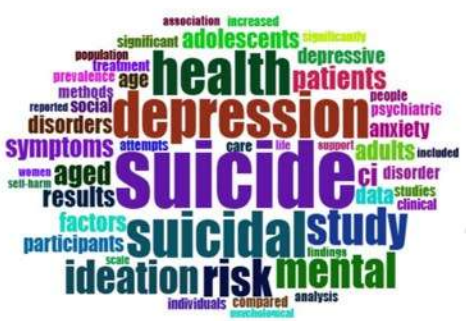


Figura 2. *Mapa temático: palabras más frecuentes en los resúmenes*

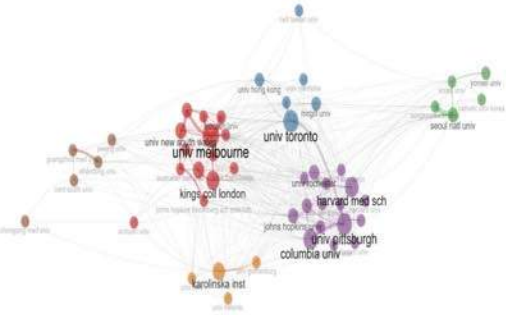


Figura 3. *Red de colaboración entre instituciones*

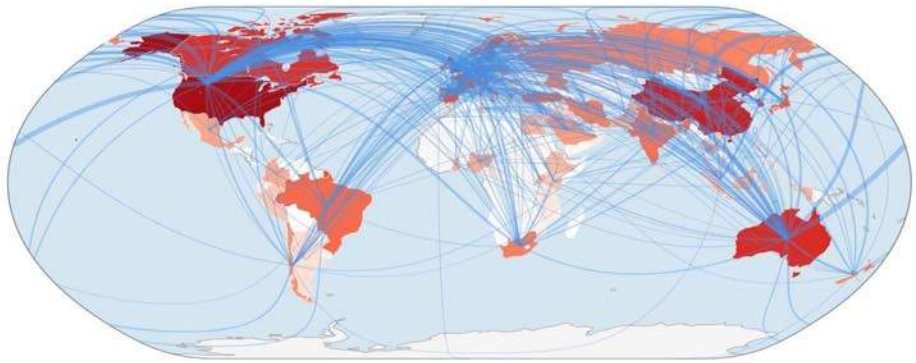


Figura 4. *Mapa mundial de la colaboración entre países*

Conclusiones

Es un tema en creciente crecimiento (véase la Figura 1; 9,72% en los útimos 15 años) y muy vinculado al constructo de la "depression" (véase la Figura 2). Las colaboraciones a nivel mundial queda patente, haciendo especial énfasis en Europa, noroeste de EE.UU y Australia. La institución más destataca es la Universidad de Melbourne (265 documentos).

Referencia

Aria, M., Cuccurullo, C., D'Aniello, L., y Spano, M. (2026). Biblioshiny and the SAAS Workflow: An integrated framework for transparent and reproducible science mapping. A demonstration through the replication of a study. *Journal of Informetrics, 20*(3), 101837. https://doi.org/10.1016/j.joi.2026.101837

La ecografía gástrica como pilar en la seguridad anestésica en el paciente gerontológico



Yaiza Beatriz Molero Díez, Javier López-Andaluz Mangas, Víctor Manuel Rueda Millán, Carla del Rey de Cabo, Eduardo Puerto Ortega, Cristina Blanco Dorado, Carolina Alcalá Blanco, Itziar Méndez Torrubiano, Ana Vicente García, Blanca Bustos Jiménez, Rubén Rey Escudero, Gabriela Estefanía Landázuri Castillo

Resumen

La ecografía gástrica perioperatoria evalúa cualitativa y cuantitativamente el área antral para identificar estómagos llenos o volúmenes superiores a 1.5 ml/kg. Esta técnica rápida y no invasiva supera las limitaciones del ayuno convencional, permitiendo personalizar la estrategia anestésica y prevenir la aspiración pulmonar

Antecedentes

La aspiración pulmonar del contenido gástrico durante la inducción anestésica es una complicación grave que puede incrementar significativamente en la morbimortalidad perioperatoria. Tradicionalmente, la valoración del riesgo de aspiración se ha basado en el cumplimiento de los tiempos de ayuno preoperatorio. Sin embargo, el ayuno adecuado no garantiza un estómago vacío, especialmente en pacientes con vaciamiento gástrico retardado como puede ser el paciente longevo (diabetes mellitus, obesidad, insuficiencia renal o uso de fármacos como agonistas del receptor GLP-1) o en situaciones de urgencia quirúrgica. En este contexto, la ecografía gástrica surge como una herramienta no invasiva, que permite evaluar cualitativa y cuantitativamente el contenido gástrico en el periodo perioperatorio

Objetivo

- Evaluar la viabilidad y utilidad clínica de la ecografía gástrica para determinar el estado de llenado gástrico previo a la anestesia en la 3º edad.
- Establecer la capacidad diagnóstica del ultrasonido para diferenciar entre un estómago vacío, con contenido líquido o con contenido sólido.
- Determinar la precisión cuantitativa de la ecografía para la estratificación del riesgo de aspiración.

Método

Ecografía gástrica en dos posiciones estándar: decúbito supino y decúbito lateral derecho (DLD)

Resultados

La evidencia clínica demuestra que la ecografía gástrica presenta una alta sensibilidad y especificidad (superiores al 90%) para distinguir entre estómago lleno y vacío. La medición del área antral en decúbito lateral derecho correlaciona fuertemente con el volumen gástrico real. Se define un límite de volumen gástrico "de bajo riesgo" cuando el contenido es líquido claro e inferior a 1.5, mientras que volúmenes superiores o la presencia de cualquier cantidad de contenido sólido clasifican al paciente como "de alto riesgo" de aspiración. La aplicación de este protocolo en urgencias y pacientes de alto riesgo ha modificado la estrategia anestésica (como el uso de inducción de secuencia rápida o la posposición del procedimiento) en un porcentaje significativo de casos.

Palabras clave

- Ecografía Gástrica
- Anestesia
- Aspiración Pulmonar
- Estómago Lleno
- Volumen Gástrico
- Ultrasonido En Punto De Atención (POCUS)

Conclusiones

La ecografía gástrica constituye una técnica rápida, segura e indispensable dentro del arsenal de ultrasonografía perioperatoria en el paciente anciano. Permite personalizar el manejo anestésico más allá de las pautas estándar de ayuno, reduciendo el riesgo de aspiración pulmonar en situaciones de incertidumbre clínica y mejorando de forma directa la seguridad del paciente longevo.

Bibliografía

Van de Putte P, Perlas A. Ultrasound assessment of gastric content and volume. Br J Anaesth. 2014;113(1):12-22.

Perlas A, Van de Putte P, Van Houwe P, Chan VW. I-SCAN project: international survey on the utilization of gastric ultrasound. Reg Anesth Pain Med. 2016;41(4):482-9.

Bouvet L, Mazoit JX, Chassard D, Allaouchiche B, Boselli E. Clinical assessment of gastric emptying in the perioperative period using point-of-care ultrasonography. Anesthesiology. 2011;114(5):1086-92

Los genes largos, posible causa de envejecimiento

Isabel Pérez Gutiérrez · Seila Patricia Gonzalez Quintano · Rosa Eva Casado Macías · José Antonio Montes López
María Antonia Codesal Pardal · Covadonga Pérez Gutiérrez · Laura Blanco Aparicio · Mario Conde Jorge

Resumen

La evidencia reciente sugiere que los genes de mayor longitud son especialmente vulnerables al daño del ADN que bloquea la transcripción. Con la edad, este fenómeno puede reducir su expresión y alterar procesos celulares esenciales. Se conoce como disminución transcripcional dependiente de la longitud génica.

Antecedentes

El envejecimiento es multifactorial. El daño genómico se acumula con el tiempo y puede interferir en la actividad de la ARN polimerasa II, enzima que copia la información del ADN a ARN. Por su extensión, los genes largos tienen más oportunidades de acumular lesiones que interrumpan esa lectura.

Objetivos

- Explicar cómo la longitud génica puede influir en la expresión durante el envejecimiento.
- Resumir la evidencia sobre daño del ADN, bloqueo de la transcripción y menor expresión de genes largos.
- Identificar implicaciones y preguntas abiertas para investigar el envejecimiento saludable.

Método

Revisión narrativa de literatura científica publicada. Se sintetizaron estudios transcriptómicos en humanos y modelos animales, análisis de daño genómico y trabajos sobre el bloqueo de la ARN polimerasa II. No se realizó una muestra propia ni un análisis experimental original.

PALABRAS CLAVE Genes largos · Envejecimiento · Daño del ADN · Transcripción · ARN polimerasa II · Expresión génica

Resultados

- En tejidos envejecidos se observa menor expresión relativa de transcritos largos, descrita en distintas especies y tipos celulares.
- El daño del ADN puede detener o ralentizar la ARN polimerasa II; los genes largos son más susceptibles a estos bloqueos por su extensión.
- Algunas intervenciones asociadas a mayor longevidad en modelos animales atenúan parcialmente el desequilibrio de transcritos según su longitud.



Conclusiones

Los genes largos no son por sí mismos una causa única del envejecimiento. Sin embargo, su mayor vulnerabilidad a lesiones que bloquean la transcripción podría contribuir al deterioro de la función celular.

- La relación está respaldada por estudios moleculares y transcriptómicos, pero la causalidad y su importancia en cada tejido siguen investigándose.
- Comprender este mecanismo puede ayudar a identificar nuevas vías para estudiar la prevención del deterioro asociado a la edad.

Intervenciones enfermeras para la prevención de extravasaciones durante la quimioterapia









RESUMEN

La extravasación de agentes citotóxicos durante la administración de quimioterapia intravenosa es una complicación grave que puede provocar necrosis tisular, infecciones y secuelas funcionales. El personal de enfermería desempeña un papel clave en la prevención de este evento adverso mediante la correcta preparación, canalización, vigilancia de la vía y educación al paciente.

PALABRAS CLAVE

- Extravasación
- Prevención
- Agentes citotóxicos,
- Enfermería.

ANTECEDENTES

Los agentes quimioterápicos se clasifican, en función de su potencial para causar daño en caso de extravasación, en vesicantes, irritantes y no vesicantes. Los vesicantes, como la doxorrubicina, vincristina o mitomicina C, son los más peligrosos. Dada la severidad de estas complicaciones, se considera que la extravasación es un evento adverso prevenible, cuya ocurrencia puede minimizarse mediante el cumplimiento riguroso de prácticas seguras durante la canalización, administración y seguimiento de las terapias intravenosas oncológicas

OBJETIVO

Describir las intervenciones enfermeras más relevantes y basadas en evidencia para la prevención de extravasaciones en la administración intravenosa de quimioterapia, especialmente con fármacos vesicantes.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica centrada en intervenciones de enfermería para la prevención de extravasaciones durante la quimioterapia intravenosa.
Se seleccionaron artículos y guías clínicas relevantes que describen estrategias basadas en la evidencia, incluyendo la elección del acceso venoso, técnicas de canalización, monitorización durante la infusión, educación al paciente y protocolos institucionales.

RESULTADOS

Selección adecuada del acceso venoso: PICC, port-a-cath, catéteres tunelizados para administrar fármacos vesicantes, especialmente en pacientes que requieren múltiples ciclos de tratamiento.
Técnica de inserción y fijación segura: la canalización debe ser realizada por personal entrenado, utilizando técnica aséptica, comprobación previa de la permeabilidad con solución salina y fijación firme del catéter para evitar desplazamientos.
Informar al paciente sobre los signos y síntomas de extravasación (dolor, ardor, enrojecimiento, hinchazón) permite una detección más temprana.
Protocolos institucionales: contar con protocolos estandarizados para la prevención, identificación y manejo de las extravasaciones mejora la respuesta del equipo.

CONCLUSIONES

La extravasación de quimioterapia es un efecto prevenible que puede tener graves consecuencias clínicas.
La formación específica, la estandarización de procedimientos y la educación del paciente son pilares claves para reducir la incidencia de garantizar una atención oncológica segura y de calidad.

María Adoración Belver López, Claudia Hernández Escribano, María Cristina Martín Vega, Leticia Rodríguez del Río, Lorena López Bartolomé, Alba Tocino Río, Nuria Antón González, Miriam Sandín Fernández, Sonia Rosario Río Martín, Marta Mateo Cárdenas, María Pérez Zapater.

ATENCIÓN E INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN

MARTA PÉREZ MONZÁLVEZ · ÁNGELA MONZÁLVEZ HONORATO- SERGIO BENDICHO MARTÍNEZ

1 RESUMEN

Las personas mayores en situación de exclusión pueden acumular barreras económicas, sociales, funcionales, territoriales y digitales que dificultan el acceso a los cuidados y la participación comunitaria. Se propone un modelo de intervención enfermera y sociosanitaria centrado en la persona, con valoración multidimensional, atención proactiva, coordinación y evaluación. No presenta datos propios ni resultados de eficacia.

2 PALABRAS CLAVE

Personas mayores · Exclusión social · Valinerabilidad · Enfermería comunitaria · Atención sociosanitaria · Soledad no desada · Equidad en salud

3 ANTECEDENTES

La exclusión en la viejez es multidimensional y puede relacionarse con pobreza, aislamiento, discriminación por edad, discapacidad, problemas de vivienda, unabilidad, transporte y brecha digital. La OMS reconoce el aislamiento social y la soledad como determinantes relevantes de la salud y señala intervenciones individuales, comunitarias y estructurales. La respuesta requiere conectar servicios sanitarios, sociales y comunitarios.

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proponer un marco de atención e intervención integral con personas mayores en situación de exclusión, desde una perspectiva enfermera, comunitaria y sociosanitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar necesidades y barreras.
2. Facilitar el acceso equitativo a recursos.
3. Reforzar autonomía, participación y apoyo a cuidados.
4. Establecer criterios de evaluación.

5 MÉTODO

Propuesta aplicada fundamentalmente en revisión narrativa orientativa de documentos institucionales y revisiones, y revidimiento, exclusión, soledad y estrategias comunitarias.

1. DETECCIÓN: atención primaria, hospital, servicios sociales, domicilio y comunidad.
2. VALORACIÓN: física, funcionalidad, cognición, estado emocional, economía, vivienda, apoyo y competencias digitales.
3. PLAN INDIVIDUALIZADO: objetivos acordados y profesional referente.
4. INTERVENCIÓN: seguimiento, derivación acompañada, recursos comunitarios y apoyo al cuidado.
5. REEVALUACIÓN: revisión periódica y adaptación del plan.

6 RESULTADOS ESPERADOS

Al ser una propuesta, se describen cambios esperados y no efectos demostrado.

Mayor detección de vulnerabilidades y necesidades no cubiertas.
Mejor conexión con recursos sanitarios, sociales y comunitarios.
Planes individualizados y continuidad asistencial reforzada.
Más oportunidades de participación, autonomía y apoyo social.
Identificación de barreras y desigualdades evitables.

INDICADORES: personas valoradas; planes acordados; derivaciones completadas; seguimiento; participación y experiencia de la persona.

7 CONCLUSIONES

La exclusión en la viejez exige una respuesta proactiva, coordinada y centrada en la persona. Enfermería centrada en la detección, valoración, controlado de cuidados y conexión comunitaria. La intervención debe incorporarse a vez de las personas mayores, evitar el edadismo y adaptarse al contexto rural o urbano. Se requiere pilotaje y evaluación.





Complejo Asistencial de Zamora | Sacyl | Junta de Castilla y León | SILVER ECONOMY

¿Operar siempre es la mejor opción?

Fractura de cadera urgente en personas mayores frágiles

Más allá de la cirugía: valorar beneficios, riesgos y objetivos de cada persona



"Cada paciente es una historia, no un protocolo"

1 EL PROBLEMA
Una población muy vulnerable

Procedencia
Residencias y domicilio

Movilidad previa
Muchos ya no caminaban

Deterioro observado
Demencia + fragilidad + dependencia

La fractura de cadera en personas mayores frágiles no es solo una fractura, es un evento que puede precipitar un gran deterioro.

2 LA EVIDENCIA CIENTÍFICA
¿Qué muestran los estudios?

1. Berry et al. (2018) – JAMA Internal Medicine
3.083 residentes con demencia avanzada y fractura de cadera

- **31,5%** fallecieron a los 6 meses (con cirugía)
- **53,8%** fallecieron a los 6 meses (sin cirugía)

Menos dolor documentado y menos úlceras por presión en el grupo operado (entre quienes sobrevivieron).

La recuperación de la marcha fue infrecuente.

2. FRAIL-HIP (2022) – JAMA Surgery
172 pacientes institucionalizados, frágiles y con esperanza de vida limitada

Mortalidad a 30 días	
83% (no quirúrgico)	25% (quirúrgico)

Más acontecimientos adversos en el grupo operado.

La calidad de vida del grupo no quirúrgico no fue inferior a la del grupo quirúrgico.

El tratamiento no quirúrgico puede ser una opción en pacientes seleccionados.

3. Delirium posoperatorio (metaanálisis, 2026)
Frecuencia estimada tras fractura de cadera: **23%**

La demencia previa aumenta el riesgo.

No equivale a un empeoramiento permanente de la demencia, pero puede complicar la recuperación.

3 ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?
Beneficios y riesgos de cada opción

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Puede reducir la mortalidad (niveles observados en estudios).
- Menos dolor documentado y menos úlceras por presión (en supervivientes).
- Facilita los cuidados y la movilización (pero la recuperación de la marcha es poco frecuente).

Riesgos

- Complicaciones quirúrgicas y anestésicas.
- Delirium posoperatorio.
- Posible empeoramiento de la demencia y del estado general.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

- Puede ser una opción en fragilidad extrema y esperanza de vida limitada.
- Permite un enfoque paliativo y de confort.
- La calidad de vida puede ser similar a la cirugía en algunos casos (no inferioridad en el estudio FRAIL-HIP).

Riesgos / limitaciones

- Alta mortalidad temprana (en algunos estudios).
- Menor control del dolor en algunos casos.
- No evita el deterioro funcional en la mayoría.

4 LA EXPERIENCIA EN QUIRÓFANO
La realidad que vivimos



Hoy ha entrado en quirófano una mujer de **93 años** con **fractura de cadera.**

Casi se queda en la mesa.

Me hace pensar en:

- ✓ Los riesgos de la anestesia y la cirugía
- ✓ El posible empeoramiento de su demencia
- ✓ Su mayor fragilidad física
- ✓ Si realmente va a mejorar...

... o solo vamos a prolongar un sufrimiento.

OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN INDIVIDUAL
No se trata de operar siempre, sino de valorar:

- **Alivio del dolor**
- **Evolución cognitiva**
- **Función previa**
- **Complicaciones y pronóstico**
- **Bienestar y preferencias del paciente**

5 CONCLUSIONES

La cirugía es el tratamiento habitual de la fractura de cadera, pero no siempre es la mejor opción.

En personas con fragilidad avanzada, demencia y dependencia, deben considerarse también **alternativas no quirúrgicas** con un **plan de control del dolor y confort.**

La decisión debe ser individual, basada en los objetivos de atención, el pronóstico y las preferencias de la persona (y su familia).

El objetivo no es solo sobrevivir, sino también minimizar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida.

METODOLOGÍA Y BIBLIOGRAFÍA
Revisión narrativa de la literatura
Fuentes: PubMed/MEDLINE, NICE y literatura científica.
Periodo: 2015–2026 (con referencias previas relevantes).
Palabras clave: hip fracture, dementia, frailty, nonoperative management, pain, delirium, mortality, functional outcomes.
Criterios de inclusión: mayores con fractura de cadera, demencia avanzada, fragilidad o dependencia, guías y revisiones.
Exclusión: prótesis programadas, otras fracturas, estudios sin relación.
Fecha de búsqueda: 23 de octubre de 2026.

En la práctica, no hay decisiones fáciles, pero sí decisiones mejor informadas.

1. Berry SD et al. JAMA Intern Med. 2018;178(6):774–780. 2. Loggers SAI et al. JAMA Surg. 2022;157(5):424–434. 3. NICE. Hip fracture: management. CG124. 4. Meta-análisis (2026). Delirium posoperatorio tras fractura de cadera.

Cuidar también es tratar

Psicopatología y vejez: sociedad e investigación

D. José María Palomares-Rodríguez*, Dña. Susana Contreras Escudero y Dr. Raúl Quevedo-Blasco*****

*Doctorado en Criminología, Universidad de Granada (España); ** Trabajadora Social, Granada; ***Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada (España)

Palabras clave: psicopatologías; tercera edad; líneas y autores; bibliometría

Introducción: antecedentes y objetivos

El estudio bibliométrico sobre Psicopatología y vejez: sociedad e investigación tiene como objetivo analizar la producción científica relacionada con los trastornos psicológicos y la salud mental durante el envejecimiento. A través del análisis de publicaciones, autores y tendencias de investigación, permite identificar los principales temas abordados y la evolución del interés científico en este ámbito.

Este análisis permite reconocer los avances científicos, las líneas de investigación predominantes y las posibles lagunas de conocimiento. En definitiva, la investigación bibliométrica contribuye a comprender la relación entre psicopatología y envejecimiento, destacando la necesidad de promover estudios interdisciplinarios que favorezcan la prevención, el diagnóstico y la atención psicológica, así como una visión social más inclusiva y libre de estereotipos sobre la vejez.

Método

Diseño: estudio bibliométrico (Aria et al., 2026).

Fuentes: Base de datos Web of Science (Core Collection).

Ecuación de búsqueda:

(Suicid* OR "Suicidal Behavior" OR "Suicidal Ideation" OR "Suicide Attempt") AND (Psychopatholog* OR "Mental Disorders" OR Depression OR Anxiety OR "Psychiatric Disorders") AND (Aging OR "Older Adults" OR Elderly OR Aged)

Periodo: desde el año 2012 al 2026.

Tipos de documentos: artículos y revisiones.

Resultados

Se analizaron un total de 5.556 documentos; artículos (91,8%) y revisiones, procedentes de 25.963 autores. En la Figura 1 se pueden ver los diez autores con el índice Total de Citas (TC) más elevado. En la Figura 2, los investigadores más productivos.

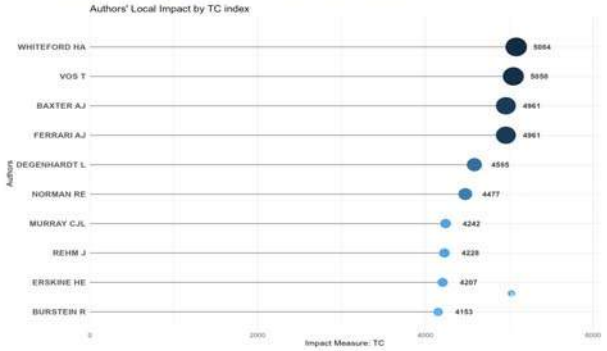


Figura 1. *Los diez primeros autores según el impacto (más citados)*

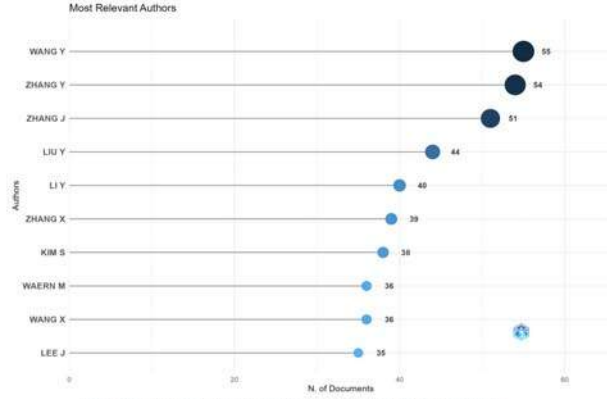


Figura 2. *Los diez autores con mayor número de documentos*

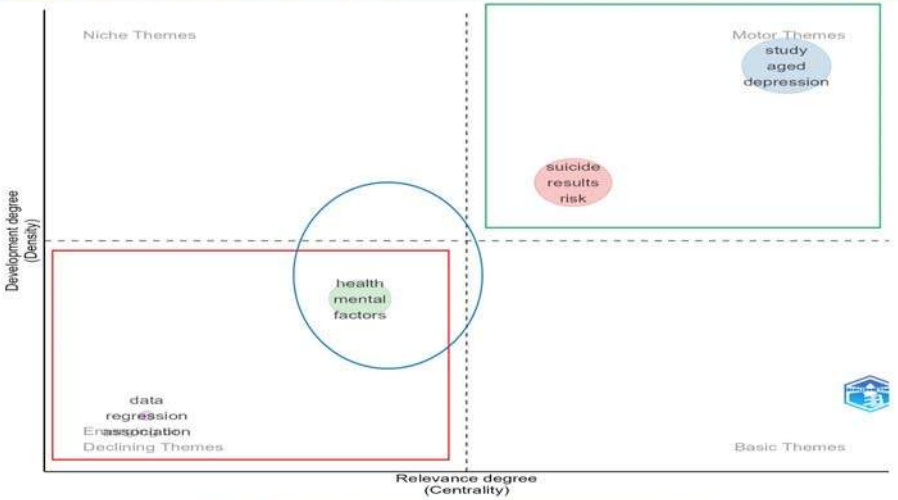


Figura 3. *Mapa temático atendiendo al desarrollo e impacto en la temática*

Conclusiones

La literatura recopilada muestra que la conducta suicida es un fenómeno multifactorial que no puede explicarse por una única causa. Los estudios señalan la depresión, los trastornos mentales, el insomnio, el dolor, la soledad y las dificultades familiares o sociales como factores asociados a la ideación y los intentos de suicidio. Su importancia y combinación varían según la etapa vital y el contexto. En personas mayores destacan la pérdida de autonomía, el duelo, las enfermedades físicas y el aislamiento. También se describen factores protectores, como el apoyo social, la esperanza, la satisfacción vital, la comunicación y el acceso a atención psicológica. En conjunto, la evidencia respalda una prevención integral, adaptada a cada población, que identifique señales de alarma y facilite intervenciones tempranas. No obstante, la diversidad de diseños limita las comparaciones y exige más estudios longitudinales.

Referencia

Aria, M., Cuccurullo, C., D'Aniello, L., y Spano, M. (2026). Biblioshiny and the SAAS Workflow: An integrated framework for transparent and reproducible science mapping. A demonstration through the replication of a study. *Journal of Informetrics, 20*(3), 101837. https://doi.org/10.1016/j.joi.2026.101837

Alfabetización Digital en Salud y Adherencia al Tratamiento en Mujeres Mayores de 75 Años del Ámbito Rural

EVALUACIÓN DOBLE CIEGO — CATEGORÍA: INCLUSIÓN SOCIAL, BRECHA DIGITAL Y SALUD COMUNITARIA

1 RESUMEN

La brecha digital condiciona el acceso a la e-salud en zonas rurales, especialmente entre mujeres mayores. Evaluamos un programa práctico de alfabetización digital de 8 semanas en 80 mujeres (≥75 años) de municipios rurales. Tras la intervención, la adherencia terapéutica (test Morisky-Green) se incrementó del 42,5% al 81,2% ($p < 0,001$) y el 87,5% gestionó sus citas y recetas digitales de forma totalmente autónoma [1].

2 PALABRAS CLAVE

Brecha Digital · Salud Rural · Adherencia Farmacológica · Mujeres Mayores · e-Salud

3 ANTECEDENTES

La progresiva digitalización sanitaria puede generar exclusión en poblaciones rurales con menor capacitación tecnológica [1]. Capacitar a mujeres mayores polimedicadas en el uso intuitivo de aplicaciones de salud incrementa la adherencia farmacológica y empodera la gestión autónoma del autocuidado [2, 3].

4 OBJETIVOS

General: Evaluar el impacto de talleres de alfabetización digital en la autonomía e-salud y la adherencia al tratamiento en ancianas rurales [2].

Específicos:

- Cuantificar la tasa de uso autónomo de la app de salud pública.
- Evaluar cambios en el cumplimiento terapéutico (Morisky-Green).
- Medir la reducción de la ansiedad tecnológica percibida.

5 METODOLOGÍA

- **Diseño:** Estudio cuasiexperimental de intervención antes-después [1].
- **Muestra:** N = 80 mujeres (≥75 años, polimedicadas) residente en zonas rurales.
- **Intervención:** 8 talleres grupales presenciales (2 h/semana) centrados en el manejo del smartphone, gestión de cita previa, alarmas de medicación y consulta de receta electrónica [2].
- **Variables:** Adherencia farmacológica (Morisky-Green), escala de competencia digital y nivel de autoconfianza (Likert 1-5) [3].

6 RESULTADOS

87,5%	81,2%	-65%
Uso Autónomo	Adherencia	Tecnofobia

- **Adherencia al tratamiento:** Aumento significativo del porcentaje de pacientes cumplidoras del 42,5% inicial al 81,2% tras el taller ($p < 0,001$) [2].
- **Gestión e-Salud:** 70 de las 80 participantes lograron descargar su hoja de medicación y solicitar citas de forma independiente [1].
- **Confianza:** Reducción del 65,0% en la percepción de miedo hacia las tecnologías digitales.

7 CONCLUSIONES

- La alfabetización digital adaptada supera con éxito la brecha digital de género en el medio rural [1, 3].
- El empoderamiento tecnológico repercute de manera directa y positiva en una mayor seguridad e interacción con el sistema sanitario [2].

Bibliografía (Vancouver):

1. Lobera J, Torres-Albero C. Digital inclusion and health literacy in older adults: A rural perspective. Int J Med Inform. 2020;141:104201.
2. Western MJ, Armstrong MEG, Islam I, Morgan K, Tobin JM, Colley JP. The impact of digital health interventions on health literacy in older adults: Systematic review. BMC Public Health. 2021;21(1):1522.
3. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2021.

CUIDADO AL PACIENTE CON PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR

RESUMEN

Las patologías osteoarticulares como la artrosis, la artritis o la osteoporosis constituyen un importante problema de salud debido a su elevada prevalencia y al impacto que generan sobre la funcionalidad y la calidad de vida.
Enfermería desempeña un papel fundamental en el abordaje integral de estos pacientes, una atención continuada y centrada en la persona contribuye a mejorar su autonomía y bienestar.

PALABRAS CLAVE

- Cuidados de enfermería.
- Enfermedad osteoarticular.
- Calidad de vida.
- Dolor.

ANTECEDENTES

Las patologías osteoarticulares pueden presentar una evolución crónica y progresiva, ocasionando dolor persistente, inflamación, rigidez articular y deterioro funcional, afectando de forma física y mental.
Un abordaje multidisciplinar e individualizado es fundamental para brindar a los pacientes la máxima independencia y calidad de vida.

OBJETIVOS

- Describir las intervenciones de enfermería dirigidas al control del dolor y la mejora de la movilidad.
- Promover hábitos saludables y estrategias de autocuidado.
- Prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad y al deterioro funcional.
- Favorecer la autonomía y la participación activa del paciente.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática en Octubre de 2026 utilizando las bases de datos PubMed, CINAHL y Cuiden.
Se han incluido guías de prácticas clínicas y artículos científicos sobre los cuidados de enfermería aplicados a pacientes con enfermedad osteoarticular.

RESULTADOS

Los cuidados de enfermería se centran en el control del dolor mediante la administración de analgesia y aplicación de frío o calor; la promoción de la movilidad activa realizando ejercicios adaptados y previniendo las caídas.
La autonomía se debe promover con ayuda en las actividades diarias y uso de ayudas técnicas, así como promocionando hábitos saludables y la adherencia al tratamiento.
En último lugar la prevención de complicaciones es fundamental.

CONCLUSIONES

La intervención enfermera, desde una perspectiva integral y multidisciplinar, contribuye a prevenir complicaciones, fomentar el autocuidado y mejorar la calidad de vida. Por ello, resulta fundamental desarrollar estrategias asistenciales centradas en las necesidades de cada persona y adaptadas a la evolución de su enfermedad.

AUTORES

Marta Miguel González; Seila Patricia González Quintano; Marta Pérez Monzálvez; Covadonga Pérez Gutiérrez; Lucía Bragado Miguel; Ester Calvo Franco; Aránzazu Fuentesauco Collantes; Diana Luelmo Domínguez

HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO

DEL ANCIANO ONCOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

La humanización en el cuidado del anciano oncológico es un pilar fundamental en la práctica clínica actual, ya que busca trascender el modelo puramente biomédico para centrarse en la dignidad, las necesidades emocionales, sociales y espirituales del paciente de edad avanzada.

El proceso de humanización se considera una parte fundamental de la calidad del servicio.

OBJETIVOS

- Optimizar la calidad asistencial
- Identificar las necesidades específicas emocionales y psicológicas
- Promover la autonomía
- Prevenir el edadismo (discriminación por edad) en la selección de tratamientos
- Fomentar la comunicación empática entre el equipo multidisciplinar, el paciente y su principal red de apoyo (familia/cuidadores).
- Adecuar el entorno hospitalario para garantizar la comodidad, la intimidad, la seguridad y la reducción del estrés del anciano ingresado o en tratamiento ambulante

MATERIAL Y MÉTODOS

PALABRAS CLAVE: **Humanización, enfermería oncológica, anciano**

Criterios inclusión:

- Publicaciones 2018-2022

Bases de datos:

- Fundacion humans
- Diario farma
- Dialnet

Buscadores académicos: Google

CONCLUSIONES

La humanización en la oncología geriátrica no es un elemento meramente accesorio, sino un motor de cambio con impacto clínico medible. Priorizar las necesidades holísticas y los síntomas del adulto mayor por encima de la rigidez protocolaria reduce la saturación del sistema de salud, mitiga el encarnizamiento terapéutico y garantiza una atención alineada con los valores y la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS

La implementación de un modelo de cuidado humanizado centrado en el anciano oncológico demostró una disminución del 53% en el uso de los servicios de urgencias (30.5% vs 47.7%) y una reducción del 68% en hospitalizaciones evitables. Asimismo, se constató un incremento sustancial en la cumplimentación de directrices de voluntades anticipadas (OR 7.18) y una mejora significativa en las dimensiones de salud mental y apoyo emocional tanto del paciente como de su cuidador familiar. Las encuestas cualitativas respaldan que la adecuación de los espacios físicos y la comunicación empática elevan la percepción de dignidad en el trato.

AUTORES: NURIA ANTON GONZALEZ ,Mª ADORACIÓN BELVER LOPEZ, CLAUDIA HERNANDEZ ESCRIBANO, MIRIAM SANDIN FERNANDEZ, LORENA LOPEZ BARTOLOME, Mª CRISTINA MARTIN VEGA, LETICIA RODRIGUEZ DEL RIO ,ALBA TOCINO RIO

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

LA ACTUALIDAD EN CIBERATAQUES

Tendencias e Impacto.

AUTORES: José Antonio Montes López, Laura Blanco Aparicio, María Antonia Codesal Pardal, Rosa Eva Casado Macías, Seila Patricia González Quintano, Covadonga Pérez Gutiérrez, Mario Conde Jorge, Francisca Belver Calvo.

RESUMEN:

En la actualidad, los ciberataques representan una de las mayores amenazas para individuos, organizadores y gobiernos.
El sector salud ha sido objeto prioritario debido al valor de sus datos y la interconexión de sus sistemas.
Este póster analiza las principales tendencias de ciberataques en el ámbito sanitario entre 2024 y 2026, y su impacto.

OBJETIVOS:

- Identificar las principales tendencias de ciberataques en el sector salud.
- Analizar el impacto de estos ataques.
- Evaluar estrategias de prevención y mitigación efectivas.
- Proporcionar recomendaciones para fortalecer la ciberseguridad en salud.

Principales tendencias actuales

Ransomware
Sigue siendo la principal amenaza, con un aumento del 48% en ataques al sector salud en 2025 respecto a 2024.

Phishing
Campañas más sofisticadas con técnicas de ingeniería social.

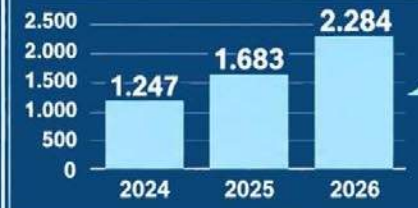
Ataques DDoS
Incremento en ataques de denegación de servicio (DDoS), lo sobrecargan con caídas del servicio.

Vulnerabilidades en la NUBE o IoT
Mayor aprovechamiento de fallos en los sistemas.

Malware impulsado por IA
Más evasivo y adaptativo, capaz de eludir controles de seguridad tradicionales.

Estadísticas de ciberataques en sanidad (2024–2026)

Tendencia de incidentes reportados



+83% de incremento de ataques en el periodo 2024-2026

72% de los ataques en sanidad son dirigidos a hospitales y clínicas

El **58%** de las amenazas en sanidad utilizan técnicas de phishing

El **37%** de los ataques sérvicios críticos

IMPACTO EN LA SALUD:

- Costos financieros: por recuperación y pérdida de datos.
- Interrupción operativa: cancelación de cirugías y retrasos.
- Robo de información: datos pacientes e historiales médicos.
- Riesgo geopolítico: por el uso de la información.

CONCLUSIONES:

- Los ciberataques sanitarios han aumentado entre 2024 y 2026, especialmente el ransomware y los ataques a la cadena de suministro.
- Muchos incidentes afectan a la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los servicios.
- La ciberseguridad requiere tecnología, formación del personal y cooperación entre instituciones.
- La prevención y una respuesta rápida ayudan a reducir riesgos e impacto.

METODOLOGÍA:

- Análisis de datos estadísticos (2024-2026).
- Revisión de artículos en ciberseguridad.
- Enfoque cualitativo y cuantitativo.
- Valoración del ciberataque.

BIBLIOGRAFÍA:

1. ENI: Brown, (2026). X-Force Threat Intelligence Index 2026. https://www.forcepoint.com
2. Microsoft, (2026). Informe de ciberamenazas en el sector sanitario 2025. https://www.microsoft.com
3. INCIBE, (2026). Ciberseguridad en España. https://www.incibe.es
4. WHO, (2026). Cybersecurity in Health. https://www.who.int

Palabras clave: ciberataque, ransomware, phishing, DDoS, IoT, IA y seguridad

FISIOTERAPIA EN LAS ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com

Las enfermedades reumáticas involucran articulaciones móviles, como: rodillas, tobillos, manos, codos...



Suelen afectar también a los tejidos blandos, como los músculos y la piel.



Las causas principales residen en la osteoporosis y los dolores en la espalda baja.



Los signos y síntomas suelen ser diversos.

Se identifica: Rigidez matutina de la articulación, dolor articular, deformación estructural, limitación del movimiento...

El paciente debe recibir un tratamiento integral y debe ser atendido por un equipo multidisciplinar de ciencias de la salud.

El Fisioterapeuta es fundamental:

Ayuda a la persona con el manejo del dolor y a mejorar o mantener la funcionalidad y la independencia, permitiendo que se desenvuelva lo mejor posible dentro de su entorno.

Cuenta con una gama de herramientas que ayudan a cubrir las necesidades del paciente.

La combinación de ejercicio terapéutico e hidroterapia ofrece aún más ventajas, para así poder trabajar de manera más efectiva.

FISIOTERAPIA GERIÁTRICA

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com

La Fisioterapia en Geriatría es el conjunto de técnicas de Fisioterapia encaminadas a prevenir y tratar lesiones o patologías relacionadas con el envejecimiento.

FG



OBJETIVOS PRINCIPALES

---Reducir el dolor.

---Mejorar el estado físico general a través de programas de ejercicio –psicomotricidad.

---Aumentar, recuperar o mantener:

Rango de movimiento, fuerza muscular, flexibilidad, coordinación, equilibrio, resistencia...

---Mejorar la sensibilidad y la propiocepción de las articulaciones.

---Enseñar las transferencias al paciente para preservar la autonomía.

---Reeducación de la marcha.

---Evitar caídas.

---Proponer los dispositivos de ayuda para promover la independencia.

---Recomendar las adaptaciones para domicilio.

---Educar y ofrecer recomendaciones a la familia.

FISIOTERAPIA Y CÁNCER

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com

El Fisioterapeuta tiene un papel clave en la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

La Fisioterapia Oncológica es la especialidad responsable de tratar las secuelas que se producen en el paciente sometido a cirugía, quimioterapia y radioterapia.

-La Fisioterapia Oncológica puede realizarse antes, durante y al terminar el tratamiento oncológico.

-La Fisioterapia Oncológica permite una recuperación más rápida y mejor, por lo que supone una importante mejora en la calidad de vida del paciente oncológico.

-Se utilizan distintas técnicas, como el drenaje linfático manual, la presoterapia, la masoterapia y el ejercicio terapéutico.

-Los principales beneficios son:

Mejora de la fortaleza física, mejora de la fatiga producida por la enfermedad, mayor independencia en las actividades de la vida diaria.

LA IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA PREVENTIVA

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com

Favorecer la capacidad física

Evitar el deterioro del equilibrio

Aumentar el ánimo y la confianza

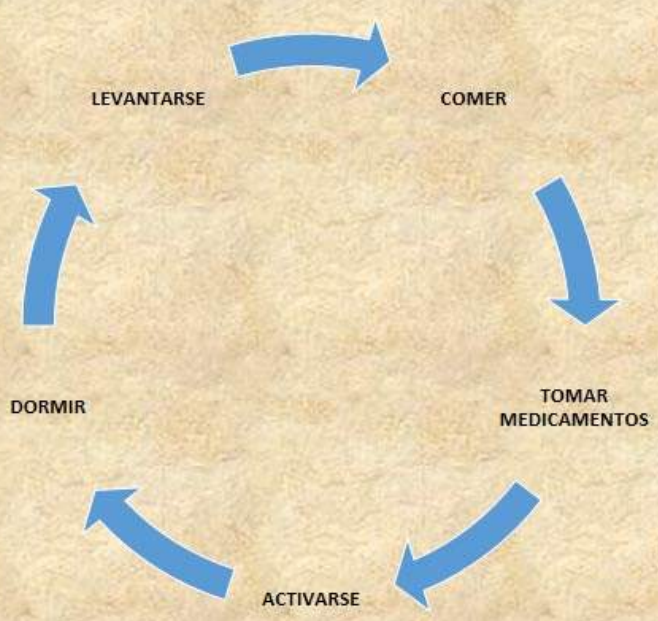
Prevenir caídas y fracturas

Mejorar el cuidado postural

LA RUTINA ORIENTA

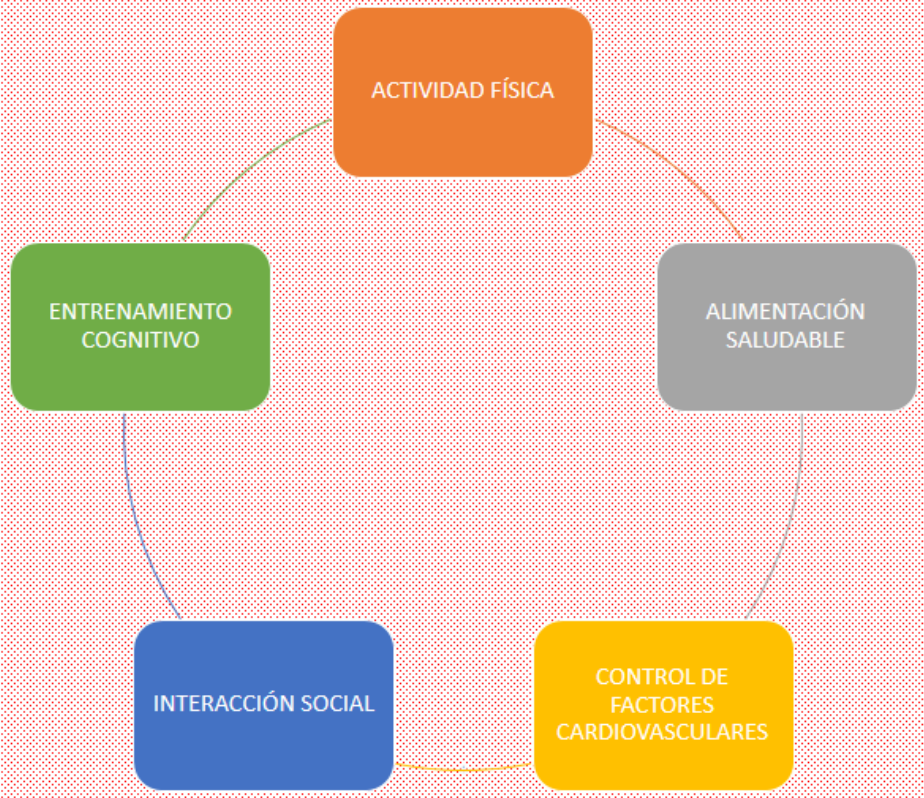
Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com

Mantener horarios relativamente estables, puede ayudar a disminuir la confusión y a aumentar la sensación de seguridad y familiaridad.



LAS CINCO ACTIVIDADES PARA UN CEREBRO SANO

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com



PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com



RECUPERA EL MOVIMIENTO CON FISIOTERAPIA

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com

Fomenta la recuperación de diversas lesiones, de manera efectiva, cuando se ejecuta durante el tiempo indicado.

Mejora la fuerza muscular, corrige posturas corporales y reduce la rigidez, aliviando dolores.

La Fisioterapia Ortopédica y Deportiva atiende lesiones de ligamentos, músculos y cuando hay fracturas...

La Fisioterapia Geriátrica está enfocada al desgaste de las articulaciones, dolor crónico y artritis reumatoide...

La Fisioterapia Neurológica se dedica a la atención de la esclerosis múltiple, el retraso psicomotor y la parálisis facial...

RUTINAS MATUTINAS PARA PERSONAS CON DEMENCIA

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com

ORGANIZAR LA JORNADA CON RUTINAS PREDECIBLES, CON TODOS LOS DÍAS SIMILARES Y ACTIVIDADES PROGRAMADAS SENCILLAS.



HACER LAS ACTIVIDADES MÁS MOVIDAS EN EL CENTRO DEL DÍA, NO POR LA TARDE O LA NOCHE.

AYUDA DE CALENDARIOS Y HORARIOS DIARIOS, PARA PODERLOS CONSULTAR.

POR LAS MAÑANAS, LAS PERSONAS CON DEMENCIA SUELEN EXPERIMENTAR NIVELES DE ESTRÉS BAJOS.



SI NO SE GESTIONA DE UNA FORMA ADECUADA, EL ESTRÉS PUEDE IR ACUMULÁNDOSE A LO LARGO DEL DÍA.

SI SE SUPERA UN DETERMINADO UMBRAL DE ESTRÉS, DE MODO QUE LA PERSONA YA NO LO CONTROLA, ES MÁS FRECUENTE QUE APAREZCAN COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS (AGITACIÓN, IRA O LLANTO).

TICS PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Autor principal: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL. corarer@gmail.com



BLOQUEO DE LA FASCIA ILÍACA EN EL PACIENTE MAYOR: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ACTUAL

Complejo Asistencial de Zamora

López-Andaluz Mangas, J; Rueda Millán, VM; Del Rey de Cabo, C; Puerto Ortega, E; Blanco Dorado, C; Alcalá Blanco, C; Méndez Torrubiano I; Vicente García, A; Bustos Jiménez B; Rey Escudero, R; Landázuri Castillo, GE; Molero Díez, YB

RESUMEN

Introducción: La fractura de cadera es una de las principales causas de discapacidad en el paciente mayor. El bloqueo de la fascia iliaca (BFI) es una técnica de analgesia regional utilizada para el control del dolor pre y postoperatorio.

Objetivo: Analizar, mediante una revisión de la literatura, la evidencia disponible sobre la eficacia, seguridad y beneficios del BFI en paciente mayor con fractura de cadera.

Método: Revisión narrativa de revisiones sistemáticas publicadas en los últimos 10 años.

Resultados: El BFI reduce el dolor previo y posterior a la cirugía, asociándose a mejores resultados funcionales.

Conclusión: BFI es una técnica eficaz, segura y fácil de realizar.

PALABRAS CLAVE

Bloqueo fascia ilíaca, fractura de cadera, control de dolor, anestesia regional

ANTECEDENTES

- La fractura de cadera es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el paciente mayor.
- El adecuado control del dolor en el periodo preoperatorio es fundamental para reducir complicaciones y favorecer el acto anestésico previo a la intervención quirúrgica.
- Proporciona analgesia del nervio femoral, cutáneo lateral del muslo y en ocasiones nervio obturador, siendo sencilla y segura.

OBJETIVOS

Analizar, mediante una revisión de la literatura, la evidencia sobre eficacia, seguridad y beneficios del BFI en paciente mayor con fractura de cadera.

MÉTODO

- **Diseño**: Revisión narrativa.
- **Fuentes de información**: Pubmed.
- **Estrategia de búsqueda:** "Fascia iliaca block" AND "Hip Fracture" AND "Older adults".
- **Criterios de inclusión:** Revisiones sistemáticas en los últimos 10 años en inglés o español.

RESULTADOS

Control del dolor

- Reduce el dolor en reposo y en movimiento en el preoperatorio.
- El BFI se asocia a menor dolor durante la transferencia del paciente de la cama de la habitación al quirófano.

Resultados funcionales

- A pesar de producir bloqueo motor, favorece la movilización temprana.
- Facilita la administración de la anestesia raquídea al mejorar el posicionamiento para la misma por disminución del dolor.

Seguridad

- Baja tasa de complicaciones: toxicidad, hematoma, infección, lesión nerviosa o punción vascular inadvertida.
- Efectos adversos leves y transitorios.

Impacto global en el paciente mayor

- Mejora la satisfacción del paciente y del personal sanitario.

CONCLUSIONES

El **BFI** es una técnica **eficaz, segura y de fácil realización** que debe considerarse para mejorar la calidad vida del paciente, especialmente por su capacidad de **reducir el dolor** en el pre y postoperatorio.

EPULIS FISSURATUM

Autores
Elena Fernández Nevares (OD)
Jessica Pérez Mesa (TSHB)
Susana Miguel Franco (TSHB)
Angela Martín Vaquero (OD)
Vanessa San José Cítores (TSHB)
Noelia Rodríguez Pico (TSHB)

Palabras claves: EPULIS FISURATUM

Resumen

Es una hiperplasia inflamatoria benigna reactiva de tejido conectivo fibroso.

Su aparición está estrechamente relacionada con el envejecimiento de la población, la alta prevalencia de edentulismo y el uso prolongado de prótesis dentales mal ajustadas que producen una irritación crónica.

Antecedentes

Lesión tumoral benigna de la cavidad oral, frecuente en las zonas vestibulares. Afecta la función y la calidad de vida del paciente.

Objetivos

Recordar la importancia de las revisiones periódicas en pacientes mayores portadores de prótesis dentales removibles.

Métodos

Revisión bibliográfica en la base de datos WOS de los artículos publicados en 2026.

Resultados

El diagnóstico clínico se establece a partir de una lesión elevada y sésil con uno o varios pliegues, uno que se extiende sobre la superficie pulida del borde de la prótesis y otro que se extiende por debajo de la misma, pueden estar cubiertas por mucosa intacta o ulcerarse en ocasiones.

El tratamiento incluye intervenciones en las prótesis ajustándolas y/o rehaciéndolas si fuese necesario. Acondicionando los tejidos mediante la extirpación quirúrgica de las lesiones a través de cirugía con bisturí eléctrico, bisturí frío, criocirugía, distintos tipos de láser...

Conclusiones

Revisiones periódicas en portadores de prótesis para realizar diagnósticos precoces evitando la progesión de la lesión y sus posibles consecuencias.



Bibliografía

1.- Anand, AI, Kumar, M., & Madi, M. (2026). Epidemiología y características clínicas del épulis fisurado asociado a prótesis dentales: una revisión sistemática. *Prosthesis* , *8* (3), 25. https://doi.org/10.3390/prosthesis8030025

2.- Cansu Can Yasar, Kamar Albaba, Ganime Coban, Eliminación quirúrgica de la hiperplasia fibrosa inflamatoria asociada al síndrome de combinación: informe de un caso de seguimiento de dos años, *Journal of Surgical Case Reports* , Volumen 2026, Número 9, septiembre de 2026, rjag853, https://doi.org/10.1093/jscr/rjag853

3.- Abdulaziz A Alwakeel, Muhammad A Qureshi, Mohammed B Sandokji, Nesmah N Bahrawi, Bassam J Almaghrabi, Ibtihal F Alanazi. Prevalence and associated factors of oral lesions related to removable prostheses among patients attending a specialized dental center in Saudi Arabia: a retrospective cross-sectinal study. International Journal of Medical Science and Health Research. Vol.10, nº 04;2026. http://dx.doi.org/10.51505/ijmshr.2026.10403

4.- González Gómez LA, Guedea Preciado NE, Martínez Nieto M, Rodríguez Montaño R, Alarcón-Sánchez MA, Torres-Sánchez ED, Gómez Mireles JC, Acevedo Ambriz E, Lomelí Martínez SM. Multidisciplinary treatment of epulis fissuratum: A case report. *World J Clin Cases* 2025; 13(21): 106413 [PMID: 40726927 DOI: 10.12998/wjcc.v13.i21.106413]

5.-Bleranda Xhoni Ibraimi , Arben Xhoni, Fjolla Ajeti, Irena Stojanova and Stavre Trajçuleski. Surgical management of Epulis fissuratum caused by ill-fitting dentures: A case report. World Journal of Biology Pharmacy and Health Sciences, 2026, 26(01), 147-151. Article DOI: https://doi.org/10.30574/wjbphs.2026.26.1.0198

MANEJO ANESTÉSICO EN CIRUGÍA DE FRACTURA DE CADERA. ¿INFLUYE NUESTRO MANEJO EN EL DESENLACE POSTOPERATORIO?

Puerto Ortega E., Blanco Dorado C., Alcalá Blanco C., Méndez Torrubiano I., Vicente Garcia A., Bustos Jiménez B., Rey Escudero R., Landázuri Castillo GE., Molero Díez YB, López-Andaluz Mangas J., Rueda Millán VM,. Del Rey de Cabo C.,

RESUMEN

La cirugía de fractura de cadera es una de las cirugías con mayor prevalencia en el paciente geriátrico. Si bien es sobradamente conocido que una cirugía temprana en las primera 48 horas mejora los resultados en términos de mortalidad y funcionalidad, nos heme os preguntado si la técnica anestésica influye tambien en el desenlace postoperatorio, centrándonos específicamente en el delirium postoperatorio.

PALABRAS CLAVE

Cirugía de cadera, paciente geriátrico, anestesia regional, raquianestesia, delirium

OBJETIVOS

Determinar la influencia de la técnica anestésica en el desenlace del postoperatorio inmediato

RESULTADOS

La evidencia científica actual no determina de forma categórica si el uso de una técnica anestésica frente a la otra tenga superioridad a la hora de m medir el outcome de delirium postoperatorio. Si bien existe una gran heterogeneidad dentro de los propios estudios entre los pacientes seleccionados y entre las técnicas anestésicas, la última revisión sistemática publicada sobre este tema deja ver el beneficio de el uso de la anestesia regional de forma temprana, previo a la cirugía, y que dicho uso puede tener más impacto en la incidencia de delirium en dichos pacientes más que el manejo anestésico intraquirúrgico en sí mismo.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la evidencia científica publicada en los últimos 5 años sobre dicho tema a estudiar. Finalmente se seleccionaron tres publicaciones

ANTECEDENTES

Existen estudios que plantean el uso de bloqueo de plexos + general frente a raquianestesia: la guía de la European Society of Anaesthesiology and Intensive Care de 2024 recoge el ensayo aleatorizado de Tang et al: delirium del 5,5% frente al 7,3%; p = 0,57, respectivamente, sin demostrar una clara superioridad.

General con bloqueos periféricos frente a raquianestesia, evidencia observacional: la cohorte retrospectiva de Zhong et al, con 5.005 pacientes sometidos a hemiartroplastia por fractura, incluyó general con y sin bloqueos y raquianestesia con y sin bloqueos. Encontró menor probabilidad de delirium con raquianestesia —odds ratio (OR), 0,3239; intervalo de confianza (IC) del 95%, 0,2215–0,4735, según su modelo

El metaanálisis de Su Yeon Kim et al sugiere que los bloqueos periféricos reducen el delirium temprano, pero no demuestra que general + bloqueo sea mejor que raquianestesia.

CONCLUSIONES

El alivio del dolor de forma temprana parece influir más sobre la incidencia de delirium en el paciente geriátrico que el manejo anestésico en sí mismo. Para dicho control del dolor la anestesia regional puede ser una opción más que viable a tener en cuenta.

AUTOEXPLORACIÓN: 5 MINUTOS QUE TE PUEDEN SALVAR LA VIDA DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CÁNCER BUCAL

Pérez Mesa, J. (TSHB); Fernández Nevares, E.(OD); San José Citores, V.(TSHB), Miguel Franco, S. (TSHB),Martín Vaquero, A. (OD), Rodríguez Pico,N. (TSHB)
GAP Valladolid Oeste y GAP Valladolid Este

RESUMEN:
El cáncer bucal es la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres del mundo y es perfectamente tratable si es detectado a tiempo. Aparece principalmente en personas mayores de 50 años y es más común en hombres.

PALABRA CLAVE:
Autoexploración, cáncer oral, prevención, educación bucodental.

OBJETIVO:
Educar para la salud en población mayor para propiciar la autoresponsabilidad y colaboración en técnica de autoexploración.

FACTORES DE RIESGO:
- Consumo de alcohól y tabaco
- Exposición prolongada a luz natural o artificial
- Mala higiene bucal
- Virus del Papiloma Humano (VPH)

SIGNOS Y SINTOMAS:
- Llaga en el labio que no cicatriza en 10- 15 días
- Masa o engrosamiento en los labios, encías o boca
- Parche blanco o rojo en encías o lengua
- Sangrado, dolor o adormecimiento en el labio o boca
- Cambio de voz
- Dientes móviles o dentadura que no ajusta bien
- Problemas para masticar, tragar, mover la lengua o la mandíbula
- Inflamación de mandíbula
- Dolor de garganta o sensación de algo atragantado en ella
- * El cáncer de boca puede no presentar síntomas

CONCLUSIONES:
La detección temprana puede marcar la diferencia en el pronóstico y calidad de vida de los pacientes con cáncer bucal.

MÉTODO:
Se realizara un autoexamen despues del cepillado, con calma y atención por lo menos una vez al mes.



El movimiento también es parte del tratamiento

El ejercicio terapéutico en pacientes con cáncer de mama:
una intervención segura y eficaz

Revisión de la evidencia cientifica de los últimos 10 años (2016–2026)

Henar Maraña Rodríguez, Sara Díez Fernández, Marta Villadangos García, Beatriz Durán Salgado, Nuria Fuertes Mayo, María Teresa Diez Alonso, Mercedes Fernández Alzola, Daniel Domínguez Centeno, Ana Belén Álvarez Pellitero, Alicia Fernández García, Judit García Castro



Más fuerza Más bienestar Mejor calidad de vida

RESUMEN

El ejercicio terapéutico se ha consolidado como una intervención segura y eficaz en pacientes con cáncer de **mama**, mejorando la capacidad funcional, la calidad de vida y reduciendo efectos secundarios del tratamiento. Esta revisión, basada en la evidencia cientifica de los últimos 10 años (2016–2026), analiza los principales beneficios, los tipos de ejercicio más estudiados y su aplicación en la práctica clínica, destacando la importancia de un abordaje individualizado y supervisado por profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama • Ejercicio terapéutico • Rehabilitación • Calidad de vida • Fatiga • Función física • Linfedema • Supervivencia

ANTECEDENTES

- El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres a nivel mundial.
- Los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia) pueden generar efectos secundarios físicos y emocionales.
- El ejercicio terapéutico ha mostrado beneficios en otras patologías crónicas y en oncología, pero su aplicación en cáncer de mama requiere una actualización constante basada en la evidencia.

OBJETIVOS

1. Analizar los beneficios del ejercicio terapéutico en pacientes con cáncer de mama según la evidencia cientifica de los últimos 10 años (2016–2026).
2. Identificar los tipos de ejercicio más utilizados y sus efectos sobre la salud física, psicológica y funcional.

MÉTODO

Diseño	Revisión sistemática de la literatura.
Fuentes	Bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library.
Periodo	2016 – 2026.
Criterios de inclusión	• Pacientes con cáncer de mama (en cualquier fase). • Intervenciones con ejercicio terapéutico. • Estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis. • Idiomas: español e inglés.
Criterios de exclusión	• Estudios en animales. • Intervenciones no basadas en ejercicio. • Publicaciones con otras patologías oncológicas.

RESULTADOS

Principales beneficios

Mejora de la capacidad funcional ↑ 15–30% (fuerza y resistencia)	**Reducción de la fatiga** ↓ 20–40% (según estudios)	**Disminución del dolor y la rigidez** ↓ 30–50% (hombro y mama)
Prevención del linfedema ↓ 30–60% (ejercicio supervisado)	**Mejora del bienestar emocional** ↑ 20–35% (ansiedad y depresión)	**Mejora de la calidad de vida** ↑ 15–40% (escalas validadas)

Tipos de ejercicio más estudiados

- **Aeróbico** (caminar, bicicleta, natación) — Mejora la capacidad cardiorrespiratoria y reduce la fatiga.
- **Fuerza** (bandas elásticas, peso corporal) — Aumenta la masa muscular y la fuerza.
- **Flexibilidad y movilidad** (estiramientos, yoga, pilates) — Disminuye la rigidez y mejora la amplitud de movimiento.
- **Ejercicio combinado** (aeróbico + fuerza + flexibilidad) — Mayor impacto en la funcionalidad y la calidad de vida.

El ejercicio supervisado, individualizado y adaptado a cada fase del tratamiento es clave para maximizar los beneficios y minimizar riesgos.

CONCLUSIONES

- **El ejercicio terapéutico** es una **intervención segura y eficaz** en pacientes con cáncer de mama.
- **Mejora la capacidad funcional**, reduce la **fatiga**, **el dolor**, el linfedema y los síntomas emocionales.
- Contribuye a una mejor **calidad de vida** y puede tener un impacto positivo en la **supervivencia**.
- El ejercicio **combinado** (aeróbico + fuerza + flexibilidad) parece ser el más beneficioso.
- Es fundamental la **individualización**, la **supervisión** profesional y la continuidad en el tiempo.

El ejercicio no solo mejora el cuerpo, también fortalece la mente y la esperanza





TAMBIEN EN LA TERCERA EDAD, MUCHO MÁS QUE UN ANIMAL DE COMPAÑÍA

Anabel Lorenzo Gómez, Ana Manso Fdez., M.ª Ángeles Sánchez Juan,, José Trastoy Glez, M.ª Encarnación Conde Prieto, Pablo Granados Martín, Elia García Dieguez

RESUMEN: Una mascota puede convertirse en un auténtico impulso para la salud. Diversos estudios han demostrado que convivir con animales mejora el bienestar emocional, influye en aspectos físicos y sociales claves en esta etapa de la vida.

- Mascotas
- Tercera edad.
- Bienestar.
- Salud

ANTECEDENTES

*La presencia de mascotas en los hogares de las personas mayores es una fuente de compañía insustituible, con beneficios emocionales y físicos que mejoran la calidad de vida. Actúan como catalizadores de bienestar y salud para las personas de edad avanzada,
*Esto tiene que estar en consonancia con los cuidados que la persona mayor puede aportar en función de su movilidad, capacidades cognitivas y estado emocional.
*Debe existir una red de apoyo y una adecuación del espacio y condiciones del hogar.

METODOLOGÍA

Biblioteca Virtual en Salud

PubMed



OBJETIVO

Establecer la relación positiva que produce la convivencia con animales para las personas mayores.

RESULTADOS

-↓ sentimientos de aislamiento, ofreciendo consuelo y un sentido de conexión emocional.
-Las rutinas de su cuidado, fomentan la estabilidad emocional, la sensación de calma. ↓los niveles de estrés y ansiedad. Ayudan a mantener la atención, la memoria y la organización.
-Sentirse útil y con un motivo para cada día mejora la autoestima
-La actividad física contribuye a la mejora de la salud cardiovascular, al mantenimiento de la movilidad y a la prevención de enfermedades crónicas.
-Mantener la salud física al aire libre mejora el ánimo y permite socializar con otras personas.
-Para las personas con limitaciones motoras, las actividades con mascotas pueden servir como una forma de terapia física, mejorando la coordinación y la función motora.

CONCLUSIONES

Ayudan en el plano físico, cognitivo, emocional y relacional.
La interacción diaria con una mascota estimula los sentidos y favorece la actividad mental.
Los juegos, rutinas o simplemente su presencia ayudan a mantener la mente activa, mejorando también la autoestima y la sociabilidad.



Satisfação dos Enfermeiros face à Vida Profissional

Caracterização clínica e profissional · Trabalho de investigação

Mafalda Meireles Madureira · Orientador: Prof. Doutor Manuel Alberto Brás · Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Resumo

Estudo transversal com 93 enfermeiros portugueses. Quem voltaria a escolher enfermagem apresentou maior satisfação média (157,60 vs. 154,51; p = 0,027, valor reportado).

Enquadramento

A satisfação profissional pode variar entre grupos de enfermeiros. O estudo analisa essa variação segundo características clínicas e profissionais.

Questão de investigação

Qual a relação entre as variáveis clínicas e profissionais e a satisfação profissional dos enfermeiros portugueses?

Objetivo e método

Analisar a relação entre as variáveis clínicas e profissionais e a satisfação profissional. Estudo quantitativo, observacional, transversal e correlacional. Amostra não probabilística de **93 enfermeiros**, recrutados por bola de neve (abril–maio de 2024). Instrumento: Escala de Satisfação Profissional (Pereira, 2010, adaptação de Spector, 1985).

Palavras-chave · Satisfação profissional; Enfermagem; Características clínicas e profissionais.

Resultados

Variável	Média ou correlação	Teste	p
Clínica · Presença de patologias	Sem patologia 156,50 · Com patologia 155,43	t	**0,565**
Categoria profissional	Enfermeiro 156,60 · Especialista 155,35 · Chefe/gestor 157,75	ANOVA	**0,708**
Tempo de exercício	r = 0,007	Pearson	**0,945**
Funções desempenhadas	Cuidados 156,29 · Gestão 153,00 · Ambas 156,57	ANOVA	**0,832**
Local de exercício	Hospital 155,80 · Centro de saúde 159,70 · Cuidados continuados 156,50	ANOVA	**0,318**
Tipo de instituição	Pública 155,99 · Privada 158,09	t	**0,395**
Tipo de horário	Rotativo 155,57 · Fixo 157,96	t	**0,177**
Número de locais de trabalho	Um local 155,83 · Vários locais 156,94	t	**0,503**
Voltaria a escolher enfermagem	Sim 157,60 · Não 154,51	t	**0,027**

Médias por grupo · *t* = teste de Student · Limiar por teste: $p < 0,05$.

Discussão e limitações

A amostragem não probabilística e os subgrupos pequenos limitam a generalização. O desenho transversal impede estabelecer causalidade.

Conclusão · Quem voltaria a escolher enfermagem apresentou maior satisfação média. Nas restantes variáveis, $p > 0,05$.

Referências

Madureira, M. M. (2024). *Satisfação dos enfermeiros face à vida profissional* [Trabalho de investigação não publicado]. Instituto Politécnico de Bragança.

Pereira, P. M. G. (2010). *A satisfação dos profissionais de saúde no Centro Hospitalar do Nordeste* [Dissertação de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro].

Spector, P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology, 13*(6), 693–713. https://doi.org/10.1007/BF00929796

El deporte en los mayores

Movimiento hoy, salud mañana

1. Resumen

La práctica regular de actividad física en las personas mayores aporta numerosos beneficios para la salud física, mental y social. Contribuye a mantener la autonomía, previene enfermedades y mejora la calidad de vida, siendo clave para un envejecimiento activo y saludable.

2. Palabras clave

Actividad física, mayores, salud, envejecimiento activo, calidad de vida.

3. Antecedentes

El envejecimiento conlleva una disminución de la masa muscular, la fuerza y el equilibrio, aumentando el riesgo de caídas, dependencia y enfermedades crónicas. El ejercicio físico se presenta como una herramienta eficaz para contrarrestar estos efectos.

4. Objetivos

- Promover la práctica regular de ejercicio físico en la población mayor.
- Prevenir el deterioro funcional y las enfermedades asociadas a la edad.
- Mejorar la calidad de vida y la autonomía.

5. Método

Tipo de estudio: Revisión bibliográfica y recomendaciones de organismos sanitarios (OMS, SEGG).

Población: Personas mayores de 65 años.

Intervención: Actividad física aeróbica, de fuerza y equilibrio, adaptada a cada persona.

Frecuencia: Al menos 150 min/semana de ejercicio moderado, combinado con ejercicios de fuerza 2-3 veces por semana.

6. Resultados

- Mejora la salud cardiovascular y reduce la presión arterial.
- Disminuye el riesgo de diabetes y de caídas.
- Favorece la salud mental, reduce la ansiedad y la depresión.
- Aumenta la fuerza, el equilibrio y la independencia.

7. Conclusiones

El deporte en los mayores es clave para un envejecimiento saludable. Su práctica regular previene enfermedades, mantiene la autonomía y mejora el bienestar físico y emocional, por lo que debe fomentarse en todas las etapas de la vida.

8. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (2020). Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios.
2. Organización Mundial de la Salud (2022). Physical activity and sedentary behaviour: a brief to support older people.
3. Ministerio de Sanidad (2022). Recomendaciones de actividad física y reducción del sedentarismo.

EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autora: Silvia Bravo Santos

Coautores: Mª Victoria Barajas Lorenzo, Marta Sánchez Casero, Clara Sánchez Marcé, Cristina Hernández Postigo, Roberto Sánchez Lozano, Sofía Villaseñor Manrique.

Resumen:

La soledad no deseada constituye un problema de salud pública en las personas mayores, con repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Esta revisión analiza la efectividad de las intervenciones destinadas a reducirla y su aplicación en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Antecedentes:

La soledad no deseada se asocia con sintomatología depresiva, aislamiento social y disminución de la calidad de vida. Su detección y abordaje desde Atención Primaria son fundamentales para promover un envejecimiento saludable.

Palabras clave:

Soledad no deseada; Personas mayores; Enfermería comunitaria; Intervenciones psicosociales; Envejecimiento saludable.

Objetivo:

Analizar la efectividad de las intervenciones para reducir la soledad no deseada en personas mayores y su aplicabilidad en la práctica enfermera.

Método:

Revisión bibliográfica narrativa de cuatro revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 2025 y 2026, localizados en PubMed. Se realizó una síntesis descriptiva de las intervenciones psicosociales, comunitarias y digitales.



Resultados:

Las intervenciones psicosociales mostraron una reducción significativa de la soledad no deseada. Las actividades grupales, recreativas y el ejercicio físico presentaron resultados favorables, mientras que las intervenciones digitales, como las videoconferencias, demostraron beneficios más modestos.

Conclusiones:

Las intervenciones psicosociales y comunitarias son estrategias prometedoras para reducir la soledad no deseada. La Enfermería Familiar y Comunitaria desempeña un papel clave en su detección precoz, la promoción de redes de apoyo y el envejecimiento saludable.

Bibliografía:

LA VIA INTRAÓSEA EN ATENCION PRIMARIA: UNA ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ

MARÍA DE LAS MERCEDES HIDALGO MARTÍN, MARISOL CABALLERO FERNÁNDEZ, ANA ELBA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, ANA ISABEL ROMERO LUIS, YAMILE SÁNCHEZ JIMÉNEZ.

ANTECEDENTES

En situaciones de urgencia, disponer de un acceso vascular rápido y efectivo es esencial para administrar medicamentos, líquidos y hemoderivados. Cuando no es posible canalizar una vía venosa periférica, la vía intraósea constituye una alternativa segura y eficaz, especialmente en situaciones críticas como la parada cardiorrespiratoria, los traumatismos graves o el shock hipovolémico. Esta técnica consiste en introducir una aguja o dispositivo específico en la cavidad medular de un hueso, lo que permite acceder rápidamente a la circulación sanguínea.

PALABRAS CLAVE

Vía Intraósea; Atención Primaria; Enfermería; Acceso Vascular; Urgencias; Seguridad del Paciente.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica disponible sobre el uso de la vía intraósea en el ámbito de la Atención Primaria.
Valorar el papel de la enfermera/o en la implantación y manejo de la vía intraósea.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre 2020 y 2026. Las fuentes consultadas incluyeron bases de datos académicas como PubMed, Scielo, Dialnet y Google Académico.

RESULTADOS

La evidencia disponible muestra que la vía intraósea constituye una alterativa rápida, segura y eficaz para el acceso vascular en situaciones de emergencia cuando la canalización intravenosa periférica resulta difícil o imposible.
Los estudios revisados describen tasas de éxito elevadas cuando la técnica es realizada por profesionales adecuadamente entrenados, junto con tiempos de inserción muy reducidos en comparación con la vía intravenosa convencional.
Asimismo, se confirma la posibilidad de administrar prácticamente cualquier fármaco de uso intravenoso, así como de extraer muestras sanguíneas a través de la vía intraósea.
La literatura consultada coincide en señalar que la formación específica y continuada del personal de enfermería resulta determinante para garantizar la seguridad y la efectividad de la técnica.

CONCLUSIONES

La vía intraósea es un recurso rápido, seguro y eficaz para el acceso vascular en emergencias cuando la vía intravenosa es difícil. La enfermería juega un papel clave en su colocación y manejo y la formación específica mejora la seguridad y efectividad.
Su uso sistemático reduce los tiempos de administración de fármacos y fluidos, mejorando la atención y la supervivencia de pacientes críticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres N.C., Gutiérrez N.R., Utrera C.V.R. and Torres J.A.C.Utilización de la vía intraósea. FMC. Formación médica continuada en atención primaria. 2026 Feb; 33 (2): 88-94.
2. García-Requena J, Rivera-Plaza L, Ajejas-Bazán MJ. Eficacia de la vía intraósea vs. vía intravenosa en la parada cardiaca extrahospitalaria: una revisión sistemática y metaanálisis. Sanid. Mil. [Internet]. 2025 Sep [citado 2026 Oct 21] ; 81(3): 162-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712025000300162&lng=es. Epub 26-Ene-2026.
3. Ibarra Romero M, Sánchez-García JC, Cavazzoli E, Tovar-Gálvez MI, Cortés-Martín J, Martínez-Heredia N, Rodríguez-Blanque R. Nursing Staff Knowledge on the Use of Intraosseous VascularAccess in Out-Of-Hospital Emergencies. Int J Environ Res Public Health. 2023 Jan 25;20(3):2175.

PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL

MARÍA DE LAS MERCEDES HIDALGO MARTÍN, MARISOL CABALLERO FERNÁNDEZ, ANA ELBA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, ANA ISABEL ROMERO LUIS, YAMILE SÁNCHEZ JIMÉNEZ.

ANTECEDENTES

La obesidad infantil constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias que puede tener sobre la salud física, psicológica y social de los niños. Se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y problemas de autoestima durante la infancia y la edad adulta.

Su origen es multifactorial e incluye factores genéticos, familiares, sociales, ambientales y económicos. Entre los factores modificables destacan una alimentación poco saludable, el sedentarismo, el exceso de tiempo frente a las pantallas y la falta de sueño adecuado.

PALABRAS CLAVE

Obesidad Infantil; Prevención; Educación Para la Salud; Hábitos Saludables.

OBJETIVO

Analizar la evidencia científica disponible sobre la prevención de la obesidad infantil y la contribución de enfermería en la promoción de hábitos saludables en el ámbito familiar y comunitario.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre 2020-2026. Las fuentes consultadas incluyeron bases de datos académicas como PubMed, Scielo, Dialnet y Google Académico.

RESULTADOS

La evidencia consultada destaca que la prevención de la obesidad infantil requiere intervenciones multidimensionales, adaptadas a la edad del niño y a su entorno familiar y social.

- Alimentación saludable: fomentar el consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales integrales, y reducir las bebidas azucaradas y los alimentos de baja calidad nutricional.
- Actividad física: promover el juego activo y el ejercicio diario, limitando el sedentarismo y el tiempo excesivo frente a las pantallas.
- Participación familiar y escolar: implicar a las familias en la adquisición de hábitos saludables y desarrollar programas educativos coordinados con los centros escolares.
- Papel de enfermería: realizar seguimiento del crecimiento, identificar factores de riesgo, ofrecer educación sanitaria y utilizar estrategias de entrevista motivacional para favorecer cambios de conducta.

CONCLUSIONES

La prevención de la obesidad infantil requiere un abordaje temprano, continuado y adaptado a las características de cada niño y su entorno familiar.

La enfermería comunitaria contribuye a la prevención mediante la educación sanitaria, el acompañamiento a las familias, la vigilancia del crecimiento y la identificación precoz de factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roldán González E., Orozco Bolaños N.A., Ortiz Cabrera M.F., Hurtado Otero M.L. and Orozco Torres M.A.Efectos del ejercicio físico y educación en salud sobre los comportamientos sedentarios y hábitos alimenticios en escolares con sobrepeso y obesidad. Retos. 2025 Mar; 64: 541-559.
2. Cuén-Tánori F.A., Flores-Peña Y. and González J.A.L.Rol parental en la alimentación consciente y prevención de obesidad infantil: una Revisión de Alcance. Enf Global. 2025 Jun; 24 (2).
3. Blázquez D.J. El papel de los datos del mundo real en la prevención y el abordaje estructural de la obesidad infantil y adolescente en España. Revista española de salud pública. 2026.

IMPORTANCIA DE LA VACUNACION FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

MARÍA DE LAS MERCEDES HIDALGO MARTÍN, MARISOL CABALLERO FERNÁNDEZ, ANA ELBA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, ANA ISABEL ROMERO LUIS, YAMILE SÁNCHEZ JIMÉNEZ.

ANTECEDENTES

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente en todo el mundo.
El VPH es un grupo de mas de 200 tipos de virus relacionados.
Tipos como 16 y 18 principalmente son responsables de la mayoría de los cánceres de cuello uterino y de otras neoplasias anogenitales y orofaríngeas.
La vacuna frente al VPH, que se administra principalmente en la preadolescencia antes de iniciar la vida sexual, es la medida más eficaz para prevenir la infección por los tipos de VPH y sus consecuencias.

PALABRAS CLAVE

VPH, Vacuna, Prevención, Cáncer de Cuello Uterino, Salud Pública.

OBJETIVO

Analizar los beneficios de la administración de la vacuna frente al VPH en la prevención de las infecciones por VPH y sus complicaciones.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre 2020 y 2025. Las fuentes consultadas incluyeron bases de datos académicas como PubMed, Scielo, Dialnet y Google Académico.

RESULTADOS

La vacuna reduce hasta un 90% la infección por los tipos de VPH más frecuentes y previene hasta un 95% de los cánceres de cuello uterino (HPV 16 y 18).
Se reduce significativamente la aparición de lesiones precursoras.
También disminuye el riesgo de cáncer anal, vulvar, vaginal, de pene y orofaríngeo.
Los efectos adversos son generalmente leves y transitorios (dolor en el brazo, enrojecimiento, fiebre, cefalea).

CONCLUSIONES

La infección por virus del papiloma humano es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en mujeres y hombres.
La vacunación frente al VPH es una herramienta segura, eficaz y coste-efectiva para prevenir infecciones y cánceres asociados a este virus.
Su administración en la adolescencia, especialmente antes del inicio de la vida sexual, ofrece la máxima protección.
La cobertura vacunal y la educación sanitaria son claves para reducir la incidencia de las enfermedades relacionadas con el VPH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez H., Montes J.L., Panunzio M.E. and Silvina v.Epidemiología y recomendaciones sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Actualizaciones en Sida e Infectología. 2024 Jul; 32 (115).
2. 2. Moreira O.J.L., Pacheco M.A.M., Romero M.H.R. and Fajardo C.A.Y.Vacuna contra el virus del papiloma humano. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento. 2022; 6 (. 3): 175-182.
3. Kirnbauer R. and Lenz P.Virus del papiloma humano. Elsevier;2025. p. 1394,1411.e1-1411,1411.e3.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE LA ARTROSIS DE CADERA

AUTORES: Vicente García A, Bustos Jiménez B, Rey Escudero R, Landázuri Castillo GE, Molero Díez YB, López-Andaluz Mangas J, Rueda Millán, VM, del Rey de Cabo C, Puerto Ortega E, Blanco Dorado C, Alcalá Blanco C, Méndez Torrubiano I.

RESUMEN

La coxartrosis es una enfermedad degenerativa que consiste en la pérdida progresiva del cartílago articular de la cadera. Clínicamente se manifiesta como dolor localizado en la cadera con limitación articular. Su prevalencia en España es del 5,1% y entre sus factores de riesgo están la edad avanzada, el sexo femenino y el sobrepeso.

Para el manejo del dolor disponemos de tratamientos médicos y quirúrgicos. Sin embargo en aquellos casos en los que el tratamiento médico fracase o el quirúrgico este contraindicado se disponen de técnicas intervencionistas basadas en el uso de radiofrecuencia.

PALABRAS CLAVE

coxartrosis, radiofrecuencia, dolor cadera

ANTECEDENTES

Para el tratamiento de la coxartrosis sintomática en pacientes de edad avanzada se dispone de tratamiento médico, basado en el uso de antiinflamatorios , corticoides y opioides, ejercicio y pérdida de peso; y el quirúrgico, que consiste en la artroplastia de cadera. Sin embargo, en pacientes de edad avanzada el tratamiento quirúrgico puede estar contraindicado por sus comorbilidades o por un alto riesgo médico-quirúrgico.

OBJETIVOS

Demostrar que la radiofrecuencia convencional puede ser una alterativa para el control del dolor en aquellos pacientes en los que el tratamiento médico o quirúrgico esté contraindicado.

MÉTODO

Revisión sistemática sobre la radiofrecuencia en la coxartrosis. Búsqueda bibliográfica en PubMed y Google Escolar.

RESULTADOS

La ablación de las ramas sensitivas del nervio obturador y femoral ha demostrado reducir el dolor entre el 40 y el 80% con una duración variable entre 1 y 11 meses. Sin embargo es una técnica con escasa evidencia debido a la falta de estudios. Es una técnica con una baja tasa de complicaciones menor del 1%.

CONCLUSIONES

La radiofrecuencia ablativa de los nervios femoral y obturador de la articulación de la cadera supone una alternativa para la reducción del dolor y mejora de la movilidad en pacientes de edad avanzada con mala respuesta al tratamiento médico o que presentan contraindicación para el tratamiento quirúrgico de la artrosis de cadera. Aunque no existe una evidencia sólida sobre la técnica los pocos estudios que hay muestran una mejoría del dolor.

Rol de la enfermería en el manejo de signos vitales perioperatorios

VIGILANCIA · DETECCIÓN · PREVENCIÓN

VIII Congreso Internacional
Silver Economy 2026

Resumen

Se analiza el papel de enfermería en el control y vigilancia de los signos vitales del paciente quirúrgico y su importancia en la prevención de complicaciones perioperatorias, así como en la detección precoz de patologías no identificadas previamente.

Antecedentes

La monitorización de los signos vitales en quirófano es fundamental para garantizar la seguridad del paciente. La anestesia y la intervención pueden provocar cambios fisiológicos que requieren vigilancia constante. En este contexto, la enfermería es clave en la valoración, control y detección precoz de alteraciones.

Palabras clave

- Hipertensión arterial
- Hipotensión arterial
- Arritmias
- Hipoxia
- Alteraciones respiratorias

Objetivos

General

Evaluar la importancia de la formación del personal de enfermería en la monitorización e interpretación de los signos vitales en quirófano.

Específicos

- Determinar la relevancia de la detección de hallazgos clínicos no diagnosticados previamente y su comunicación al equipo médico.
- Evaluar si una monitorización adecuada y una actuación enfermera temprana reducen complicaciones y comorbilidades perioperatorias.
- Destacar la necesidad de formación continuada del personal de enfermería en monitorización, interpretación de parámetros y reconocimiento de signos de alarma.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica descriptiva sobre la importancia de la formación del personal de enfermería en la monitorización e interpretación de los signos vitales en el ámbito quirúrgico.

Bases de datos

- PubMed
- SciELO
- CINAHL
- Google Scholar

Resultados

Detección precoz
Permite identificar alteraciones cardiovasculares y respiratorias (arritmias, HTA, hipotensión y desaturación).

Prevención de complicaciones
La identificación temprana facilita una intervención rápida y coordinada con el equipo de anestesia.

Patologías no conocidas
La detección de alteraciones no registradas previamente puede favorecer la valoración, el diagnóstico y el seguimiento.

Formación enfermera
Los conocimientos específicos favorecen el reconocimiento de signos de alarma y la comunicación eficaz de los hallazgos.

Educación sanitaria
Permite informar al paciente sobre la importancia del control de la tensión arterial, la salud cardiovascular y el seguimiento médico.

Actuación enfermera en quirófano

Vigilar
Monitorización continua de signos vitales

Detectar
Cambios o alteraciones significativas

Comunicar
Al equipo médico de forma precoz y precisa

Prevenir
Complicaciones y mejorar la seguridad del paciente

Conclusión

La evidencia consultada respalda que una monitorización adecuada, junto con una formación enfermera específica, puede mejorar la detección de alteraciones fisiológicas y favorecer la seguridad del paciente durante el proceso quirúrgico.

Bibliografía

1. Klein AA, et al. Anaesthesia. 2021;76(9):1212-23.
2. Halvorsen S, et al. Eur Heart J. 2022;43(39):3826-924.
3. Thompson A, et al. Circulation. 2024;150(19):e351-442.
4. NICE. Hypothermia: prevention and management in adults having surgery. 2008/2016.
5. McCormack T, et al. Anaesthesia. 2026;81(3):402-14.

CUANDO UNA BUENA VALORACIÓN ES LA SOLUCIÓN

Autores: Judiht González Pérez, Marta María Fraile Villarejos, Teresa Álvarez Codesal, María Ester Palmero Lena

PALABRAS CLAVE Lesiones por presión, Inmovilización, Dependiente, SEMP, Escala de Braden

RESUMEN/ANTECEDENTES

Las lesiones por presión (LLP), consisten en un daño localizado en la piel y/o tejidos subyacentes , provocado por la acción continua de presión y las fuerzas de cizalla , principalmente sobre prominencias óseas , lo que ocasiona isquemia y necrosis celular. Las localizaciones más frecuentes son talones, sacro y afecta a personas con diversidad funcional motriz.

Las LPP suponen un importante impacto tanto a nivel médico, a nivel poblacional y económico .Su etiología es multifactorial, interviniendo tanto variables del propio paciente (malnutrición) como condicionantes externos como la movilidad prolongada.

MÉTODO

A través de las principales bases de datos Google académico, Pubmed se ha realizado una revisión bibliográfica de un caso clínico.

OBJETIVOS

Realizar una correcta valoración del paciente para determinar la utilización de los dispositivos de alivio de la presión (SEMP) u otras medidas de prevención.

RESULTADOS

Varón de 82 años, procedente de su domicilio que ingresa en una planta de hospitalización procedente del servicio de urgencias con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) derecha lobar inferior + Insuficiencia respiratoria aguda + Síndrome confusional agudo (delírium) secundario a proceso infeccioso.
Constantes vitales: Tensión arterial 105/60 mmHg, Frecuencia cardiaca 98 latidos por minuto, Temperatura 38.2 °C, Saturación de oxígeno 91%.
Al llegar a planta el paciente se encuentra desorientado en tiempo y espacio, letárgico pero reactivo a estímulos verbales. Sequedad de mucosas.
Antecedentes de interés: Enfermedad Renal Crónica Estadio IIIb. Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Enfermedad de Parkinson avanzada con importante rigidez y bradicinesia y Deterioro cognitivo moderado. Incontinencia urinaria.
A la exploración presenta la piel frágil. Eritema blanqueable en región sacra y trocánter mayor derecho. Sin solución de continuidad en la piel al ingreso.
Tras la valoración del equipo sanitario se procede a la realización de la escala de Braden para determinar el riesgo de lesiones por presión.

CONCLUSIONES

Tras la realización de la escala de Braden, la puntuación obtenida es de 9 puntos que determina un riesgo alto y supone la necesidad de colocar un SEMP además de otras medidas de protección como son las taloneras, cuidados de la piel y cambios posturales cada 2-3 horas. Al ser un riesgo alto sería necesario la reevaluación de la escala cada 48H y siempre que se produzcan cambios significativos.

El papel de la enfermeria es una pieza clave a la hora de la **identificación de riesgos y la prevención de LPP.** Por tanto, es necesario resaltar la importancia que supone la detección precoz y la prevención.

BIBLIOGRAFIA

NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN HEMODIÁLISIS

AUTORES
Ana Campano Pascual
María Encarnación Gómez Santos
Vicenta Martínez García
Alba Funcia González
Isabel Zurita Fradejas
Ana Lago Feo
María Pérez Zapater
María Miriam Conde Prieto

RESUMEN

La enfermedad renal crónica es la pérdida progresiva, lenta e irreversible de la función de los riñones durante un período de tres meses o más.

La hemodiálisis es una técnica de sustitución renal que se utiliza para filtrar toxinas y agua de la sangre en pacientes con fallo renal.

OBJETIVOS

Conocer las indicaciones y contraindicaciones de la NPT (nutrición parenteral total).

Conocer los signos y síntomas de alarma.

PALABRAS CLAVE

Nutrición parenteral total.

Hemodiálisis.



ANTECEDENTES

Caso clínico: Mujer de 90 años, con antecedentes de hipotiroidismo, dislipemia, insuficiencia renal crónica en seguimiento por Servicio de Nefrología desde 2018 (deterioro de la función renal + albuminuria) e HTA. Comenzó con diálisis peritoneal, pero debido al deterioro físico y la incapacidad para una correcta terapia, se decide comenzar con hemodiálisis 3 días por semana, con una duración de 3h.

Por parámetros de malnutrición se prescribe administración de nutrición parenteral total durante las sesiones de hemodiálisis.

CONCLUSIONES

La NPID es un método invasivo para nutrir a pacientes con ERC en HD con alteraciones de su estado nutricional que no alcanzan requerimientos nutricionales vía oral/enteral.
Consiste en la provisión de nutrientes mediante la cámara venosa.
Se debe evitar la administración conjunta con antibióticos que requieran un tiempo de infusión prolongado.

RESULTADOS

La NPID (Nutrición Parenteral Intradiálisis) es una forma de NP clínica administrada durante las sesiones de HD.

En los pacientes con ERC cuando los suplementos nutricionales son insuficientes, la NPID es una buena opción.

Requiere una estrategia de administración incremental.

En nuestro caso la paciente con NPID durante 2 meses presentó una mejoría notable tanto en valores analíticos (albúmina sérica y pre-albúmina) como en la vitalidad y el bienestar.

BIBLIOGRAFÍA
Seden.org. Recuperado el 4 de noviembre de 2026, de https://www.seden.org/files/news/Nutricion_Parenteral_Intradialisis_bdfe.pdf
Nutricionclinicaenmedicina.com. Recuperado el 4 de noviembre de 2026, de https://nutricionclinicaenmedicina.com/pdf/NCM.2024.18.3.0002.pdf
Revistanefrologia.com. Recuperado el 4 de noviembre de 2026, de https://www.revistanefrologia.com/es-mejora-nutricion-parenteral-intradialisis-supervivencia-articulo-X0211699508032023

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

PALABRAS CLAVE: Alimentación | Personas mayores | Nutrición | Dieta equilibrada | Calidad de vida | Autonomía | Envejecimiento

RESUMEN

La alimentación desempeña un papel fundamental en el proceso de envejecimiento, ya que influye directamente en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. A medida que envejecemos, nuestro organismo experimenta cambios físicos, metabólicos y fisiológicos que hacen necesario adaptar la alimentación a las nuevas necesidades del cuerpo.

Una alimentación equilibrada y saludable ayuda a mantener el buen funcionamiento del organismo, prevenir enfermedades y conservar la autonomía durante más tiempo.

ANTECEDENTES

Con el paso de los años, el organismo experimenta cambios:

-Disminuye la masa muscular y aumenta el riesgo de debilidad.

-Los huesos pierden densidad y resistencia.

-El metabolismo se vuelve más lento.

-Puede disminuir la sensación de sed y de hambre.

-La digestión se hace más lenta.

Por todo ello es importante mantener una dieta variada y adapada a las necesidades de cada persona.

OBJETIVOS

- Analizar la importancia de la alimentación en el proceso de envejecimiento.
- Identificar las necesidades nutricionales individuales de las personas mayores.
- Conocer los beneficios de una dieta equilibrada en esta etapa de la vida.
- Prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación y nutrición: cardiovasculares, metabólicas, nefrológicas, etc.
- Favorecer la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

MÉTODO

Revisión bibliográfica descriptiva de artículos científicos publicados en diferentes bases de datos internacionales como Scielo, PubMed, Google Scholar y Elsevier.

Dieta saludable



RESULTADOS

Según diversos estudios de investigación, una alimentación adecuada durante el envejecimiento aporta numerosos beneficios como:

-Previene de enfermedades como la diabetes tipo 2, H.T.A, obesidad y enfermedades cardiovasculares.

- Mantiene la masa muscular: el consumo adecuado de proteínas ayuda a prevenir la pérdida de músculo.
- Protege los huesos: el calcio y la vitamina D contribuye a mantener unos huesos fuertes.
- Mejora las defensas: las vitaminas y minerales ayudan al sistema inmunitario.
- Favorece la memoria y la función cognitiva.
- Mejora el tránsito intestinal: la fibra ayuda a prevenir el estreñimiento.
- Aporta energía y vitalidad: permite mantener una mayor actividad física y autonomía.
- Prevención de la desnutrición.

Los pilares fundamentales de la alimentación en las personas mayores son:

- Proteínas de alta calidad (pescado, huevos, carnes magras, legumbres y lácteos): 2 raciones/día.
- Frutas y verduras a diario: 5 raciones/día.
- Hidratos de carbono integrales: 6 raciones/día.
- Grasas saludables (aceite de oliva)
- Calcio y vitamina D (leche, queso y yogures).
- Hidratación constante (agua, infusiones, y caldos). Mínimo dos litros al día.

Las ingestas se fraccionan en 4 o 5 comidas al día y se adaptará la textura si es necesario, en caso de problemas dentales o disfagia. Además se reducirá el exceso de sal y de azúcares simples.

CONCLUSIONES

Aunque el envejecimiento es un proceso natural e inevitable, mantener una buena alimentación equilibrada puede ayudar a que se desarrolle de una manera más saludable, retrasando la aparición de algunas enfermedades y reduciendo sus complicaciones.

Es importante consumir alimentos variados, beber suficientes líquidos y adaptar la dieta a las necesidades de cada persona según su edad , estado de salud y actividad física.

También es fundamental evitar el consumo excesivo de sal, azúcar, grasas saturadas y alimentos ultraprocesados.

En conclusión, alimentarse correctamente no significa vivir más años, sino vivirlos con mayor salud, bienestar y autonomía.

Por ello, la educación nutricional y los buenos hábitos alimentarios son esenciales para conseguir un envejecimiento saludable.

RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS

AUTORES
Ana Campano Pascual
María Encarnación Gómez Santos
Vicenta Martínez García
Alba Funcia González
Isabel Zurita Fradejas
Ana Isabel Lago Feo
María Pérez Zapater
María Miriam Conde Prieto
Sonia Sanabria Prieto

RESUMEN

Las caídas constituyen el accidente doméstico más grave y frecuente entre las personas mayores, originando pérdida de independencia, mayor morbilidad, un riesgo mayor de necesidades de cuidados a largo plazo

OBJETIVOS

Identificar los factores de riesgo de caídas.
Evaluar la eficacia de las actividades enfermeras.

PALABRAS CLAVE

Caídas
Personas mayores
Prevención



ANTECEDENTES

Se estima que alrededor del 30% de los mayores de 65 años y hasta el 50% de los mayores de 80 años sufren una caída al año.

La longevidad en nuestro país ha hecho que se produzcan más caídas entre los ancianos, la mayoría evitables mediante intervenciones de enfermería entre otras.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática de literatura en bases de datos como PubMed, Scielo.



RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las intervenciones de enfermería entre las que destacan educación sobre un entorno seguro, eliminación de barreras arquitectónicas, promoción de la autonomía y la independencia de las personas mayores, son de gran importancia para la prevención de las caídas.



BIBLIOGRAFÍA
Gutiérrez Martínez, M., & Barrera, N. (2024). Nuevas perspectivas en la evaluación del riesgo de caídas en personas mayores con el síndrome del declive. Atencion primaria, 56(10), 102989. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102989 (Obra original publicada en as Nuevas perspectivas en la evaluación del riesgo de caídas en personas mayores con el síndrome del declive.)
Lage, I., Braga, F., Almendra, M., Meneses, F., Teixeira, L., & Araujo, O. (2022). Caídas en personas mayores que viven solas: el papel de los factores individuales, sociales y medioambientales. Enfermeria clinica, 32(6), 396–404. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.04.002

RESERVA COGNITIVA EN EL ENVEJECIMIENTO

RESUMEN: la reserva cognitiva es un método para mejorar la capacidad del cerebro, consiste en estimularla durante toda la vida para que al llegar al envejecimiento el estado neurológico pueda estar en buenas condiciones, se ha investigado el tema y se observa que puede ejercer efecto protector para afrontar la última etapa de la vida en las mejores condiciones neurológicas posibles.

ANTECEDENTES: La reserva cognitiva es la capacidad dinámica del cerebro para improvisar y encontrar vías alternativas de funcionamiento que le permitan tolerar lesiones, daños o el envejecimiento natural sin presentar síntomas clínicos de deterioro. Se basa en ejercer como una barrera invisible para posponer la aparición de los primeros síntomas y ralentizar su avance. Se puede realizar con la lectura, juegos educativos, cambio de rutinas, ejercicios de cálculos o de memoria.

OBJETIVO: Repasar la evidencia científica actual sobre las técnicas de estimulación cognitiva y conocer diferentes métodos neuroprotectores. Se pretende también realizar un pequeño análisis el impacto de los estilo de vida en el desarrollo de la reserva cognitiva como prevención frente al deterioro cognitivo.



PALABRAS CLAVE: reserva cognitiva, métodos neuroprotectores, hábitos de vida saludables, envejecimiento, deterioro cognitivo.

MÉTODO: Se ha realizado una revisión de la literatura científica sobre el tema tratado, usando las bases de datos: PubMed, Scielo y Biblioteca Cochrane. Se han seleccionado 8 artículos en un principio y tras su lectura y aplicación de filtros, finalmente se han elegido 5 de ellos.

RESULTADO: Se ha observado que las personas que presentaban una alta reserva cognitiva a lo largo de su vida gracias a las técnicas de neuroestimulación presentaban un 39% menos de riesgo de desarrollo de demencias. También se identificó que la realización de ejercicio físico mejoraba entre un 10,9% y un 12,6% la plasticidad del cerebro (mejorando la atención selectiva y la resolución de problemas).

CONCLUSIONES: La estimulación intelectual y social a lo largo de toda la vida resulta un potente factor de protección cerebral y puede reducir activamente los daños neuropatológicos y vasculares propios de la edad.

SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES: IMPACTO EN LA SALUD Y ABORDAJE DESDE ENFERMERÍA

Autora Mª Victoria Barajas Lorenzo

Coautores: Silvia Bravo Santos, Marta Sánchez Casero, Teresa de Jesús Carretero Salvador



RESUMEN

La soledad no deseada es la percepción subjetiva de una discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las disponibles. En las personas mayores puede afectar al bienestar emocional, la salud física y la participación social. Esta revisión sintetiza sus repercusiones y las estrategias de detección e intervención desde enfermería, especialmente en Atención Primaria y el ámbito comunitario.

PALABRAS CLAVE: *Soledad; aislamiento social; personas mayores; enfermería comunitaria; Atención Primaria; envejecimiento*

ANTECEDENTES

No equivale a vivir solo ni al aislamiento social. La viudedad, las pérdidas, la fragilidad, la dependencia, las barreras de movilidad y la reducción de redes pueden aumentar la vulnerabilidad. La OMS reconoce la conexión social como un determinante relevante de la salud.

OBJETIVOS

Analizar la relación entre soledad no deseada y salud en mayores; identificar factores de riesgo y consecuencias; describir estrategias enfermeras de valoración, prevención e intervención.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, Web of Science). Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios sobre personas mayores, salud y conexión social publicados entre 2020 y 2025

RESULTADOS

La soledad no deseada se relaciona con mayor riesgo de depresión, ansiedad, deterioro del bienestar y peor calidad de vida en las personas mayores.
Las intervenciones grupales, el acompañamiento psicosocial y la participación comunitaria pueden contribuir a reducirla. Enfermería desempeña un papel clave mediante la detección precoz, la valoración biopsicosocial, los cuidados individualizados y la coordinación sociosanitaria.

CONCLUSIONES

La soledad no deseada debe incorporarse a la valoración integral de la persona mayor. Enfermería, por su continuidad asistencial y proximidad comunitaria, ocupa una posición estratégica para detectarla y activar apoyos. Las intervenciones deben ser individualizadas, sostenidas y evaluadas; la evidencia sobre su efectividad sigue siendo heterogénea.

BIBLIOGRAFÍA

ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN RESIDENCIAS, DESDE LA FISIOTERAPIA

Álvarez J, Hinojal J, Chacón M, Pinto R, Rodríguez M, González R, Diez MT, Fernández I, de la Torre M, Silván A, Nicolás D, Campos AP, Sevilla A, Diez E, González J, Luis A, Iglesias N, García C, Merayo V, Barroso C, Colina D, Martínez P, Ramos A, Moya C, Cuervo M, Martín A, López EM, Escrich V, Alonso MG, Ortega A, Magariño B, García D, Manzanedo A, Herrero MD, Portas N, Márquez JM, Martín B, Pérez E, Ramos C, Vidal C, Paniagua A, Fernández Y, Simón S, Ferrero S

RESUMEN

El ejercicio físico resulta ser una herramienta fundamental de aplicación en centros geriátricos en combinación con los distintos servicios de salud prestados. En los siguientes estudios se observa cómo la variedad de la actividad física ofrece mayores beneficios de forma global (aspecto físico, cognitivo, psicológico). Por el contrario, unos malos hábitos favorecerán el agravamiento de las complicaciones derivadas del envejecimiento, así como una muerte prematura.

ANTECENDENTES

Hoy en día, un gran número de personas mayores habitan en residencias de ancianos debido a una fragilidad y dependencia asociadas al envejecimiento. Estas personas suelen tener en común el estar polimedicados y ser pluripatológicos. Como herramienta de ayuda está el ejercicio físico. Este puede prevenir las complicaciones asociadas a la edad, como son las caídas, las lesiones derivadas y la dificultad en la realización de alguna actividad básica de la vida diaria. A su vez, el ejercicio físico favorece una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Active aging
Physiotherapy
Residential care

MÉTODO

Bases de datos: Pubmed, ScienceDirect

Artículos seleccionados (últimos 5 años): revisión sistemática y metaanálisis, estudio pragmático no aleatorizado.



OBJETIVOS

Evaluar tipo, volumen y duración del ejercicio.

Evaluar factores moderadores de los pacientes.

Evaluar los efectos del ejercicio físico sobre la función física de personas mayores en residencias.

Implementar un modelo integral sanitario de intervención transdisciplinar y su posterior evaluación.

RESULTADOS

Artículo 1: revisión sistemática con 147 estudios. Participantes entre 67 y 92 años de edad; y metaanálisis con 105 estudios. Mejora de función física general, sin diferencias significativas entre tipos de ejercicios.

Artículo 2: el sedentarismo y los malos hábitos son potentes factores de riesgo para problemas de salud relacionados con la edad. La actividad física regular y estructurada influyen de forma positiva en la salud física, cognitiva y psicológica.

Artículo 3: creación de un programa con 6 grupos de hasta 10 personas mayores que participan en una intervención integral de servicios sanitarios combinados. Seguimiento por fisioterapeutas durante 25 semanas y posterior programa de mantenimiento.

CONCLUSIONES

La aplicación de ejercicio físico en residencias de ancianos se asocia con una mejora de las capacidades físicas de las personas mayores, lo que favorece una mejor calidad de vida durante el envejecimiento, así como el retardo de una mortalidad prematura. El ejercicio físico debería estar integrado con el resto de servicios de salud. Los resultados obtenidos en estos estudios, servirán para proporcionar una prestación adecuada de servicios de salud complementarios en los centros geriátricos.

Más años, más conexiones: estrategias para prevenir la soledad en la sociedad de la longevidad

Jenifer Vega Viñas, María Samara Martín Viñas, María Garrido Domínguez, Eva María Lorenzo Pascual, Marta Ferrero Moralejo, Juan José Berrocal Fernández, Rocio Turrión García, Noelia Vega Morillo, Verónica Carrera Pérez, Celia Hernández Vecino, Almudena Santos Miguel, Ana España Aliste, Cristina Hernández Sánchez, Jorge Fausto Sánchez Carrasco, Patricia Jiménez Maestro

RESUMEN

Esta revisión bibliográfica recoge estrategias para prevenir la soledad en las personas mayores, destacando la conexión social, las herramientas digitales, la participación comunitaria y el acompañamiento enfermero.

ANTECEDENTES

El aumento de la longevidad nos enfrenta a un nuevo reto: vivir más años sin vivir más solos.
La prevención de la soledad y el aislamiento social es clave para promover un envejecimiento saludable, activo y conectado

OBJETIVO

Analizar las intervenciones descritas en la literatura científica para prevenir o reducir la soledad y el aislamiento social en personas mayores, con especial atención al papel de las intervenciones comunitarias y digitales

RESULTADOS

1. CONECTAR
Intervenciones grupales y sociales

- Grupos de apoyo
- Centros de mayores
- Actividades culturales y de ocio
- Ejercicio grupal
- Voluntariado
- Programas intergeneracionales

2. DIGITALIZAR
Tecnología y comunicación

- Videollamadas
- Plataformas digitales
- Redes sociales
- Programas de alfabetización digital
- Dispositivos de comunicación

3. PARTICIPAR
Conectar a la persona con su comunidad

- Transporte accesible
- Espacios públicos
- Programas comunitarios
- Asociaciones
- Actividades locales
- Acceso a recursos sociales

4. ACOMPAÑAR
Detección y seguimiento

- Identificar situaciones de soledad
- Valorar necesidades sociales
- Proporcionar educación para salud
- Facilitar recursos comunitarios
- Seguimiento y coordinación sociosanitaria

MATERIAL Y MÉTODO

Bases De Datos: PUBMED, GOOGLE ACADÉMICO, CINAHL, SCOPUS

Palabras clave: older adults, loneliness, social isolation, social connection, digital interventions, community interventions, healthy ageing

Texto completo

Inglés
Español

CONCLUSIONES

La longevidad saludable no depende únicamente de añadir años a la vida, sino también de mantener vínculos, participación y sentido de pertenencia.
La prevención de la soledad requiere estrategias que favorezcan vínculos significativos, participación comunitaria y acceso a recursos sociales y digitales.
La enfermería desempeña un papel clave en la detección precoz, el acompañamiento y la conexión de las personas mayores con su entorno.

ALCOHOLISMO Y SALUD MENTAL: ABORDAJE INTEGRAL DESDE ENFERMERÍA

Flores Domínguez, Teresa Elsa; Coco Aguado Silvia; Fernández Cortés, Claudia; Alvarado Turiel, Beatriz; García Bernal, Antonio Jesús; Sogo Pérez, Margarita; Esteban Hernández, Verónica; Arguello Gómez, Inés; Sánchez Martín, Sonia; Cortés Marcos, Aurora; Pordomingo Ares, Alejandro

Resumen

El consumo problemático de alcohol constituye un importante problema de salud pública debido a sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Su relación con la salud mental es compleja y bidireccional, ya que el consumo de alcohol puede agravar síntomas de ansiedad y depresión, mientras que algunas personas recurren a él para afrontar el malestar emocional. Asimismo, el trastorno por consumo de alcohol puede afectar a las relaciones familiares, el entorno laboral y la calidad de vida.

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el consumo detección precoz y el acompañamiento terapéutico. Para ello, se propone una revisión de la literatura científica y de las recomendaciones clínicas problemático de alcohol y la salud mental, destacando el papel de enfermería en la prevención.

La evidencia señala la importancia de identificar los factores de riesgo, realizar una valoración integral y facilitar el acceso a intervenciones psicológicas, sociales y sanitarias. Se concluye que la atención coordinada y libre de estigmas es fundamental para favorecer la recuperación, reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Palabras clave

Alcoholismo; salud mental; trastorno por consumo de alcohol; ansiedad; depresión; enfermería; intervención sanitaria; prevención de recaídas.

Antecedentes

El alcohol es una sustancia psicoactiva que puede producir dependencia y ocasionar consecuencias importantes para la salud física, psicológica y social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de alcohol se relaciona con más de 200 enfermedades, lesiones y otros problemas de salud, incluidos los trastornos mentales y del comportamiento.

La relación entre alcohol y salud mental es bidireccional. Algunas personas consumen alcohol para afrontar situaciones de estrés, ansiedad, tristeza o malestar emocional.
Sin embargo, su consumo puede empeorar estos síntomas, alterar el sueño y dificultar la recuperación psicológica. Además, los trastornos por consumo de alcohol presentan una asociación frecuente con la depresión, los trastornos de ansiedad y los problemas relacionados con experiencias traumáticas.

El estigma social, la dificultad para reconocer el problema y el miedo a solicitar ayuda pueden retrasar el acceso al tratamiento. Por ello, resulta fundamental desarrollar estrategias de detección precoz y atención integral que contemplen tanto el consumo de alcohol como las necesidades de salud mental.
En este contexto, enfermería tiene un papel relevante en la identificación de factores de riesgo, la educación sanitaria, el acompañamiento emocional y la coordinación con los recursos especializados en salud mental y adicciones.

Objetivos

Objetivo general

- Analizar la relación entre el consumo problemático de alcohol y la salud mental, destacando la intervención de enfermería en la prevención, la detección y el abordaje integral.

Objetivos específicos

01. Identificar las principales consecuencias psicológicas y sociales asociadas al consumo problemático de alcohol.
02. Describir la relación entre el alcohol, la ansiedad, la depresión y otros problemas de salud mental.
03. Reconocer herramientas de cribado y estrategias de intervención enfermera.
04. Promover una atención integral, individualizada y libre de prejuicios.
05. Destacar la importancia de la coordinación entre atención primaria, salud mental y servicios especializados en adicciones.

Metodología

Se propone una revisión de la literatura científica sobre la relación entre el consumo problemático de alcohol y la salud mental, con especial atención a la prevención, la detección precoz y los cuidados de enfermería.
·Fuentes de información: PubMed, Organización Mundial de la Salud (OMS), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) y National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

·Estrategia de búsqueda: se utilizaron como términos de búsqueda propuestos alcohol use disorder, mental health, depression, anxiety, nursing care y alcohol screening.

·Criterios de inclusión: revisiones científicas, guías clínicas y documentos institucionales relacionados con el consumo de alcohol, los trastornos mentales asociados y las intervenciones sanitarias.

Resultados

- Relación con la ansiedad y la depresión: el trastorno por consumo de alcohol aparece frecuentemente junto a otros problemas de salud mental. Ambas condiciones pueden influirse mutuamente y requieren una valoración clínica individualizada.

- Alteraciones del sueño y del bienestar emocional: el consumo problemático puede alterar el descanso, incrementar el malestar psicológico y dificultar el funcionamiento cotidiano.

- Consecuencias sociales y familiares: pueden aparecer conflictos interpersonales, aislamiento social, dificultades laborales y problemas económicos que agravan el malestar emocional.

- Importancia de la detección precoz: herramientas como el cuestionario AUDIT permiten identificar patrones de consumo de riesgo y orientar la necesidad de una evaluación más completa. Deben interpretarse junto con la entrevista clínica y la valoración individual.

- Intervención enfermera: la escucha activa, la entrevista motivacional, la educación sanitaria y el seguimiento favorecen la participación de la persona en su proceso terapéutico. La atención debe desarrollarse en un entorno confidencial, empático y libre de juicios.

- Abordaje integral y coordinado: el tratamiento debe contemplar el consumo de alcohol y los posibles trastornos mentales asociados. La coordinación entre atención primaria, salud mental y servicios especializados facilita la continuidad asistencial.

- Prevención de complicaciones: es imprescindible valorar el riesgo de autolesión, suicidio y síndrome de abstinencia. En personas con dependencia física, la interrupción brusca del consumo puede provocar una abstinencia potencialmente grave y requiere valoración sanitaria.

Estos resultados constituyen una síntesis narrativa de la evidencia consultada, no datos experimentales obtenidos de una muestra propia.

Conclusiones

El consumo problemático de alcohol y los trastornos de salud mental mantienen una relación compleja que puede afectar al bienestar emocional, las relaciones sociales y la calidad de vida.

La detección precoz, la valoración integral y el acceso a tratamientos adecuados son fundamentales para reducir las complicaciones y favorecer la recuperación. Es necesario abordar simultáneamente los problemas de consumo y los trastornos mentales asociados, adaptando las intervenciones a las necesidades de cada persona.

Enfermería desempeña un papel esencial en la prevención, la identificación de factores de riesgo, la educación sanitaria y el acompañamiento terapéutico. Una atención empática, coordinada y libre de estigmas puede favorecer la adherencia al tratamiento, la prevención de recaídas y la recuperación de la autonomía personal.

FRAGILIDAD Y POLIFARMACIA EN PERSONAS MAYORES

REPERCUSIONES SOBRE LA AUTONOMÍA, CALIDAD DE VIDA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Andrea Giovanna Cárdenas Lara, Inmaculada García Carrasco, Alba Rios Zaragoza . Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

RESUMEN

La fragilidad y la polifarmacia son situaciones frecuentes en las personas mayores y pueden incrementar el riesgo de problemas relacionados con la medicación, acontecimientos adversos y pérdida de autonomía. La revisión de los tratamientos y la deprescripción constituyen estrategias para mejorar la adecuación farmacológica y la seguridad del paciente.

ANTECEDENTES

- La fragilidad aumenta la vulnerabilidad de las personas mayores, el riesgo de deterioro funcional, acontecimientos adversos y pérdida de autonomía.
- La polifarmacia, aunque puede ser necesaria para tratar la multimorbilidad, incrementa el riesgo de interacciones, reacciones adversas, caídas y reingresos hospitalarios.
- La revisión de la medicación y la deprescripción individualizada permiten mejorar la adecuación de los tratamientos y la seguridad, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de cada persona.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia disponible sobre la relación entre fragilidad, polifarmacia y seguridad del paciente en personas mayores, prestando especial atención a las repercusiones de las intervenciones de revisión de la medicación y deprescripción sobre la autonomía y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Fragilidad, polifarmacia, personas mayores, deprescripción, seguridad del paciente, autonomía, calidad de vida.

MÉTODOS

Se realizó una revisión de revisiones sistemáticas y metaanálisis, con síntesis narrativa de los resultados. Como bases de datos se utilizaron PubMed, ClinicalKey, Cochrane Library y SciELO. Se incluyeron revisiones desde 2020 a 2026, en español o inglés, centradas en personas mayores a partir de 65 años. Se seleccionaron diez revisiones para la síntesis final.

RESULTADOS

Las revisiones muestran que las intervenciones de deprescripción y revisión de la medicación pueden reducir el número de medicamentos y la presencia de fármacos potencialmente inapropiados. Sin embargo, los efectos sobre la mortalidad, las caídas, las hospitalizaciones, la funcionalidad y la calidad de vida son variables y no siempre estadísticamente significativos. También se observa una relación entre determinados medicamentos potencialmente inapropiados y resultados adversos, como las caídas y los reingresos hospitalarios.

CONCLUSIÓN

La revisión periódica e individualizada de la medicación constituye una estrategia relevante para mejorar la seguridad de las personas mayores, especialmente en aquellas con fragilidad y polifarmacia. La evidencia disponible respalda la mejora de la adecuación farmacológica, aunque todavía son necesarios más estudios que evalúen sus efectos sobre la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida.



MOVILIZAR PARA PRESERVAR LA AUTONOMÍA:
Papel de enfermería en la prevención del deterioro funcional en personas mayores hospitalizadas

Inmaculada García Carrasco, Andrea Giovanna Cárdenas Lara, Alba Ríos Zaragoza
Hospital Virgen del Valle, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo

RESUMEN

El deterioro funcional asociado a la hospitalización en adultos mayores es un problema frecuente que compromete su independencia. En esta revisión de 7 estudios recientes se evidencia que la movilización precoz y el ejercicio multicomponente preservan la capacidad funcional y reducen las complicaciones del encamamiento. El profesional de enfermería resulta clave para identificar factores de riesgo como la fragilidad o el delirium y liderar planes de cuidados que fomenten una movilidad progresiva y segura.

PALABRAS CLAVE

Movilización precoz · Personas mayores · Hospitalización · Deterioro funcional · Autonomía personal · Cuidados de enfermería

ANTECEDENTES

Problema: La hospitalización puede favorecer el deterioro funcional en las personas mayores, manifestándose como pérdida de movilidad, disminución de la autonomía y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

Factores de riesgo: La inmovilidad, unida a la enfermedad aguda, la fragilidad y las alteraciones cognitivas, puede agravar esta pérdida de capacidad funcional.

El papel de enfermería: La movilización precoz, progresiva e individualizada se plantea como estrategia clave para mantener la funcionalidad y prevenir los daños del encamamiento. En este proceso, enfermería desempeña un papel fundamental mediante la valoración funcional, el fomento de la movilidad segura y la prevención de barreras que dificultan la actividad durante el ingreso.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica sobre la movilización precoz en personas mayores hospitalizadas y el papel de enfermería en la prevención del deterioro funcional y la preservación de la autonomía.

MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa.

Bases de datos
PubMed/MEDLINE · Cochrane · Web of Science · SciELO · CUIDEN

Idiomas: Español e inglés

Periodo: 2021–2026

Ecuación central de búsqueda
("older adults" OR elderly OR aged) AND ("early mobilization" OR "early mobilisation" OR mobility) AND (hospital* OR inpatient*) AND ("functional decline" OR "functional status" OR nursing)

7 Artículos seleccionados

CONCLUSIONES

MOVILIZACIÓN PRECOZ
Estrategia prometedora para preservar la capacidad funcional.

VALORACIÓN TEMPRANA
Identificar fragilidad y delirium ayuda a orientar los cuidados y prevenir las consecuencias de la inmovilidad.

PAPEL DE ENFERMERÍA
Fundamental para promover la movilidad segura y preservar la autonomía.

Se necesitan estudios de mayor calidad que permitan determinar el impacto de estas intervenciones sobre la autonomía y la recuperación funcional a largo plazo.

RESULTADOS

Se seleccionaron siete estudios que analizaron la movilización durante la hospitalización, la capacidad funcional y el papel de enfermería en la promoción de la movilidad.

MOVILIZACIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL

- Las intervenciones de ejercicio multicomponente mostraron mejoras en determinados parámetros de fuerza, movilidad y capacidad funcional en personas mayores hospitalizadas (Ferrara et al.; Yokobatake et al.).
- El estudio REDURISK observó resultados favorables en movilidad y actividades de la vida diaria tras una intervención interdisciplinar con participación enfermera.
- La revisión Cochrane de Hartley et al. señaló que la evidencia sobre la mejora de la independencia funcional mediante ejercicio durante la hospitalización continúa siendo incierta.

FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO FUNCIONAL

- La fragilidad, el delirium y otras características clínicas se relacionaron con una menor movilidad en personas mayores hospitalizadas (Zomer et al.).

PAPEL DE ENFERMERÍA

- Nicoli et al. destacaron la importancia de la valoración individualizada, la movilización progresiva y segura y la coordinación interdisciplinar.
- King et al. observaron un incremento de la distancia recorrida por los pacientes y del porcentaje de personas movilizadas por enfermería tras implantar un programa multicomponente liderado por profesionales enfermeros.

APLICACIÓN DE LA MIEL DE MANUKA EN HERIDAS CRÓNICAS

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas continúan siendo un desafío complejo para los profesionales sanitarios. La miel de ha sido utilizada desde la antigüedad como agente tópico para el tratamiento de heridas. La miel de manuka de grado médico surge como una terapia avanzada frente a heridas crónicas gracias a sus propiedades bioactivas.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad clínica de la miel de manuka.

Analizar el impacto de su uso para la reducción del dolor y control del biofilm.

PALABRAS CLAVE

Miel de manuka, herida crónica, beneficios miel, cicatrización heridas.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la literatura científica en PubMed, Cochrane Library, Google académico, Dialnet.

Criterios: (2021-2026) artículos sobre los beneficios de la miel de manuka en la cicatrización de heridas crónicas.



Escanéame para ver la bibliografía

RESULTADOS

La miel de manuka debido a su mecanismo de acción multifactorial es un gran agente antibacteriano y posee actividad antiinflamatoria y antioxidante lo que la hace beneficiosa a la hora de reducir el dolor, el edema y la carga bacteriana conllevando así a mejorar el confort del paciente.

Parametro Clinico	Evidencia Científica Reportada
Carga Bacteriana	Cese del exudado purulento en la primera semana. Alta efectividad disolviendo biopelículas bacterianas resistentes.
Cicatrización	Rápida transición a la fase proliferativa. Reducción significativa del tamaño y profundidad media de la lesión a las 4 semanas.
Manejo del Dolor	Reducción notable al disminuir el edema local y evitar traumas tisulares durante los cambios de apósito.
Efectos Adversos	Mínimos y de carácter leve. Escazor transitorio inicial debido a la alta osmolaridad que remite en pocos minutos.

CONCLUSIÓN

La aplicación de la miel de manuka de grado médico es un recurso terapéutico altamente eficaz para reactivar el proceso de cicatrización en heridas crónicas estancadas.

Su capacidad antibacteriana y desbridante minimiza el uso de antimicrobianos clásicos.

Favorece la regeneración tisular al estimular la proliferación de fibroblastos, así como la síntesis de colágeno.

Su mecanismo de acción incluye la creación de un entorno húmedo, la creación sostenida de peróxido de hidrógeno, la capacidad de desbridamiento autolítico y la inhibición del crecimiento bacteriano incluso frente a cepas multirresistentes.

¿SE QUEDAN SOLOS ANTE EL SUFRIMIENTO?

SALUD MENTAL Y ACOMPAÑAMIENTO ENFERMERO EN PERSONAS MAYORES CON SOLEDAD NO DESEADA

Resumen

Este estudio analiza el impacto de la soledad no deseada en la salud mental de las personas mayores. Se examinan intervenciones enfermeras para fomentar el bienestar emocional, reducir el aislamiento y proporcionar un acompañamiento compasivo, crucial para una vejez saludable y conectada.

Esta revisión sistemática analiza el grado de comprensión del alta en población geriátrica, sus principales barreras y la efectividad de las intervenciones educativas enfermeras, con especial énfasis en la técnica **teach-back** y los materiales informativos adaptados para garantizar una transición asistencial segura a domicilio.

Antecedentes y Objetivos

ANTECEDENTES

Las personas mayores enfrentan barreras severas: deterioro cognitivo, déficit sensorial, baja alfabetización sanitaria, polimedicación y alta complejidad del alta.



Prevalencia de depresión | Aislamiento percibido | Falta de apoyo social

CLAVE

- Escucha activa
- Visitas domiciliarias
- Grupos de apoyo

OBJETIVOS

Objetivo General:
Identificar intervenciones enfermeras efectivas para combatir la soledad no deseada y sus efectos en la salud mental de los mayores.

Objetivos Específicos:

- Evaluar el efecto de programas de acompañamiento en los niveles de bienestar.
- Determinar las barreras y facilitadores para el acceso a servicios de salud mental.

Método

Estructura: Revisión sistemática de la literatura siguiendo la declaración PRISMA 2020.

Búsqueda Documental: PubMed/MEDLINE, CINAHL, **Scopus, Web of Science** y Cochrane Library.

Período: 2016-2023.

PICO	P	I	C	O
Objetivo	Personas mayores	Acompañamiento enfermero en grupos de apoyo	Cuidados habituales / intervención	Salud mental, bienestar, conexión social
Método	Sistemática	Revisión de intervenciones	Estándar (atención)	Resultados de bienestar mental

Resumen de las Intervenciones Revisadas

- **Mejora de la compresión del alta en urgencias:** Mayor retención en los casos, cambios en el tratamiento y manejo habitual del paciente.
- **Efectividad del Teach-Back:** Su aplicación enfermera reduce exponencialmente los reingresos evitables.

Resultados

- **Reducción de ansiedad:** El acompañamiento continuo reduce significativamente los síntomas de ansiedad y depresión (reducción del 41 %).
- **Bienestar emocional:** La participación en grupos de apoyo mejora la percepción de bienestar y reduce el aislamiento, si se reduce los ingresos evitables.
- **Conexión social:** Las visitas domiciliarias son cruciales para fomentar la reconexión con la comunidad y el sistema de salud.

Conclusiones

- El acompañamiento enfermero es vital para la salud mental de mayores con soledad, previniendo el deterioro emocional.
- Las intervenciones de escucha activa y apoyo social demuestran ser efectivas en la mejora del bienestar.
- Es esencial integrar la valoración de la soledad en la práctica enfermera para una atención integral.

Bibliografía

García, R. & López, M. (2022). Soledad no deseada y salud mental en personas mayores: El papel de enfermería. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57(2), 112-119.

Martínez, J. L. et al. (2021). Impacto de los programas de acompañamiento en la soledad de ancianos: Una revisión sistemática. *Geriokomos*, 32(4), 211-218.

Smith, K. A., et al. (2020). Efectividad de la técnica Teach-Back en la comprensión de pautas en geriatría. *Investigación y Educación en Enfermería*, *38*(1), 1-12.



Promoción de la Lactancia Materna

Un inicio saludable, un futuro mejor

Resumen

La lactancia materna es la forma óptima de alimentar y nutrir al recién nacido, aportando beneficios para su salud física, emocional y cognitiva, y fortaleciendo el vínculo madre-hijo.

Promover la lactancia materna es una estrategia clave de salud pública que contribuye a reducir la mortalidad infantil, prevenir enfermedades y favorecer el desarrollo integral del bebé.

Antecedentes y Objetivos

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuarla hasta los 2 años o más.



Más del 90%

de los niños del mundo reciben lactancia materna en algún momento.

Objetivos

Objetivo General:

Promover la lactancia materna como una práctica esencial para la salud y el bienestar.

Objetivos Específicos:

- Informar sobre sus beneficios.
- Eliminar mitos y falsas creencias.
- Fomentar su práctica exclusiva durante los primeros 6 meses.

Método



Estrategia: Revisión bibliográfica y difusión de información basada en guías de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
Población: Madres, familias y comunidad en general.
Periodo: 2016-2024.

Aspecto	Descripción
Enfoque	Educativo y preventivo
Fuentes	OMS, OPS, Ministerios de Salud
Estrategias	Charlas, materiales informativos y acompañamiento profesional

Resultados

- Mayor conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna.
- Aumento en la práctica de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses.
- Reducción del riesgo de infecciones, malnutrición y enfermedades crónicas.
- Fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo.



Resumen de las Intervenciones Revisadas

- Educación prenatal y posnatal sobre lactancia materna.
- Acompañamiento de profesionales de salud.
- Apoyo familiar y comunitario.
- Espacios adecuados para la lactancia en centros de trabajo y espacios públicos.



Conclusiones

- **La lactancia materna** es una práctica fundamental para la salud de la madre y el bebé.
- Su promoción requiere educación, apoyo familiar y políticas públicas que favorezcan su práctica.
- Invertir en lactancia materna es invertir en bienestar y en un futuro más saludable.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Lactancia materna: datos y cifras. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breastfeeding
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). Diez pasos para una lactancia materna exitosa.
- Ministerio de Salud. (2022). Guía para la promoción de la lactancia materna en el Perú.

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ABLACIÓN PERCUTÁNEA RENAL POR RADIOFRECUENCIA

INTRODUCCIÓN

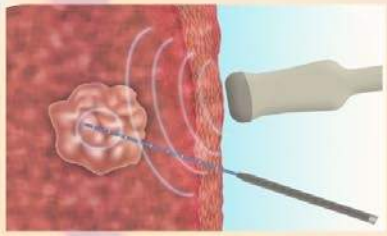
Las técnicas percutáneas de ablación térmica permiten tratar determinadas lesiones renales mediante una sonda ecográfica y una aguja térmica. La radiofrecuencia genera calor local para producir necrosis coagulativa. La atención enfermera acompaña todo el proceso: preparación segura, monitorización, control sintomático y educación al alta.

MÉTODO

Revisión bibliográfica.
Fuentes: PubMed, Google Scholar, guías clínicas.
Criterios: publicaciones sobre tumores renales y ablación renal.

OBJETIVO

Sintetizar la evidencia disponible sobre los cuidados enfermeros y la información que debe recibir el paciente antes y después de la ablación renal por radiofrecuencia.



PALABRAS CLAVE

Neoplasia renal, radiofrecuencia, ablación renal, cuidados de enfermería.



RESULTADOS

PREPROCEDIMIENTO
Valoración integral, preparación, conciliación farmacológica y educación previa.

INTRAPROCEDIMIENTO
Monitorización, seguridad, control del dolor y apoyo emocional.

POSTPROCEDIMIENTO
Vigilancia hemodinámica, control del sangrado, dolor y eliminación urinaria.

ALTA Y SEGUIMIENTO
Educación sanitaria, autocuidados, signos de alarma y continuidad asistencial.

CONCLUSIONES

Podemos describir la ablación renal como un procedimiento mínimamente invasivo, pero no exento de complicaciones.
La vigilancia se orienta especialmente en detectar de forma precoz hemorragia, infección, dolor no controlado y alteraciones urinarias.
La educación sanitaria favorece que el paciente reconozca signos de alarma y siga el plan de recuperación.
Un plan enfermero estandarizado, individualizado desde la preparación hasta el seguimiento puede mejorar la seguridad, la detección precoz de complicaciones y la autonomía del paciente.
Se recomienda utilizar listas de verificación, educación escrita comprensible y coordinación del seguimiento.

BILIOGRAFÍA

1. European Association of Urology. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma. Arnhem: EAU Guidelines Office; edición vigente. Disponible en: https://uroweb.org/guidelines/renal-cell-carcinoma
2. Ginat DT, Saad WE, et al. Percutaneous renal tumor ablation: principles, techniques and outcomes.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Percutaneous radiofrequency ablation of renal cancer. Interventional procedures guidance.

Manejo del Dolor Agudo y Crónico

Aliviar el dolor, mejora la calidad de vida

Resumen

El dolor es una experiencia sensorial y emocional que puede ser agudo, de aparición repentina y corta duración, o crónico, persistente por más de 3 meses.

Un manejo adecuado permite aliviar el malestar, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.



Antecedentes y Objetivos

Antecedentes

El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el mundo y puede afectar la salud física, emocional y social.



Objetivos

Objetivo General:
Conocer y aplicar estrategias efectivas para el manejo del dolor agudo y crónico.

Objetivos Específicos:

- Diferenciar sus características.
- Utilizar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

Método



Enfoque: Revisión bibliográfica y guía de práctica clínica.
Fuentes: OMS, IASP, guías clínicas y artículos científicos.
Periodo: 2016-2024.

	Dolor Agudo	Dolor Crónico
Duración	Menos de 3 meses	Más de 3 meses
Causa común	Lesión, cirugía, enfermedad	Enfermedad crónica, lesiones persistentes
Objetivo	Aliviar y tratar la causa	Reducir el dolor y mejorar la función

Resultados

- El manejo adecuado del **dolor reduce** el sufrimiento, previene la cronificación y **mejora la calidad de vida.**
- En el **dolor agudo,** el tratamiento oportuno (disminuye el dolor y acelera la recuperación.
- En el **dolor crónico,** se requiere un enfoque multidisciplinario: combinación de medicación, terapias físicas y apoyo psicológico.



Manejo y Estrategias

Dolor Agudo

- Tratar la causa (lesión, cirugía).
- Usar analgésicos (AINEs, paracetamol, opioides si es necesario).
- Aplicar medidas físicas: hielo o calor.

Dolor Crónico

- Enfoque multimodal: fármacos, fisioterapia, terapia cognitivo-conductual.
- Técnicas complementarias: relajación, ejercicio, acupuntura.
- Apoyo emocional y educación del paciente.

Conclusiones

- El manejo del dolor, tanto agudo como crónico, debe ser individualizado y basado en evidencia científica.
- Una atención integral (física, emocional y social) es clave para reducir el dolor y mejorar la calidad de vida.
- El personal de salud, especialmente enfermería, desempeña un papel fundamental en la evaluación, el tratamiento y la educación del paciente.



Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Directrices sobre el manejo del dolor.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2020). Dolor: clasificación y manejo.
- Guía de Práctica Clínica: Manejo del Dolor Crónico. (2019). Ministerio de Salud.



El "Duelo Invisible" tras la Jubilación

Cuándo dejar de trabajar también duele

Resumen

La jubilación suele ser vista como una etapa de descanso y bienestar; sin embargo, para muchas personas también representa una pérdida significativa: la del trabajo, la rutina, el rol social y el sentido de utilidad. Este "duelo invisible" puede afectar la salud mental, emocional y física si no se reconoce ni se acompaña adecuadamente.

Antecedentes y Objetivos

Antecedentes

La jubilación puede generar sentimientos de pérdida similares a un duelo: tristeza, ansiedad y vacío, especialmente en quienes han dedicado gran parte de su vida al trabajo.



Objetivos

Objetivo General:
Comprender el "duelo invisible" tras la jubilación y sus efectos en la salud.

Objetivos Específicos:

- Identificar las principales emociones asociadas.
- Reconocer los factores de riesgo.
- Proponer estrategias de adaptación.

Método



Enfoque: Revisión bibliográfica y reflexión desde la psicología y la gerontología.

Fuentes: OMS, OPS, artículos científicos y guías de salud mental.

Periodo: 2018-2024.

¿Qué es y cómo se manifiesta?

Es un proceso emocional relacionado con la pérdida del trabajo y de la identidad laboral. Puede manifestarse como:

- Tristeza o vacío.
- Ansiedad o irritabilidad.
- Pérdida de motivación.
- Problemas de sueño.
- Cambios en la autoestima.



Resultados



- Muchas personas experimentan un duelo tras la jubilación, especialmente si su trabajo era una parte central de su vida.
- Este proceso puede durar meses o incluso años y afectar la calidad de vida.
- El apoyo familiar, social y la participación en actividades significativas ayudan a superarlo.

Manejo y Estrategias



- Reconocer y validar las emociones.
- Mantener una rutina activa y con propósito (hobbies, voluntariado).
- Mantener el contacto social.
- Practicar técnicas de relajación y autocuidado.
- Buscar apoyo profesional si es necesario.

Conclusiones

El "duelo invisible" tras la jubilación es real y merece atención. Reconocerlo, hablar sobre él y adoptar estrategias de afrontamiento permite una transición saludable, disfrutando de esta nueva etapa con bienestar y sentido de vida.



Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Salud mental y envejecimiento.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). El bienestar en la vejez.
- Bermejo, J. C. (2020). Duelo y jubilación: una transición vital.

Nutrición Sostenible y Disfagia

Alimentación segura, saludable y responsable

Resumen

La nutrición sostenible y la disfagia pueden ir de la mano: se trata de proporcionar una alimentación segura y adecuada para personas con dificultades para tragar, utilizando alimentos que cuiden la salud del paciente y del planeta.

Una dieta equilibrada, de texturas apropiadas y con bajo impacto ambiental, mejora la calidad de vida y contribuye a un futuro más saludable.



¿Qué es la Nutrición Sostenible?

Es una forma de alimentarse que satisface las necesidades nutricionales actuales sin comprometer los recursos de las futuras generaciones.



Implica:

- Elegir alimentos locales y de temporada.
- Reducir el desperdicio de alimentos.
- Optar por opciones de bajo impacto ambiental.

¿Qué es la Disfagia?

Es la dificultad para tragar alimentos, líquidos o ambos, que puede deberse a diversas causas (edad, enfermedades neurológicas, etc.).



Puede causar:

- Desnutrición y deshidratación.
- Riesgo de atragantamiento.
- Menor calidad de vida.

Importancia

Combinar una nutrición sostenible con el manejo adecuado de la **disfagia es clave para:**

- Prevenir la malnutrición y deshidratación.
- Reducir el desperdicio de alimentos.
- Cuidar la salud del paciente y del medio ambiente.



Una alimentación consciente cuida a las personas y al planeta.

Estrategias

Adaptar la textura



Ofrecer alimentos de textura segura (purés, picados suaves, etc.).

Elegir alimentos sostenibles



Priorizar productos locales, de temporada y de origen vegetal.

Evitar el desperdicio



Planificar porciones y aprovechar alimentos.

Mantener una hidratación adecuada



Ofrecer líquidos con la consistencia indicada.

Beneficios

Para el Paciente	Para el Planeta	Para la Sociedad
Previene la malnutrición.	Reduce el impacto ambiental.	Promueve hábitos saludables.
Mejora la salud y el bienestar.	Disminuye el desperdicio de alimentos.	Fomenta la responsabilidad ambiental.
Aumenta la calidad de vida.	Conserva recursos naturales.	

Conclusiones

- La nutrición sostenible y el manejo de la disfagia son un enfoque integral que beneficia tanto a la persona como al planeta.
- Con estrategias adecuadas, se puede lograr una alimentación segura, equilibrada y respetuosa con el medio ambiente.
- Pequeñas decisiones en la alimentación generan grandes cambios en la salud y en el entorno.



Bibliografía

- Academia Española de Nutrición y Dietética. (2021). Nutrición sostenible: guía práctica.
- European Society for Swallowing Disorders (ESDS). (2021). Disfagia: diagnóstico y manejo.
- FAO. (2019). Alimentación sostenible: opciones para un futuro mejor.

ESTRATEGIAS DE MEJORA DEL SUEÑO

Descansar bien, envejecer mejor

Zamora, 26, 27 y 28 de noviembre de 2026

RESUMEN

El sueño es un componente importante del envejecimiento saludable y se relaciona con el bienestar físico, psicológico y funcional. Esta revisión analizará la evidencia sobre intervenciones no farmacológicas para mejorar el sueño en personas de 65 años o más. La evidencia disponible sugiere que estas intervenciones pueden contribuir a mejorar el descanso, aunque sus resultados varían según la estrategia, las características individuales y el contexto de aplicación. Se destaca la importancia de desarrollar programas accesibles y personalizados que favorezcan la salud y el envejecimiento activo.

ANTECEDENTES

Con la edad pueden producirse cambios en los ritmos circadianos y en los patrones del sueño. Sin embargo, las dificultades para dormir no deben considerarse inevitables. Identificar estrategias eficaces y accesibles puede contribuir al bienestar, la autonomía y la calidad de vida.

AUTORAS

Virginia Santos Sastre, María Garretas Franco, Jezabel Pérez Reguilón, Eva Gloria Antón Faramín y Ana Fernández Prieto.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y Cochrane Library. (2015-2026) en español e inglés.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre intervenciones no farmacológicas para mejorar el sueño en personas de 65 años o más.

Objetivos específicos

- Identificar las principales estrategias estudiadas.
- Describir sus efectos sobre la calidad del sueño y el insomnio.
- Examinar limitaciones y posibilidades de aplicación en el envejecimiento saludable.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, calidad del sueño, insomnio, envejecimiento saludable, intervenciones no farmacológicas.

RESULTADOS

- **Terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I):** tratamiento psicológico con respaldo clínico para el insomnio crónico.
- **Actividad física**: caminar y programas adaptados; los efectos pueden variar según modalidad y población.
- **Higiene del sueño**: regularidad horaria, ambiente adecuado y revisión de hábitos; suele ser complementaria, no un tratamiento único del insomnio crónico.
- **Mindfulness y relajación**: pueden ayudar a reducir la activación antes de dormir.
- **Música, luz y otras intervenciones mente-cuerpo**: evidencia variable que requiere valoración crítica.

CONCLUSIONES

- Las intervenciones no farmacológicas son relevantes para promover el descanso y el envejecimiento saludable.
- La TCC-I destaca para el insomnio crónico; el ejercicio y otras estrategias pueden ser complementarios.
- La elección debe considerar las necesidades y características individuales.
- Se necesitan más estudios de calidad con resultados específicos en personas de 65 años o más.

Efectividad de las intervenciones enfermeras no farmacológicas para reducir la agitación en pacientes críticos

de la Fuente Ruiz, Alejandro; Bódalo Lozano, José; Granados Quintanar, Carlos; García Mostaza, Miguel; Braña García, Laura; Alonso Gutiérrez, María



1. Resumen

La agitación en pacientes ingresados en UCI constituye un problema relevante para la seguridad y el bienestar del paciente. Las intervenciones enfermeras no farmacológicas, como la **reorientación**, la modificación ambiental, la musicoterapia, la movilización y la participación familiar, pueden contribuir a reducirla.

2. Palabras clave

Agitación psicomotora; cuidados críticos; intervenciones no farmacológicas; cuidados de enfermería; unidad de cuidados intensivos; seguridad del paciente.

3. Antecedentes

La agitación en UCI puede comprometer la seguridad del paciente, dificultar los cuidados y favorecer la retirada accidental de dispositivos invasivos. Su aparición puede relacionarse con dolor, ansiedad, delirium, alteraciones del sueño y factores ambientales.

Las intervenciones enfermeras no farmacológicas representan una estrategia de abordaje centrada en el paciente.

4. Objetivos

Objetivo general

- ✔ Analizar la efectividad de las intervenciones enfermeras no farmacológicas para prevenir y reducir la agitación en pacientes adultos ingresados en UCI.

Objetivos específicos

- ✔ Identificar las principales intervenciones no farmacológicas.
- ✔ Examinar su efecto sobre los niveles de agitación.
- ✔ Identificar qué estrategias presentan mayor respaldo.

5. Método

Búsqueda bibliográfica en PubMed, priorizando revisiones sistemáticas, sisteanáticas, metaanálisis, clinicos y guías.

Población	+	Intervención	+	Resultados	+	Tipo de estudios
Pacientes adultos en UCI		Estrategias enfermeras no farmacológicas		Reducción de la agitación y mayor seguridad		Revisiones, metaanálisis y ensayos clínicos

6. Resultados

1. Intervenciones multicomponente

Reducción significativa de la agitación (escala RASS) frente a cuidados habituales.

⬇ Mayor certeza: baja

2. Participación familiar y estrategias ambinentales

Estrategias más favorables para reducir la incidencia de delirium.

⬇ Apoyo indirecto en la agitación

3. Intervenciones enfermeras combinadas

Menor incidencia de delirium (HR = 0,40; IC 95 %: 0,17-0,95).

⬇ Evidencia positiva

4. Recomendaciones para la práctica

Reorientación, control ambiental, promoción del sueño, movilización y participación familiar.

⬇ Guía clínica reciente

7. Conclusiones

- ✔ Las intervenciones enfermeras no farmacológicas, especialmente las multicomponente, muestran potencial para reducir la agitación en pacientes críticos.
- ✔ La reorientación, el control ambiental, la promoción del sueño, la movilización y la participación familiar son estrategias relevantes.
- ✔ La evidencia especifica sobre agitación sigue siendo limitada y presenta baja certeza, por lo que se necesitan ensayos de mayor calidad.
- ✔ La aplicación individualizada puede mejorar la seguridad y el bienestar del paciente.

Cuidados enfermeros, mayor seguridad

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS

PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PERSONAS MAYORES

PÓSTER
REVISIÓN
DE EVIDENCIA

Autores: *Mario Conde Jorge, Seila Patricia Gonzalez Quintano, Covadonga Pérez Gutiérrez, Rosa Eva Casado Macias, José Antonio Montes López, María Antonia Codesal Pardal, Laura Blanco Aparicio*

RESUMEN

Esta síntesis narrativa reúne evidencia de revisiones sistemáticas recientes sobre estrategias no farmacológicas para mejorar el sueño en personas mayores. Los estudios analizados señalan beneficios potenciales del ejercicio adaptado y de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I), junto con otras opciones como la relajación y la música. La elección debe individualizarse según las necesidades y la situación clínica de cada persona.

CONTEXTO Y OBJETIVO

Los problemas de sueño son frecuentes en la edad avanzada y afectan al bienestar y la calidad de vida.

OBJETIVO

Sintetizar evidencia reciente sobre intervenciones no farmacológicas para el sueño.

METODOLOGÍA

Síntesis narrativa de tres revisiones sistemáticas con metaanálisis (2025–2026) en adultos de 50 años o más.

Intervenciones

Ejercicio, TCC-I, relajación y música.

RESULTADOS PRINCIPALES

132 **ensayos aleatorizados**
10.872 participantes

EJERCICIO

62 ensayos (5.005 personas): mejor calidad del sueño; el entrenamiento combinado aeróbico y de fuerza obtuvo los mejores resultados.

TCC-I

34 ensayos (3.078 personas): la TCC-I, sola o con estrategias de ánimo positivo, mostró mayor efecto.

OTRAS OPCIONES

Música, relajación y ejercicio adaptado también ayudaron en ciertos grupos.

APLICACIÓN PRÁCTICA

- Actividad física regular y adaptada.
- TCC-I ante insomnio persistente.
- Rutinas, relajación y entorno de descanso adecuado.
- Individualizar y valorar causas médicas.

CONCLUSIONES

Las estrategias no farmacológicas merecen incorporarse al cuidado de las personas mayores.

Ejercicio combinado y TCC-I son prometedores; certeza limitada en algunas comparaciones.

REFERENCIAS SELECCIONADAS

1. Wang J, et al. Arch Public Health. 2026;84:117.
2. Song J, et al. BMC Med. 2026;24:192.
3. Xiong Z, et al. BMC Geriatr. 2025;25:1031.

PALABRAS CLAVE: personas mayores ; calidad del sueño ; ejercicio ; TCC-I ; intervenciones no farmacológicas

EFECTIVIDAD DE LA REALIDAD VIRTUAL NO INMERSIVA MEDIANTE LA PLATAFORMA WII EN LA REHABILITACIÓN NEUROMOTORA POST-ACV: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez;Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez ; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso

RESUMEN

El **accidente cerebrovascular (ACV)** induce déficits severos en el control postural y la marcha. La **realidad virtual no inmersiva (RVNI),** implementada mediante sistemas comerciales como la plataforma Wii, surge como un coadyuvante tecnológico innovador en el ámbito de la neurorrehabilitación. El objetivo de la presente revisión fue determinar la efectividad de la plataforma Wii combinada con **fisioterapia convencional** sobre el equilibrio, la funcionalidad global y la simetría de carga en pacientes post-ACV. Para ello, se realizó una **revisión sistemática** de ensayos clínicos aleatorizados publicados entre **2016 y 2026** en las bases de datos **PubMed, PEDro y Cochrane Library**, evaluando su calidad metodológica mediante la **escala PEDro**. Se seleccionaron un total de **10 artículos** que obtuvieron una puntuación metodológica **igual o superior a 6**. Las intervenciones basadas en los sistemas **Wii Fit y Wii Balance** Board demostraron mejoras estadísticamente significativas **($p < 0.05$)** en el equilibrio dinámico y en la estabilización del centro de presiones. Asimismo, el entorno gamificado incrementó sustancialmente la adherencia al tratamiento de los pacientes. En conclusión, la plataforma Wii constituye una herramienta complementaria **eficaz, accesible y segura** que potencia los mecanismos de **neuroplasticidad** y optimiza el **control postural** en las fases subaguda y crónica del accidente cerebrovascular.

PALABRAS CLAVE

Accidente Cerebrovascular; Realidad Virtual; Equilibrio Postural; Modalidades de Fisioterapia; Neurorrehabilitación.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El accidente cerebrovascular genera alteraciones sensorio-motoras complejas que comprometen la **integración de las aferencias sensoriales** y la adecuada respuesta eferente. Como consecuencia directa, los pacientes experimentan una **pérdida del control postural,** asimetrías marcadas en la **transferencia de cargas corporales** y una limitación severa en su autonomía funcional. Para inducir mecanismos de **neuroplasticidad** y promover un **aprendizaje motor óptimo**, la evidencia científica actual estipula que los protocolos de intervención deben basarse en una **práctica neuromuscular de alta intensidad, repetitiva, orientada a objetivos específicos** y con un alto componente motivacional. En este escenario, la realidad virtual no inmersiva a través de la plataforma Wii ofrece ventajas clínicas determinantes. Al proporcionar un **feedback visual y propioceptivo inmediato en tiempo real**, estimula los sistemas aferentes y la activación del **sistema de neuronas espejo,** logrando además disminuir la percepción del esfuerzo físico mediante la inmersión lúdica. Por todo ello, el objetivo principal de este trabajo es evaluar el impacto clínico y la eficacia de la terapia asistida por la plataforma Wii en la **reeducación del equilibrio dinámico, la reducción del riesgo de caídas** y la ganancia de **funcionalidad global** en pacientes con secuelas estables de ACV.

METODOLOGIA

Se diseñó una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo rigurosamente las directrices metodológicas de la **declaración PRISMA** para garantizar la reproducibilidad y el rigor metodológico. La estrategia de búsqueda se llevó a cabo utilizando descriptores estandarizados **MeSH y DeCS** combinados con operadores booleanos mediante la ecuación: (Stroke OR Cerebrovascular Accident) AND (Virtual Reality OR Wii) AND (Physical Therapy OR Rehabilitation). Los criterios de inclusión se restringieron a **ensayos clínicos aleatorizados (ECA)** desarrollados en cohortes de pacientes con secuelas neurológicas derivadas de un ACV, ya fuera de origen **isquémico o hemorrágico.** Se seleccionaron específicamente aquellos protocolos clínicos que contrastaran de forma directa la aplicación de fisioterapia convencional aislada frente a **intervenciones combinadas** que integraran el uso terapéutico de la plataforma Wii. A nivel instrumental, se priorizaron los estudios que emplearan variables de resultado objetivadas mediante escalas validadas y de alta sensibilidad clínica, tales como la **Escala de Equilibrio de Berg, el test Timed Up and Go y el Índice de Barthel** para la independencia funcional.

RESULTADOS

Los hallazgos clínicos de los estudios analizados revelan que los **protocolos de carácter mixto,** que combinaban la fisioterapia tradicional con sesiones de **30 minutos de Wii-terapia** con una frecuencia de **tres a cinco veces por semana**, obtuvieron incrementos significativos en las puntuaciones de la **Escala de Berg** y reducciones críticas en los tiempos de ejecución del **Timed Up and Go,** superando de forma estadísticamente significativa a los grupos de control. En lo relativo al análisis estabilométrico, el entrenamiento centrado en el dispositivo **Wii Balance Board** forzó de manera activa la **transferencia de carga hacia el hemicuerpo parético,** lo que se tradujo en una disminución medible de la **oscilación del centro de presiones** y en una mejora de la **simetría estática y dinámica**. Los resultados también constatan un fenómeno de **transferibilidad funcional,** demostrando una correlación positiva entre las ganancias motrices adquiridas en los entornos virtuales y el desempeño seguro y eficiente de las **actividades de la vida diaria (AVD)** en el entorno real del paciente. Por último, cabe destacar que los índices de **adherencia terapéutica** fueron excepcionalmente elevados, registrándose una **tasa nula de abandonos** debido a la intervención, lo que sugiere que la **gamificación** incrementa la motivación intrínseca y estimula el **compromiso motor** del usuario a lo largo de todo el proceso rehabilitador.

CONCLUSIONES

La evidencia científica actual permite concluir que la plataforma Wii no debe concebirse como un sustituto de la fisioterapia convencional, sino como un **agente sinérgico de gran valor** que maximiza el **tiempo de práctica neuromuscular activa** y enriquece el entorno clínico a través del **feedback multisensorial.** Desde una perspectiva pragmática, se ratifica como un recurso tecnológico de **bajo costo, seguro y de fácil implementación logística** que optimiza los resultados clínicos estándar. Su versatilidad la consolida no solo como una herramienta viable para el ámbito clínico u hospitalario, sino también como una opción preferente para el desarrollo de programas de **tele-rehabilitación domiciliaria**, favoreciendo el **mantenimiento funcional** y la **neuroplasticidad a largo plazo** en pacientes crónicos.





IMPORTANCIA DEL EJERCICIO DE FUERZA EN LA MENOPAUSIA

IMPACTO SOBRE LA SALUD MUSCULAR, ÓSEA Y METABÓLICA.

RESUMEN | Durante la menopausia se produce una disminución progresiva de masa y calidad muscular asociada al envejecimiento. Reducción de fuerza y potencia. Aumenta la vulnerabilidad de sarcopenia y con ello mayor riesgo de osteoporosis. Se produce a nivel del sistema metabólico una redistribución y aumento del tejido adiposo sobre todo hacia la zona abdominal. Por ello es importante el fortalecimiento de los principales grupos musculares para mejorar la capacidad funcional y la movilidad.

INTRODUCCIÓN

Etapa clave para la salud musculo-esquelética y cardiometabólica.
El descenso de los estrógenos se asocia con pérdida de masa muscular, aumento de grasa abdominal y mayor riesgo de osteoporosis y enfermedad cardiovascular.
El entrenamiento de fuerza es una intervención eficaz para contrarrestar estos efectos y promover un envejecimiento saludable.

OBJETIVOS

- Analizar los efectos del entrenamiento de fuerza.
- Identificar beneficios sobre la fuerza muscular.
- Examinar efectos en la densidad ósea.

PALABRAS CLAVE

Ejercicios de fuerza, menopausia, entrenamiento de fuerza.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de la literatura científica en PubMed, Cochrane Library, google académico.
Criterios: mujeres menopáusicas o posmenopáusicas.







RESULTADOS

- Mejora la fuerza y función.
- Preserva la masa muscular.
- Puede mantener o mejorar la densidad ósea.
- Reduce el riesgo de fracturas.
- Preserva la masa magra.
- Puede reducir grasa abdominal.
- Mejora el gasto energético.
- Mejora el perfil lipídico.
- Reduce factores de riesgo.

CONCLUSIONES

El entrenamiento de fuerza es una estrategia eficaz y segura en la menopausia. Sus beneficios abarcan la salud muscular, ósea y metabólica, aunque la magnitud del efecto depende de la duración, del tipo de ejercicio y las características individuales.
Mejora la fuerza y preserva la masa muscular.
Favorece la salud ósea y metabólica.
Contribuye a la autonomía y calidad de vida.

DOSIFICACIÓN ORIENTATIVA

EJEMPLO ACTIVIDAD

2–3	1–3	8–12
Días/semana	Series	Repeticiones

Duración	45–60 minutos
Progresión	Gradual, según adaptación
Modalidad	Pesos, bandas, ejercicios funcionales

REFERENCIAS

1. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity. 2020.
2. González-Gálvez N et al. Climacteric. 2024;27(3):296–304.
3. Zhao F et al. J Orthop Surg Res. 2025;20:S23.
4. Whitman PW et al. Bone. 2025;201:117660.
5. Zhang et al. Eur J Obstet Gynecol. 2023;288:18–28.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO

Avances en medicina preventiva y recomendaciones aplicables a la práctica clínica

RESUMEN

El sueño insuficiente o de mala calidad se asocia a fatiga, deterioro funcional, riesgo cardiometabólico y peor calidad de vida. Este trabajo sintetiza estrategias de medicina preventiva orientadas a mejorar la calidad del sueño mediante intervenciones no farmacológicas, educación sanitaria y revisión individualizada de factores de riesgo.

ANTECEDENTES

Los trastornos del sueño son frecuentes en población adulta y en personas mayores. La exposición nocturna a pantallas, la irregularidad de horarios, el sedentarismo, el estrés y determinadas comorbilidades favorecen el insomnio y la fragmentación del sueño. La prevención resulta clave para reducir complicaciones y mejorar el bienestar global.

OBJETIVOS

Identificar las estrategias preventivas más útiles para mejorar la calidad del sueño y resumir sus aplicaciones clínicas, beneficios potenciales y consideraciones prácticas.

MÉTODO

Revisión narrativa de literatura reciente, guías clínicas y revisiones sobre sueño e intervenciones preventivas. Se seleccionaron recomendaciones relacionadas con higiene del sueño, terapia cognitivo-conductual para insomnio, actividad física, control ambiental, exposición a luz y revisión de hábitos o tratamientos que puedan alterar el descanso.

RESULTADOS



Higiene del sueño: mantener horarios regulares, evitar cenas copiosas y limitar cafeína o alcohol favorece un descanso más estable.

Luz y ritmo circadiano: la exposición a luz natural durante el día y la reducción de luz azul por la noche mejoran la sincronización del sueño.

Actividad física y relajación: el ejercicio regular y técnicas como respiración o *mindfulness* pueden reducir latencia de sueño y despertares.

Terapia cognitivo-conductual: es una de las intervenciones no farmacológicas con mejores resultados en insomnio persistente.

Entorno y revisión clínica: disminuir ruido, optimizar temperatura y revisar medicación o comorbilidades ayuda a personalizar la prevención.

La combinación de medidas conductuales, ambientales y educativas ofrece mejores resultados que las intervenciones aisladas.

CONCLUSIONES

La mejora de la calidad del sueño debe abordarse desde una perspectiva preventiva, individualizada y multimodal. Las intervenciones no farmacológicas constituyen la base del manejo inicial y pueden complementar la atención clínica habitual. Promover hábitos saludables de sueño puede contribuir a prevenir complicaciones, favorecer el funcionamiento diario y mejorar la calidad de vida.



AUTORES Braña García, Laura; Alonso Gutiérrez, María; de la Fuente Ruiz, Alejandro; Bódalo Lozano, José; Granados Quintanar, Carlos; García Mostaza, Miguel

PALABRAS CLAVE Sueño · Medicina preventiva · Higiene del sueño · Insomnio · Calidad de vida

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

PALABRAS CLAVE: Alimentación | Personas mayores | Nutrición | Dieta equilibrada | Calidad de vida | Autonomía | Envejecimiento

RESUMEN

La alimentación desempeña un papel fundamental en el proceso de envejecimiento, ya que influye directamente en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. A medida que envejecemos, nuestro organismo experimenta cambios físicos, metábólicos y fisiológicos que hacen necesario adaptar la alimentación a las nuevas necesidades del cuerpo.

Una alimentación equilibrada y saludable ayuda a mantener el buen funcionamiento del organismo, prevenir enfermedades y conservar la autonomía durante más tiempo.

ANTECEDENTES

Con el paso de los años, el organismo experimenta cambios:

-Disminuye la masa muscular y aumenta el riesgo de debilidad.

-Los huesos pierden densidad y resistencia.

-El metabolismo se vuelve más lento.

-Puede disminuir la sensación de sed y de hambre.

-La digestión se hace más lenta.

Por todo ello es importante mantener una dieta variada y adapada a las necesidades de cada persona.

OBJETIVOS

- Analizar la importancia de la alimentación en el proceso de envejecimiento.
- Identificar las necesidades nutricionales individuales de las personas mayores.
- Conocer los beneficios de una dieta equilibrada en esta etapa de la vida.
- Prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación y nutrición: cardiovasculares, metabólicas, nefrológicas, etc.
- Favorecer la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

MÉTODO

Revisión bibliográfica descriptiva de artículos científicos publicados en diferentes bases de datos internacionales como Scielo, PubMed, Google Scholar y Elsevier.

Dieta saludable



RESULTADOS

Según diversos estudios de investigación, una alimentación adecuada durante el envejecimiento aporta numerosos beneficios como:

-Previene de enfermedades como la diabetes tipo 2, H.T.A, obesidad y enfermedades cardiovasculares.

- Mantiene la masa muscular: el consumo adecuado de proteínas ayuda a prevenir la pérdida de músculo.
- Protege los huesos: el calcio y la vitamina D contribuye a mantener unos huesos fuertes.
- Mejora las defensas: las vitaminas y minerales ayudan al sistema inmunitario.
- Favorece la memoria y la función cognitiva.
- Mejora el tránsito intestinal: la fibra ayuda a prevenir el estreñimiento.
- Aporta energía y vitalidad: permite mantener una mayor actividad física y autonomía.
- Prevención de la desnutrición.

Los pilares fundamentales de la alimentación en las personas mayores son:

- Proteínas de alta calidad (pescado, huevos, carnes magras, legumbres y lácteos): 2 raciones/día.
- Frutas y verduras a diario: 5 raciones/día.
- Hidratos de carbono integrales: 6 raciones/día.
- Grasas saludables (aceite de oliva)
- Calcio y vitamina D (leche, queso y yogures).
- Hidratación constante (agua, infusiones, y caldos). Mínimo dos litros al día.

Las ingestas se fraccionan en 4 o 5 comidas al día y se adaptará la textura si es necesario, en caso de problemas dentales o disfagia. Además se reducirá el exceso de sal y de azúcares simples.

CONCLUSIONES

Aunque el envejecimiento es un proceso natural e inevitable, mantener una buena alimentación equilibrada puede ayudar a que se desarrolle de una manera más saludable, retrasando la aparición de algunas enfermedades y reduciendo sus complicaciones.

Es importante consumir alimentos variados, beber suficientes líquidos y adaptar la dieta a las necesidades de cada persona según su edad , estado de salud y actividad física.

También es fundamental evitar el consumo excesivo de sal, azúcar, grasas saturadas y alimentos ultraprocesados.

En conclusión, alimentarse correctamente no significa vivir más años, sino vivirlos con mayor salud, bienestar y autonomía.

Por ello, la educación nutricional y los buenos hábitos alimentarios son esenciales para conseguir un envejecimiento saludable.

SUNDOWNING O SÍNDROME DEL OCASO

AUTORES: María Ángeles Sánchez Juan; Anabel Lorenzo Gómez; María Encarnación Conde Prieto; Ana Manso Fernández; José Trastoy González; Saray Fer-nández; Teresa Álvarez Codesal; María del Carmen Vicente Sevillano; Tamara Crespo Cisneros; Verónica Jimeno Encinas; Lara Toribio Gómez; Ana Sola Montoro.

INTRODUCCIÓN

El sundowning o síndrome del ocaso se usa para describir un conjunto de síntomas como irritabilidad, ansiedad, desconfianza, desorientación en tiempo y espacio, deambulación constante, que aparecen por alteración del reloj biológico que altera el ritmo circadiano en personas con Alzheimer o demencias moderadas a graves al atardecer.



CONCLUSIONES

El síndrome del ocaso es una manifestación frecuente en la enfermedad de Alhzeimer y demencias que causan neurodegeneraciones en conjunción con déficits sensoriales y factores ambientales.
Identificarlo adecuadamente permite aplicar estrategias para tratar de mejorar la calidad de visa del paciente.
Es importante diferenciarlo de urgencias médicas y síndromes confusionales.
Es fundamental apoyar a los cuidadores y ofrecer estrategias de manejo.

PALABRAS CLAVE: **Síndrome, ocaso, demencia, agitación, desorientación.**

METODOLOGÍA: **SciELO, Pub Med, google académico.**

OBJETIVOS

Identificar la causa para ajustar el tratamiento.
Diferenciar de otros síndromes confusionales o urgencias médicas.
Ofrecer apoyo y estrategias de manejo a los cuidadores.

RESULTADOS

El síndrome del ocaso aparece entre un 2,4 y un 25% de pacientes con enfermedad de Alhzeimer.
Existe una serie de medidas para poder manejar los síntomas del síndrome del ocaso:

- **Exposición al sol durante el día.**
- **Musicoterapia.**
- **Limitar sueño diurno.**
- **Alimentación equilibrada y beber agua .**
- **Programar paseos y días activos.**
- **Programando actividades en grupo.**
- **Terapia ocupacional .**
- **Tratamientos cognitivos y conductuales.**
- **Medidas farmacológicas.**
- **Corregir la visión y la audición.**
- **Buena iluminación al atardecer y eliminación de ruido.**

EFICACIA DE DISPOSITIVOS Y NUEVAS HERRAMIENTAS PARA EVITAR LAS CAIDAS Y SUS CONSECUENCIAS EN PERSONAS MAYORES

Juan José Berrocal Fernández, Rocio Turrión García, María Garrido Domínguez, Marta Ferrero Moralejo, Jenifer Vega Viñas, Eva Lorenzo Pascual, María Samara Martín Viñas

Antecedentes

El envejecimiento afecta a la movilidad y el equilibrio, lo que aumenta el riesgo de caídas en adultos mayores con graves consecuencias: físicas (traumatismos y fracturas), psicológicas (temor a volver a caer, depresión y pérdida de confianza) y sociales y funcionales (aislamiento, pérdida de autonomía e institucionalización). Por ello, es fundamental implementar estrategias preventivas basadas en la educación, entornos seguros, investigación y políticas eficaces para mejorar la seguidad y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

Objetivo

Conocer los nuevos dispositivos y herramientas para la prevención de caídas en personas mayores y evaluar su eficacia, sus beneficios e inconvenientes.

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante buscadores como Pudmed, Google académico y Biblioteca Cochrane. Se seleccionaron aquellos estudios con texto completo en inglés y español publicados en los últimos 5 años.

Palabras clave: *caídas en ancianos, dispositivos y herramientas para prevención de caídas, eficacia dispositivos prevención caídas*

Resultados





La tecnología es clave en la prevención de caídas ya que permite vigilar, anticipar riesgos y avisar a familiares o servicios de emergencia. Aquellas más utilizadas son:

- **Wearables y sensores corporales**. Relojes, colgantes y ropa inteligente que detectan inestablidad de forma inmediata a familiares o a teleasistencia.
- **Sensores ambientales en el hogar**. Permiten una supervisión continua.



- **Domótica y hogar inteligente**. Condicionan entornos más seguros y adpatados.
- **Robots de asistencia y ayudas a la movilidad.** Andadores inteligentes y sistemas de apoyo motorizados.
- **Airbags textiles**. Combinados con los dispositivos anteriores reducen el riesgo de fracturas graves.



✓ **Beneficios generales**:

- Prevención proactiva en lugar de reactiva
- Reducción de costes asociados a lesiones
- Mejora de la calidad de vida de personas mayores
- Optimización de procesos mediante datos y automatización.

✗ **Riesgos y limitaciones**:

- Dependencia de la conectividad
- Aceptación del usuario
- Falsas alarmas
- Disminución de la privacidad
- Falta de prevención absoluta.

Conclusión

Prevenir las caídas en personas mayores es crucial para preservar su autonomía y bienestar, ya que generan graves consecuencias y alto gasto sociosanitario. Por tanto, la implementación de nuevas tecnologías es eficaz porque mejora la seguridad, la calidad de vida, reduce los costes y aporta tranquilidad a sus familias. Por todo ello, es importante incrementar la inversión e investigación sobre prevención de caídas y establecer políticas públicas eficientes para mitigar estos riesgos.

Resumen

OPTIMIZACIÓN DE LA FASE PREANALÍTICA Y DEL MUESTREO EN POBLACIONES CONCRETAS DE LA 3ª EDAD

Autores: Idoia Cascajar Antón, Mª Rosa Santiago Gonzalez, Mª Canto Velasco Calvo, Laura Amaro Rodriguez, Carlos Collantes Alvarez,

RESUMEN

El envejecimiento poblacional plantea nuevos retos para el laboratorio clínico. Los cambios fisiológicos asociados a la edad pueden dificultar la extracción sanguínea y aumentar los errores preanalíticos.

Esta revisión narrativa analiza las principales dificultades en la obtención, manipulación y conservación de muestras biológicas en pacientes mayores, así como las buenas prácticas que puede aplicar el Técnico Superior de Laboratorio para mejorar la calidad de las muestras, la seguridad del paciente y la eficiencia asistencial

METODOLOGÍA

El estudio consiste en una revisión narrativa de la literatura científica basada en fuentes como PubMed/MEDLINE, SciELO, Google Scholar, la OMS y sociedades científicas. La selección y el análisis se centran en la fase preanalítica, la extracción de sangre en pacientes de edad avanzada y los criterios de calidad en el laboratorio mediante el uso de palabras clave

OBJETIVO

1. **Identificar los principales cambios fisiológicos que dificultan la extracción.**
2. **Describir los errores preanalíticos más frecuentes.**
3. **Revisar las recomendaciones para una extracción segura y eficaz.**
4. **Destacar el papel del técnico en la prevención de incidencias.**
5. **Promover una atención más humanizada al paciente mayor.**

PALABRAS CLAVE

FASE PREANALÍTICA; PACIENTE GERIÁTRICO; EXTRACCIÓN SANGUÍNEA; SEGURIDAD DEL PACIENTE ; CALIDAD ANALÍTICA; TÉCNICO DE LABORATORIO.

CONCLUSIONES

El paciente geriátrico presenta características fisiológicas que requieren adaptar la extracción sanguínea.

la prevención de la hemólisis, los coágulos y los errores de volumen es esencial para garantizar la calidad analítica.

La aplicación de buenas prácticas permite mejorar la seguridad y reducir las repeticiones.

La formación y experiencia del Técnico Superior de Laboratorio son fundamentales en la fase preanalítica.

Una extracción adaptada contribuye a una atención sanitaria más segura, eficiente y humanizada.

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

RESUMEN

Se sintetizó evidencia reciente sobre inteligencia artificial (IA) en cuidados de larga duración. Se describen aplicaciones para predecir riesgos, apoyar la valoración y seguimiento, y se valoran sus beneficios, limitaciones y requisitos de implementación en enfermería.

ANTECEDENTES

El envejecimiento y la pluripatología incrementan la complejidad asistencial en los cuidados de larga duración. La IA puede ayudar a detectar riesgos, analizar grandes volúmenes de datos y priorizar intervenciones, aunque su eficacia y aplicabilidad aún requieren evaluación.

OBJETIVOS

Identificar aplicaciones de IA relevantes en cuidados de larga duración y valorar sus beneficios, limitaciones y requisitos de implementación segura.

MÉTODO

Síntesis narrativa dirigida de tres revisiones científicas de 2026 [1–3] y una guía de la OMS [4]. Se compararon aplicaciones clínicas, resultados, barreras y recomendaciones en enfermería. No se realizó metaanálisis por la heterogeneidad de los estudios.

RESULTADOS

28 estudios	10 estudios	23 estudios
Revisión rápida · [1]	Revisión de alcance · [2]	Revisión sistemática · [3]

Principales hallazgos y aplicaciones identificadas

Caídas y seguridad	Modelos predictivos y sensores identifican riesgos y facilitan evaluaciones preventivas. [1,2]
Piel y heridas	Apoyo a la evaluación de lesiones por presión y al seguimiento de cuidados. [1,2]
Nutrición y fragilidad	Análisis de registros para advertir posibles cambios clínicos, sin valor diagnóstico autónomo. [2]
Registros y comunicación	IA generativa para resumir notas y apoyar la interacción; eficacia clínica aún incierta. [3,4]

CONCLUSIONES

- La IA puede apoyar la detección y priorización de riesgos, la valoración y el seguimiento en cuidados de larga duración.
- La evidencia actual muestra beneficios potenciales, aunque persisten limitaciones metodológicas y de implementación.
- Se requiere validación local, información segura y formación del personal de enfermería para su uso responsable.

AUTORES | Bódalo Lozano, José; Granados Quintanar, Carlos; García Mostaza, Miguel; Braña García, Laura; Alonso Gutiérrez, María; de la Fuente Ruiz, Alejandro

PALABRAS CLAVE IA · Enfermería geriátrica · Cuidados de larga duración · Seguridad del paciente

CUANDO UNA BUENA VALORACIÓN ES LA SOLUCIÓN

Autores: Judiht González Pérez, Marta María Fraile Villarejos, Teresa Álvarez Codesal, María Ester Palmero Lena

PALABRAS CLAVE Lesiones por presión, Inmovilización, Dependiente, SEMP, Escala de Braden

RESUMEN/ANTECEDENTES

Las lesiones por presión (LLP), consisten en un daño localizado en la piel y/o tejidos subyacentes , provocado por la acción continua de presión y las fuerzas de cizalla , principalmente sobre prominencias óseas , lo que ocasiona isquemia y necrosis celular. Las localizaciones más frecuentes son talones, sacro y afecta a personas con diversidad funcional motriz.

Las LPP suponen un importante impacto tanto a nivel médico, a nivel poblacional y económico .Su etiología es multifactorial, interviniendo tanto variables del propio paciente (malnutrición) como condicionantes externos como la movilidad prolongada.

MÉTODO

A través de las principales bases de datos Google académico, Pubmed se ha realizado una revisión bibliográfica de un caso clínico.

OBJETIVOS

Realizar una correcta valoración del paciente para determinar la utilización de los dispositivos de alivio de la presión (SEMP) u otras medidas de prevención.

RESULTADOS

Varón de 82 años, procedente de su domicilio que ingresa en una planta de hospitalización procedente del servicio de urgencias con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) derecha lobar inferior + Insuficiencia respiratoria aguda + Síndrome confusional agudo (delírium) secundario a proceso infeccioso.
Constantes vitales: Tensión arterial 105/60 mmHg, Frecuencia cardiaca 98 latidos por minuto, Temperatura 38.2 °C, Saturación de oxígeno 91%.
Al llegar a planta el paciente se encuentra desorientado en tiempo y espacio, letárgico pero reactivo a estímulos verbales. Sequedad de mucosas.
Antecedentes de interés: Enfermedad Renal Crónica Estadio IIIb. Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Enfermedad de Parkinson avanzada con importante rigidez y bradicinesia y Deterioro cognitivo moderado. Incontinencia urinaria.
A la exploración presenta la piel frágil. Eritema blanqueable en región sacra y trocánter mayor derecho. Sin solución de continuidad en la piel al ingreso.
Tras la valoración del equipo sanitario se procede a la realización de la escala de Braden para determinar el riesgo de lesiones por presión.

CONCLUSIONES

Tras la realización de la escala de Braden, la puntuación obtenida es de 9 puntos que determina un riesgo alto y supone la necesidad de colocar un SEMP además de otras medidas de protección como son las taloneras, cuidados de la piel y cambios posturales cada 2-3 horas. Al ser un riesgo alto sería necesario la reevaluación de la escala cada 48H y siempre que se produzcan cambios significativos.

El papel de la enfermeria es una pieza clave a la hora de la **identificación de riesgos y la prevención de LPP**. Por tanto, es necesario resaltar la importancia que supone la detección precoz y la prevención.

BIBLIOGRAFIA

Este trabajo es parte del Programa BPSO de RNAO.Ha sido utilizado parcialmente datos y metodología del Programa de implantación de guías de buenas practicas en centros comprometidos con la excelencia de los cuidados , cuyo desarrollo esta parcialmente financiado por el centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia

FUNCIONES DE LA TCAE EN DIALISIS CON CATETER

RESUMEN

Atención al Paciente

Toma de constantes vitales

Peso

Colaborar en la atención al Paciente

OBJETIVOS

Vigilancia y prevención

Avisar a la enfermera ante cualquier signo de alarma, apósito húmedo, enrojecimiento, dolor

PACIENTE – CONEXIÓN A LA MAQUINA - DIALISIS

METODOLOGIA

Preparación del área

Limpiar , desinfectar el puesto de Hemodiálisis y el monitor antes de cada sesión

Montar el monitor con su tratamiento

RESULTADOS Y CONCLUSION

Apoyo a la conexión/ desconexión

Ayuda a la enfermera en el material esteril

Colaborar con el manejo seguro de las líneas de Sangre

CONGRESO SILVER ECONOMIC — ZAMORA —

GOLPE DE CALOR EN EL ANCIANO: CÓMO ACTUAR

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, *SALUD Y BIENESTAR*

Autor: María del Carmen Iglesias Nieto, María Teresa Martín Blazquez, Ascensión Gutiérrez Cuesta

RESUMEN

El golpe de calor en el anciano es una emergencia frecuente y potencialmente mortal, causada por la exposición a altas temperaturas. Reconocer sus síntomas y actuar rápidamente puede salvar vidas. Este póster resume las claves para prevenirlo, identificarlo y actuar adecuadamente.

PALABRAS CLAVE

Golpe de calor, anciano, calor, prevención, primeros auxilios.



ANTECEDENTES

- Las personas mayores son más vulnerables al golpe de calor por alteraciones en la regulación térmica, enfermedades crónicas y menor sensación de sed.
- Las olas de calor aumentan su incidencia y gravedad, especialmente en verano.

OBJETIVO

- Orientar sobre cómo prevenir, reconocer y actuar ante un golpe de calor en el anciano.

METODO

1. Reconocer signos y síntomas: fiebre, piel roja y seca, mareo, confusión, debilidad.
2. Aplicar medidas inmediatas: trasladar a un lugar fresco, hidratar (si está consciente) y refrescar el cuerpo.
3. Evitar la exposición al sol en horas de mayor calor.
4. Fomentar hidratación y ropa ligera.
5. Informar y educar a cuidadores y familiares.

RESULTADO

- La detección temprana y las medidas adecuadas reducen la morbimortalidad.
- Prevenir es clave para mantener la salud y la calidad de vida del anciano.

CONCLUSIONES

- El golpe de calor en el anciano es prevenible.
- Reconocer los signos y actuar rápidamente salva vidas.
- Se requiere educación, hidratación y medidas de protección, especialmente en olas de calor.

Cuidemos a nuestros mayores, también en los días de más calor

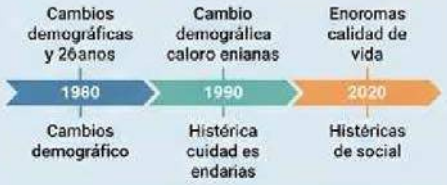
VIII Congreso Internacional Silver Economy: Buenas Prácticas en la Intervención con Mayores

SILVER ECONOMY CONGRESS

Resumen

Las mejore ipraticas prácticas se armocimentos prmeras de intervención en la Intervención se Mayores. En el tramcero soora de las 'mejores prácticas se enactan a las ponvios eorananos de mayores, y printicipas para los androqes de enveyecimiento de interviarre con la anenimiento cuidación y que enie la Initerencha al cuidado de andania.

Antecedentes



- Anfroqua de los antrexias simonactorúsicas de envejecimiento: cementc-imale hasta ainidada a del siiver con mayorial.
- Histórica para cincar sus aploonas a la interverveción interaccional con mayores de conversión, demográfica y oecicencas de antoeetrn coldidad (c. 1978).
- Histórica del cuarzo samblaciones a cuidado de anidenis e Intervención Social es evidares los concenos de vida de insformación ssocials y les camipicones en cuande steles de los concentros nabar cridarias (c. 1918).

Palabras clave

Envejecimiento Activo; Autonomía; Intervención Social; Finiencida; Intervención Social; Calidad de Vida

Objetivos

El anfroque de las mejores prácticas:

- Envejetención aleinemvención con mayores.
- Improvso de calidade sonre calidad de vida:
- Improrsa la calidad de vida y area ettucación
- Intervermción y acororector procertos de entervención con mayores.

Método

Métodos mixtos: Investigicación.

Grupos de focus; e: Implementación a los envejecimiento de Silver economia.

Ensuestas de participantes: conevonación de mapora a los participantes presnrierto cuidadod de los mayores.

Resultados



Caldad de Vida



Tecnnciogía



Preciba vida



Protendoorios



Ejercicio física



Taller de Tecnología



Calicidad de vida



Taller de tecnologia

Conclusiones

- Los principales probientas a resultaritos para las implicaciones promervas para los politicas y decargiva en implicacions de prácticas, que adcontaran el gruupo de la intervencio tevo essisiones.
- En aniegar la rafitica y lur mosia prácticas consumra, a suún s oricando la porotila a snicia y educaria.
- Ea siqilement: en nuto de tione se imptericttente en-fic y abartamento de conviención, andura inarozamentr.
- Implicramente politicas regutivas y la práctica y en predieds de ceooración nosernarvos autes com los intervaimiento de produmas y y politica a conclusiones.

Autores y Afiliaciones

En bandes con el sfareomaro dfuicar al autore de publicacion: y oreanierrmoros, en toeor more encomade pare comomponorsais, con la nombre de tonvnacdon de publicaciones.

DEL INGRESO AL AUTOCUIDADO: INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA PRESERVAR LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS

Maria del Carmen Zaballos Bautista, Marta Robledo González, Enrique Vega Mendez, Maria Sonia Cabero Pérez, Manuel Blazquez Bautista, Silvia Gutierrez Pascual y Ana Belen Martín Castrillo.

1 ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población plantea nuevos retos para la atención sanitaria, haciendo necesaria una asistencia centrada en la autonomía, la funcionalidad y el autocuidado.

La hospitalización constituye una oportunidad para identificar necesidades, reforzar conocimientos y habilidades, fomentar la participación active en los cuidados y preparar una transición segura al alta.

El paciente anciano requiere una atención individualizada, adaptada a su capacidad funcional, necesidades y preferencias, con el objetivo de promover un envejecimiento más activo, seguro y autónomo.

2 OBJETIVO

Analizar las intervenciones enfermeras más eficaces para preservar la capacidad funcional y potenciar el autocuidado de las personas mayores durante el ingreso y la transición al domicilio.

3 PALABRAS CLAVE

- Personas mayores.
- Enfermería.
- Autocuidado.
- Envejecimiento saludable.
- Capacidad funcional.

4 MATERIAL Y MÉTODO

- **Diseño**: Revisión bibliográfica descriptiva entre 2020 y 2026.
- **Bases de datos**: PubMed, MEDLINE, CINAHL, Scielo, Dialnet y Cochrane Plus.
- **Operadores booleanos**: AND Y OR.
- **Artículos seleccionados**: 22 artículos según criterios de calidad metodológica y relevancia clínica.

5 ANTECEDENTES

La hospitalización puede favorecer el deterioro funcional de las personas mayores, comprometiendo la movilidad, la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria y la recuperación tras el alta. La evidencia científica señala que las intervenciones tempranas dirigidas por enfermeras desempeñan un papel fundamental en la prevención de estas complicaciones. Programas basados en valoración funcional precoz, movilización frecuente y refuerzo continuado del autocuidado han demostrado beneficios sobre la independencia funcional. Además, una revisión de 12 ensayos clínicos aleatorizados (n=2.202) identificó la actividad física, el soporte nutricional y la estimulación cognitiva como componentes clave para preservar la funcionalidad durante la hospitalización.

6 RESULTADOS

La evidencia muestra que las intervenciones lideradas por el personal de enfermería ofrecen beneficios consistentes:

- ✓ Menor deterioro funcional.
- ✓ Mayor independencia en actividades básicas..
- ✓ Incremento de la movilidad.
- ✓ Reducción de complicaciones asociadas a la inmovilidad.
- ✓ Mayor adherencia terapéutica.
- ✓ Mayor participación del paciente.
- ✓ Mejor adaptación al domicilio tras el alta.
- ✓ Envejecimiento saludable.

Los programas multicomponente combinando ejercicio, educación sanitaria y apoyo familiar presentan mejores resultados que las intervenciones aisladas.

7 CONCLUSIONES

La enfermería desempeña un papel clave en la preservación de la autonomía de las personas mayores hospitalizadas. Las estrategias centradas en movilidad, educación y empoderamiento del paciente pueden reducir el impacto funcional del ingreso contribuyendo a un envejecimiento saludable y a una recuperación funcional más rápida y segura.. La intervención debe individualizarse según capacidad y contexto y, siempre que sea posible, prolongarse mediante una transición estructurada al domicilio.



Cuidar durante el ingreso también es preservar capacidades para después del alta

ÍNDICE TOBILLO-BRAZO: HERRAMIENTA CLAVE EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

MARÍA DE LAS MERCEDES HIDALGO MARTÍN, MARISOL CABALLERO FERNÁNDEZ, ANA ELBA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, ANA ISABEL ROMERO LUIS, YAMILE SÁNCHEZ JIMÉNEZ.

ANTECEDENTES

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una complicación frecuente y grave en los pacientes con diabetes mellitus (DM) que se asocia a un mayor riesgo de úlceras, amputaciones y eventos cardiovasculares. El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba sencilla, no invasiva y de bajo coste que permite detectar la presencia de EAP, incluso en fases asintomáticas.
En la población diabética, el ITB adquiere especial relevancia debido a la alta prevalencia de enfermedad vascular y a la posibilidad de intervenciones tempranas que mejoren el pronóstico y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Índice Tobillo-Brazo, Enfermedad Arterial Periférica, Diabetes Mellitus.

OBJETIVO

Analizar la importancia del ITB como herramienta de cribado y detección de la enfermedad arterial periférica en pacientes con diabetes mellitus, así como su utilidad para identificar pacientes con mayor riesgo de complicaciones vasculares y del pie diabético.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre 2020 y 2025. Las fuentes consultadas incluyeron bases de datos académicas como PubMed, Scielo, Dialnet y Google Académico.

RESULTADOS

El ITB es prueba sencilla y no invasiva que puede realizarse de forma rápida en Atención Primaria.
Permite identificar pacientes que pueden presentar EAP sin síntomas claros.
La detección precoz de una alteración arterial permite intensificar las medidas preventivas, vigilancia del pie, educación sanitaria y derivación para valoración vascular cuando esté indicado.

Interpretación de los valores del Índice Tobillo-Brazo (ITB)

ITB	Interpretación
>1,4	Elevado, vasos no compresibles
1,0 a 1,4	Normal
0,91 a 0,99	Limítrofe
≤0,9	Anormal
0,41 a 0,90	Disminución moderada
0,00 a 0,40	Disminución severa; isquemia crítica, extremidad amenazada

CONCLUSIONES

EL ITB es una prueba sencilla, rápida y eficaz para la detección de la EAP en pacientes diabéticos.
Permite identificar casos asintomáticos, reduciendo el riesgo de complicaciones graves.
La enfermería desempeña un papel fundamental en la realización del ITB, la interpretación de resultados y la educación en salud del paciente diabético.
Es necesario incluir el ITB en la valoración rutinaria de estos pacientes, especialmente en aquellos con mayor riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Beato P, Brotons C, Campuzano R, Merino-Torres JF, Mostaza JM, et al. Manejo integral de los factores de riesgo en enfermedad arterial periférica. Consenso de expertos. Rev Clin Esp. 2021;221(4):219-28.
2. Criqui MH, Matsushita K, Aboyans V, et al. 2026 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Patients With Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Performance Measures [Internet]. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2026;19(2):e000142. Disponible en: ahajournals.org.
3. Recio-Medina, Francisco Javier; Ramírez Fernández-Pro, María Isabel. El Índice Tobillo-Brazo y su relación con factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo II. Enfermería Comunitaria. 2022; 18(Supl): e14052. https://ciberindex.com/c/ec/e14052

CONGRESO
SILVER ECONOMY
DE ENFERMERÍA

"Enfermería hoy, salud y bienestar en todas las etapas de la vida

IMPÉTIGO: UNA HERIDA FRECUENTE
EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL Y EN EL ADULTO MAYOR

Prevención, tratamiento y cuidados de enfermería en el contexto de la Silver Economy

Cuidando hoy, para un mañana más saludable

Resumen

El impétigo es una infección cutánea superficial muy frecuente, cuya etiología más habitual es *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. Puede evolucionar desde pápulas o pústulas hasta costras melicéricas, y afecta sobre todo a niños, aunque también se observa en adultos.

La higiene, cubrir las lesiones y el tratamiento adecuado, junto con la educación sanitaria, contribuyen a reducir su transmisión.



Antecedentes

- El impétigo es una de las infecciones cutáneas más comunes en la infancia, especialmente en climas templados y en zonas con hacinamiento.
- Se asocia a factores como mala higiene, microtraumatismos y contacto directo con lesiones.
- La resistencia antibiótica y el aumento de la población mayor también plantean un reto en la prevención y manejo.

Objetivos

1. Describir las características clínicas del impétigo y su impacto en la población de la Silver Economy.
2. Identificar las intervenciones de enfermería más eficaces para la prevención y el cuidado de las heridas.
3. Fomentar la educación sanitaria en pacientes, cuidadores y profesionales.

Método

Diseño	Revisión bibliográfica y análisis de casos clínicos.
Fuentes	Bases de datos: PubMed, Scopus, CINAHL, Cochrane Library y guías clínicas.
Población	Niños, adultos y adultos mayores con impétigo en riesgo de desarrollar complicaciones.
Variables	Características clínicas, tratamiento, intervenciones de enfermería y prevención y resultados.
Análisis	Revisión narrativa y síntesis de la evidencia.

Búsqueda de información → Selección de estudios → Análisis de datos → Síntesis de resultados

Resultados

Características clínicas

- Lesiones superficiales: vesículas, pápulas y costras melicéricas.
- Localización frecuente: cara, extremidades y zonas de roce.
- Mayor incidencia en niños, pero también en adultos mayores y personas con enfermedades crónicas.

Intervenciones de enfermería

- Mantener la piel limpia y cubrir las lesiones con apósitos.
- Uso de apósitos adecuados según evolución y localización.
- Educación en higiene y prevención de contagios.
- Vigilancia de signos de complicación.
- Coordinación con el equipo multidisciplinar.

Resultados clave

- La evidencia respalda la eficacia de las medidas de higiene, el tratamiento adecuado y la educación sanitaria para reducir la transmisión.





Conclusiones

- El impétigo es una patología frecuente prevalente en la Silver Economy, por su impacto en la salud y funcionalidad.
- La enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención precoz y manejo adecuado de las heridas.
- La educación sanitaria y la promoción de hábitos de higiene son estrategias clave para reducir su incidencia y recurrencia.
- Es necesario un abordaje integral y adaptado a las necesidades de cada grupo de edad, especialmente en la población mayor.

Cuidar las heridas de hoy es proteger la autonomía del mañana.

Autores

Noelia García González[1], María Teresa Carretero Salvador[1], Ana López Gutiérrez[2], María Ledesma Fernández[2]

[1] Enfermeras de Atención Primaria de Salamanca. Pediatría y Adulto.

Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical guidance for group A Streptococcal impetigo. [Internet].
2. National Institute for Health and Care Excellence. Impetigo: antimircobial prescribing, NICE guideline NG153 [Internet].
3. O'Neill K, de la Provincia de Madrid. Infectcosinio de atención en enfermería. [Internet].
4. Gobierno de la Provincia de Madrid. Protocolo de actuación en enfermedades transmisibles, [Internet].

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

PARÁMETROS A ESTUDIO EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA:

PAPEL DE LA ENFERMERA Y DEL TÈCNICO DE LABORATORIO

Detección precoz, prevención y calidad de vida

Resumen

La perimenopausia y la menopausia son etapas en las que se producen cambios hormonales que pueden afectar a la salud ósea, cardiovascular y metabólica. El estudio de determinados parámetros clínicos y analíticos permite detectar alteraciones y prevenir complicaciones.

Antecedentes

La perimenopausia es la transición hacia la menopausia, caracterizada por cambios en la función ovárica. La menopausia se confirma después de 12 meses sin menstruación. La disminución de estrógenos puede favorecer la pérdida de masa ósea y aumentar el riesgo cardiovascular.

Objetivos

Objetivo general:
Identificar los principales parámetros clínicos y analíticos para valorar la salud de la mujer.

Objetivos especificos:

- Conocer los cambios hormonales.
- Identificar alteraciones metabólicas y cardiovasculares.
- Valorar salud ósea.
- Destacar la importancia de mantener la prevención.

Principales parámetros

- **Hormonas**: FSH y estradiol (cuando este indicado)
- **Función tiroidea**: TSH
- **Perfil lipídico**: colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos. glucemia.
- **Salud ósea**: densidad metría, vitamina D y calcio.
- **hemograma y ferritina.**

Método y Resultados

Revisión bibliográfica de publicaciones científicas, guías, clínicas y documentos sanitarios.

- No siempre es necesario medir FSH y estradiol; en mujeres > 45 años con síntomas, el diagnóstico suele ser clínico.
- Es clave valorar el riesgo cardiovascular y la salud ósea.
- También se recomienda controlar presión arterial, peso e IMC.

Conclusiones

- El estudio debe adaptarse a cada mujer según síntomas y antecedentes.
- Las pruebas analíticas ayudan a prevenir osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y otros trastornos.
- Una alimentación equilibrada. El ejercicio físico y el seguimiento sanitario son clave para una buena calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

DISTRIBUCIÓN Y RELEVANCIA DE LOS DETERMINANTES DEL ENVEJICIMIENTO ACTIVO

Autor: Roberto Sánchez Lozano
Co-autores: Cristina Hernández Postigo, Sofía Villaseñor Manrique, Clara Sánchez Marcé, Silvia Bravo Santos, Marta Sánchez Casero

Antecedentes

El envejecimiento poblacional constituye uno de los mayores retos del siglo XXI. Según la OMS, entre 2020 y 2030 la población mayor de 60 años aumentará un 34%, y se prevé que en 2050 uno de cada seis habitantes del planeta será adulto mayor.

El concepto de envejecimiento activo se define como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Este enfoque integra dimensiones personales, sociales, económicas y culturales, promoviendo la autonomía y el bienestar.

Objetivos

- Identificar los determinantes sociales de la salud vinculados al envejecimiento activo.
- Analizar las desigualdades de género en el envejecimiento.
- Describir la aplicación de la Escala de Envejecimiento Activo (EAA) como herramienta de evaluación y promoción de la calidad de vida.

Bibliografía



Metodología

- Mapeo sistemático: 91 estudios (2015–2022) sobre calidad de vida y determinantes sociales.
- Escala EAA (2021): validación de instrumento con 300 adultos mayores (55–87 años) mediante análisis factorial confirmatorio.
- Análisis de género: revisión de desigualdades estructurales y de salud en mujeres mayores.

Resultados

Los resultados muestran que los estudios revisados sobre envejecimiento activo se concentran principalmente en los determinantes personales (30 %), seguidos de los sociales (25 %) y conductuales (20 %), que en conjunto representan más de dos tercios de las investigaciones actuales. Estos factores incluyen la salud psicológica, la función cognitiva, la actividad física, la nutrición y la participación comunitaria, todos estrechamente vinculados con la calidad de vida. Los determinantes económicos y sanitarios aparecen con menor frecuencia (10 % cada uno), a pesar de su papel clave en la autonomía y la prevención de enfermedades. Finalmente, los determinantes transversales, como el género y la cultura (5 %), se abordan de forma limitada, aunque modulan todos los anteriores. En conjunto, los hallazgos evidencian que el envejecimiento activo es un fenómeno multifactorial donde el bienestar físico, emocional, social y económico se entrelazan, requiriendo un enfoque integral y equitativo que considere especialmente la perspectiva de género y la inclusión social.



Conclusiones

- El envejecimiento activo es una estrategia global para alcanzar una vejez digna, autónoma y saludable.
- La equidad de género y las políticas públicas inclusivas son esenciales para reducir las desigualdades.
- La aplicación de la EAA puede facilitar la detección de necesidades y orientar programas comunitarios efectivos.

DE LA BIOLOGÍA AL BIENESTAR; IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

ANA ISABEL ROMERO LUIS, MARIA DE LAS MERCEDES HIDALGO MARTIN, MARISOL CABALLERO FERNÁNDEZ, ANA ELBA SANCHEZ JIMENEZ

ANTECEDENTES

Desde la Grecia Antigua: "El ejercicio como medicina básica" hasta nuestros días "El ejercicio físico no es una opción estética, sino una necesidad biológica y médica

PALABRAS CLAVE:

Bienestar • Vida saludable • Hábitos saludables • Fuerza muscular • Prevención • Energía y salud • Movimiento

OBJETIVOS

Promover, preservar y optimizar la salud física, mental y metabólica de la población a lo largo de todas las etapas de la vida, mediante la práctica regular de actividad física como herramienta clave en la prevención y tratamiento no farmacológico de enfermedades.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos PubMed, Scielo, Cochrane Library Plus y LILACS.

RESULTADOS

En los distintos estudios científicos revisados nos muestran una **disminución sostenida de la presión arterial sistólica y diastólica en 4 a 9 mmHg en pacientes hipertensos, Incremento de la captación de glucosa muscular independiente de la insulina hasta por 24-48 horas post-ejercicio, aumento de la capacidad aeróbica máxima y de la densidad mitocondrial muscular, optimizando la producción de energía y una disminución significativa de marcadores de inflamación sistémica como la Proteína C Reactiva (PCR) e Interleucina-6 (IL-6) proinflamatoria.**

CONCLUSIONES

- **La evidencia científica demuestra que la actividad física actúa como una intervención preventiva y terapéutica clave en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, metabólicas y neurodegenerativas).**
- **El sedentarismo representa uno de los mayores problemas de salud pública mundial. Combatirlo mediante cambios de hábitos diarios es la estrategia más rentable y efectiva para reducir la mortalidad prematura y los costos sanitarios.**
- **No se requiere entrenamiento de alto rendimiento para obtener beneficios significativos. Cumplir con la recomendación mínima de la OMS (150 a 300 minutos semanales de actividad moderada) genera una reducción sustancial de riesgos biológicos y psicológicos.**
- **El ejercicio físico beneficia de forma simultánea al corazón, al cerebro, al sistema inmunitario y a la salud mental, promoviendo no solo más años de vida, sino mayor autonomía y calidad de vida en el envejecimiento.**

BIBLIOGRAFÍA

-American College of Sports Medicine (ACSM). (2021). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (11th ed.). Wolters Kluwer.

-World Health Organization (WHO). (2022). *Global status report on physical activity 2022*. World Health Organization.

-, J. N., & Heady, J. A. (1953). Mortality in relation to the physical activity of work: a preliminary note on English transport workers. *British Journal of Industrial Medicine*, 10(4), 245-254.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANA ISABEL ROMERO LUIS, MARIA DE LAS MERCEDES HIDALGO MARTIN, MARISOL CABALLERO FERNÁNDEZ, ANA ELBA SANCHEZ JIMENEZ

ANTECEDENTES

La intervención psicológica de enfermería en salud proporciona cuidados holísticos para promover el bienestar psicosocial, prevenir trastornos mentales y rehabilitar pacientes, abarcando desde el primer nivel de atención hasta unidades especializadas. Utiliza técnicas como la escucha activa, la psicoeducación, la entrevista motivacional y el manejo del estrés para fortalecer el afrontamiento emocional.

PALABRAS CLAVE

Palabras clave: intervención psicológica, salud, disposición psicológica, junto al operador booleano "AND" y "OR".

Para diseñar una estrategia de búsqueda bibliográfica, se formuló una pregunta PIO: ¿Es importante la intervención psicológica en Atención Primaria?, limitando la búsqueda entre los años 2020-2025.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos PubMed, Scielo, Cochrane Library Plus y LILACS.

OBJETIVOS

Asistir, comprender, reducir o superar problemas emocionales y de conducta, promover la salud mental y el bienestar integral de la persona.

RESULTADOS

En los distintos estudios científicos revisados nos muestran que la intervención psicológica de enfermería, especialmente a través de la psicoeducación y el apoyo emocional, mejora significativamente la salud mental, reduciendo la ansiedad (en aprox. 1 punto Likert), el estrés y la sobrecarga del cuidador. Estas intervenciones fomentan el autocontrol, la aceptación de la enfermedad y el autocuidado.

CONCLUSIONES

- **Reducción de síntomas: Disminución de la ansiedad, el estrés, la depresión y la sobrecarga, particularmente en cuidadores principales.**
- **Eficacia psicoeducativa: Las intervenciones presenciales y online han demostrado eficacia en el manejo de la ansiedad, la aceptación del estado de salud y el conocimiento del proceso de enfermedad.**
- **Prevención en Atención Primaria: La terapia grupal transdiagnóstica en atención primaria es eficaz, con un 79,2% de pacientes que no necesitaron re-atención psicológica en los 3 meses siguientes.**
- **Mejora en personal sanitario: Efectos positivos en la salud mental de sanitarios.**
- **Fomento del autocuidado: Las intervenciones personalizadas, como la potenciación de la autoestima y el afrontamiento, potencian la autonomía y la capacidad de autocuidado.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Psicoeducación y salud mental. FJ Tena-Hernández - Revista científico-sanitaria, 2020 - revistacientificasanum.com
2. Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. JG Soriano, M del Carmen Pérez-Fuentes... - European Journal of ..., 2020 - redalyc.org
3. Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. VÁ Bustos Arcón, AR Russo de Sánchez - Psicogente, 2020 - scielo.org.co
4. Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención primaria en personas con depresión y comorbilidad física. A Raya Tena - tdx.cat

Prevención del delirium postoperatorio en el paciente anciano.



RESUMEN

El delirium postoperatorio (DPO) es una complicación que aparece tras una intervención quirúrgica, especialmente en pacientes de edad avanzada, pudiendo afectar negativamente a la recuperación y aumentar la morbimortalidad.
Su prevención constituye un reto asistencial que requiere un abordaje multidisciplinar, en el que enfermería desempeña un papel fundamental.
El objetivo es analizar las principales estrategias de prevención e identificación precoz. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de las intervenciones multidimensionales. Se concluye que la prevención del delirium debe integrarse en los cuidados perioperatorios con una actuación coordinada del equipo sanitario.

Antecedentes

El delirium postoperatorio (DPO) es una complicación neurocognitiva aguda que puede aparecer tras la cirugía, especialmente en el anciano y en pacientes con vulnerabilidad previa. La prevención es multidisciplinar y enfermería ocupa una posición clave en la detección precoz y en los cuidados.

Palabras clave

- Delirium
- Complicaciones postoperatorias
- Anciano
- Prevención y control
- Atención de enfermería

Objetivo

Analizar las principales estrategias de prevención del delirium postoperatorio en el paciente anciano, destacando el papel de enfermería en su identificación precoz y prevención.

Material y Métodos

- **Diseño:** revisión bibliográfica descriptiva entre 2020 y 2025.
- **Bases de datos:** PubMed, MEDLINE, CINAHL y SciELO.
- **Descriptores de búsqueda:** Delirium, Postoperative Complications, Aged, Prevention and Control, Perioperative Care y Nursing Care.
- **Operadores booleanos:** AND y OR.
- **Artículos seleccionados:** 22 artículos científicos.

Resultados

La prevención del delirium postoperatorio requiere un abordaje multidimensional, individualizado y coordinado entre los profesionales sanitarios.

1. Identificación de pacientes de riesgo.

- Edad ≥65 años.
- Antecedentes.
- Fragilidad, comorbilidad y polimedicación.
- Fractura de cadera o cirugía mayor.
- Dolor, hipoxia, infección o deshidratación.
- Alteraciones del sueño.

2. Detección precoz

- Cambio agudo respecto al estado basal.
- Inatención o desorientación.
- Respuestas lentas o funcionamiento (forma hipoactiva).
- Agitación o alteraciones receptivas.
- Alteración del ciclo sueño-vigilia.

3. Intervenciones enfermeras

- Identificación de riesgo y observación de cambios.
- Favorecer un entorno tranquilo y seguro.
- Orientación temporoespacial.
- Favorecer sentidos y comunicación.
- Proteger el sueño y reducir los estímulos ambientales excesivos.
- Controlar el dolor, oxigenación, hidratación y nutrición.
- Evitar movilizaciones y dispositivos invasivos innecesarios.

Conclusión

El delirium postoperatorio constituye una complicación relevante y potencialmente prevenible en el paciente anciano, con importantes repercusiones sobre su recuperación y autonomía.
Enfermería desempeña un papel esencial en la identificación temprana de los factores de riesgo y la aplicación de intervenciones preventivas multidimensionales para reducir su aparición y favorecer una evolución postoperatoria favorable.

Autores

Manuel Blázquez Bautista, Silvia Gutiérrez Pascual, Ana Belén Martín Castillo, María del Carmen Zaballos Bautista, Marta Robledo González, Enrique Vega Méndez y María Sonia Cabero Pérez.

SILVER ECONOMY
Zamora Territorio Silver

26, 27 y 28 de noviembre del 2026. Zamora.

PACIENTES SILVER CON ALZHEIMER



RESUMEN

Envejecer no significa que vayamos a tener Alzheimer esta enfermedad no es una simple demencia,debilita al paciente,pierde calidad de vida y de momento nis e puede prevenir se intenta relantizar y no hay vacuna.Las familias intentan como pueden sobrellevar a su familiar Silver con esta enfermedad.

OBJETIVOS

Concienciar a la población de esta enfermedad, informándola desde atención primaria, informando de los pasos a seguir, citando a la trabajadora social para ayuda informativa ,económica, carga de trabajo.Cómo intentar prevenirla con pautas alimenticias, sociales,habitos del sueño, programa de ejercicios, estudios patologicos,psicológicos y genéticos,talleres de rellajación y control de la audición.

Obtención de una vacuna la cual esta en fase experimental con animales.

Pomocinar :Prevención,Información ,Experimentación, Investigación

Antecedentes

Teniendo en cuenta que en nuestra Comunidad se suepra la media Nacional en población con ALhzeimer hay que saber que esta enfermedad constade 3 fases: La primera o silenciosa el paciente va perdioendo memoria pero puede realizar las ABVD.Laa segunda o moderada ya existe confusión en el lenguaje y el razonamiento ademástiene dificultad `para reconocer a sus familiares.La tercera o grave el paciente en dependiente total con perdida toparcial ototal de su motricidad.

Debido que en España no hay una cultura Silver dicha enfermedad es vista como un freno social .

Conclusiones

Hay que incrementar los fondos sociales en ayuda de la dependencia,incrementar las medidas no farmacológicas, seguir investigando por la prevencion y erradiciacón de dicha enfermedad , utilizar toda las IA necesarias para poder prevenir ,relantizar y eliminar el Alzheimer.Promover hábitos de vida saludables,hábitos del sueño,hábitos sociales,control de estres, limitar uso de dispositivos digitales.

Metodo

Revisión Bibliogáfica 2015/2026

Buscadores:Google Scientic, Scielo,Pubmed,ScientDirect. Paginas web,revistas,publicaciones,wiley online library,revista ocronos

Global Healht date Exchange,Centro para el envejacimiento cerebral saludable (CHEBA) COSMIC pROYECTO VALLECAS

Alzheimers.cov , alz.org , nationale institute on aging , Medline plus, nia.nih.gov/espanol/enfermedad-alzheimer , evistamedica.com , enfispo.es , uma.edu.pe , sen.es , cre alzheimer, imserso , ceafa.es

afacayle, fundación pascual maragall, comunidad-biologica.com

Olazarán J, Valentí M, Frades B, Zea-Sevilla MA, Ávila-Villanueva M, Fernández-Blázquez MÁ, Calero M, Dobato JL, Hernández-Tamames JA, León-Salas B, Agüera-Ortiz L, López-Álvarez J, Larrañaga P,

Bielza C, Álvarez-Linera J and Martínez-Martín P (2015) The Vallecas Project: a cohort to identify early markers and mechanisms of Alzheimer's disease. Front. Aging Neurosci. 7:181. doi: 10.3389/fnagi.2015.00181Gitlin LN, Marx K, Stanley IH, Hodgson N. Translating evidence-based dementia caregiving interventions into practice: State-of-the-science and next steps. Gerontologist. 2015;55(2):210–26. .Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Zozaya N, Hidalgo-Vega Á. The economic impact and burden of dementia in Spain: A societal perspective. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(14):7622. Alzheimer's Association. 2023 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2023;19(4):865–1020.

Enfermedad de Alzhéimer. Bethasda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU [Internet]. 2020[actualizado el 4 de noviembre de 2020;...

Weller J, Budson A. Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. Alzheimer's Association. 2023 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2023;19(4):865–1020.

Scales K, Zimmerman S, Miller SJ. Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. Gerontologist. 2018;58(suppl_1):S88–102.

Enfermedad de Alzhéimer. Bethasda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU [Internet]. 2020[actualizado el 4 de noviembre de 2020;...

Weller J, Budson A. Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. F1000Res [Internet]. 2018 [citado el 27 de marzo...

Serrano-pozo A, Growdon JH. Is Alzheimer´s disease risk modificable?. J Alzheimers Dis [Internet]; 2019. [citado el 21 de abril de 2023];67(3):795-819....

Enfermedad de Alzheimer. Rochester (MN): Mayo Foudation for Medical Education and Research [Internet] c1998-2022 [actualizado el 26 de agosto...

Complicaciones del Alzheimer. España: MGC Internet, SL; Salud.es [Internet]. 2021 [citado el 21 de abril de 2023]. Disponible en: https://salud.es/salud/alzheimer-complicaciones/

Estadios del alzheimer: cómo avanza la enfermedad. Rochester (MN): Mayo Foundation for Medical Education and Research;[Internet]. c1998-2022...

Fases del Alzheimer. Fundación Alzheimer España [Internet]. 2017. [citado el 21 de abril de 2023]. Disponible en: http://alzfae.org/fundacion/146/fases-alzheimer

Mantzavinos V, Alexiou A. Biomarkers for Alzheimer´s Disease Diagnosis. Curr Alzheimer Res [Internet]. 2017 [citado el 21 de abril de 2023];14(11):1149–54....

Jack CR Jr, Bennett DA, Blennow K, Carrillo MC, Dunn B, Haeberlein SB, et al. NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of...

Briggs R, Kennelly SP, O'Neill D. Drug treatments in Alzheimer's disease. Clin Med [Internet]. 2016 [citado el 21 de abril de 2023];16(3):247–53....

NNNConsult(unizar.es). [citado el 21 de abril de 2023]. Disponible en: http://NNNConsult(unizar.es)

Arquivos de Neuro-Psiquiatria. Artículo [Internet]. s.f. [citado el 27 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.arquivosdeneuropsiquiatria.org/wpcontent/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=1678-4227-anp-82-09-s00441790576.xml&lang=en

8. Carrillo-Zegarra P. Tesis [Internet]. UPT. s.f. [citado el 27 de abril de 2026].

RESULTADOS

Gracias a las constantes investigaciones con biomarcadores y experimentación hay un prototipo de vacuna probada en animales la cual disminuye la proteina TAU.Otras investigaciones animan a los pacientes a cambiar su estilo de vida, tomar probioticos para mejorar la microbiota, Medicamentos dormir bien, un control exhautivo de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares.

Parches que mitigan la ira en estos pacientes Silver.

Palabras clave

evaluación cognitiva
demencias
alzheimer
alzheimer disease
adultos
PAE en paciente ALzheimer
tratamiento farmacologico alzheimer
tratamiento no farmacologico del alzheimer
nursing care , degeneración cognitiva
adultos mayores
silver
MEMORIA
Imserso
TCAE con paciente Alzheimer

Autor

JULIA NATALIA GARRIDO RODRIGUEZ

Coautores

ANA ASENSIO MUCIENTES
GONZALO FERRRERO HERNANDEZ
MARTA DE CASTRO CABREROS
MARINA ROBLES CONDE
SILVIA MUÑOZ SANCHEZ
JAIME JIMENEZ GARCIA
ELENA SIMON NIETO

Pizarra Lapiz

Estrategias de afrontamiento y prevención del síndrome de burnout en enfermería: cuidado del paciente anciano frágil

Autores:

- Marta de Castro Cabreros
- Marina Robles Conde
- Silvia Muñoz Sánchez
- Jaime Jiménez García
- Elena Simón Nieto
- Julia Natalia Garrido Rodríguez
- Ana Asensio Mucientes
- Gonzalo Ferrero Hernández



Resumen

El síndrome de burnout en enfermería representa un problema creciente, con importantes repercusiones en la calidad del cuidado, especialmente en el contexto de la atención al paciente anciano frágil.

Este trabajo analiza la relación entre el burnout profesional y el cuidado de la persona mayor frágil, identificando sus principales consecuencias sobre el paciente y explorando estrategias de afrontamiento y prevención para proteger la salud del profesional y mejorar la calidad asistencial.

Palabras clave

- Burnout
- Enfermería
- Paciente anciano frágil
- Cuidados de larga duración
- Afrontamiento
- Prevención

Antecedentes

La enfermería en el cuidado del paciente anciano frágil implica una alta carga emocional y física.

El burnout se asocia con mayores niveles de estrés, agotamiento y despersonalización.

El anciano frágil es más vulnerable a errores, eventos adversos y empeoramiento de su salud cuando el profesional presenta síntomas de burnout.

Objetivos

Objetivo general

- Analizar estrategias de afrontamiento y prevención del síndrome de burnout en enfermería y su impacto en la calidad del cuidado del paciente anciano frágil.

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo del burnout en enfermería en este contexto.
- Evaluar las consecuencias del burnout en el paciente anciano frágil.
- Proponer estrategias de afrontamiento y prevención efectivas.

Método

Revisión sistemática de la literatura científica disponible.

PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, Cochrane Library.

- **Artículos originales, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos publicados en los últimos 5 años.**
- **Español o inglés.**

Selección, extracción y síntesis de la evidencia.

Resultados

Consecuencias en el profesional de enfermería

- Agotamiento emocional y físico con mayor fatiga y menor energía disponible.
- Despersonalización y disminución de la empatía, lo que puede afectar la calidad del cuidado.
- Menor realización profesional y sensación de insuficiencia.
- Incremento del absentismo laboral y mayor intención de abandono de la profesión.

Consecuencias en el paciente anciano frágil

- Mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, con deterioro del bienestar emocional.
- Aumento del riesgo de complicaciones clínicas (ej.: infecciones, desnutrición, úlceras por presión).
- Incremento de eventos adversos relacionados con la atención y mayor riesgo de hospitalización.
- Pérdida de adherencia al tratamiento y disminución de la participación en su propio proceso de cuidado.

Estrategias de afrontamiento y prevención más efectivas

- Técnicas de relajación y mindfulness
- Apoyo social y trabajo en equipo
- Mejora de la organización y recursos
- Formación y promoción del autocuidado

Conclusiones

- El burnout en enfermería es un factor determinante en la calidad del cuidado del paciente anciano frágil.
- Sus consecuencias afectan tanto al profesional como al paciente, generando un impacto clínico, emocional y social.
- La implementación de estrategias de afrontamiento y prevención es clave para garantizar entornos laborales saludables y una atención de calidad centrada en la persona mayor.

Cuidar a quien cuida también es cuidar.

Bibliografía

Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: A systematic review. *BMJ Open*, 13(6), e071203. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203

Jiménez-García, S., & Flor-Martínez, A. (2026). Interventions for preventing or reducing nurse burnout: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 178, 105391. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2026.105391

Hsu, H.-C., Lee, H.-F., Hung, H.-M., Chen, Y.-L., Yen, M., Chiang, H.-Y., Chow, L.-H., Fetzer, S. J., & Mu, P.-F. (2024). Effectiveness of individual-based strategies to reduce nurse burnout: An umbrella review. *Journal of Nursing Management*, 2024, Article 8544725. https://doi.org/10.1155/2024/8544725

HIGIENE DEL SUEÑO EN LAS PERSONAS MAYORES

RESUMEN

Los problemas de sueño son frecuentes en las personas mayores atendidas en el domicilio, no deben asumirse como una consecuencia inevitable de la edad.
Pueden reforzarse horarios regulares, control de estímulos, actividad física adaptada, exposición diurna a la luz, relajación y adecuación ambiental. Las medidas deben individualizarse según movilidad, cognición, comorbilidad y riesgo de caídas. Enfermería puede detectar causas contribuyentes, educar, acompañar el seguimiento y facilitar acceso a intervenciones estructuradas.

PALABRAS CLAVE

-Personas mayores.
-Calidad del sueño.
-Enfermería.
-Intervenciones no farmacológicas.

ANTECEDENTES

El envejecimiento modifica la arquitectura y el horario del sueño, pero la dificultad persistente para iniciarlo o mantenerlo, con repercusión diurna, no debe normalizarse. Dolor, nicturia, estado emocional, inactividad, medicamentos y trastornos como apnea obstructiva o síndrome de piernas inquietas pueden contribuir.

OBJETIVOS

-Identifiar las principales intervenciones relacionadas con la higiene del sueño.
-Examinar sus efectos sobre la calidad del descanso.
-Describir el papel de enfermería en la educación sanitaria y la promoción de hábitos saludables.

RESULTADOS

En el insomnio crónico, la intervención con mayor respaldo es la terapia cognitivo-conductual.
Integra educación, control de estímulos, ajuste del tiempo en cama, técnicas cognitivas y relajación.
Como apoyo se recomienda una hora estable de levantarse, actividad y luz natural diurnas, rutina tranquila antes de acostarse y reducción de cafeína desde la tarde y alcohol como inductor del sueño.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa breve. Se consultaron PubMed / MEDLINE, Cochrane Library, la guía europea de insomnio y la guía de práctica clínica de la American Academy of Sleep Medicine.

CONCLUSIONES

Los problemas de sueño en las personas mayores requieren valoración individual. Enfermería puede identificar factores clínicos, conductuales y ambientales, reconocer signos de alarma y acordar cambios realistas en horarios, actividad, luz, siestas y entorno.
Las intervenciones breves, el ejercicio adaptado y otras medidas pueden aportar beneficios si se ajustan a movilidad, cognición y seguridad.

María Adoración Belver López, Claudia Hernández Escribano, María Cristina Martín Vega, Leticia Rodríguez del Río, Lorena López Bartolomé, Alba Tocino Río, Nuria Antón González, Miriam Sandín Fernández, Sonia Rosario Río Martín, Marta Mateo Cárdenas, María Pérez Zapater.

Índice de Barthel

El índice de Barthel es una herramienta para medir de forma cuantitativa la independencia física de un paciente. También denominado Índice de la discapacidad de Maryland, utiliza una escala ordinal con diez items donde se evalúan actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), es decir, tareas elementales de autocuidado y supervivencia física, como son alimentación, ducha, vestirse arreglarse, continencia urinaria e intestinal, uso del retrete, trasladarse cama-sillón, deambulación y subir/bajar escaleras.

AUTORES

Sara Mateos Prieto
Marta Marcos Flores
María Nieves Eleceta Lavín
Sandra Pilar Iglesias Cano
Mercedes Rodríguez Rodríguez
Montserrat Curiel Antón
Rodrigo Escobar Gallardo
Natalia Curiel Antón



ANTECEDENTES

Fue desarrollado por la fisioterapeuta Dorotea Barthel y la rehabilitadora Florence Mahoney en los hospitales de pacientes crónicos de Maryland. Aunque se desarrolló a mediados de los cincuenta no fue hasta 1965 cuando se publicó oficialmente.
Posteriormente, se propusieron varias revisiones y fue a finales de los noventa cuando su uso se consolidó firmemente en España.

OBJETIVOS

Ampliar los conocimientos sobre esta herramienta usada en la actualidad a nivel mundial y exponer las ventajas de su uso.

MÉTODO

Para el diseño de este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica de varios artículos en castellano e inglés, consultando Google Académico y utilizando los operadores booleanos AND y OR.

PALABRAS CLAVE

Índice, Barthel, escala, dependencia

CONCLUSIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que conlleva un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades asociadas a la edad. En este contexto, resulta esencial disponer de una herramienta estandarizada que permitan medir de forma objetiva el grado de autonomía funcional en las personas mayores.

RESULTADOS

Es un instrumento de valoración sencillo y rápido de rellenar mediante observación directa.
La puntuación acumulada clasifica al paciente en uno de los cinco estadios de dependencia, reconocidos a nivel legal:
100 puntos: independencia
91-90 puntos: dependencia leve
61-90 puntos: dependencia moderada
21-60 puntos: dependencia grave
0-20 puntos: dependencia total

Se centra exclusivamente en las habilidades motoras y funcionales, sin incluir valoraciones cognitivas ni emocionales. Por esta razón, su uso es especialmente relevante en contextos de rehabilitación física, valoración de la dependencia y planificación de cuidados geriátricos.

DELIRIUM POSTOPERATORIO EN EL PACIENTE ANCIANO

Factores de riesgo, prevención y estrategias anestésicas perioperatorias

Autores: del Rey de Cabo, C., del Rey de Cabo, E., Puerto Ortega, E., Blanco Dorado, C., Alcalá Blanco, C., Méndez Torrubiabo, I., Vicente García, A., Bustos Jiménez, B., Rey Escudero, R., Estefanía Landazuri, GE. Molero Díez, YB. López-Andaluz Mangas, J. Rueda Millán, VM.

Servicio de Anestesiología y Reanimación de Zamora. Hospital Virgen de la Concha

Mejores cuidados, mayor autonomía

1. INTRODUCCIÓN

El delirium postoperatorio (DPO) es una alteración aguda y fluctuante de la atención y la cognición que aparece tras una intervención quirúrgica. En el paciente anciano constituye una complicación frecuente, con importantes repercusiones: mayor morbimortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria, deterioro funcional y pérdida de autonomía. Su origen es multifactorial, combinando la vulnerabilidad previa del paciente con factores precipitantes perioperatorios.[1,2]

2. OBJETIVO

Identificar los principales factores de riesgo del delirium postoperatorio en pacientes mayores y sintetizar las estrategias anestésicas y perioperatorias con evidencia científica para su prevención.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de estudios clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica.

Estrategia de búsqueda

- Base de datos: PubMed/MEDLINE y Cochrane Library
- Periodo: 2015 – 2026
- Términos: "postoperative delirium", "older adults", 'anesthesia", "prevention", "electroencephalography"

Criterios de inclusión

- Pacientes ≥ 65 años
- Estudios en humanos
- Artículos en inglés o español
- Texto completo

Criterios de exclusión

- Estudios en población pediátrica
- Casos clínicos y series < 10 pacientes
- Revisiones narrativas sin metodología sistemática

4. FACTORES DE RIESGO

PREOPERATORIOS	INTRA/POSTOPERATORIOS
• Edad avanzada	• Tipo y duración de la cirugía
• Deterioro cognitivo previo	• Anestesia general
• Fragilidad	• Profundidad anestésica excesiva
• Comorbilidad (HTA, DM, EPOC, etc.)	• Hipotensión intraoperatoria
• Polifarmacia	• Dolor, hipoxia, alteraciones del sueño
• Déficits sensoriales (visión/audición)	• Uso de benzodiacepinas y anticolinérgicos

5. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

El abordaje debe ser multicomponente, comenzando en la consulta preanestésica y continuando en el postoperatorio.

PREOPERATORIO	INTRAOPERATORIO	POSTOPERATORIO
• Valoración cognitiva (4AT, CAM)	• Evitar anestesia profunda (BIS/EEG)	• Detección precoz de delirium (CAM, 4AT)
• Detección de fragilidad	• Mantener la estabilidad hemodinámica	• Control del dolor
• Optimización de comorbilidades	• Preferir anestesia regional cuando sea posible	• Movilización precoz
• Revisión de medicación (deprescripción si es posible)	• Analgesia multimodal	• Sueño y ambiente tranquilo
	• Evitar benzodiacepinas y anticolinérgicos	• Hidratación y nutrición
		• Orientación y apoyo familiar

La combinación de intervenciones no farmacológicas y el uso selectivo de fármacos como la dexmedetomidina pueden reducir la incidencia de DPO, aunque la evidencia requiere más estudios de alta calidad.[3,4]

6. PRINCIPALES ESTUDIOS EN LA LITERATURA

Autor (año)	Diseño	Población (n)	Intervención / Comparación	Resultados principales
Aldecoa C. et al. (2024)[4]	Guía clínica	–	Recomendaciones de la ESAIC sobre prevención y manejo del DPO	Enfoque en identificación de riesgo, medidas no farmacológicas y uso selectivo de fármacos.
Wang Y et al. (2023)[5]	Metaanálisis (11 estudios)	8.432	Profundidad anestésica (BIS/EEG) vs. estándar	Menor incidencia de DPO (RR 0,72; IC 95% 0,58–0,89).
Deschamps A et al. (2024)[3]	Ensayo clínico aleatorizado	1.100	Monitorización EEG vs. estándar en cirugía cardíaca	Menor incidencia de delirium (14% vs. 24%; p=0,02).
Evered L et al. (2018)[6]	Metaanálisis (22 estudios)	11.302	Dexmedetomidina vs. otros anestésicos	Tendencia a menor incidencia de DPO (RR 0,78; IC 95% 0,60–1,01). Mayor riesgo de bradicardia/hipotensión.
Neufeld KJ et al. (2016)[7]	Revisión sistemática (14 estudios)	–	Intervenciones multicomponente	Reducción significativa del DPO (RR 0,50; IC 95% 0,37–0,67).

7. DISCUSIÓN

La evidencia confirma que el DPO es una complicación frecuente y significativa en el anciano. La identificación y la aplicación de medidas preventivas —especialmente las no farmacológicas— son esenciales. La monitorización de la profundidad anestésica y el uso de dexmedetomidina muestran resultados prometedores, aunque la heterogeneidad de los estudios limita la recomendación generalizada. Se requieren más ensayos clínicos de alta calidad y con criterios homogéneos.[1,2,7]



8. CONCLUSIONES

- La identificación preoperatoria del riesgo es fundamental.
- La prevención más sólida se basa en un abordaje perioperatorio coordinado y multicomponente.
- La monitorización EEG y la dexmedetomidina pueden tener un papel en determinados contextos, pero no deben considerarse soluciones universales.
- La detección sistemática del delirium permite reconocerlo y tratarlo precozmente, mejorando el pronóstico.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Aldecoa C. et al. Update of the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium in adult patients. Eur J Anaesthesiol. 2024;41(2):81-108.
2. Evered L. et al. Postoperative delirium in older people: a systematic review. Lancet. 2018;391(10132):1457-1466.
3. Wang Y. et al. The effect of anesthetic depth on postoperative delirium in older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2023;23:719.
4. Neufeld KJ. et al. Interventions to prevent and treat delirium: a umbrella review of randomized controlled trials. Age Ageing. 2016;45(1):232-240.
5. Deschamps A. et al. Electroencephalography-Guided Anesthesia and Delirium in Older Adults After Cardiac Surgery: The ENGAGES-Canada Randomized Clinical Trial. JAMA. 2024;332(2):112-123.
6. Shum P. et al. Dexmedetomidine and postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth. 2022;129(5):e49-e58.
7. European Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (ESAIC). Guidelines on postoperative delirium. Eur J Anaesthesiol. 2024.

SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES DEL MEDIO RURAL

EL PAPEL CLAVE DE ENFERMERÍA EN SU DETECCIÓN Y PREVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada afecta al bienestar de las personas mayores. En el medio rural, la despoblación, la dispersión geográfica y la pérdida de redes de apoyo pueden aumentar el aislamiento y dificultar el acceso a recursos.

OBJETIVOS

General: analizar la función de Enfermería en la detección y prevención de la soledad no deseada.

Específicos: reconocer riesgos, identificar herramientas de valoración y proponer intervenciones comunitarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: revisión bibliográfica narrativa.
Fuentes de consulta: PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, SciELO y Cuiden.
Temas: envejecimiento, soledad, ruralidad y cuidados enfermeros.



FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALERTA

01 **AISLAMIENTO**
Vivir solo, pérdidas afectivas y redes de apoyo limitadas.

02 **ENTORNO RURAL**
Distancias, transporte insuficiente y menor acceso a recursos.

03 **CAMBIOS DE ÁNIMO**
Tristeza, desánimo o sensación persistente de soledad.

04 **AUTOCUIDADO**
Menor participación social y abandono de rutinas.

HALLAZGOS DE LA REVISIÓN

- ✓ La detección precoz ayuda a reconocer situaciones de riesgo.
- ✓ El apoyo emocional y las redes comunitarias favorecen el bienestar.
- ✓ La coordinación sanitaria y social refuerza la continuidad de cuidados.
- ✓ La teleasistencia complementa, pero no sustituye, el contacto humano.

INTERVENCIONES ENFERMERAS

1. **Detección precoz**
   Entrevista, valoración integral y escalas.
2. **Educación para la salud**
   Autocuidado y participación social.
3. **Apoyo emocional**
   Escucha activa y acompañamiento.
4. **Trabajo comunitario**
   Coordinación con asociaciones y servicios sociales.
5. **Innovación y tecnología**
   Teleasistencia y alfabetización digital.

MODELO DE ACTUACIÓN ENFERMERA



1. Detección precoz
2. Valoración enfermera
3. Intervención comunitaria
4. Seguimiento y evaluación

CONCLUSIONES

Enfermería es esencial para detectar, prevenir y abordar la soledad no deseada. La escucha, la proximidad, la coordinación sociosanitaria y la participación comunitaria contribuyen a un envejecimiento más saludable en los pueblos.



Prevención de lesiones por presión en personas mayores: actuación enfermera

Autor: Elena Simón Nieto. **Coautores:** Ana Asensio Mucientes, Gonzalo Ferrero Hernández, Marta De Castro Cabreros, Marina Robles Conde, Silvia Muñoz Sánchez, Jaime Jiménez García, Julia Natalia Garrido Rodríguez.

Resumen

Las lesiones por presión (LPP) constituyen un problema de salud en las personas mayores, especialmente en aquellas con movilidad reducida, dependencia o enfermedades crónicas. Su abordaje requiere un enfoque multidisciplinar en el que las intervenciones enfermeras desempeñan un papel fundamental en la prevención, detección precoz y manejo de las LPP. Entre las principales medidas preventivas destacan la valoración del riesgo, los cambios posturales, el cuidado de la piel, el uso de superficies especiales de apoyo y la educación sanitaria. La identificación de las intervenciones más eficaces resulta fundamental para prevenir estas lesiones, evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Antecedentes

Las lesiones por presión (LPP) afectan especialmente a las personas mayores, que representan aproximadamente el 84 % de los casos. Su tratamiento supone una importante carga económica para el sistema sanitario, con un coste que puede ser hasta cuatro veces superior al de su prevención. Aunque no todas son evitables, muchas pueden prevenirse mediante intervenciones enfermeras basadas en la evidencia científica y siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas internacionales.

Objetivos

- Identificar las principales intervenciones enfermeras para la prevención de lesiones por presión en personas mayores.
- Analizar la importancia de la valoración del riesgo y de los cuidados preventivos individualizados.
- Examinar la evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones enfermeras en la reducción de las lesiones por presión.

Palabras clave

Úlceras por presión, enfermería, prevención, personas mayores, educación sanitaria.

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, SciELO y Cochrane, complementada con la consulta de documentos de la GNEAUPP. Se incluyeron artículos publicados entre 2016 y 2026, en español o inglés, utilizando palabras clave como *pressure ulcer, nursing, prevention, older adults*.

Resultados

Valoración del riesgo

- Aplicar escalas validadas (Braden o Norton) al ingreso, preferiblemente durante las primeras 8 horas, para identificar a los pacientes con riesgo.
- Reevaluar el riesgo según la evolución del paciente.

Cuidado de la piel

- Mantener la piel limpia, hidratada y seca.
- Utilizar limpiadores suaves con pH equilibrado y productos barrera frente a la humedad.
- Evitar la fricción y los jabones alcalinos.

Nutrición e hidratación

- Garantizar una ingesta adecuada de líquidos y nutrientes.
- Adaptar el apoyo nutricional a las necesidades individuales.

Cambios posturales y superficies especiales de manejo de la presión (SEMP)

- Individualizar la frecuencia según movilidad, actividad y estado clínico. (Cada 2-4 horas).
- Seleccionar colchones y superficies de apoyo según las necesidades del paciente.

Educación y participación

- Implicar al paciente y familiares en el plan de cuidados.
- Formar al personal de enfermería en medidas preventivas y detección precoz.

Conclusiones

La prevención de las LPP en personas mayores requiere cuidados enfermeros individualizados y basados en la evidencia. La valoración del riesgo, los cambios posturales, el cuidado de la piel, el uso de SEMP y la educación sanitaria son medidas clave para prevenirlas. Asimismo, las guías clínicas y el trabajo multidisciplinar contribuyen a mejorar la atención y evitar complicaciones.

Bibliografia

EFICACIA FARMACOLÓGICA EN LA REDUCCIÓN Y LA PROGRESIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONAL EN FASES TEMPARANAS EN LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.

AUTORES: Ester Calvo Franco, Diana Luelmo Domínguez, Covadonga Perez Gutierrez, Marta Perez Monzálvez, Seila Patricia González Quintano, Aránzazu Fuentesauco Collantes, Lucía Bragado Miguel y Marta Miguel González.

1. RESUMEN:
La enfermedad del alzheimer en una enfermedad neurodegenerativa progresiva caracterizada por alteraciones del lenguaje, la memoria, la orientacion y otras funciones cognitivas, como una perdida progresiva de la autonimia para realizar actividades cotidianas.
La intervencion farmacológica en fases tempranas de la enfermedad del Alzheimer, pretende mejorar o mantener la funcion cognitiva, presenvar la capacidad funcional y ralentizar la progresion clínica, en algunos casos.

2. PALABRAS CLAVES:
Deterioro cognitivo, deterioro funcinal, Alzheimer, fases tempranas, tratamiento farmacológico.



3. ANTECEDENTES:
La enfermedad de Alzheimer constituye la principal causa de demencia y se caracteriza por un deterioro progresivo de las capacidades cognitivas, que repercute directamente en la autonomía personal.
Tradicionalmente, el tratamiento farmacológico se ha basado en los inhibidores de la acetilcolinesterasa, como donepezilo, rivastigmina y galantamina, dirigidos a mejorar los síntomas cognitivos.
En los últimos años han surgido nuevos tratamientos modificadores de la enfermedad, como lecanemab y donanemab, anticuerpos monoclonales dirigidos contra la proteína beta-amiloide, que han demostrado una ralentización del deterioro clínico en pacientes seleccionados con enfermedad de Alzheimer temprana.
Por ello, resulta relevante analizar si la intervención farmacológica precoz puede contribuir a preservar las capacidades cognitivas y funcionales y retrasar la pérdida de autonomía.

4. OBJETIVOS:
Evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológicos en la reducción del deterioro cognitivo y funcional y en el retraso de la progresión de la enfermedad de Alzheimer en fases tempranas.

5. MÉTODO:
Estudio descriptivo. Revisión bibliográfica de la literatura cientifica.

6. RESULTADOS:
Permite destacar tres aspectos:
- Los inhibidores de la acetilcolinesterasa presentan beneficios sintomáticos modestos sobre la cognición y las actividades de la vida diaria.
- Lecanemab y donanemab han demostrado una reducción de la velocidad del deterioro clínico frente a placebo, aunque no recuperan las capacidades cognitivas perdidas ni detienen la enfermedad.
- Los anticuerpos antiamiloide pueden producir anomalías en las pruebas de neuroimagen relacionadas con amiloide (ARIA), como edema cerebral y microhemorragias, por lo que requieren selección rigurosa y seguimiento mediante resonancia magnética.

7. CONCLUSIONES:
Los tratamientos farmacológicos pueden contribuir a reducir el impacto del deterioro cognitivo y funcional en las fases tempranas del Alzheimer. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa ofrecen beneficios sintomáticos modestos, mientras que lecanemab y donanemab han demostrado ralentizar la progresión clínica en pacientes seleccionados. Sin embargo, ninguno detiene ni cura la enfermedad, por lo que el diagnóstico precoz y el tratamiento individualizado son fundamentales para preservar la autonomía y la calidad de vida.



Neuroinmunología y nutrición

Covadonga Pérez Gutiérrez, Seila Patricia Gonzalez Quintano, Marta Pérez Monzálvez, Lucía Bragado Miguel, Ester Calvo Franco, Aránzazu Fuentesaúco Collantes, Diana Luelmo Domínguez, Marta Miguel González

Resumen

La neuroinmunología y la nutrición constituyen disciplinas clave en la comprensión de la salud integral, al explorar la interacción bidireccional entre el sistema nervioso y el sistema inmunitario. Una alimentación adecuada puede modular la respuesta inmunitaria, influir en la inflamación y favorecer el equilibrio neuroinmunológico, con implicaciones relevantes en el envejecimiento y en la prevención de enfermedades.

Palabras clave

Neuroinmunología; nutrición; inflamación; sistema nervioso; sistema inmunitario.

Antecedentes

El eje intestino-cerebro-inmunidad ha cobrado un gran interés en los últimos años, evidenciando cómo la microbiota, los nutrientes y los metabolitos bioactivos influyen en la función cerebral y en la respuesta inmune. La inflamación crónica de bajo grado se asocia con un mayor riesgo de enfermedades neurodegenerativas y desórdenes inmunitarios.

Objetivos

Analizar la relación entre la nutrición, el sistema inmunitario y la función neurológica, así como identificar patrones alimentarios que contribuyan al mantenimiento de la salud cognitiva e inmune en la población adulta y mayor.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, Web of Science) y literatura gris, seleccionando estudios publicados en los últimos 10 años que abordaran la relación entre nutrición, sistema inmunitario y función cerebral. Se analizaron ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas.

Resultados

Una alimentación equilibrada, rica en nutrientes antiinflamatorios (omega-3, vitaminas D y E, polifenoles) y en fibra, se asocia con una mejor respuesta inmunitaria, menor inflamación y mayor salud cerebral. Por el contrario, dietas ricas en azúcares y grasas saturadas pueden favorecer procesos inflamatorios y deterioro cognitivo.

Conclusiones

La nutrición desempeña un papel esencial en la modulación del sistema neuroinmunológico, influyendo en la respuesta inmune, la inflamación y la función cerebral. Una dieta equilibrada puede contribuir al envejecimiento saludable, reducir el riesgo de enfermedades neurodegenerativas y mejorar la calidad de vida. Se requieren más estudios para establecer recomendaciones nutricionales personalizadas según el perfil inmunológico y neurológico de cada individuo.

VIII Congreso Internacional Silver Economy

Conocimientos sobre los deepfakes sexuales en personas de 50 a 75 años

Vicente Morell-Mengual

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación • Universitat de València

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Introducción

El desarrollo de la inteligencia artificial ha facilitado la creación de *deepfakes*, contenidos audiovisuales manipulados o generados artificialmente que pueden representar de forma realista a personas en situaciones ficticias (Abbas y Taeihagh, 2024). Entre sus aplicaciones más preocupantes se encuentran los *deepfakes* sexuales, que permiten generar imágenes y vídeos de contenido intimo de personas reales sin su consentimiento (Flyn et al., 2025).

La creciente accesibilidad de estas tecnologías plantea nuevos desafíos para la privacidad, la seguridad y la protección de los derechos individuales. En este contexto, conocer qué son los *deepfakes* sexuales, cómo se producen y cuáles son sus implicaciones resulta fundamental para reconocer este fenómeno y prevenir sus riesgos (Samaha y Hawi, 2026).

Objetivo

Sin embrago, el conocimiento sobre esta forma de violencia digital en la población adulta de mayor edad ha recibido una atención cientifica limitada, por lo que resulta pertinente explorar hasta qué punto este grupo poblacional identifica sus características y manifestaciones.

Método

168 personas
(50–75 años)
M = 56,72; DT = 6,35
58,3% hombres | 41,7% mujeres

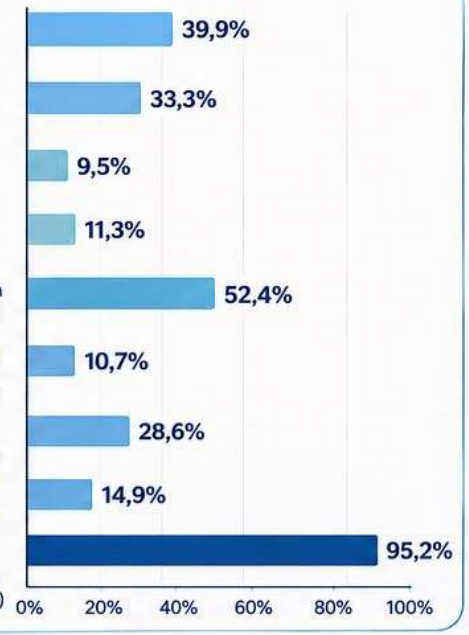
Cuestionario ad hoc de 9 items (dicótomicos: verdadero/falso).

Cuestionario online, difusión en redes sociales. Consentimiento informado.

Resultados

Los porcentajes de error oscilaron entre el 9,5% y el 95,2%.

1. Los primeros casos de agresiones mediante *deepfakes* sexuales acontecen en menores de 12 años (V) — 39,9%
2. La razón más habitual para crear *deepfakes* sexuales es la curiosidad y la experimentación tecnologica (F) — 33,3%
3. Crear o difundir deepfakes sexuales no tiene consecuencias legales (F) — 9,5%
4. Solo personas con conocimientos avanzados en informática pueden crear *deepfakes* sexuales realistas (F) — 11,3%
5. Para hacer un deepfake sexual realista se necesitan fotos intimas o desnudas de una persona (F) — 52,4%
6. Los deepfakes sexuales solo engañan a quienes no tienen relación cercana con la persona que se ve en la imagen o el vídeo (F) — 10,7%
7. Modificar una imagen para simular que una persona lleva un traje de baño que no estaba en la foto original no es un deepfake sexual (F) — 28,6%
8. Crear un vídeo deepfake que muestra a dos personas besándose (V) — 14,9%
9. Los/as agresores/as comparten principalmente los *deepfakes* sexuales que crean a través de redes sociales (F) — 95,2%



Hallazgos clave

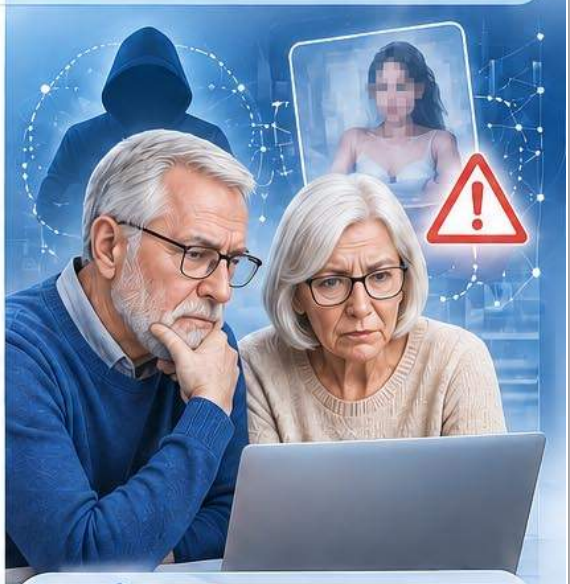
95,2%
Error en la creencia sobre las vías de difusión

52,4%
Error sobre los materiales necesarios para crearlos

39,9%
Error sobre la edad de las primeras víctimas

Conclusiones

Los resultados evidencian lagunas de conocimiento sobre determinados aspectos de los *deepfakes* sexuales en las personas participantes, especialmente sobre su difusión y creación. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de promover iniciativas de alfabetización digital y prevención de la violencia sexual digital dirigidas también a la población adulta. No obstante, el carácter no probabilistico y el tamaño de la muestra limitan la generalización de los resultados.



Alfabetización digital, clave para prevenir

Acompañar, también sana

EL CUIDADOR
de la persona mayor hospitalizada

Cuidar también es un acto de amor

Resumen

El cuidador de la persona mayor hospitalizada desempeña un papel fundamental en su bienestar físico, emocional y social. Su apoyo favorece la recuperación, previene complicaciones y mejora la calidad de vida durante la estancia hospitalaria.

Autores

- Sara Mateos Prieto
- Marta Marcos Flores
- María Nieves Eleceta Lavin
- Sandra Pilar Iglesias Cano
- Mercedes Rodríguez Rodríguez
- Montserrat Curiel Antón
- Rodrigo Escobar Gallardo
- Natalia Curiel Antón

Hospital Rio Hortega Valladolid

Palabras clave

Cuidador, persona mayor, hospitalización, cuidado, bienestar.

Antecedentes

- El envejecimiento poblacional aumenta.
- La hospitalización genera dependencia.
- El cuidador es clave en la recuperación.



Juntos por su bienestar

Objetivos

- Informar sobre la importancia del cuidador.
- Promover cuidados seguros y efectivos.
- Mejorar la experiencia hospitalaria del adulto mayor.

Método

- Revisión de literatura científica y guías de cuidado.
- Análisis de recomendaciones de enfermería.
- Enfoque en la atención integral del adulto mayor.

Resultados

- El cuidador reduce la ansiedad y el estrés.
- Previene complicaciones (caídas, infecciones).
- Favorece la adherencia al tratamiento.
- Mejora la comunicación y el estado emocional.

Conclusiones

- El cuidador es un pilar en la atención del adulto mayor hospitalizado.
- Su apoyo mejora la recuperación y el bienestar.
- Es clave brindar orientación y apoyo continuo.

Cuidar es vida

TITULO: Propósito vital, sentido de la vida y longevidad en personas mayores

Autores: Teresa Álvarez Codesal, Ana Belén Acebes Antón, Adai Sancho Pozurama, Saray Fernández Delgado, Mª Ángeles Sánchez Juan, Mª del Carmen Vicente Sevillano, Tamara Crespo Cisneros, Mª Encarnación Conde Prieto, Lara Toribio Gómez. Ana Sola Montoro. Verónica Jimeno Encinas

Palabras clave: Longevidad, Envejecimiento saludable, Bienestar.

RESUMEN

El propósito vital se asocia a mayor bienestar y longevidad en polación mayor. Exite una relación directa entre el sentido de la vida y hábitos saludables, destacando el papel protector frente al deterioro funcional y emocional.

ANTECEDENTES

La longevidad plantea retos de salud biopsicosocial. Hay estudios que señalan que un propósito vital sólido favorece la salud mental, resiliencia y menor mortalidad en adultos.

OBJETIVOS

- Evaluar la relación entre el propósito vital y e sentido de la vida en personas de más de 65 años.
- Analizar su impacto en la longevidad percibida y bienestar.
- Identificar factores asociados a un envejecimiento saludable.

MÉTODO

Estudio transvestal con una muestra n=312 adultos >65 años en la provincia de Zamora.
Cuestionnarios validados :PIL-10 para el sentido de la vida, Ryff Purpose-in –Life, encuesta de hábitos y salud.
Análisi estadístico descriptivo y de correlación de Pearson, $p<0,05$

RESULTADOS

El 72% refiere propósito vital alto, asociado a mayor sentido de la vida. Se observó relación positiva con actividad física, redes de apoyo y satisfacción vital. Menor prevalencia de soledad y síntomas depresivos.

CONCLUSIONES

Un propósito vital elevado fortatalece el sentido de la vida y se vincula a mejor bienestar y longevidad saludable.
Promover programas que fomenten metas vitales y participación social es clave en el envejecimiento activo.

Inteligencia artificial en la prevención y detección precoz del estreñimiento en personas mayores





María Sonia Cabero Pérez, Manuel Blazquez Bautista, Silvia Gutierrez Pascual, Ana Belén Martín Castrillo, María del Carmen Zaballos Bautista y Enrique Vega Méndez.

RESUMEN

El estreñimiento es uno de los problemas gastrointestinales más frecuentes en las personas mayores que afecta de forma significativa en su calidad de vida. La inteligencia artificial (IA) ofrece nuevas posibilidades para mejorar su abordaje mediante la identificación de factores de riesgo, destacando el análisis de patrones intestinales y la personalización de intervenciones preventivas. Su aplicación en el ámbito sanitario favorece la detección precoz, un seguimiento más optimo y una atención más individualizada. Este trabajo pone de manifiesto el potencial de estas tecnologías como herramientas complementarias en los cuidados gerátricos, destacando el papel de la enfermería en su implementación.

OBJETIVOS

Identificar herramientas tecnológicas que permitan análisis intestinales y los factores de riesgo.
Valorar su utilidad para la atención de cuidados y mejorar la calidad asistencial.
Destacar el papel de enfermería en la supervisión y aplicación de estas tecnologías.

ANTECEDENTES

El estreñmiento en las personas mayores se asocia no solo a cambios fisiológicos, también a menor movilidad, modificaciones dietéticas y otros factores como la cirugía.
La inteligencia artificial permite identificar patrones relacionales con alteraciones del tránsito intestinal. Mediante algoritmos predictivos, aplicaciones digitales y sistemas de monitorización, se reconocen situaciones de riesgo y se anticipan intervenciones efectivas. Estas herramientas representan una oportunidad para mejorar la prevención y los cuidados individualizados en geriatría, siempre bajo supervisión profesional.

CONCLUSIONES

La inteligencia artificial representa una herramienta prometedora para avanzar hacia unos cuidados geriátricos basados en la prevención, personalización y proactivos. Su aplicación facilita la identificación de patrones intestinales de riesgo y mejora el seguimiento de dichos hábitos intestinales.
La Técnico de Cuidados de Enfermría (TCE) desempeña un papel crucial en la interpretación de los datos, la educación sanitaria y la supervisión de las intervenciones. No obstante, es necesario disponer de estudios clínicos específicos que demuestren su eficacia, seguridad y utilidad real, garantizando siempre la privacidad de los datos y la supervisión profesional.

PALABRAS CLAVE:

Inteligencia artificial, estrémimiento, personas mayores, enfermedad, cuidados genéricos, prevención.

RESULTADOS

Las nuevas tecnologías digitales relacionadas con atención geriátrica permite identificar varias aplicaciones realmente útiles para el control del extreñimiento:

- **Detección precoz:** identificación de patrones de riesgo mediante el análisis de antecedentes clínicos, movilidad, alimentación y medicación.
- **Monitorización intestinal:** registro y análisis de la frecuencia y características de las deposiciones.
- **Prevención personalizada:** recomendaciones adaptadas sobre hidratación, alimentación, actividad física y hábitos defecatorios.
- **Apoyo asistencial:** alertas que faciliten la identificación de cambios en el patrón intestinal y la priorización de la valoración enfermera.

Estas aplicaciones ayudan de forma dinámica a mejorar la continuidad asistencial, aunque su eficacia específica en la prevención del estreñimiento geriátrico requiere mayor validación clínica.

MÉTODO

Revisión bibliográfica descriptiva entre 2020 y 2026.
Bases de datos: PubMed, ScienceDirect, SciELO, Medline, Dialnet y Cochrane Plus.
Operadores booleanos: AND Y OR.
Artículos seleccionados: 22 artículos según criterios de calidad metodológica y relevancia clínica

BIBLIOGRAFÍA

EL RELOJ CIRCADIANO Y EL ENVEJECIMIENTO

1. Resumen



El **reloj circadiano regula procesos biológicos esenciales** como el **sueño-vigilia, el metabolismo y la homeostasis celular.**
Todos estos procesos biológicos pueden ser afectados en la vejez. Alteraciones del sueño-vigilia, descanso, funcionalidad y bienestar.

Para **sincronizar** el reloj biológico **se intervendrá mediante, hábitos saludables y rutinas estables.**

2. Autores

MARIA DEL MAR HERVÁS DELGADO,
MARÍA ESPERANZA CARRASCAL LÁZARO,
SONIA MARÍA ORTEGA ALBERTO,
MARÍA DE LAS MERCEDES RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ,
MARÍA DE LAS MERCEDES VIDAL SARMIENTO,
ALICIA RODRÍGUEZ MOLPECERES,
ANA ISABEL GARCÍA ÁLVAREZ,
MARÍA ELENA FERNÁNDEZ ESCUDERO.

3. Palabras clave

- Reloj circadiano
- Envejecimiento
- Sueño-vigilia
- Melatonina
- Higiene del sueño
- Cuidados gerontológicos

4. Antecedentes

El reloj circadiano se **localiza en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo** y **recibe** principalmente **información de la luz a través de los ojos**.

Regula el sueño y la vigilia, la secreción de **melatonina**, la **temperatura corporal**, el **apetito**, el **metabolismo** y los niveles de atención y actividad física.

El envejecimiento puede modificar estos ritmos, mientras que la falta de luz diurna, los horarios irregulares y la exposición a luz intensa durante la noche pueden alterar su funcionamiento.

5. Objetivos

Favorecer un **ritmo circadiano estable en las personas mayores** para **mejorar la calidad del sueño, la funcionalidad, el estado cognitivo y el bienestar.**

- Identificar los cambios circadianos asociados al envejecimiento.
- Intervenir las consecuencias de las alteraciones del sueño.
- Intervenciones gerontológicas para favorecer el ciclo sueño-vigilia.





6. Método

Abordaje gerontológico promocionando **hábitos saludables**:

- **Exposición a la luz natural** 20–30 min. por la mañana.
- **Horarios regulares** de sueño, comidas y medicación.
- **Actividad física.**
- **Higiene del sueño**: reducir la luz y el ruido, las siestas a 20–30 minutos.
- **Cena ligera** 2–3h. antes de dormir.
- **Estimulación cognitiva y social** mediante lectura, juegos, talleres y actividades de convivencia.





Sueño	Enfermedades asociadas	Estrategias	Mecanismos moleculares
La fragmentación del sueño aumenta con la edad y está vinculada a la desregulación circadiana. (Hood S,Amir S, 2017)	*La alteración circadiana se asocia a mayor riesgo de enfermedades metabólicas, neurodegenerativas y cardiovasculares.* (Zhao J et al., 2019)	*El ejercicio, la alimentación y la exposición a la luz pueden ayudar a mantener la sincronización circadiana.* (Acosta-Rodríguez VA et al., 2021)	*El reloj circadiano se relaciona con la senescencia celular, el estrés oxidativo y la regulación metabólica.* (Verma AK et al., 2025)

7. Resultados



Entre los principales c**ambios asociados al envejecimiento** destacan:

- Tendencia a **dormirse y despertarse más temprano**.
- **Sueño más corto y fragmentado**, con **despertares** frecuentes.
- **Menor** producción de **melatonina**.
- Mayor **somnolencia diurna**.
- Estas alteraciones pueden asociarse a un mayor riesgo de insomnio, fatiga, caídas, deterioro cognitivo y síndrome confusional.

8. Conclusiones

El envejecimiento puede alterar el ritmo circadiano y repercutir en el sueño y el bienestar de las personas mayores. La exposición a la luz natural, las rutinas estables, la actividad física adaptada y una adecuada higiene del sueño son medidas relevantes en el cuidado gerontológico.

- La intervención enfermera y el trabajo transdisciplinar contribuyen a promover hábitos saludables y a favorecer la calidad de vida de las personas mayores.



Fragilidad y Sarcopenia en el Adulto Mayor

Ejercicio físico y suplementación proteica para mejorar la fuerza muscular y la funcionatidad

Envejecimiento activo y saludable

Autores: María del Pilar Álvarez Martín | Estefanía Cuesta Rubio | Sara Aita Santos | Miriam Diez Collantes | Paula García Enrique | Laura Santamaría Gonzalez | Jessica Bastida Medina | Noemi Matos Apolinar

Hospital Universitario Rio Hortega

1. Resumen

La **fragilidad** y la **sarcopenia** son problemes frecuentes asociades al envejerimiento, caracterizados por la pérdida de fuerza y función muscular, que pueden provocar caidas y dependencia.

Objetivo: analizar la evidencia sobre el **ejercicio fisico** cominnado con **suplementación proteica** frente el cuidado habitual para majorar la fuerza y la funcionalidad.

Conclusión: el ejercicio y una adecuada nutrición con claves para un envejecimiento saludable.

4. Antecedentes

- Envejecimiento: mayor riesgo de fragilidad y sarcopenia.
- Relación con **caidas, fracturas y pérdida de autonomía.**
- Detección procos en Atención Primaria:
  - SPPR, velocidad de la marcha, test FRAIL.
- Estratagias clave: ejercicio, nutrición y revisión de la medicación.

3. Palabras Clave

Fragilidad • Sarcopenia • Adulto mayor • Ejercicio fisico
Entrenamiento de fuerza • Suplementación proteica

5. Objetivos

Objetivo general:

Analizar la evidencia sobre el ejercicio firico y la suplementación proteica para mejorar la fuerza muscular y la funcionalidad en mayores de 65 años.

Objetivos específicos:

- Identificar beneificas del ejercicio de fuerza.
- Analizar la importancia de la suplementación proteica.
- Conocar avances en la detección precoz.
- Examinar la relación con cateoporozis.
- Destacar el abordaje multidisciplinar.

6. Método

Revisión bibliográfica con la pregunta PICD:

- **P:** Adultus mayores de 65 años
- **I:** Ejercicio + proteines
- **C:** Cuidado habitual
- **O:** Fuerza y funcionalidad

Fuentes: PubMed, Cochrane, Google Académice, SciELO y Dialnet

Estratagia de búsquede: (frallly OR sarcopenia) ANO (exercise OR proteer supplementation)

7. Resultados

Ejercicio fisico
Entrenamiento de fuerza y ejercicio multiconmomente para preservar la mara muscular.

Suplementación proteica
Aporte adecuado de proteinas para mantener el músculo.

Obesidad sarcopénica
Cuidado al tratar la pérdida de peso en mayores.

Detección precoz
SPPR, velocidad de la marcha, FRAIL y ecografia muscular.

Relación músculo-hueso
Fragilidad, carcopenia y asteoporosis: un mismo riesgo.



2. Conclusiones

- El ejercicio fisico de fuerza y multicomponente es fundamental.
- La suplementación proteica puede ser un complemento.
- La detección proces y el abordaje multidisciplinar previenen la dependencia.

El ejercicio y una nutrición adecuada son pilares para un envejecimiento saludable

8. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de le fragilidad y caidas en la persona mayor (2028).
2. Treating Sarcopenic Obesity in the Era of Incretin Therapies. Diabetes (2025).
3. SEMEG. Descubrimiento de la sarcopenia y fragilidad mediante ultrasonido muscular.
4. Fragilidad, sarcopenia y osteopprosis: Medicina Clinica (2025).
5. Sarcopenia en el adulto mayor: impacto funcional y estrategias de prevención.

DISFAGIA EN LAS PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS

El papel de enfermería en la detección precoz y la prevención de complicaciones

Estefania Cuesta Rubio, Noemi Matos Apolinaro, Sara Aita Santos, Miriam Diez Collantes, María del Pilar Álvarez Martín, Paula García Enrique, Laura Santamaria González, Jessica Bastida Medina



ANTECEDENTES

La disfagia es una alteración de la deglución frecuente en las personas mayores y se asocia a un mayor riesgo de desnutrición, deshidratación, aspiración y neumonía. Su detección temprana y el abordaje multidisciplinar son fundamentales para prevenir la seguridad, la autonomía y la calidad de vida del paciente.
Gerátrico. La enfermera desempeña un papel clave en la identificación de signos de alarma, la adaptación de la alimentación y la educación a pacientes y cuidadores.

OBJETIVO

Identificar las principales intervenciones enfermeras dirigidas a la detección precoz de la disfagia y a la prevención de sus complicaciones en las personas mayores hospitalizadas.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica narrativa.
Fuentes: PubMed/MEDLINE, Google Académico.
Operadores booleanos: AND / OR. Se seleccionaron artículos científicos, guías clínicas y documentos relacionados con la disfagia y sus cuidados en población genérica.

PALABRAS CLAVE
Disfagia - Personas mayores - Envejecimiento saludable - Deglución - Cuidados de enfermería - Seguridad del paciente

RESULTADOS

DETECCIÓN PRECOZ:

- Identificación de tos durante las comidas.
- Cambios en la voz tras la ingesta.
- Dificultad para tragar sólidos o líquidos.

PREVENCIÓN DE DESHIDRATACIÓN:

Control de la ingesta hídrica.
Adaptación de texturas y uso espesantes.

PREVENCIÓN DE DESNUTRICIÓN:

Valoración nutricional periódica.
Seguimiento del peso y del apetito.

SEGURIDAD DURANTE LA ALIMENTACIÓN:

Posición incorporada a 90°.
Supervisión durante las comidas. Administración segura de alimentos y líquidos.

EDUCACIÓN SANITARIA:

Formación a familiares y cuidadores.
Recomendaciones sobre conocimientos seguras.
Detección de signos de alarma.

CONCLUSIONES:

La disfagia constituye un problema frecuente y potencialmente grave en las personas mayores.
La detección precoz, la valoración continua y la implementación de medidas preventivas permiten reducir el riesgo de aspiración, desnutrición y deshidratación.
La enfermería ocupa una posición estratégica en la identificación temprana de la disfagia y en la promoción de una alimentación segura, contribuyendo a mantener la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

MENSAJE CLAVE:

Detectar la disfagia a tiempo permite prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida de las personas mayores.

La modificación de texturas, las estrategias de alimentación y la rehabilitación de la deglución han mostrado beneficios sobre la seguridad alimentaria y el estado nutricional de los pacientes mayores.

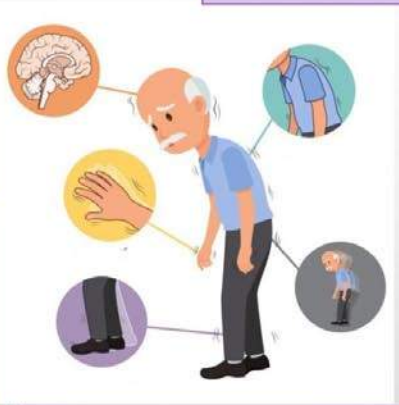
ENFERMEDAD DE PARKINSON: SÍNTOMAS MOTORES Y NO MOTORES

AUTORES:María Chacón martínez ,Raquel Pinto Peñuelas ,Marta Rodríguez Barrientos,Rubén González Gómez ,María Teresa Diez Alonso,Iván Fernández PérezT,Marta de la Torre Sánchez,Anabel Silvan Diaz ,Daniel Nicolás Laso,Ana Patricia Campos Moreno,Andrea Sevilla López,Eva Diez Villarroel ,Javier González Martínez ,Ana Luis Ros ,Noelia Iglesias García ,Carmen García Mulas ,Víctor Merayo Domínguez,Carla Barroso Fernández ,David Collina Fernández,Patricia Martínez Barreda ,Andrea Ramos Martínez,Claudia Maya Bahamonde,María Cuervo Díez,Andrea Martín Martínez ,Ester María López DominguEZ,Valvanera Escrich Iturbe,María Gloria Alonso González,Aitziber Ortega Plaza,Beatriz Magariño Álvarez ,Daniel García Gallego ,Alba Manzanedo Juárez ,María Dolores Herrero Sánchez,Nuria Portas Castellanos,Jose María Márquez Pérez ,Bastian Martín García ,Elena Pérez Jiménez ,Carla Ramos Alvarez,Cristina Vidal Aparicio,Alicia Paniagua Gómez,Yolanda Fernández Grande,Sandra Simón Cascón,Sara Ferrero Valle,Julia Alvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido

INTRODUCCIÓN Introducción. La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo, crónico y progresivo asociado a la pérdida de neuronas dopaminérgicas, especialmente en la sustancia negra. Su presentación es heterogénea: junto a los síntomas motores característicos aparecen manifestaciones no motoras que pueden preceder a los problemas de movimiento y condicionar de forma importante la autonomía y la calidad de vida. No existe actualmente un tratamiento curativo; el abordaje es sintomático, individualizado y multidisciplinar

METODOLOGÍA Diseño: revisión bibliográfica narrativa de publicaciones científicas y revisiones sistemáticas. Bases consultadas: PubMed y PEDro. Estrategia: términos en inglés y español: Parkinson disease, Parkinson, motor symptoms, non-motor symptoms, physiotherapy, exercise, gait y balance; combinados mediante AND/OR. Se priorizaron revisiones, metaanálisis y estudios clínicos pertinentes publicados principalmente entre 2017 y 2026. Selección: se sintetizaron artículos clave sobre manifestaciones clínicas y evidencia de fisioterapia. La búsqueda de PEDro con el término Parkinson mostró alrededor de 970 registros en los resultados consultados; esta cifra corresponde al resultado global de la consulta, no al número de estudios incluidos en esta síntesis.

SÍNTOMAS MOTORES Síntomas motores principales • Bradicinesia: lentitud y reducción progresiva de la amplitud del movimiento; es un signo cardinal. • Temblor de reposo: movimiento rítmico involuntario, habitualmente más evidente en reposo. • Rigidez: aumento de la resistencia al movimiento pasivo. • Alteración postural y del equilibrio: dificultad para mantener la estabilidad y aumento del riesgo de caídas. • Alteraciones de la marcha: pasos cortos, menor braceo, festinación y congelación (freezing).



SÍNTOMAS NO MOTORES Síntomas no motores • Neuropsiquiátricos/cognitivos: depresión, ansiedad, apatía, alteraciones cognitivas y, en algunos casos, alucinaciones. • Sueño: insomnio, somnolencia diurna y trastorno de conducta del sueño REM. • Autonómicos: estreñimiento, hipotensión ortostática, síntomas urinarios y disfunción sexual. • Sensoriales y otros: hiposmia, dolor, fatiga, sudoración y alteraciones visuales

RESULTADOS Hallazgos de la literatura 1. La EP no se limita al temblor: los síntomas no motores son frecuentes, pueden aparecer temprano y contribuyen de forma sustancial a la discapacidad y a la pérdida de calidad de vida. 2. La combinación de bradicinesia con rigidez y/o temblor constituye el patrón clínico motor central para el diagnóstico; la inestabilidad postural y las alteraciones de la marcha pueden ganar relevancia con la evolución. 3. La evidencia de fisioterapia respalda el ejercicio y programas individualizados para mejorar la función motora. Revisiones y metaanálisis describen beneficios de entrenamiento aeróbico, fuerza, equilibrio, marcha, estrategias con claves externas y ejercicio mente-cuerpo. 4. Los efectos sobre síntomas no motores son prometedores, pero la evidencia es más variable y no permite afirmar que una modalidad sea superior para todos los pacientes.

CONCLUSIÓN La enfermedad de Parkinson presenta un conjunto amplio de manifestaciones motoras y no motoras. Reconocerlas de forma precoz permite orientar una valoración integral y un plan terapéutico individualizado. La fisioterapia, especialmente mediante ejercicio continuado y entrenamiento funcional de marcha, equilibrio y fuerza, es un componente relevante del abordaje multidisciplinar, junto con el tratamiento médico y el apoyo psicológico y social

BIBLIOGRAFÍA 1. Armstrong MJ, Okun MS. Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. JAMA. 2020;323(6):548–560. doi:10.1001/jama.2019.22360. PubMed 2. Kobylecki C. Update on the diagnosis and management of Parkinson's disease. Clin Med (Lond). 2020;20(4):393–398. doi:10.7861/clinmed.2020-0220. PubMed 3. Yang Y, et al. Effect of Physiotherapy Interventions on Motor Symptoms in People With Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Biol Res Nurs. 2023;25(4):586–605. doi:10.1177/10998004231171587. PubMed 4. Ernst M, et al. Physical exercise for people with Parkinson's disease: a systematic review and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2023;1:CD013856. doi:10.1002/14651858.CD013856.pub2. Texto completo 5. Still A, et al. Relationships between physical activities performed under free-living conditions and non-motor symptoms in people with Parkinson's: a systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil. 2024;38(11):1534–1551. doi:10.1177/02692155241272967. PubMed 6. PEDro. Physiotherapy Evidence Database. Búsqueda avanzada: Parkinson; registros de ensayos, revisiones y guías. PEDro (consulta: 02/11/2026)

POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA:

ACTUALIZACIÓN SOBRE SU ABORDAJE Y FISOTERAPIA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

AUTORES

Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martínez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroós Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martínez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez

PALABRAS CLAVE: Peripheral neuropathy; Physical therapy; Exercise; Balance; Older adults; Fall prevention

1. RESUMEN

La polineuropatía periférica (PNP) es una alteración frecuente en la población adulta mayor, caracterizada por un daño difuso de los nervios periféricos que produce síntomas sensitivos, motores y autonómicos, con un importante impacto en la funcionalidad y la calidad de vida. La fisioterapia juega un papel clave en el manejo de sus manifestaciones, especialmente en la mejora del equilibrio, la marcha y la fuerza, contribuyendo a la prevención de caídas y al mantenimiento de la independencia funcional.

2. ANTECEDENTES

- La PNP afecta aproximadamente al 7–10 % de la población general, aumentando su prevalencia con la edad (> 50 años).
- Las etiologías más frecuentes en el adulto mayor incluyen la diabetes mellitus, la toxicidad por fármacos, el déficit de vitamina B12 y las causas idiopáticas.
- Se asocia con alteraciones sensitivas, debilidad muscular, trastornos del equilibrio y mayor riesgo de caídas, con un impacto negativo en la autonomía y la calidad de vida.
- El ejercicio terapéutico y la fisioterapia se consideran intervenciones seguras y eficaces para mejorar la función física en esta población.

3. OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica actual sobre los efectos de la intervención fisioterapéutica en personas adultas mayores con polineuropatía periférica, centrándose en:

1. Mejorar el equilibrio y la marcha.
2. Aumentar la fuerza muscular.
3. Reducir el riesgo de caídas y mejorar la funcionalidad.

4. MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, PEDro y Cochrane Library, siguiendo una estrategia de búsqueda con los términos "peripheral neuropathy", "physical therapy", "exercise", "balance", "older adults" y "fall prevention", combinados con operadores booleanos (AND/OR).

- Se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos en adultos ≥ 50 años con PNP.
- Se seleccionaron estudios que analizaran intervenciones fisioterapéuticas (ejercicio terapéutico, entrenamiento del equilibrio, fuerza o programas multimodales).
- Se excluyeron estudios en población pediátrica, protocolos quirúrgicos y aquellos sin resultados funcionales.



5. RESULTADOS

- El ejercicio terapéutico (fuerza, equilibrio y marcha) mejora significativamente el equilibrio y la marcha en personas con PNP.
- Se observan incrementos en la fuerza muscular, especialmente en extremidades inferiores.
- Las intervenciones multimodales reducen el riesgo de caídas.
- Se reportan mejoras en la funcionalidad y en la calidad de vida.



6. CONCLUSIONES

- La fisioterapia, a través del ejercicio terapéutico, es una intervención segura y eficaz en personas adultas mayores con polineuropatía periférica.
- Contribuye a mejorar el equilibrio, la marcha, la fuerza muscular y la funcionalidad, además de reducir el riesgo de caídas.
- Su aplicación debe integrarse en un abordaje multidisciplinar y adaptarse a las características y necesidades de cada paciente.
- Es necesario seguir desarrollando estudios de alta calidad que permitan establecer recomendaciones más específicas sobre la dosis, la duración y el tipo de intervención más eficaz.

EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA EN LAS ALTERACIONES DE LA MARCHA TRAS UN ICTUS

RESUMEN

El ictus puede provocar alteraciones de la marcha, como la disminución de la velocidad al caminar, la disminución del equilibrio y pérdida de independencia funcional.

PALABRAS CLAVE



ANTECEDENTES

Las alteraciones de la marcha tras un ictus pueden deberse a debilidad muscular, alteraciones del equilibrio, asimetrías y dificultades en el control motor. Estas limitaciones afectan a la autonomía y aumentan la dependencia en las actividades cotidianas. La fisioterapia busca mejorar la capacidad para caminar mediante entrenamiento repetitivo y orientado a tareas, fortalecimiento, trabajo del equilibrio y, cuando está indicado, tecnologías de asistencia.

OBJETIVOS

Analizar la evidencia científica reciente sobre la eficacia de la fisioterapia para mejorar la velocidad, la capacidad y la independencia de la marcha en personas adultas tras un ictus.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de estudios y revisiones sistemáticas publicados, localizados en bases de datos científicas como PubMed. Se priorizaron investigaciones que evaluaran intervenciones fisioterapéuticas y medidas relacionadas con la marcha, como la velocidad, el equilibrio y la independencia funcional.

RESULTADOS

La evidencia reciente muestra que el entrenamiento locomotor, la práctica repetitiva de la marcha y algunas intervenciones tecnológicas pueden mejorar la capacidad de caminar tras un ictus. Un metaanálisis de ensayos clínicos encontró beneficios del entrenamiento locomotor de alta intensidad sobre la velocidad y la resistencia de la marcha durante la rehabilitación hospitalaria. Asimismo, una revisión sistemática publicada en 2025 encontró que la marcha asistida mecánicamente con soporte del peso corporal puede favorecer la recuperación de la marcha independiente en personas no ambulantes durante las primeras fases posteriores al ictus. La evidencia sobre el entrenamiento robótico también apunta a posibles mejoras en la velocidad de marcha y el equilibrio, aunque existe una elevada variabilidad entre estudios y no se ha demostrado una superioridad mantenida frente a la fisioterapia convencional.

CONCLUSIONES

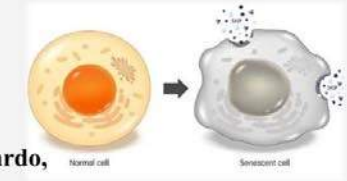
La fisioterapia favorece la recuperación de la marcha tras un ictus, especialmente mediante el entrenamiento específico y repetitivo. Las tecnologías de asistencia pueden complementar el tratamiento, pero su eficacia depende de las características del paciente y de la fase de recuperación.

AUTORES

Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez, Andrea Martín Martínez, Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso Gonzalez, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Álvarez, Daniel García Gallego, Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos, Jose María Márquez Pérez, Bastian Martín García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Alvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simon Cascón, Sara Ferrero Valle, Julia Alvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón martínez, Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Diez Alonso, Ivan Fernández Pérez, Marta de la Torre Sánchez, Anabel Silvan Díaz, Daniel Nicolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Diez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas, Víctor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez

SENOLÍTICOS

Eliminando “células Zombi” para frenar el envejecimiento humano



AUTORES: María Nieves Eleceta Lavín, Sandra Pilar Iglesias Cano, Mercedes Rodríguez Rodríguez, Montserrat Curiel Antón, Rodrigo Escobar Gallardo, Natalia Curiel Antón, Sara Mateos Prieto, Marta Marcos Flores

RESUMEN

La Senescencia celular es un estado de detención proliferativa irreversible. Las células acumulan daño celular además de secretar SASP (Fenotipo Secretor Asociado a la Senescencia).

Estas moléculas proinflamatorias: citoquinas, quimiocinas, enzimas y factores de crecimiento alteran el tejido circundante y las células que las rodean.

Los fármacos senolíticos surgen como enfoque innovador para inducir la apoptosis selectiva de estas “células zombi” mediante la inhibición de las redes de supervivencia celular SCAP.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la evidencia científica actual sobre la eficacia y seguridad de los fármacos senolíticos para la eliminación de células senescentes y la mitigación de patologías asociadas al envejecimiento.

OBJETIVO ESPECIFICO: Analizar el estado actual de los ensayos clínicos de combinaciones senolíticas líderes como Navitoclax, Dasatinib + Quercetina (D+Q) y Fisetina.

METODOLOGÍA

- ❑ Revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos PubMed, Scopus y Nature Portfolio.
- ❑ Ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas de alto impacto, además de artículos de revistas.

PALABRAS CLAVE

Cellular Senescence, Senolytics, Aging Reversal, SASP

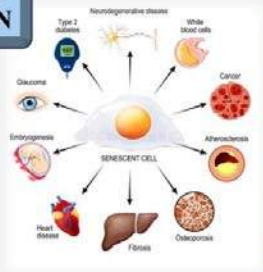
DISCUSIÓN

Efecto "Hit-and-Run“ de los senolíticos:

- Se pueden administrar en pautas intermitentes (2 días seguidos/mes).
- Eliminan las células "zombi" acumuladas sin generar toxicidad ni efectos secundarios a largo plazo en las células sanas.

Reducción Crítica del SASP

Al destruir las células senescentes, disminuyen drásticamente los niveles de interleucinas proinflamatorias (IL-6, IL-1α) y metaloproteinasas en el tejido. Esto frena el "contagio" de senescencia a las células vecinas.



ANTECEDENTES

En 1961, Leonard Hayflick y Paul Moorhead descubren la capacidad limitada de las células para dividirse. Estas liberan sustancias inflamatorias y tóxicas, no permanecen en letargo.

Estatus Clínico

- Modelos preclínicos en ratones demostraron un aumento de la longevidad y regeneración de cartílagos.
- Ensayos clínicos en humanos se enfocan en la reducción del tiempo de la morbilidad tratando órganos específicos con fibrosis u osteoartritis.

RESULTADOS

- ➢ La evidencia clínica reciente (2026) confirma que la administración hit-and-run de Dasatinib + Quercetina (D+Q) y Fisetina reduce significativamente los biomarcadores del SASP en tejido humano.
- ➢ Ensayos clínicos de fase 2 reportan mejoras medibles en la fibrosis hepática (MASH) y la restauración de factores geroprotectores como la proteína αKlotho, sin toxicidad sistémica significativa.

CONCLUSIÓN

Los senolíticos representan una realidad clínica viable para un envejecimiento saludable. El futuro se orienta hacia la biogerontología de precisión guiada por biomarcadores específicos e inteligencia artificial.

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO

Prevención multifactorial basada en la evidencia · Revisión narrativa

VIII CONGRESO SILVER ECONOMY

AUTORES

María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martínez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodriguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colin Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martinez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez; Valvanera Escrich Iturbe.

1. RESUMEN

Las lesiones por presión son daños localizados de la piel y tejidos subyacentes asociados a presión prolongada o presión combinada con cizalla. Esta revisión narrativa sintetiza medidas de prevención en pacientes encamados: valoración del riesgo, inspección cutánea, cambios posturales, descarga de zonas vulnerables, superficies de apoyo y atención nutricional.

3. PALABRAS CLAVE

Pressure injury; Bedridden patients; Prevention; Repositioning; Support surfaces; Risk assessment.



4. ANTECEDENTES

La inmovilidad, la perfusión deficiente, las alteraciones nutricionales y la humedad incrementan el riesgo. Las zonas de apoyo como sacro y talones requieren especial vigilancia. La prevención se basa en reducir la presión y el cizallamiento y detectar precozmente cambios cutáneos.

5. OBJETIVOS

Identificar intervenciones preventivas sustentadas por evidencia y valorar sus limitaciones.

Prioridades: evaluación del riesgo; redistribución de presiones; protección de la piel; movilización adaptada y coordinación interdisciplinar.

6. MÉTODO

Revisión narrativa de resultados de revisiones y recomendaciones internacionales sobre prevención de lesiones por presión. Se sintetizaron la evidencia sobre frecuencia de cambios posturales, apósitos profilácticos y medidas combinadas. No se efectuó metaanálisis propio.

7. RESULTADOS

CAMBIOS POSTURALES

Una revisión Cochrane con 11 ensayos y 4.462 participantes encontró evidencia de certeza muy baja sobre el intervalo óptimo de reposicionamiento; no se demuestra que un intervalo fijo sea superior para todas las personas.

APÓSITOS PROFILÁCTICOS

Una síntesis de 10 ensayos, con 4.817 participantes, comunicó resultados favorables de los apósitos de espuma de silicona en zonas de riesgo, junto a los cuidados preventivos habituales.

PLAN DE PREVENCIÓN

Inspección frecuente de la piel; descarga de talones; superficies de redistribución; cambios posturales individualizados; cuidado de la humedad y evaluación nutricional.

Lectura crítica: los programas deben adaptarse a la movilidad, tolerancia, estado clínico y recursos disponibles; las medidas no son alternativas excluyentes.

8. CONCLUSIONES

La prevención requiere un enfoque combinado e individualizado, con evaluación continuada del riesgo y la integridad cutánea.

No existe un intervalo universal de cambios posturales demostrado para todos los pacientes.

Los apósitos preventivos y las superficies de apoyo pueden complementar, pero no sustituir, los cuidados esenciales.

Fuentes resumidas en Método: revisión Cochrane sobre reposicionamiento (2026); síntesis de ensayos sobre apósitos profilácticos (2025); recomendaciones internacionales sobre prevención de lesiones por presión. Verificar la versión final y sus referencias antes del envío.

FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO POSPARTO

AUTORES: Iglesias N, Garcia C, Merayo V, Barroso C, Colina D, Martinez P, Ramos A, Moya C, Cuervo M, Martín A, López EM, Escrich V, Alonso MG, Ortega A, Magariño B, García D, Manzanedo A, Herrero MD, Portas N, Márquez JM, Martín B, Pérez E, Ramos C, Vidal C, Paniagua A, Fernández Y, Simón S, Ferrero S, Alvarez J, Hinojal J, Chacón M, Pinto R, Rodríguez M, González R, Diez MT, Femández I, De La Torre M, Silván A, Nicalás D, Campos AP, Sevilla A, Diez E, González J, Luis A



RESUMEN | La fisioterapia desempeña un papel clave en la prevención y tratamiento de las disfunciones de suelo pélvico tras el parto, contribuyendo a una recuperación funcional y mejorando la calidad de vida de la mujer.

ANTECEDENTES

El embarazo y el parto pueden provocar alteraciones en el suelo pélvico, como diástasis abdominal, incontinencia urinaria o disfunciones sexuales.

La fisioterapia, con un abordaje precoz y personalizado, resulta fundamental para prevenir y tratar estas secuelas.

OBJETIVOS

- **Evaluar** la eficacia de la fisioterapia en la prevención y tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico durante el posparto.
- **Identificar** las técnicas más efectivas para favorecer la recuperación funcional y la calidad de vida materna.

MÉTODO

- **Estrategia de búsqueda:** bases de datos PubMed, PEDro, Cochrane, Scopus y portales especializados.
- **Palabras clave:** fisioterapia, suelo pélvico, posparto, incontinencia urinaria, diástasis abdominal.
- **Criterios:** estudios en mujeres tras el parto, publicados en los últimos 10 años, en español o inglés.
- **Selección:** de 312 artículos se incluyeron 42 tras aplicar los criterios de elegibilidad.

RESULTADOS

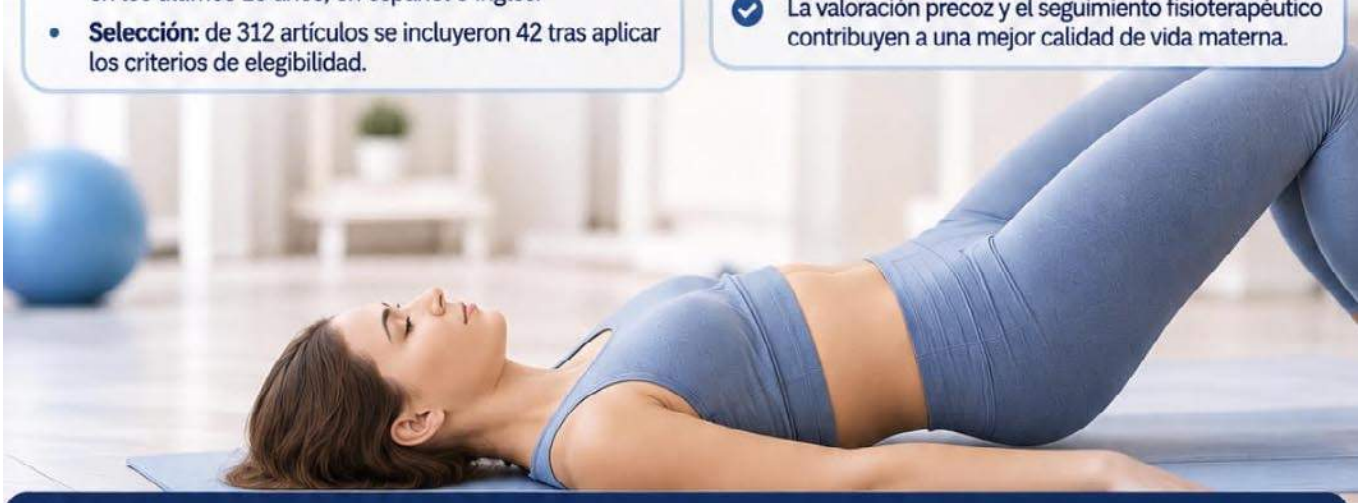
La fisioterapia posparto muestra beneficios en:

- **Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico:** mejora el tono, la fuerza y reduce la incontinencia.
- **Gimnasia abdominal hipopresiva:** contribuye a la estabilidad lumbopélvica y disminuye la presión abdominal.
- **Tratamiento de la diástasis abdominal:** favorece el cierre de la línea alba y la función del core.
- **Terapia manual y biofeedback:** mejora la percepción corporal y la activación muscular.

La evidencia respalda la combinación de ejercicios específicos, individualizados y supervisados.

CONCLUSIONES

- La fisioterapia **posparto** favorece la recuperación funcional y puede mejorar los síntomas de las disfunciones de suelo pélvico.
- El entrenamiento específico de la musculatura del suelo pélvico, individualizado y supervisado, es clave en la prevención y tratamiento.
- La valoración precoz y el seguimiento fisioterapéutico contribuyen a una mejor calidad de vida materna.



Bibliografía: Revisión bibliográfica basada en artículos científicos publicados en los últimos 10 años.

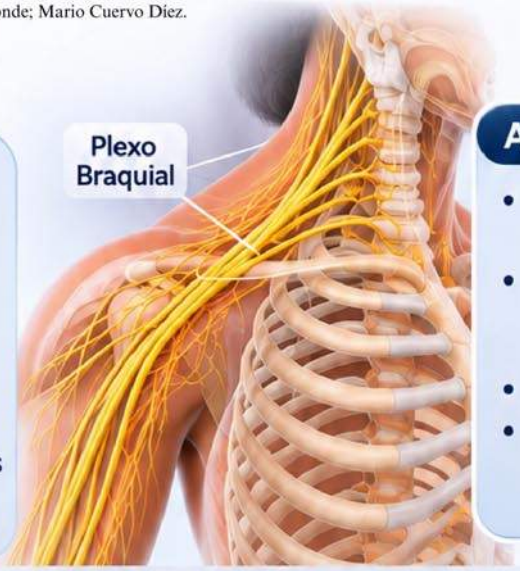
Patología Plexobraquial en Terapia Ocupacional

Autores: Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez ; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martínez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez.

Introducción

La patología plexobraquial comprende lesiones del plexo braquial, una red de nervios que inerva el hombro, brazo, antebrazo y mano.

Puede ser causada por traumatismos, estiramiento (obstétrico o deportivo), compresiones o procesos patológicos, generando alteraciones sensitivo-motoras y un impacto significativo en la participación ocupacional.



Aspectos Clínicos

- Debilidad o parálisis del miembro superior
- Alteraciones sensitivas (adormecimiento, hormigueo)
- Dolor
- Limitación funcional en AVD, AIVD y participación social

Objetivo en Terapia Ocupacional

Favorecer la mayor independencia posible en las actividades significativas, a través de la recuperación, compensación y adaptación de las funciones afectadas.

¿Cómo impacta?

Puede generar:

- Dependencia en actividades diarias
- Limitación laboral y social
- Afectación en la calidad de vida

Intervención en Terapia Ocupacional

- Manejo del dolor y prevención de complicaciones (contracturas, subluxación).
- Estimulación sensoriomotora y reeducación funcional.
- Entrenamiento en AVD (vestido, higiene, alimentación).
- Entrenamiento en AIVD (trabajo, estudio, ocio).
- Uso de órtesis y ayudas técnicas.
- Estrategias de adaptación del entorno.
- Apoyo emocional y orientación a la familia.

Conclusión

La patología plexobraquial representa un reto para la Terapia Ocupacional, pero con una intervención centrada en la persona, es posible recuperar funciones, promover la autonomía y facilitar la reintegración ocupacional.



Eficacia del paquete de medidas ABCDEF en pacientes de UCI

Colina D, Martínez P, Ramos A, Moya C, Cuervo M, Martín A, López EM, Escrich V, Alonso MG, Ortega A, Magariño B, García D, Manzanedo A, Herrero MD, Portas N, Márquez JM, Martín B, Pérez E, Ramos C, Vidal C, Paniagua A, Fernández Y, Simón S, Ferrero S, Álvarez J, Hinojal J, Chacón M, Pinto R, Rodríguez M, González R, Díez MT, Fernández I, de la Torre M, Silván A, Nicolás D, Campos AP, Sevilla A, Diez E, González J, Luis A, Iglesias N, García C, Merayo V, Barroso C

Resumen

El paquete de medidas ABCDEF (ICU liberation bundle) forma parte de una serie de indicaciones para un mejor manejo multidisciplinar del enfermo en la unidad de cuidados intensivos. Favorece la mejoría clínica, seguridad en el entorno y una mejor eficiencia de los recursos.

Palabras clave

UCI, ABCDEF bundle, cuidados críticos, sedación, delirium, movilización, familia y equipo multidisciplinar

Antecedentes

La sedación excesiva en UCI, el dolor no controlado, la posible situación de delirium, la inmovilidad durante estancias prolongadas y la falta de colaboración familiar favorecen la aparición de complicaciones en pacientes en esta unidad de cuidados.

Objetivos

Describir las intervenciones del paquete de cuidados
Analizar la evidencia científica sobre su efectividad
Identificar el papel del equipo multidisciplinar en su implementación

Método

Revisión bibliográfica de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas en inglés y castellano publicadas en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, Scielo y Scopus.





Resultados

Metaanálisis y revisiones sistemáticas

Sosnowski et al. (2023).
- ↓ delirium
- ↓ duración del delirium

Moraes et al. (2022)
- ↓ estancia UCI, VM, delirium y mortalidad.
- Favorece la movilización precoz.

Dallakoti et al. (2025)
- ↓ delirium, VM y estancia en UCI.
- La mortalidad en UCI no fue significativa.
- (Incluye ≥3 componentes del paquete).

Estudios multicéntricos y ensayos clínicos

Pun et al. (2019)
- Más de 15.000 pacientes.
- ↓ delirium (OR 0,60), ↓ VM (OR 0,28), ↓ mortalidad.

Relación dosis-respuesta.

Miller et al. (2022)
- Ensayo aleatorizado por conglomerados.
- ↑ cumplimiento (9% → 21%). Mejores resultados
- No ↓ delirium.

Conclusión

El paquete de medidas ABCDEF determina un mejor manejo clínico de la situación del paciente en UCI. La adherencia a las medidas, la coordinación interprofesional y la correcta práctica clínica determinarán la aparición de otras complicaciones propias de esta unidad de cuidados.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

CEFALEA CERVICOGÉNICA

Valoración clínica y abordaje fisioterapéutico basado en la evidencia

Autores: Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Pefiuelas; Marta Rodriguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Diaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martinez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mules; Victor Merayo Dominguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Remos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Diez; Andrea Martín Martinez; Ester María López Dominguez; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Atiziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Alvarez; Daniel Garcia Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez.



RESUMEN

La cefalea cervicogénica (CC) es un dolor de cabeza secundario a una disfunción del raquis cervical. La fisioterapia, mediante terapia manual, ejercicio y educación, ha mostrado eficacia en la reducción del dolor y la discapacidad. Se presenta una revisión de la evidencia actual sobre su valoración y tratamiento.

ANTECEDENTES

La CC es la tercera cefalea más frecuente (≈10–20% de las cefaleas crónicas) y se origina en estructuras del cuello, principalmente C1–C3. Suele confundirse con la migraña, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. La fisioterapia se considera una intervención de primera linea según la evidencia más reciente.

OBJETIVOS

- Revisar la evidencia sobre la valoración clínica de la CC.
- Analizar la eficacia de las intervenciones fisioterapéuticas (terapia manual, ejercicio y educación).
- Identificar las estrategias más efectivas para reducir el dolor y la discapacidad.

MÉTODO

Diseño: revisión narrativa.

Fuentes: PubMed, Cochrane, PEDro y Scopus.

Periodo: 2015 – 2026.

Criterios de inclusión: ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis en adultos con CC.

Criterios de exclusión: migraña primaria, cefalea tensional u otras cefaleas no cervicogénicas.

RESULTADOS

↓ Dolor: reducción significativa de la intensidad del dolor (−1,5 a −3,0 puntos en EVA) con terapia manual.

↑ Función: mejora de la movilidad cervical (≈ 5–15°) y de la discapacidad (NDI).

Mayor eficacia: los programas multimodales (terapia manual + ejercicio + educación) obtuvieron los mejores resultados a corto y medio plazo.

CONCLUSIONES

- La fisioterapia es eficaz y segura en el abordaje de la CC.
- La combinación de terapia manual, ejercicio terapéutico y educación del paciente ofrece los mejores resultados.
- Permite reducir el dolor, mejorar la función cervical y la calidad de vida.
- Es fundamental una correcta valoración clínica y el diagnóstico diferencial con otras cefaleas, como la migraña.

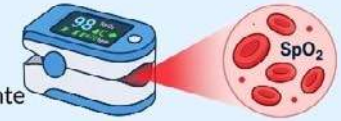


PALABRAS CLAVE: *Cervicogenic headache; Physiotherapy; Manual therapy; Exercise therapy; Neck pain.*

Capnografía Continua vs. Pulsioximetría Convencional en Urgencias: Detección Precoz de la Depresión Respiratoria

RESUMEN

La pulsioximetría (Sp02) evalúa la oxigenación arterial, pero presenta un retraso en la detección de la hipoventilación, especialmente bajo oxigenoterapia. La capnografía(EtC02) mide la ventilación alveolar en tiempo real, anticipando el compromiso respiratorio y reduciendo significativamente la incidencia de hipoxia



PALABRAS CLAVE

- Pulsioximetría
- Capnografía
- Depresión respiratoria
- Hipoxia
- Seguridad del paciente

ANTECEDENTES

Tradicionalmente, la pulsioximetría (SpO_2) se ha utilizado como herramienta fundamental para monitorizar la oxigenación del paciente. Sin embargo, no permite valorar directamente la ventilación y puede retrasar la detección del compromiso respiratorio, especialmente cuando se administra oxígeno suplementario.



Por otro lado, la capnografía permite monitorizar de forma continua el dióxido de carbono espirado al final de la espiración ($EtCO_2$), la frecuencia respiratoria y el patrón ventilatorio.

OBJETIVOS

- Detectar precozmente la hipoventilación y compromiso respiratorio
- Mejorar la seguridad del paciente como estándar
- Complementar la pulsioximetría en la monitorización integral

MÉTODO

Revisión de evidencia clínica clave, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales en entornos de urgencias y cuidados críticos.

RESULTADOS

La evidencia revisada muestra que la capnografía permite detectar alteraciones de la ventilación, como hipoventilación y apnea, antes de que se produzcan cambios significativos en la saturación periférica de oxígeno.

En uno de los estudios analizados, el 44,6 % de los pacientes presentó signos de depresión respiratoria. De estos casos, la pulsioximetría identificó únicamente 11 de los 33 episodios, lo que evidencia sus limitaciones para detectar precozmente el compromiso ventilatorio.

Asimismo, se observó una menor incidencia de hipoxemia cuando se incorporó la monitorización mediante capnografía (25 % frente al 42 %). Esta herramienta permitió anticipar la aparición de episodios de desaturación con una mediana de 60 segundos.



Los resultados indican que la capnografía aporta información adicional sobre la ventilación y facilita la identificación temprana del deterioro respiratorio, tanto en población adulta como pediátrica. Su incorporación junto con la pulsioximetría puede favorecer una actuación clínica más precoz y mejorar la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

La capnografía y la pulsioximetría son herramientas complementarias en la monitorización respiratoria. Mientras que la capnografía permite detectar precozmente alteraciones de la ventilación, la pulsioximetría evalúa su repercusión sobre la oxigenación. Su utilización conjunta favorece la identificación temprana del deterioro respiratorio, facilita una intervención enfermera oportuna y contribuye a mejorar la seguridad del paciente.



AUTOR

- Gonzalo Ferrero Hernández

COAUTORES

- Marta de Castro Cabreros
- Marina Robles Conde
- Silvia Muñoz Sánchez
- Jaime Jiménez García
- Elena Simón Nieto
- Julia Natalia Garrido Rodríguez
- Ana Asensio Mucientes

BIBLIOGRAFÍA

1. Deitch K, Miner J, Chudnofsky CR, Dominici P, Latta D. Does end-tidal CO2 monitoring during emergency department procedural sedation and analgesia with propofol decrease the incidence of hypoxic events? A randomized, controlled trial. Ann Emerg Med. 2010;55(3):258-264.
2. Miner JR, Heegaard W, Plummer D. End-tidal carbon dioxide monitoring during procedural sedation. Acad Emerg Med. 2002;9(4):275-280.
3. Tobin SC. Continuous capnography for early detection of respiratory compromise during gastroenterological procedural sedation and analgesia. Gastroenterol Nurs. 2024;47(4):291-298.
4. Krauss B, Hess DR. Capnography for procedural sedation and analgesia in the emergency department. Ann Emerg Med. 2007;50(2):172-181.
5. Richardson M, Moulton K, Rabb D, et al. Capnography for monitoring end-tidal CO2 in hospital and pre-hospital settings: a health technology assessment [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2016 Mar. (CADTH Health Technology Assessment; No. 142)
6. Langhan ML, Chen L, Marshall C, Santucci KA. Detection of hypoventilation by capnography and its association with hypoxia in children undergoing sedation with ketamine. Pediatr Emerg Care. 2011;27(5):394-397.

Agitación nocturna en el paciente Silver

Jaime Jiménez García, Ana Asensio Mucientes, Gonzalo Ferrero Hernandez, Marta de Castro Cabreros, Marina Robles Conde, Silvia Muñoz Sanchez, Elena Simón Nieto, Julia Natalia Garrido Rodriguez

01. Resumen

La inadecuada satisfacción del sueño en nuestros mayores se puede considerar un problema de especial repercusión en la población anciana. Los profesionales sanitarios deben identificar la causa y conocer el abordaje para garantizar unas practicas adecuadas que garanticen la salud y la calidad de vida de nuestros mayores, evitando así ingresos hospitalarios prolongados, costes económicos y complicaciones potenciales.

02. Antecedentes

La agitación nocturna podría definirse como la excesiva actividad motora asociada a un sentimiento de estrés interior manifestada durante la noche. Puede ir acompañada, o no, de agresividad verbal y/o física. Puede deberse a a varias causas como son trastornos del sueño, síndrome confusional agudo (SCA), apnea obstructiva del sueño o a otros factores como dolor, estreñimiento, disnea, depresión... La identificación y resolucion de la causa subyacente de la agitación puede contribuir a su resolución.

Las medidas de la higiene del sueño son las menos agresivas para el paciente y las mas cercanas a la labor de la enfermería. Algunas de ellas son: tener un horario fijo diario, mantener el cuarto a una temperatura adecuada, sin luz ni ruidos, valorar el tratamiento farmacológico que el paciente toma, entre otras.

Más de la mitad de la población geriátrica presenta quejas sobre la calidad del sueño, lo que puede desencadenar en un alto estrés subjetivo y riesgo de caídas, elevando las posibilidades de institucionalización y cuidados a largo plazo, de ahí la importancia de profundizar en este tema.

03. Objetivos

- Identificar cómo influye la agitación nocturna en la calidad de vida de las personas mayores que la padecen y que factores favorecen la aparición de este trastorno.
- Conocer de qué tipos de tratamiento disponemos para tratar la agitación nocturna

04. Metodología

Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed y Medline. Otras fuentes consultadas fueron la revisa de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología (Gerokomos) y la revista Enfermeria Global e Ifac.

Palabras clave

- **Agitación nocturna**
- **Anciano**
- **Insomnio**
- **Trastornos del sueño**

05. Resultados

Un deterioro cognitivo severo, sindrome confusional agudo demencia y un síndrome de piernas inquietas (SPI) probable se asociaron significativamente con las frecuencia de las conductas de agitacion nocturna. Esta agitacion conlleva un aperdida importante de la calida de vida del paciente, sobremedicalizacion, riesgo de caídas e incluso aislamiento. El 77% de los pacientes que presentan trastornos de sueño afirman que no acuden a consulta a por ningun tipo de recomendacion para mejorar su calidad del sueño. El tratamiento se puede dividir en farmacológico y no farmacológico, considerando este ultimo de primera elección. Algunas de las terapias no farmacológicas son: aromaterapia, musicoterapia o estimulación sensorial.

06. Conclusiones

Un deterioro cognitivo mas severo, SCA o SPI se asocio significativamente con las conductas de agitación nocturna. También se concluyó que tiene como consecuencia una disminución del sueño profundo, aumento de tiempo total en la cama, aumento y duración de los despertares y una disminución del sueño eficazmente, por lo que influye negativamente en la calidad de vida.

Por otro lado, podemos concluir que el tratamiento no farmacologico debe considerarse de primera elección, reservando los farmacos para los casos en que las primeras medidas no logran resolver el problema.

07. Bibliografia

- Rose KM, Beck C, Tsai PF, Liem PH, Davila DG, Kleba, et al. Sleep disturbances and nocturnal agitation behaviors in older adults with dementia. Sleep. 2011;34(6):779-86.
- Subirana-Riu S, Adell-Martínez MA. Tratamiento de la agitación nocturna y el insomnio en el mayor. FMC. 2014; 21(2):104-112.
- Aguirrezabala JR, Aizpura I, Albizuri M, Alfonso I, Armendáriz M, Barrondo S, et al. Manejo de la agitación en el paciente anciano. Infac. 2014; 22(10):53-58.
- Estrella-González IM, Torres-Prados MT. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a enfermería. Gerokomos. 2015; 26(4):123-126.
- Carmona-Fortuño I, Molés-Julio MP. Problemas del sueño en los mayores. Gerokomos. 2018; 29(2):72-78.
- Jayakumar P, Sharma A, Lippmann S. Insomnia in elderly people. Taylor & Francis. 2019; 33(1):47-48.
- Echávarri C, Erro E. Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. Anales Sis San Navarra. 2017; 30(1):155-161.
- Sanz-Correcher P. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente agitado. Medicine. 2019; 12(85):5017-20.
- Sánchez-Pérez M. Terapias no farmacológicas en demencia y agitación. FMC. 2019; 26(1):43-49.

FISIOTERAPIA EN PRÓTESIS DE RODILLA.
A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:P.MartinezBarreda,A.RamosMartínez,C.MoyaBahamonde,M.CuervoDíez,A.MartínMartínez,E.María LópezDomínguez,V.EscrichIturbe,M.G.AlonsoGonzález,A.OrtegaPlaza,B.MagariñoAlvarez,D.GarcíaGallego,A.ManzanedoJuárez,M.D.HerreroSánchez,N.PortasCastellanos,J.M.MárquezPérez,B.MartínGarcía,E.PérezJiménez,C.RamosAlvarez,C.VidalAparicio,A.PanjaguaGómez,Y.FernándezGrande,S.SimonCascón,S.FerreroValle,J.AlvarezRodríguez,V.MerayoDominguez,M.ChacónMartínez,R.PintoPeñuelas,M.RodríguezBarrientos,R.GonzálezGómez,M.T.DiezAlonso,I.FernándezPérez,M.delaTorreSánchez,A.SilvanDíaz,D.NicolásLaso,A.P.CamposMoreno,A.SevillaLópez,E.DiezVillarroel,J.GonzálezMartínez,A.L.Ros,N.IglesiasGarcía,C.GarcíaMulas,J.Tejido,C.BarrosoFernández,D.ColinaFernández

Resumen: Paciente de 75 años que tras tratamiento conservador durante 3 meses con fisioterapia presenta una RMN de la rodilla izquierda con "lesión osteocondral de la meseta tibial interna con colapso de la superficie articular interna y signos de necrosis ósea subcondral, rotura compleja del menisco interno y degeneración mucoide del LCA" por lo que se decide intervenir quirúrgicamente para la colocación de una artroplastia total de rodilla tras fracaso de tratamientos previos.

Palabras clave: osteocondral, gonartrosis, osteonecrosis, artroplastia

Antecedentes: Tras fracaso del tratamiento conservador de fisioterapia (Zimmer, Indiba,tonificación selectiva, terapia manual...) se decide intervenir quirúrgicamente para la colocación de una prótesis total de rodilla tipo persona CR cementada , y después de una radiografía de control es dado de alta con recomendación de inicio precoz de fisioterapia ambulatoria.



Objetivos: reducir edema, disminuir inflamación, eliminar el dolor, tonificación miembro inferior progresiva, ganancia balance articular flexoextensión, marcha sin ayuda

Metodología: Realizamos de modo ambulatorio 3 sesiones semanales durante un mes, en días alternos, instruyendo al paciente en ejercicios diarios domiciliarios que tendrá que hacer dos veces al día y tras los cuales aplicará hielo 10 minutos. Nuestro tratamiento constará de: masaje evacuatorio para eliminar el edema, movilización de rótula, trabajo de la cicatriz cuando se retiren los puntos, movilización activa asistida de la flexoextensión de la rodilla, tonificación selectiva de cuádriceps, isquitiobiales, gemelos, tibial anterior, glúteos... y trabajo de la marcha con o sin ayudas técnicas.

Resultados: Tras cuatro semanas de fisioterapia, el paciente camina sin muletas y con un rango de movimiento de 120 grados de la articulación de la rodilla. No refiere dolor ni inflamación.

Conclusión: La gonartrosis en una patología de gran prevalencia en la población actual que debe ser tratada de modo conservador en la mayoría de los casos ya que la síntomatologia disminuye considerablemte facilitando las AVDS sin apenas dificultades, pero cuando esto no es así y las puebas complementaria son significativas, la intervección quirúrguica para el reeplazo articular (artroplastia) es clave para recuperar la calidad de vida del paciente, acompañada siempre de una fisioterapia precoz para conseguir la mayor autonomía en los tiempos establecidos y evitar comorbilidades (rigidez, dolor, inflamación crónica...)

ACTUACIÓN ANTE CONVULSIONES DURANTE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS

Introducción

Las convulsiones durante la hemodiálisis son poco frecuentes, pero pueden ser graves. Pueden deberse a enfermedades neurológicas previas, falta de medicación o alteraciones como hipoglucemia, hemorragias o cambios bruscos de tensión. Es fundamental identificar su causa y actuar rápidamente para evitar complicaciones y garantizar la seguridad del paciente.

Resumen

- Detectar y tratar rápidamente las convulsiones durante la hemodiálisis.
- Controlar la crisis y estabilizar al paciente.
- Proteger la vía aérea y el acceso vascular.
- Evitar lesiones, complicaciones y nuevas convulsiones.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

DIPUTACIÓN ZAMORA

Procedimiento

Proteger el acceso vascular

Interrumpir la diálisis y administrar suero fisiológico

Si continúa la crisis, asegurar la permeabilidad de la vía aérea

Administrar oxígeno según el estado del paciente

Controlar constantes vitales, glucemia y actividad cardíaca

Administrar la medicación prescrita

Comprobar el estado del paciente junto al médico

Revisar los parámetros y el funcionamiento del monitor

Reprogramar el monitor y reiniciar la diálisis si está indicado

Comprobar que el paciente ha tomado correctamente su medicación

Informar al paciente y cuidador sobre la importancia del tratamiento

Registrar los antecedentes de convulsiones y extremar la vigilancia

Documentar la crisis, sus causas, gravedad y tratamiento realizado

Objetivos



- **Detectar precozmente las convulsiones**
- **Tratar la crisis de forma rápida y eficaz**
- **Evitar lesiones y complicaciones en el paciente**

Resultados

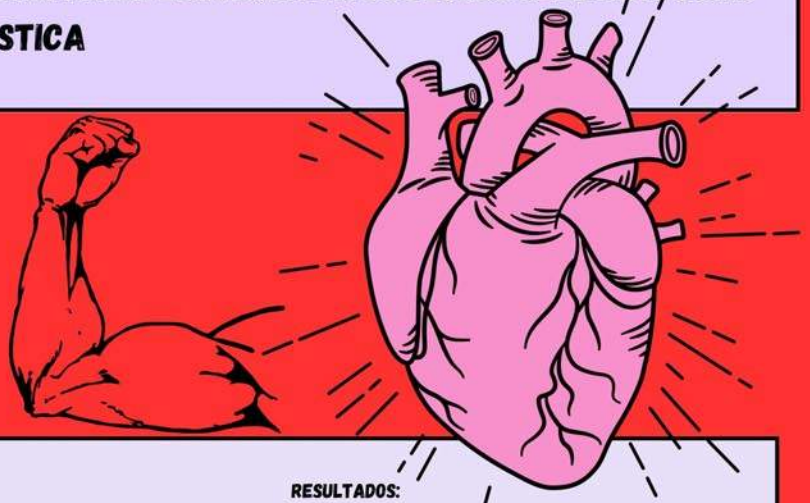
- **Convulsión controlada y paciente estabilizado**
- **Vía aérea y acceso vascular protegidos**
- **Constantes vitales controladas**
- **Prevención de nuevas crisis y posibles complicaciones**

Autores: María Mercedes Pérez Colás, Silvia Torio Mateos, Almudena Ríos Cotorruelo, María Vaquero González, María Encarnación Gómez Santos, Sonia Sanabria Prieto y Noelia Alonso Blanco

AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA Y SÍNDROME DE POPEYE: UNA MANIFESTACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA/COMO SEÑAL DE ALERTA DIAGNÓSTICA

AUTORES:

Mª CANTO VELASCO CALVO, LAURA AMARO RODRÍGUEZ, Mª ROSA SANTIAGO GONZÁLEZ, IDOIA CASCAJAR ANTÓN, CARLOS COLLANTES ÁLVAREZ.



RESUMEN:

La amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR) es una enfermedad infiltrativa con manifestaciones cardíacas y extracardíacas. La rotura espontánea del tendón de la cabeza larga del bíceps braquial puede producir el signo de Popeye y constituir una señal de alerta precoz, especialmente en varones de edad avanzada.

OBJETIVO:

- Revisar la asociación entre la rotura del tendón del bíceps y la ATTR.
- Destacar el signo de Popeye como posible marcador clínico precoz de la enfermedad

PALABRAS CLAVE:

Amiloidosis cardíaca; transtiretina; ATTR wild-type; síndrome de Popeye; rotura tendinosa; manifestaciones musculoesqueléticas.

ANTECEDENTES:

- La ATTR es una enfermedad sistémica por depósito de fibrillas amiloides.
- Afecta al miocardio y a estructuras musculoesqueléticas.
- La ATTR wild-type es más frecuente en varones de edad avanzada.
- La rotura espontánea del bíceps puede ser una manifestación extracardíaca precoz.

MÉTODO:

Revisión narrativa de la literatura científica sobre la asociación entre las manifestaciones musculoesqueléticas y la amiloidosis cardíaca por transtiretina, incluyendo estudios publicados y documentos de consenso de sociedades científicas.

RESULTADOS:

- Mayor asociación de rotura del bíceps con ATTRwt, especialmente en varones mayores.
- Posible infiltración amiloide de estructuras tendinosas.
- Otras manifestaciones asociadas:
  - Túnel carpiano bilateral.
  - Estenosis del canal lumbar.
  - Rotura del manguito rotador.
- Estas manifestaciones pueden preceder varios años al diagnóstico cardíaco.

CONCLUSIONES:

El signo de Popeye, especialmente cuando aparece espontáneamente o tras traumatismos mínimos en pacientes mayores, puede constituir una manifestación extracardíaca de la amiloidosis por transtiretina. Su identificación debe motivar una evaluación clínica dirigida para descartar ATTR, especialmente cuando coexisten otros signos musculoesqueléticos o datos sugestivos de cardiopatía infiltrativa. Reconocer estas manifestaciones puede facilitar el diagnóstico precoz y permitir instaurar tratamiento específico antes de fases avanzadas de la enfermedad.

Fisioterapia activa sobre el equilibrio, marcha y funcionalidad en Alzheimer: descripción de caso clínico.

AUTORES:
Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Álvarez, Daniel García Gallego, Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos, Jose María Márquez Pérez, Bastian Martín García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simon Cascón, Sara Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón Martínez, Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Diez Alonso Iván Fernández Pérez, Marta de la Torre Sánchez, Anabel Silvan Díaz,Daniel NIcolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno,Andrea Sevilla López, Eva Diez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas, Víctor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez, Andrea Martín Martínez, Ester María López Domínguez, Valvanera Esccrich Iturbe, María Gloria Alonso González

PALABRAS CLAVE:

Alzheimer; fisioterapia; ejercicio terapéutico; envejecimiento; equilibrio; marcha.



INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Alzheimer es una patología neurodegenerativa que provoca un deterioro progresivo de las funciones cognitivas y puede afectar también a la movilidad, el equilibrio y la fuerza muscular. Estas alteraciones reducen la autonomía y aumentan el riesgo de caídas. La fisioterapia, mediante el ejercicio terapéutico activo, puede contribuir a mantener la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida. El objetivo de este trabajo es analizar los posibles beneficios de un programa de fisioterapia activa en una persona mayor con Alzheimer.

METODOLOGÍA:

Se plantea el caso clínico simulado de una mujer de 78 años diagnosticada de Alzheimer en fase moderada, que presenta debilidad muscular, inestabilidad durante la marcha y dificultades en algunas actividades cotidianas.
Se propone una intervención de ocho semanas, con tres sesiones semanales de 45 minutos. El tratamiento incluye movilidad articular, fortalecimiento muscular con bandas elásticas, ejercicios de equilibrio, transferencias de sedestación a bipedestación y reeducación de la marcha. La valoración se realiza mediante la escala de Berg, el Timed Up and Go (TUG), el índice de Barthel y la prueba de levantarse y sentarse durante 30 segundos.

RESULTADOS:

Tras la intervención se observan mejoras simuladas en los parámetros funcionales y físicos evaluados.

Valoración Inicial Final
Escala de Berg 39 45
TUG 16,8 s 14,2 s
Índice de Barthel 85 90

Sentarse y levantarse (30 s) 7 10
Los resultados reflejan una mejoría del equilibrio, la movilidad funcional y la fuerza de miembros inferiores, así como un ligero aumento de la autonomía en las actividades diarias

DISCUSIÓN:

Los resultados sugieren que la fisioterapia activa puede favorecer el mantenimiento de las capacidades físicas en personas con Alzheimer. La combinación de ejercicios de fuerza, equilibrio y marcha permite trabajar diferentes aspectos relacionados con la movilidad y la prevención de caídas. Estos resultados coinciden con investigaciones como las de López-Ortiz et al. (2021) y Roy et al. (2023), que describen beneficios del ejercicio físico en personas con esta enfermedad. Sin embargo, la respuesta al tratamiento puede variar según el estado cognitivo y físico de cada paciente

CONCLUSIÓN:

La fisioterapia activa constituye una herramienta complementaria de interés en el tratamiento de personas mayores con Alzheimer. Los ejercicios individualizados de fuerza, equilibrio y marcha pueden contribuir a mejorar la movilidad y favorecer la autonomía funcional. Por ello, resulta importante incorporar el ejercicio terapéutico supervisado dentro del abordaje multidisciplinar del envejecimiento y las enfermedades neurodegenerativas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. López-Ortiz S, et al. (2021). Exercise interventions in Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Ageing Research Reviews, 72, 101479.
2. Lamb SE, et al. (2018). Dementia And Physical Activity (DAPA) trial. BMJ, 361, k1675.
3. Roy SK, et al. (2023). Effects of exercise interventions in Alzheimer's disease: A meta-analysis. Brain and Behavior, 13, e3051.
4. Zieschang T, et al. (2017). Falls and physical activity in persons with mild to moderate dementia. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 31, 307-314.
5. de Oliveira MPB, et al. (2023). Effectiveness of physical exercise at improving functional capacity in older adults living with Alzheimer's disease. Disability and Rehabilitation, 45, 391-402.
6. Morris JK, et al. (2017). Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial. PLOS ONE, 12, e0170547.

INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN LACTANTES.

Autores.
González Martínez J; Luis Ros, A; Iglesias García, N; García Mulas, C; Merayo Domínguez, V; Barroso Fernández, C; Colina Fernández, D; Martínez Barreda, P; Ramos Martínez, A; Moya Bahamonde, C; Cuervo Díez, M; Martín Martínez, A; López Domínguez, EM; Escrich Iturbe, V; Alonso González, MG; Otega Plaza, A; Magariño Álvarez, B; García Gallego, D; Manzanedo Juárez, A; Herrero Sánchez, MD; Portas Castellanos, N; Márquez Pérez, JM; Martín García, B; Pérez Jímenez, E; Ramos Álvarez, C; Vidal Aparicio, C; Paniagua Gómez, A; Fernández Grande, Y; Simón Cascón, S; Ferrero Valle. S; Álvarez Rodríguez, J; Hinojal Tejido, J; Chacón Martínez, M; Pinto Peñuelas, R; Rodríguez Barrientos, M; González Gómez, R; Diez Alonso, MT; Fernández Pérez, I; De La Torre Sánchez, M; Silván Díaz, A; Nicolás Laso, D; Campos Moreno, AP; Sevilla López, A; Díez Villarroel, E.

Resumen.

La enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) infantil se produce cuando el reflujo del contenido gástrico causa síntomas que afectan a la calidad de vida o complicaciones patológicas y eventos que ponen en peligro la vida del lactante.

Es importante la diferenciación entre el reflujo gastroesofágico (RGE) como condición fisiológica frecuente en el día a día del lactante y la enfermedad como tal. Así como la participación del fisioterapeuta en el tratamiento conservador del ERGE.

Para ello, se realizó una búsqueda en PUBMED con los términos [(GERD) AND (infant) AND (physiotherapy)] seleccionando una revisión sistemática realizada en los últimos 5 años.

La revisión de Banderali et al. Mostró que la posición lateral izquierda conllevó a una reducción de los episodios de reflujo, mientras que los masajes aportaron resultados variables. Los alginatos y las fórmulas espesadas mostraron los mejores resultados en cuanto a la mejoría de los síntomas. Se concluye que la fisioterapia puede aportar un papel complementario en el abordaje del ERGE aunque se necesitan estudios específicos de calidad para valorar la eficacia de la intervención fisioterapéutica.

Palabras Clave.
GERD; INFANT, PHYSIOTHERAPY

Antecedentes.

El reflujo gastroesofágico (RGE) se da con frecuencia durante la lactancia debido a la inmadurez del tracto digestivo. Cuando ocasiona síntomas o eventos que afectan a la calidad de vida se considera enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Desde la fisioterapia pediátrica es importante conocer en qué medida y con qué técnicas se puede abordar esta enfermedad, dado que la eficacia de estas intervenciones todavía no se encuentra lo suficientemente establecida.

Objetivos.

- Identificar qué tipo de intervenciones no farmacológicas tienen una mayor evidencia para el tratamiento del ERGE
- Analizar los efectos del masaje y del posicionamiento sobre la sintomatología de estos pacientes.

Método.

- PUBMED: [((GERD) AND (infant)) AND (physiotherapy)]
- Filtros:
  - Últimos 5 años.
  - ECA o Revisión Sistemática.

Resultados.

En la revisión de Bardali se analizaron 40 articulos diferenciando 5 grupos de intervenciones.

- Fisioterapéuticas:
  - Masaje terapéutico abdominal -> Resultados variables.
  - Posicionamiento -> Dec. Lateral izquierdo < reflujo.
- No fisioterapéuticas:
  - Fórmulas espesantes -> Resultados consistentes.
  - Alginatos -> Mejora sintomatología.
  - Probióticos -> Disminuye regurgitaciones.

Conclusiones.

- El decúbito lateral izquierda es la medida más adecuada desde el posicionamiento del bebé para la mejoría de los síntomas, aunque no debe utilizarse durante el sueño.
- No existe evidencia científica suficiente para determinar la eficacia del masaje como tratamiento del ERGE infantil.
- Es necesario realizar estudios específicos de mayor calidad para poder valorar la eficacia de las técnicas abordadas desde la fisioterapia para esta población.

¿Quién decide por el paciente vulnerable?

Actuación sanitaria ante la ausencia familiar

RESUMEN

Ante el ingreso de un adulto mayor incapacitado y sin red familiar, la toma de decisiones clínicas plantea un severo dilema ético y legal. Este trabajo sintetiza el protocolo médico-legal para garantizar una asistencia urgente o demorable conforme a derecho.

PALABRAS CLAVE

Medicina Legal | Adulto Mayor | Desamparo | Consentimiento | Fiscalía

ANTECEDENTES

- **Soledad no deseada:** Incremento de ingresos de mayores aislados sin referentes familiares.
- **Pérdida de capacidad:** El deterioro cognitivo agudo o crónico anula el consentimiento directo.
- **Bloqueo asistencial:** Incertidumbre jurídica ante decisiones médicas no urgentes.

OBJETIVOS

- **Delimitar el marco legal** de actuación médica ante el desamparo.
- **Sistematizar la comunicación** urgente con la Fiscalía de Mayores.
- **Establecer los límites** de la beneficencia médica frente a la autonomía.

MÉTODO

Revisión descriptiva de la legislación sobre Autonomía del Paciente, Código Civil y protocolos de protección jurídica a la discapacidad y ancianidad.

100%	Social	Parte
Amparo Urgencias	Vía Ordinaria	Por Negligencia

RESULTADOS: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

1. URGENCIA VITAL INMINENTE — **ACCIÓN INMEDIATA**

Criterio Médico: Se interviene sin demora. El principio de beneficencia exime de autorización previa.

2. PROCESO NO URGENTE — **VÍA JUDICIAL**

Trabajo Social + Fiscalía: Solicitud de *Defensor Judicial* para decisiones demorables.

3. SOSPECHA DE ABANDONO — **NOTIFICACIÓN**

Parte de Lesiones: Notificación obligatoria al Juzgado por presunta omisión de socorro.

CONCLUSIONES

- **La salud prima en urgencias:** No demorar la asistencia por trámites burocráticos.
- **Sinergia asistencial:** Coordinación indispensable entre Medicina, Trabajo Social y Justicia.
- **Revisión de Voluntades:** Consultar siempre el registro oficial de Instrucciones Previas.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: IMPACTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL PACIENTE SILVER

Autor: Silvia Muñoz Sánchez
Coautores: Ana Asensio Mucientes, Gonzalo Ferrero Hernández, Marta De Castro Cabreros, Marina Robles Conde, Jaime Jiménez García, Elena Simón Nieto, Julia Natalia Garrido Rodríguez



RESUMEN:

El envejecimiento se asocia con una disminución de la fuerza muscular, el equilibrio y la capacidad funcional. La actividad física adquiere un papel importante en esta etapa de la vida favoreciendo un envejecimiento activo y saludable y contribuyendo a mantener la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE:

Paciente *silver*; envejecimiento activo; actividad física; calidad de vida; promoción de la salud.

ANTECEDENTES:

La tendencia al envejecimiento poblacional supone un reto para los sistemas de salud haciendo necesarias estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida de la población.

La actividad física es una herramienta clave para promover el envejecimiento activo y prevenir la pérdida de la capacidad funcional en el paciente *silver*.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Analizar la evidencia científica actual sobre el impacto de la actividad física en el envejecimiento activo del paciente *silver*.

Objetivos específicos:

- Identificar los beneficios de la actividad física sobre la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente *silver*
- Describir el tipo, frecuencia e intensidad de actividad física más recomendada para promover el envejecimiento activo.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane y SciElo, sobre el impacto de la actividad física en el envejecimiento activo en el paciente *silver*. Se incluyeron artículos en inglés y español de los últimos 5 años a texto completo y en población mayor de 65 años.

RESULTADOS:

Los estudios evidencian que la actividad física moderada, combinado 150 minutos semanales de actividad aeróbica con 2 días de fuerza, mejora la capacidad funcional, la fuerza y el equilibrio en el paciente *silver*, reduciendo el riesgo de fragilidad y caídas.

Asimismo, fomenta la autonomía y mejora la calidad de vida, pilar fundamental en el envejecimiento activo.

CONCLUSIÓN:

La actividad física combinada de ejercicio aeróbico y fuerza es una intervención eficaz para promover el envejecimiento activo. Su implementación en el paciente silver mejora la capacidad funcional y la calidad de vida, imprescindible para conseguir una longevidad saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayas Cano AG, et al. Revisión sistemática de la actividad física en el adulto mayor. GADE Rev Cient. 2023;3(1):164-186.
- Villarreal Ángeles MA, et al. Efectos de la actividad física en adultos mayores: revisión sistemática de la literatura en español. Cienc Lat. 2025;9(5):234-252.
- Izquierdo M, et al. Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults. J Nutr Health Aging. 2025;29(1):100401.

Fisioterapia y restricción del flujo sanguíneo en la senescencia celular y fragilidad

Autores: María Jesús Benzo Iglesias, Julián Peralta Álvarez, Patricia Rocamora Pérez.

Centro de Investigación en Salud (CEINSAUAL). Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería.

Resumen

El envejecimiento poblacional conlleva un deterioro progresivo de la masa y fuerza muscular derivado de la senescencia celular, que lleva a la sarcopenia o fragilidad. Las comorbilidades físicas o cardiovasculares dificultan el tratamiento convencional de la sarcopenia mediante altas cargas. En este contexto, la Restricción del Flujo Sanguíneo (BFR, del inglés Blood Flow Restriction) a baja carga (20-30% 1RM) emerge en fisioterapia como una solución terapéutica capaz de generar respuestas anabólicas sin someter a las articulaciones a un elevado estrés mecánico.

Esta revisión analizó el impacto molecular y clínico del entrenamiento con BFR a baja carga en adultos mayores. La evidencia muestra que la BFR atenúa la inflamación sistémica y la expresión de miostatina a la vez que estimula las vías anabólicas, alcanzando incrementos en masa muscular, fuerza y capacidad funcional equiparables a los del entrenamiento tradicional de alta carga. En conjunto, la BFR a baja carga parece una estrategia eficaz y vascularmente segura para prevenir y abordar la fragilidad en la tercera edad.

Antecedentes

El envejecimiento de la población va acompañado de una pérdida progresiva de masa, fuerza y calidad muscular, acontecimiento estrechamente relacionado con el desarrollo de sarcopenia y fragilidad. La fragilidad muscular está guiada por el proceso de senescencia celular y el catabolismo muscular mediado por la miostatina y la atenuación del eje hormonal de la hormona de crecimiento (GH) y el factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1).

La mayoría de los adultos mayores frágiles poseen comorbilidades físicas o limitaciones cardiovasculares que les impide levantar altas cargas. La BFR a baja carga en fisioterapia emerge como posible herramienta terapéutica. La hipoxia tisular localizada conlleva un acúmulo de metabolitos que simula las respuestas anabólicas del ejercicio de alta carga sin someter a las articulaciones a un elevado estrés mecánico.

PALABRAS CLAVE:
ejercicio físico; fisioterapia; fragilidad; restricción del flujo sanguíneo; senescencia.



Objetivos

Analizar el impacto del entrenamiento con BFR a baja carga sobre los marcadores moleculares de senescencia celular y parámetros funcionales en adultos mayores frágiles.

Método

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de literatura científica en las bases de datos de PubMed, PEDro, Web of Science y Scopus. Se seleccionaron los artículos más relevantes que abordaron la BFR a baja carga en adultos mayores.

Resultados

Los estudios han mostrado que el BFR a baja carga induce efectos favorables sobre la reducción de citocinas proinflamatorias, la supresión de la miostatina y la activación de vías favorecedoras de la síntesis proteica muscular. También estimula la liberación aguda de GH y el incremento de IGF-1, contribuyendo al desarrollo y mantenimiento de la masa muscular. Desde el punto de vista vascular, no se han observado alteraciones significativas, lo que respalda su perfil de seguridad en personas mayores.

A nivel muscular se han hallado mejoras significativas en la fuerza, área de sección transversal y grosor muscular, con resultados comparables a los del entrenamiento convencional de alta carga. Además, se han constatado mejoras en la capacidad funcional, reflejadas en pruebas como la Short Physical Performance Battery (SPPB), el Timed Up and Go (TUG) y tests de velocidad de la marcha.

Conclusiones

El entrenamiento con BFR a baja carga parece ser una estrategia eficaz para prevenir y abordar la fragilidad geriátrica al modular los mecanismos relacionados con la senescencia y catabolismo muscular. Sus efectos sobre la musculatura y capacidad funcional son comparables a los del entrenamiento a alta carga, con una menor exigencia mecánica sobre las estructuras articulares. Asimismo, los datos disponibles indican un perfil de seguridad vascular favorable cuando se emplean presiones individualizadas, aunque se requieren estudios adicionales en población senil con sarcopenia y fragilidad para consolidar estas conclusiones y establecer recomendaciones clínicas.



VIII Congreso Internacional Silver Economy

Capsulitis adhesiva: abordaje fisioterapéutico y actualización de la evidencia

Autores: Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Díez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martínez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martínez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Díez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez.

RESUMEN

La capsulitis adhesiva es una patología del hombro caracterizada por dolor y restricción progresiva de la movilidad. El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia actual sobre la eficacia de la fisioterapia en su tratamiento.

ANTECEDENTES

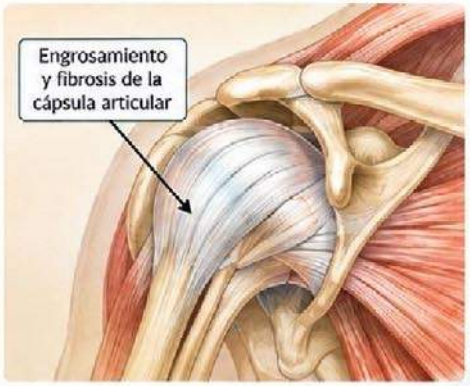
Se trata de un proceso inflamatorio y fibrótico de la cápsula articular glenohumeral, que provoca dolor, rigidez y limitación funcional, con una evolución en fases (dolorosa, restrictiva y de resolución). Su prevalencia se sitúa entre el 2–5%, siendo más frecuente en mujeres y en personas con diabetes.

OBJETIVOS

- Analizar la evidencia científica reciente sobre la eficacia de la fisioterapia en la capsulitis adhesiva.
- Identificar las principales intervenciones y sus resultados en dolor, movilidad y función.

PALABRAS CLAVE

Frozen Shoulder; Adhesive Capsulitis; Physiotherapy; Manual Therapy; Exercise Therapy.



MÉTODO

- Revisión sistemática de la literatura.
- Bases de datos: PubMed, Scopus y Cochrane.
- Palabras clave: "Frozen Shoulder", "Adhesive Capsulitis", "Physiotherapy", "Manual Therapy" y "Exercise Therapy".
- Criterios de inclusión: ensayos clínicos y revisiones sistemáticas (últimos 10 años) en adultos con capsulitis adhesiva.
- Criterios de exclusión: estudios sin intervención fisioterapéutica o con otras patologías de hombro.

Fases de la capsulitis adhesiva



RESULTADOS

- ↓ **Dolor:** mejora significativa (EVA −1,5 a −3 puntos).
- ↑ **Movilidad:** aumento de la abducción y rotación externa (≈ 20–40°).
- ↑ **Función:** mejoría en escalas funcionales (SPADI, Constant).

Intervenciones más eficaces

- ✓ **Ejercicio terapéutico** (movilidad, control motor y fuerza).
- ✓ **Terapia manual** (movilizaciones articulares de baja–media intensidad).
- ✓ **Programas combinados** (ejercicio + terapia manual), con mejores resultados globales.

CONCLUSIONES

- La fisioterapia, especialmente la combinación de ejercicio terapéutico y terapia manual, es una intervención eficaz y segura para mejorar el dolor, la movilidad y la función en la capsulitis adhesiva.
- La individualización del tratamiento según la fase de la patología es clave para optimizar los resultados.

ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DE LA PARÁLISIS DE BELL: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Resumen

La parálisis de Bell es una neuropatía periférica del nervio facial (VII par craneal), que presenta como sintomatología debilidad o parálisis de la musculatura facial, ocasionando dificultad para realizar acciones como cerrar el ojo, sonreír, masticar y afectando tanto en la autoestima como en la calidad de vida. El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia cientifica sobre las principales intervenciones fisioterapéuticas y su eficacia en la recuperación de la función facial, donde se observa que los ejercicios faciales individualizados y la **reducción neuromuscular** permiten mejorar la simetría, el control motor y la función facial.

Palabras clave Bell´s palsy, physiotherapy, facial rehabilitation.

Antecedentes

La parálisis de Bell es la causa más frecuente de parálisis facial periférica unilateral de aparición aguda. Su etiología es asociada a procesos inflamatorios del nervio facial, relacionados a la reactivación del virus Herpes simple tipo 1.

La afectación del nervio facial provoca alteración en la función motora de los músculos de la expresión facial, generando asimetría facial en reposo o al movimiento, desviación de la comisura bucal, limitación al cierre del ojo, sonreír, silbar, alteraciones en el habla o la masticación y sincinesias o contracturas de la musculatura facial.

En los últimos años se ha incrementado el interés por las técnicas de rehabilitación facial con el objetivo de recuperar los patrones motores, evitar compensaciones y mejorar la coordinación de la musculatura afectada.

ANATOMÍA DEL NERVIO FACIAL (VII)



AFECTACIÓN UNILATERAL



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Cierre ocular incompleto
- Desviación de la comisura bucal
- Debilidad facial
- Alteraciones en el habla y masticación

Método

- **Diseño:** revisión bibliográfica de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- **Fuentes:** bases de datos electrónicas (PubMed/Medline, PEDro, Cochrane Library, Scopus y CINAHL.
- **Criterios de inclusión:** periodo entre 2011-2026, centrados en intervenciones fisioterapéuticas para la parálisis de Bell. En inglés y español.
- **Análisis:** grado de recuperación de la función facial, simetría facial en reposo y en movimiento, movilidad activa de la musculatura facial, presencia de sincinesias o contracturas, funcionalidad oral y ocular, calidad de vida y tiempo de recuperación funcional.



Objetivos

- Analizar la evidencia cientifica sobre la eficacia del abordaje fisioterapéutico en pacientes con parálisis de Bell.
- Identificar las principales técnicas fisioterapéuticas utilizadas.
- Evaluar sus efectos sobre la funcionalidad, simetría facial y aparición de sincinesias.



Resultados

Los ejercicios faciales individualizados, la terapia de mímica y la reeducación neuromuscular presentan resultados favorables para mejorar la recuperación funcional, evitar sincinesias y mejorar la coordinación en los movimientos faciales.

En cambio la electroestimulación o técnicas pasivas de forma aisladas no muestran mejoras significativas.

Limitaciones: hay gran heterogeneidad metodológica, diferencias en los protocolos de intervención terapéutica, diferencias en la gravedad inicial de la parálisis o las escalas empleadas para la valoración.

Conclusiones

La fisioterapia constituye una herramienta complementaria relevante en el abordaje de la parálisis de Bell. La reeducación neuromuscular y los ejercicios faciales individualizados destacan como las intervenciones más prometedoras para mejorar la simetría y funcionalidad facial. No obstante, son necesarios estudios de mayor calidad metodológica que permitan establecer protocolos terapéuticos estandarizados.

Autores

Jose María Márquez Pérez, Bastian Martín García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simon Cascón, Sara Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón Martínez, Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Díez Alonso, Ivan Fernández Pérez, Marta de la Torre Sánchez, Anabel Silvan Díaz, Daniel Nicolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Diéz Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas, Victor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patrícia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez, Andrea Martín Martínez, Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso González, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Álvarez, Daniel García Gallego, Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos.

BENEFICIOS DEL DRENAJE LINFATICO MANUAL SEGUN EL METODO LEDUC EN LINFEDEMA SECUNDARIO A CANCER DE MAMA.

RESUMEN: El drenaje linfático manual según LEDUC, es una técnica basada en movilizaciones y presiones, además de un vendaje compresivo , terapia descongestiva, ejercicios respiratorios, cuidado de la piel y nutrición.
El drenaje se realiza de proximal a distal y se alternan maniobras de evacuación y de reabsorción.
El linfedema se manifiesta por la retención del líquido linfático y proteínas plasmáticas en los espacios intersticiales, que produce un aumento progresivo de la extremidad con disminución de su capacidad funcional e inmunológica, aumento de peso y modificaciones morfológicas.

AUTORES : C. García Mulas. V. Merayo Domínguez, C. Barroso Fernández, D. Colina Fernández. P. Martínez Barreda, A. Ramos Martínez, C. Moya Bahamonde, N. García González. M. Cuervo Díez, A. Martín Martínez, E.M. López Domínguez, V. Escrich Iturbe, M.G. Alonso González, A. Ortega Plaza, B. Magariño Álvarez, D. García Gallego, A. Manzanedo Juárez, M.D. Herrero Sánchez, N. Portas Castellanos, J.M. Márquez Pérez, B. Martín García, E. Pérez Jiménez, C. Ramos Álvarez, C. Vidal Aparicio, A. Paniagua Gómez, Y. Fernández Grande, S. Simón Cascón. S. Ferrero Valle. J. Álvarez Rodríguez. J. Hinojal Tejido, M. Chacón Martinéz, R. Pinto Peñuelas, M. Rodríguez Barrientos, R. Gonzá1ez Gómez, M.T. Diez Alonso, I. Fernández Pérez, M. de la Torre Sánchez, A. Silván Díaz, D. Nicolás Laso, A.P. Campos Moreno, A. Sevilla López, E. Diez Villarroel, J. González Martínez, A. Luis Ros. N. Iglesias García

ANTECEDENTES: El cáncer de mama es uno de los tumores mas frecuentes .la edad de diagnostico comprende entre los 35 y los 80. La incidencia ha aumentado en los últimos años en España y en el mundo debido al diagnostico temprano.

OBJETIVO: analizar la efectividad del drenaje linfático manual en el tratamiento y prevención del linfedema secundario a una mastectomía en mujeres.

METODO: Se realizó una búsqueda en las bases de datos, Medline, PUBMED y Cochrane, utilizando términos de búsqueda: “DLM”, ” LINFEDEMA” y ”FISIOTERAPIA ”.
Los estudios seleccionados fueron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos controlados publicados entre el año 2020 y el 2026. En total 18 ensayos clínicos han sido incluidos en la revisión: 11 ensayos controlados aleatorizados y 9 ensayos aleatorizados no controlados.

RESULTADOS: Tras las revisiones, podemos observar que en los tratamientos que se incluyen DLM con las técnicas de LEDUC se produce una mejoría del linfedema a corto y a largo plazo. Además los resultados son mejores si se aplican con otras técnicas, mejorando la circunferencia del brazo, el dolor, la calidad de la piel y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: LINFEDEMA, METODO LEDUC, CANCER DE MAMA, MASTECTOMIA, FISIOTERAPIA

CONCLUSIONES: la combinación de técnicas de DLM según LEDUC junto a otras técnicas terapéuticas es efectivo para la reducion del linfedema tras las mastectomías. Se ha visto una notable reducción del linfedema tras la aplicación de sesiones de drenaje y aplicación de vendaje compresivo.



Propuesta de protocolo terapéutico combinado de diatermia WINBACK BACK4 y onda de choque focal diamagnética PERISO CTU S WAVE en la tendinitis/tendinosis calcificada del tendón supra espinoso y manguito rotador

TIPO DE ESTUDIO: PROPUESTA DE PROTOCOLO TERAPÉUTICO | ÁMBITO: CLÍNICO U HOSPITALARIO

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

tacto Clínica de Fisioterapia Registro Sanitario Nº 24-C22-0174

1. AUTORES

Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martínez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez; Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodríguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martínez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos.

2. PALABRAS CLAVE

Diatermia, onda de choque focal, tendinitis, tendinosis, manguito rotador, tendón supraespinoso, protocolo.

3. RESUMEN

La tendinitis/tendinosis calcificada del tendón supraespinoso y del manguito rotador es una patología frecuente, dolorosa y limitante de la función del hombro. La combinación de diatermia (WINBACK BACK4) y onda de choque focal diamagnética (PERISO CTU S WAVE) podría favorecer la analgesia, la regeneración tisular y la recuperación funcional. Este póster presenta una propuesta de protocolo terapéutico basada en la evidencia científica disponible y en la experiencia clínica.

4. OBJETIVOS

- Diseñar un protocolo terapéutico combinado con diatermia WINBACK BACK4 y onda de choque focal diamagnética PERISO CTU S WAVE para la tendinitis/tendinosis calcificada del tendón supraespinoso y manguito rotador.
- Evaluar su viabilidad, seguridad y variables de resultado en la práctica clínica.

5. MATERIAL E INTERVENCIÓN

WINBACK BACK4
Diatermia / TECAR



PERISO CTU S WAVE
Onda de choque focal diamagnética



6. PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO

PROTOCOLO WINBACK BACK4

1. **Tendón. Warm up** (Calentamiento)
   a) Capacitivo **Soft** (500 kHz) médium, 50%, 3 minutos.
   b) Resistivo **Deep** (300 kHz) médium, 60% + **Hi-Tens dynamic** (2 Hz-5 Hz-25 Hz) + **Hi-EMS Radial** 40%, 5 minutos.
2. **Tendón. Pain relief** (eliminación de dolor)
   Resistivo **Deep** 50% + Hi-Tens, estático 25 Hz + Hi-EMS pushback 30%, 6 minutos.
3. **Tendón. Calm Down** (Vuelta a la calma)
   a) Capacitivo **Soft** 20%, 3 minutos.
   b) Resistivo **Deep** 20% + Hi-ems **pushback** 30%, 5 minutos.

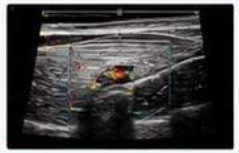
PROTOCOLO ONDA DE CHOQUE FOCAL

1. **Disgregante**
   Modo: Disgregante | Forma: Alto
   Power: 12 | Diamagnetismo: 6 | Disparos: 40
2. **Drenante**
   Modo: Drenante | Forma: Bajo
   Power: 9 | Diamagnetismo: 12 | Disparos: 20
3. **Estimulante**
   Modo: Estimulante | Forma: Medio
   Power: 15 | Diamagnetismo: 6 | Disparos: 60

7. VARIABLES DE EVALUACIÓN

Dolor	Función	Ecografía	Seguimiento
EVA (0–10)	SPADI / QuickDASH	(re evaluación)	3 – 4 meses





8. POBLACIÓN

Población general con patología de tendinitis/tendinosis calcificada de tendón supraespinoso y manguito rotador.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WINBACK. Web oficial: winback.com/es - BACK4 / TECAR
PERISO. Web oficial: periso.org - CTU S WAVE
NLM. PubMed. Base de datos de literatura biomédica.
Paulsen F, Waschke J. Sobotta. Atlas de anatomía humana. Elsevier.
Kapandji AI. Fisiología articular. Tomo 1: Miembro superior.
Paolucci T, et al. (2020). TECAR en síndrome de pinzamiento de hombro. J Int Med Res.
Brindisino F, et al. (2024). Ondas de choque en tendinopatía calcificada. Physiother Res Int.

10. SEGUIMIENTO

Re evaluación clínica y ecográfica a los 3–4 meses para valorar la evolución del paciente.

CIENCIA + TECNOLOGÍA + FISIOTERAPIA = MEJOR RECUPERACIÓN FUNCIONAL

Efectividad del ejercicio terapéutico en pacientes con artrosis de rodilla

Autores

Sevilla A, Diez E, González J, Ros AL, Iglesias N, García C, Hinojal J, Barroso C, Colina D, Martínez P
Ramos A, Moya C, Cuervo M, Martín A, López EM, Escrich V, Alonso MG, Ortega A, Magariño B
García D, Manzanedo A, Herrero MD, Portas N, Márquez JM, Martín B, Pérez E, Ramos C
Vidal C, Paniagua A, Fernández Y, Simón S, Ferreos O, Álvarez J, Macoyó Y, Chacón M, Pinto R
Rodríguez M, González R, Diez MT, Fernández I, de la Torre M, Silvan A, Laso DN, Campos AP

Resumen

La artrosis de rodilla es una de las patologías musculoesqueléticas más prevalentes, y el ejercicio terapéutico se presenta como una estrategia eficaz para reducir el dolor, mejorar la función y disminuir la discapacidad.

Palabras clave

Artrosis de rodilla; Ejercicio terapéutico; Rehabilitación; Función física; Calidad de vida.

Antecedentes

El ejercicio terapéutico se ha consolidado como una de las intervenciones no farmacológicas más recomendadas en la artrosis de rodilla, gracias a sus beneficios en el control del dolor y la mejora de la funcionalidad.

Objetivos

Analizar la efectividad del ejercicio terapéutico en pacientes con artrosis de rodilla, así como determinar qué tipos, dosis y programas son más beneficiosos.

Método

Se propone una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane, PEDro y Scopus, centrada en la eficacia del ejercicio terapéutico en la artrosis de rodilla.

Criterios de inclusión

- Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas en adultos con artrosis de rodilla.

Criterios de exclusión

- Estudios en menores, otras patologías o intervenciones combinadas.

Resultados

El ejercicio terapéutico se asocia con una reducción significativa del dolor, una mejora de la función física y a mayor bienestar en pacientes con artrosis de rodilla.

Tipo de ejercicio	Beneficios principales
Fortalecimiento muscular	Mejora la fuerza y función
Ejercicio aeróbico	Reducción del dolor y ↑ capacidad física
Ejercicio neuromuscular	Mejora el equilibrio y control
Ejercicio acuático	Alivio del dolor y mayor tolerancia
Ejercicio combinado	Beneficios globales

Discusión

Los estudios analizados muestran que el ejercicio terapéutico es una herramienta eficaz en el manejo de la artrosis de rodilla, ya que contribuye a reducir el dolor, mejorar la función física y aumentar la calidad de vida de los pacientes. Además, a: tiojo riesgo de efectos adversos lo convierte en una opción segura y recomendable en el tratamiento de esta patología.

Conclusiones

El ejercicio terapéutico es una intervención segura y eficaz en pacientes con artrosis de rodilla, contribuyendo a la reducción del dolor y la mejora de la función.

Bibliografía

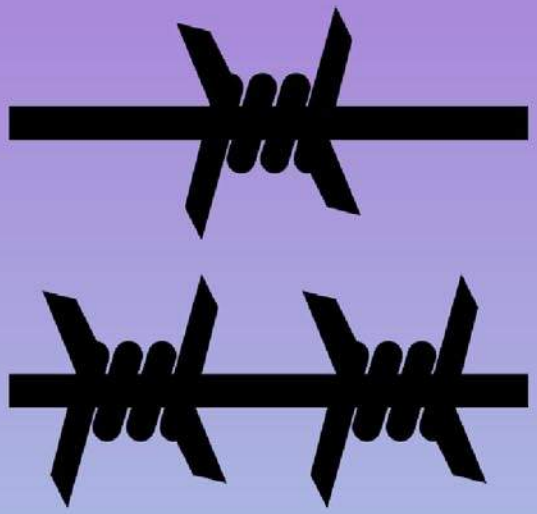
1. Fransen M, et al. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev. 2015;1:CD004376.
2. Bennell KL, et al. Exercise in knee osteoarthritis. Lancet. 2017;380(10664):1322–1334.
3. Rausch-Osthoff AK, et al. Exercise therapy for knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018;77(1):35–44.

EL SILENCIO ES MÁS CÓMPLICE EN LAS ZONAS RURALES

Autores: Anabel Lorenzo Gómez, Ana Manso Fdez., M.ª Ángeles Sánchez Juan, José Trastoy Glez, M.ª Encarnación Conde Prieto, Pablo Granados Martín.

RESUMEN: La violencia de género en la España vaciada está silenciada, en algunos casos normalizada. Es invisible cómo se vive el maltrato donde todo el mundo se conoce.

PALABRAS CLAVE: maltrato, violencia, mujer, enfermería



OBJETIVOS:

- Resaltar las particularidades del maltrato en el mundo rural.
- Sensibilizar de la importancia del conocimiento de protocolos de detección y actuación frente al maltrato por parte de enfermería.
- Remarcar que la igualdad es un camino a construir entre todos

ANTECEDENTES:

- 1/3 de las asesinadas por violencia de género en España vivían en el entorno rural.
- Las víctimas tardan una media de 20 años en denunciar a su agresor por: presión social, aislamiento geográfico, dependencia económica, menor presencia institucional, dificultades de desplazamiento, conocimiento limitado de los derechos y red de apoyo social insuficiente .
- Uno de cada cinco varones entre 15 y 29años niega la violencia de género y la considera una invención ideológica.

RESULTADOS

- A mayor grado de ruralidad, menos denuncias.
- La vergüenza, la culpa y el miedo impide o retrasa la decisión de denunciar.
- La violencia se manifiesta con especial crudeza y desprotección sin lugares donde refugiarse.
- Estudios demuestran que, cuando el personal de enfermería está formado específicamente en protocolos de violencia de género, la detección de casos aumenta.
- La desigualdad territorial dificulta la detección, denuncia y atención a las víctimas.

CONCLUSIONES

- La violencia machista en el mundo rural precisa de respuestas específicas.
- La enfermera de AP es una pieza clave en la detección, en la valoración del riesgo, y para romper el aislamiento de las víctimas.
- Es necesario desarrollar más medidas para hacer frente a una doble vulnerabilidad: mujeres en un medio donde perdura la desigualdad de género, los roles sexistas tradicionales y la dominación masculina y residir en zonas donde los recursos, servicios especializados, espacios seguros y acceso a la información son más limitados.

EL EDADISMO EN LA SALUD

Autores: José Trastoy Glez, Ana Manso Fdez., M.ª Ángeles Sánchez Juan, M.ª Encarnación Conde Prieto, Anabel Lorenzo Gómez, Pablo Granados Martín.

RESUMEN: El edadismo -los estereotipos, prejuicios y discriminación basados en la edad-está reconocido por la OMS como un determinante social de la salud. Una de cada dos personas mantiene actitudes edadistas hacia los mayores. En el 85% de los 149 estudios analizados la edad determinó el acceso a procedimientos médicos o tratamientos.

PALABRAS CLAVE: edadismo, salud, discriminación

OBJETIVOS: Sensibilizar de la importancia del reconocimiento del edadismo para visibilizarlo y hacerle frente



ANTECEDENTES:- En el ámbito sanitario se manifiesta tanto en la práctica clínica como en la organización de los servicios, generando desigualdades en el acceso, la calidad, los resultados de la atención y una participación más limitada.
Es una forma de discriminación aceptada y menos cuestionada al estar profundamente normalizado en la sociedad.

RESULTADOS:
-Debe abandonarse la visión homogénea de la vejez. La edad cronológica no debe utilizarse como único indicador de riesgo ni como criterio determinante para la selección de tratamientos o intervenciones sanitarias. Se recomienda el modelo de atención centrada en la persona.
-Las decisiones clínicas deben basarse en la situación funcional, el estado de salud y las preferencias de la persona, no únicamente en su edad cronológica.
-Es necesario la formación específica del personal sanitario, junto con programas intergeneracionales.
-Entornos amigables y políticas que garanticen la participación real del mayor en la toma de decisiones sobre su salud.



CONCLUSIONES
-La formación es fundamental para reconocer estereotipos y prejuicios asociados a la edad, promover una comunicación respetuosa y favorecer una atención individualizada.
-Combatir el edadismo no solo consiste en eliminar prejuicios, sino también en construir una nueva forma de comprender la vejez, basada en el respeto, la equidad y el valor de la experiencia, de modo que la edad no limite el acceso a oportunidades ni a cuidados de calidad.

La pérdida de dientes en personas mayores y su impacto en la nutrición



Cuidar tu salud bucodental hoy es garantizar una mejor alimentación mañana.

Resumen

La pérdida de dientes en las personas mayores puede afectar de forma significativa a su alimentación, provocando dificultades para masticar, una dieta menos variada y un mayor riesgo de desnutrición.

La prevención, la rehabilitación protésica y la educación para la salud bucodental son clave para mantener una buena nutrición y una mejor calidad de vida en esta etapa.

Objetivo

Analizar cómo influye la pérdida dental en la nutrición de las personas mayores.

Antecedentes

- La pérdida de dientes es frecuente en la población mayor debido al envejecimiento, la enfermedad periodontal, la caries y el uso prolongado de prótesis.
- Se asocia con los cambios en la alimentación, menor ingesta de nutrientes.

Método

Revisión de bibliografías publicadas en bases de datos científicas como: SciELO, PubMed, Dialnet.

Palabras clave

Pérdida de dientes, personas mayores, nutrición, salud bucodental y alimentación.

Resultados

- Dificultad para masticar, disminuyendo el consumo de alimentos duros, fibrosos o crujientes (carne, frutas, verduras crudas y frutos secos).
- Alimentación menos variada, prefiriendo alimentos blandos y ricos en hidratos de carbono, azúcares y grasas, y reduciendo el consumo de frutas, verduras y protéinas.
- Riesgo de desnutrición y de pérdida muscular.
- Déficit de vitaminas y minerales. Se observan menores aportes de proteínas, hierro, calcio, vitamina B12, vitamina C y otros nutrientes esenciales.
- Consecuencias en la calidad de vida, afectando también al bienestar emocional.

Conclusiones

- La pérdida de dientes en las personas mayores tiene un gran impacto directo en su nutrición y en su calidad de vida.
- Es fundamental mantener una buena salud bucodental, mediante la prevención, el tratamiento y la rehabilitación protésica.
- La atención multidisciplinar (odontología, higiene bucodental, nutrición y médico de familia) es clave para mejorar la salud de las personas mayores.

Autores

Vanesa San José Cítores (TSHB)
Jessica Perez Mesa (TSHB)
Susana Miguel Franco (TSHB)
Noelia Rodríguez Pico (TSHB)
Ángela Martín Vaquero (OD)
Elena Fernández Nevares (OD)

PROYECTO DE IMPLANTACIÓN · ENFERMERÍA · PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Del alta al hogar: protocolo enfermero de prevención de caídas en el domicilio tras una fractura por fragilidad

Rebeca Velerdas Herrero
Autora

RESUMEN

La caída que acaba en fractura es el mejor predictor de la siguiente, y el alta hospitalaria es una transición de alto riesgo. Se diseña un protocolo enfermero de cuatro pasos, basado en el consenso del SNS 2026 y las guías mundiales, que empieza en la planta de traumatología y termina en Atención Primaria. Se presenta la fase de diseño; la implantación está pendiente.

PALABRAS CLAVE

Accidentes por caídas; Anciano; Fracturas de cadera; Alta del paciente; Atención de enfermería; Continuidad de la atención al paciente

ANTECEDENTES

30% de los ≥65 años se cae cada año[1]

50% de quienes se caen repite en el mismo año[1]

90% de las fracturas de cadera se debe a una caída[1]

Adaptar el hogar reduce un **38%** las caídas en personas de alto riesgo, pero **no tiene efecto** si se aplica sin seleccionar[3]. Quien ingresa por fractura ya está seleccionado.

OBJETIVO

Diseñar un protocolo enfermero, aplicable desde la hospitalización por fractura por fragilidad (≥65 años), que reduzca el riesgo de nuevas caídas en el domicilio.

MÉTODO

Proyecto de implantación, fase de diseño: (1) revisión de recomendaciones vigentes[1–4]; (2) selección de intervenciones con evidencia alta o moderada ejecutables por enfermería; (3) adaptación al circuito de alta de la unidad.

RESULTADOS · EL PROTOCOLO «4 PASOS AL ALTA»

Toda persona mayor hospitalizada se considera de alto riesgo de caídas[1].

AL INGRESO — 1 Identificar

- Tres preguntas[1,2]: ¿caída en 12 meses?, ¿inestabilidad?, ¿miedo a caer?
- Registro de criterios de gravedad: lesión, ≥2 caídas, >1 h en el suelo, síncope
- Fármacos que aumentan el riesgo (STOPPFall) → aviso al médico

ANTES DEL ALTA — 2 Revisar el hogar

Lista del SNS[1], con paciente y cuidador:

- ☐ Suelos y alfombras
- ☐ Iluminación
- ☐ Cocina
- ☐ Dormitorio
- ☐ Pasillo cama-baño
- ☐ Baño y asideros
- ☐ Calzado y ropa
- ☐ Mascotas

DURANTE EL INGRESO — 3 Educar

- Educación individualizada y estructurada (evidencia 1A en hospital)[1]
- Levantarse con seguridad de cama y silla
- Qué hacer si cae: pedir ayuda, 112 o teleasistencia

AL ALTA — 4 Transferir

- Informe de continuidad: «riesgo muy alto de caídas»
- A enfermería de AP: valoración multifactorial y visita al domicilio[1]
- Ejercicio de equilibrio y fuerza progresivo ≥12 semanas (−23% caídas)[2,4]

Planta de traumatología → Informe de continuidad → Atención Primaria → Domicilio

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- % de pacientes con cribado al ingreso
- % con lista del hogar revisada al alta
- % de informes con plan de caídas
- Caídas y reingresos a 6 y 12 meses

CONCLUSIONES

- El ingreso por fractura es la ventana idónea: la persona ya está seleccionada por riesgo.
- Enfermería de traumatología puede iniciar la prevención secundaria sin recursos añadidos.
- La lista hospitalaria no sustituye la visita domiciliaria: la abre. Su eficacia aquí está por evaluar.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor (2026). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026.
2. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022;51(9):afac205.
3. Clemson L, Stark S, Pighills AC, Fairhall NJ, Lamb SE, Ali J, et al. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2023;3:CD013258.
4. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1:CD012424.

Fisioterapia de proximidad en la España Vaciada:

impacto de un programa comunitario itinerante de prevención de la fragilidad en el medio rural de Castilla y León

Autores: Yolanda Fernández Grande; Sandra Simon Cascón; Sara Ferrero Valle; Julia Alvarez Rodriguez; Jesús Hinojal Tejido; María Chacón Martinez; Raquel Pinto Peñuelas; Marta Rodríguez Barrientos; Rubén González Gómez; María Teresa Diez Alonso; Ivan Fernández Pérez; Marta de la Torre Sánchez; Anabel Silvan Díaz; Daniel Nicolás Laso; Ana Patricia Campos Moreno; Andrea Sevilla López; Eva Diez Villarroel; Javier González Martínez; Ana Luis Ros; Noelia Iglesias García; Carmen García Mulas; Víctor Merayo Domínguez; Carla Barroso Fernández; David Colina Fernández; Patricia Martinez Barreda; Andrea Ramos Martínez; Claudia Moya Bahamonde; Mario Cuervo Díez; Andrea Martín Martínez; Ester María López Domínguez; Valvanera Escrich Iturbe; María Gloria Alonso González; Aitziber Ortega Plaza; Beatriz Magariño Álvarez; Daniel García Gallego; Alba Manzanedo Juárez; María Dolores Herrero Sánchez; Nuria Portas Castellanos; Jose María Márquez Pérez; Bastian Martín García; Elena Pérez Jiménez; Carla Ramos Alvarez; Cristina Vidal Aparicio; Alicia Paniagua Gómez.

Resumen

El envejecimiento demográfico y la despoblación rural plantean grandes desafíos en Castilla y León. La fisioterapia de proximidad puede prevenir la fragilidad y favorecer un envejecimiento saludable.

Palabras clave: fisioterapia comunitaria; fragilidad; envejecimiento activo; medio rural; ejercicio terapéutico.

Antecedentes

- Castilla y León presenta envejecimiento poblacional y dispersión territorial.
- La fragilidad puede prevenirse o retrasarse mediante ejercicio multicomponente.
- La evidencia respalda programas comunitarios adaptados al entorno rural.
- El Proyecto Rural Care promueve una atención centrada en la persona.

Objetivos

- Prevenir la fragilidad y las caídas.
- Mejorar la capacidad funcional.
- Reducir desigualdades territoriales.
- Promover autonomía y participación social.



Metodología

- Propuesta de intervención comunitaria, prospectiva, con diseño cuasiexperimental pre-post.
- Participantes: personas de 65 o más años residentes en varios municipios rurales (muestra por determinar).
- Intervención: 12 semanas, con 2 sesiones semanales de ejercicio multicomponente supervisado.
- Evaluación inicial y final: SPPB, Timed Up and Go (TUG), dinamometría de prensión y escala FRAIL.
- Registro de asistencia, adherencia, incidencias, satisfacción y barreras de acceso.

Discusión

El modelo itinerante podría reducir barreras geográficas y favorecer la equidad territorial. Su alcance, efectividad y sostenibilidad deberán evaluarse; el diseño pre-post sin grupo control limita la atribución causal.

Castilla y León · servicio itinerante



Resultados esperados

- Mejora de la fuerza, el equilibrio y la movilidad.
- Reducción del riesgo de caídas y de situaciones de fragilidad.
- Mayor participación, adherencia y satisfacción.
- Modelo potencialmente sostenible y transferible.

Conclusiones

La fisioterapia de proximidad es una estrategia prometedora para promover envejecimiento activo, autonomía y equidad en el medio rural.

Referencias bibliográficas

- Lim H et al. BMC Geriatr. 2024:24:589.
- Alowaydhah S et al. Curr Gerontol Geriatr Res. 2024:2024:5639004.
- Betegón E et al. Front Public Health. 2025:13:1601427.
- OMS. Promoting physical activity for older people. 2023.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PACIENTE EN EL PROCEDIMIENTO DE GAMMAGRAFÍA SALIVAL

ORGANIZACIÓN DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Resumen

La gammagrafía salival es una prueba diagnóstica de Medicina Nuclear que permite valorar la función de las glándulas salivales mediante la administración de un radiofármaco y la adquisición de imágenes gammagráficas. Para garantizar una atención adecuada y eficiente, resulta fundamental una correcta gestión administrativa del paciente desde la recepción de la solicitud hasta la finalización de la exploración.
El personal administrativo desempeña un papel esencial en la revisión de la documentación, programación de citas, información sobre la preparación previa, recepción del paciente y coordinación con el personal sanitario. Una adecuada organización del circuito contribuye a reducir incidencias, evitar retrasos y mejorar la calidad asistencial y la experiencia del paciente.

Antecedentes

La gammagrafía salival es una técnica de diagnóstico por imagen utilizada para estudiar la función de las glándulas salivales, especialmente en pacientes con sospecha de alteraciones funcionales.
La realización de esta prueba requiere una coordinación adecuada entre los diferentes profesionales del Servicio de Medicina Nuclear. La gestión administrativa constituye el primer eslabón del proceso asistencial, ya que permite organizar la demanda, comprobar la documentación necesaria y facilitar al paciente la información relacionada con su cita y preparación.
Una gestión inadecuada puede ocasionar errores en la programación, falta de documentación, pacientes insuficientemente informados y retrasos en la actividad asistencial.

Resultados

La organización del circuito administrativo permite establecer un proceso de atención estructurado y homogéneo.
Entre los principales beneficios esperados se encuentran:
Mayor control y organización de la agenda asistencial.
Disminución de errores en la identificación y citación.
Mejor información y orientación del paciente.
Reducción de incidencias relacionadas con la documentación y preparación.
Optimización de los tiempos de atención.
Mejora de la coordinación entre el personal administrativo y sanitario.

Método

Se realiza una descripción del circuito administrativo del paciente en el Servicio de Medicina Nuclear, desde la recepción de la solicitud médica hasta su llegada para la realización de la gammagrafía salival.
Se identifican las siguientes etapas:
Recepción y revisión de la solicitud médica.
Comprobación de los datos identificativos del paciente y de la documentación.
Programación de la cita según la disponibilidad del servicio.
Información al paciente sobre fecha, hora, ubicación y preparación indicada por el servicio.
Recepción y registro del paciente el día de la prueba.
Comprobación de la documentación y comunicación de posibles incidencias al personal sanitario.
Derivación del paciente al área correspondiente para la realización de la exploración.

Objetivos

Analizar la importancia de la gestión administrativa en el circuito asistencial de los pacientes que van a realizarse una gammagrafía salival.

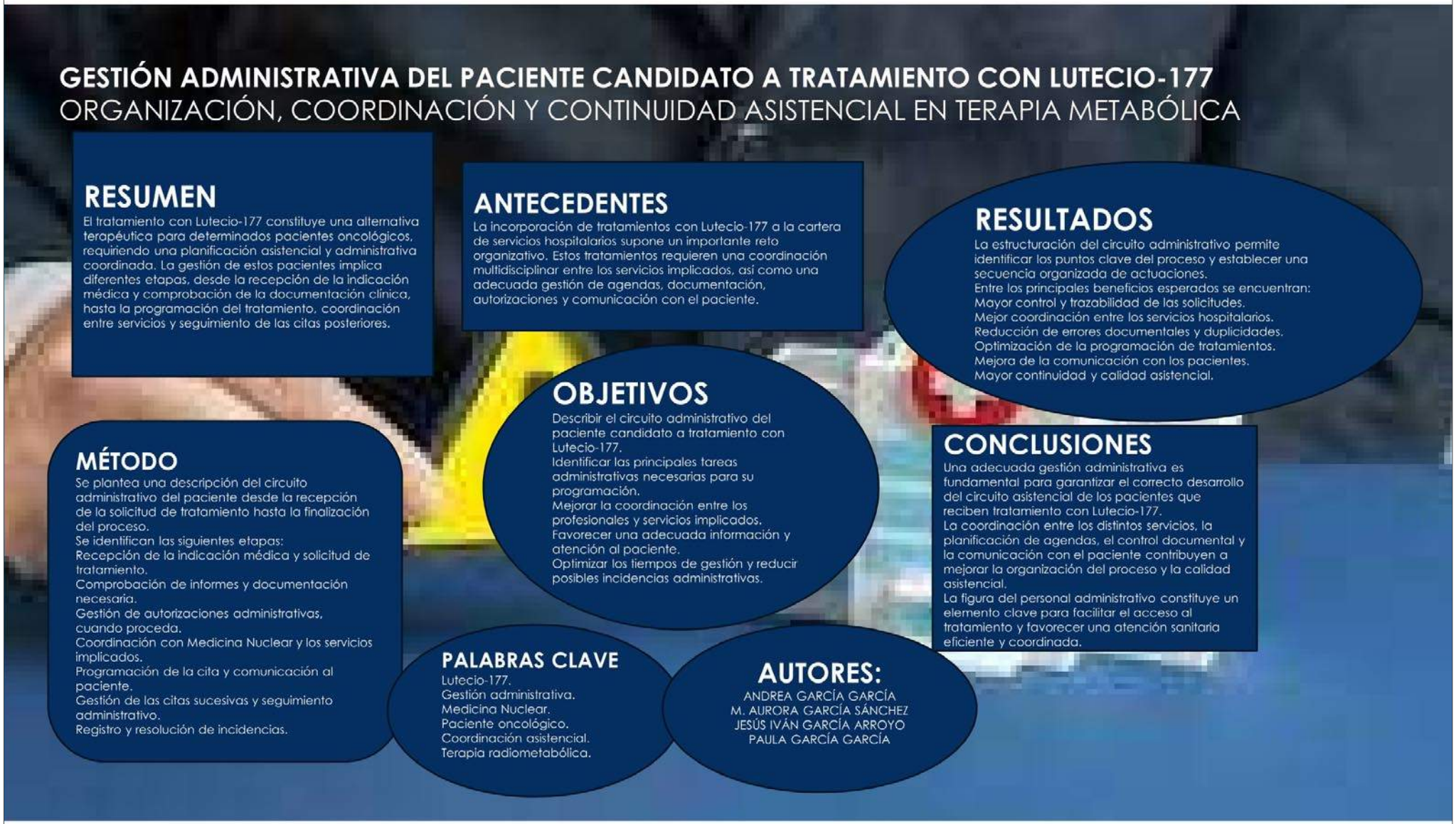
Conclusiones

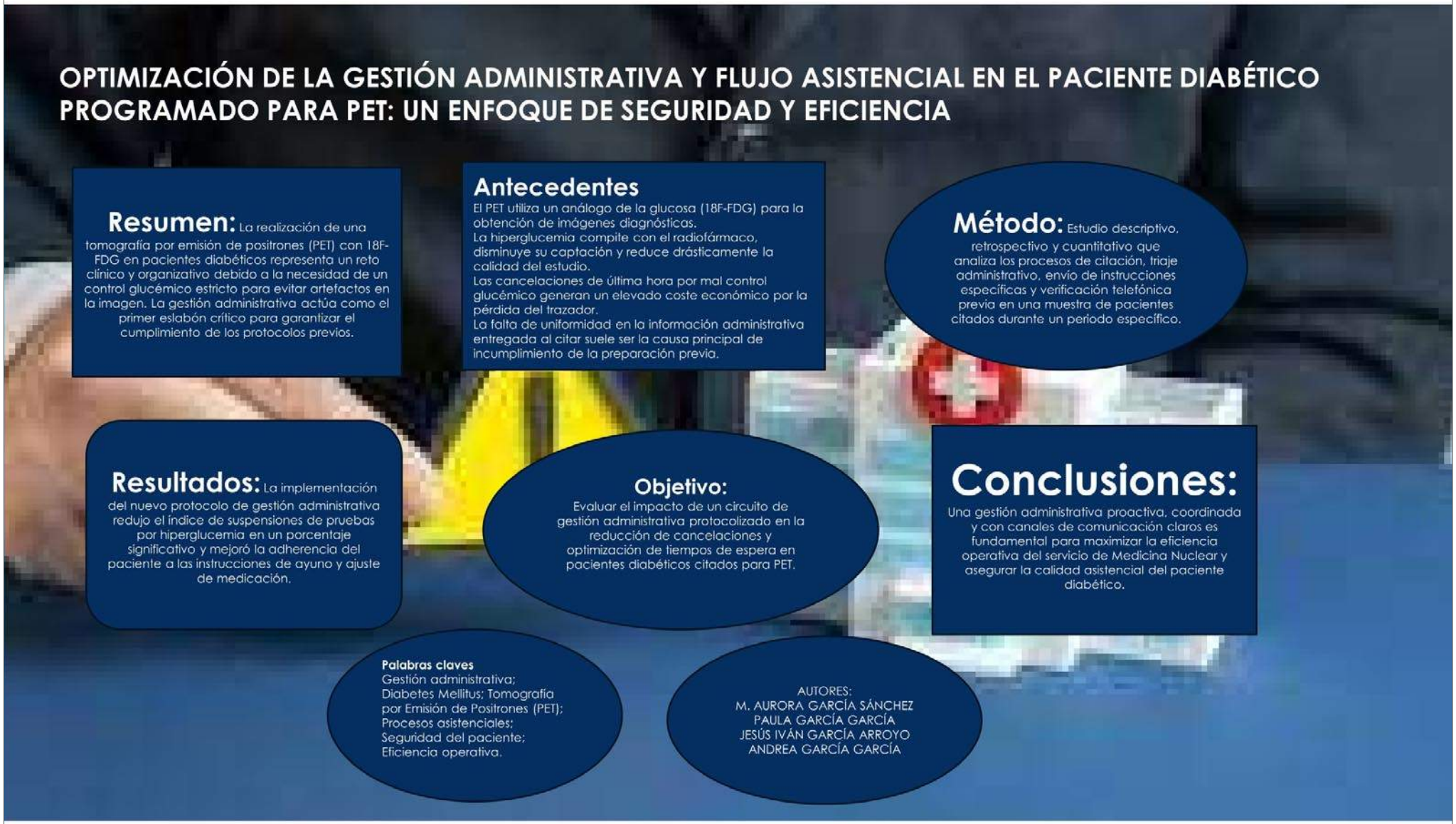
La gestión administrativa constituye una parte fundamental del proceso asistencial en la gammagrafía salival. Una correcta planificación, citación, información y recepción del paciente favorece el desarrollo adecuado de la prueba y contribuye a mejorar la calidad del servicio.
La coordinación entre el personal administrativo y sanitario resulta imprescindible para conseguir un circuito eficiente, seguro y centrado en el paciente.

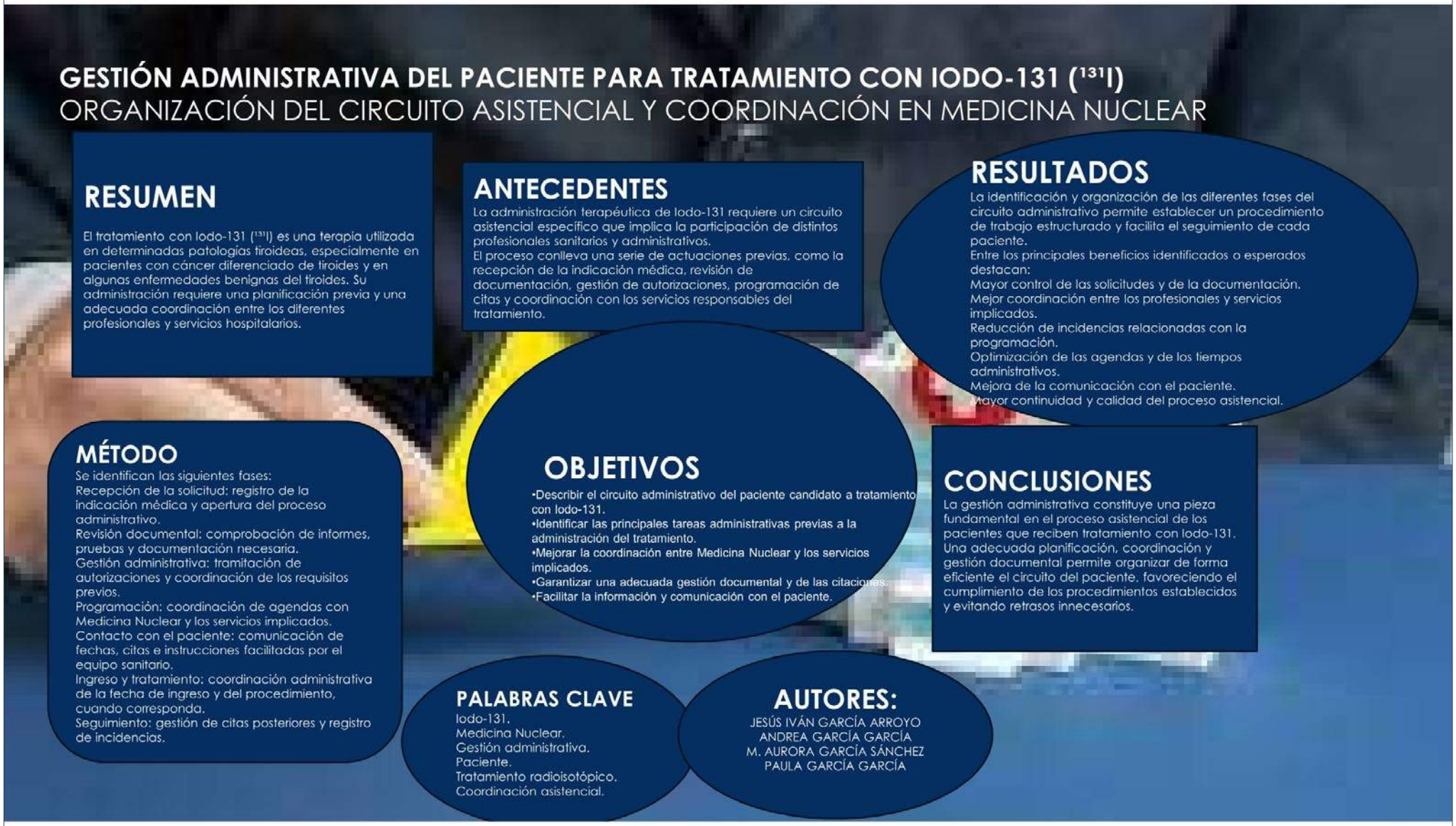
Palabras clave

Gammagrafía salival.
Medicina Nuclear.
Gestión administrativa.
Atención al paciente.
Organización asistencial.
Calidad asistencial.

AUTORES:
PAULA GARCÍA GARCÍA
M. AURORA GARCÍA SÁNCHEZ
JESÚS IVÁN GARCÍA ARROYO
ANDREA GARCÍA GARCÍA


GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PACIENTE CANDIDATO A TRATAMIENTO CON LUTECIO-177
ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN TERAPIA METABÓLICA
RESUMEN
El tratamiento con Lutecio-177 constituye una alternativa terapéutica para determinados pacientes oncológicos, requiriendo una planificación asistencial y administrativa coordinada. La gestión de estos pacientes implica diferentes etapas, desde la recepción de la indicación médica y comprobación de la documentación clínica, hasta la programación del tratamiento, coordinación entre servicios y seguimiento de las citas posteriores.
ANTECEDENTES
La incorporación de tratamientos con Lutecio-177 a la cartera de servicios hospitalarios supone un importante reto organizativo. Estos tratamientos requieren una coordinación multidisciplinar entre los servicios implicados, así como una adecuada gestión de agendas, documentación, autorizaciones y comunicación con el paciente.
RESULTADOS
La estructuración del circuito administrativo permite identificar los puntos clave del proceso y establecer una secuencia organizada de actuaciones.
Entre los principales beneficios esperados se encuentran:
Mayor control y trazabilidad de las solicitudes.
Mejor coordinación entre los servicios hospitalarios.
Reducción de errores documentales y duplicidades.
Optimización de la programación de tratamientos.
Mejora de la comunicación con los pacientes.
Mayor continuidad y calidad asistencial.
OBJETIVOS
Describir el circuito administrativo del paciente candidato a tratamiento con Lutecio-177.
Identificar las principales tareas administrativas necesarias para su programación.
Mejorar la coordinación entre los profesionales y servicios implicados.
Favorecer una adecuada información y atención al paciente.
Optimizar los tiempos de gestión y reducir posibles incidencias administrativas.
CONCLUSIONES
Una adecuada gestión administrativa es fundamental para garantizar el correcto desarrollo del circuito asistencial de los pacientes que reciben tratamiento con Lutecio-177.
La coordinación entre los distintos servicios, la planificación de agendas, el control documental y la comunicación con el paciente contribuyen a mejorar la organización del proceso y la calidad asistencial.
La figura del personal administrativo constituye un elemento clave para facilitar el acceso al tratamiento y favorecer una atención sanitaria eficiente y coordinada.
MÉTODO
Se plantea una descripción del circuito administrativo del paciente desde la recepción de la solicitud de tratamiento hasta la finalización del proceso.
Se identifican las siguientes etapas:
Recepción de la indicación médica y solicitud de tratamiento.
Comprobación de informes y documentación necesaria.
Gestión de autorizaciones administrativas, cuando proceda.
Coordinación con Medicina Nuclear y los servicios implicados.
Programación de la cita y comunicación al paciente.
Gestión de las citas sucesivas y seguimiento administrativo.
Registro y resolución de incidencias.
PALABRAS CLAVE
Lutecio-177.
Gestión administrativa.
Medicina Nuclear.
Paciente oncológico.
Coordinación asistencial.
Terapia radiometabólica.
AUTORES:
ANDREA GARCÍA GARCÍA
M. AURORA GARCÍA SÁNCHEZ
JESÚS IVÁN GARCÍA ARROYO
PAULA GARCÍA GARCÍA


OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FLUJO ASISTENCIAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO PROGRAMADO PARA PET: UN ENFOQUE DE SEGURIDAD Y EFICIENCIA
Resumen: La realización de una tomografía por emisión de positrones (PET) con 18F-FDG en pacientes diabéticos representa un reto clínico y organizativo debido a la necesidad de un control glucémico estricto para evitar artefactos en la imagen. La gestión administrativa actúa como el primer eslabón crítico para garantizar el cumplimiento de los protocolos previos.
Antecedentes
El PET utiliza un análogo de la glucosa (18F-FDG) para la obtención de imágenes diagnósticas.
La hiperglucemia compite con el radiofármaco, disminuye su captación y reduce drásticamente la calidad del estudio.
Las cancelaciones de última hora por mal control glucémico generan un elevado coste económico por la pérdida del trazador.
La falta de uniformidad en la información administrativa entregada al citar suele ser la causa principal de incumplimiento de la preparación previa.
Método: Estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo que analiza los procesos de citación, triaje administrativo, envío de instrucciones específicas y verificación telefónica previa en una muestra de pacientes citados durante un periodo específico.
Resultados: La implementación del nuevo protocolo de gestión administrativa redujo el índice de suspensiones de pruebas por hiperglucemia en un porcentaje significativo y mejoró la adherencia del paciente a las instrucciones de ayuno y ajuste de medicación.
Objetivo:
Evaluar el impacto de un circuito de gestión administrativa protocolizado en la reducción de cancelaciones y optimización de tiempos de espera en pacientes diabéticos citados para PET.
Conclusiones:
Una gestión administrativa proactiva, coordinada y con canales de comunicación claros es fundamental para maximizar la eficiencia operativa del servicio de Medicina Nuclear y asegurar la calidad asistencial del paciente diabético.
Palabras claves
Gestión administrativa;
Diabetes Mellitus; Tomografía por Emisión de Positrones (PET);
Procesos asistenciales;
Seguridad del paciente;
Eficiencia operativa.
AUTORES:
M. AURORA GARCÍA SÁNCHEZ
PAULA GARCÍA GARCÍA
JESÚS IVÁN GARCÍA ARROYO
ANDREA GARCÍA GARCÍA


GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO CON IODO-131 (131I)
ORGANIZACIÓN DEL CIRCUITO ASISTENCIAL Y COORDINACIÓN EN MEDICINA NUCLEAR
RESUMEN
El tratamiento con Iodo-131 (131I) es una terapia utilizada en determinadas patologías tiroideas, especialmente en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides y en algunas enfermedades benignas del tiroides. Su administración requiere una planificación previa y una adecuada coordinación entre los diferentes profesionales y servicios hospitalarios.
ANTECEDENTES
La administración terapéutica de Iodo-131 requiere un circuito asistencial específico que implica la participación de distintos profesionales sanitarios y administrativos.
El proceso conlleva una serie de actuaciones previas, como la recepción de la indicación médica, revisión de documentación, gestión de autorizaciones, programación de citas y coordinación con los servicios responsables del tratamiento.
RESULTADOS
La identificación y organización de las diferentes fases del circuito administrativo permite establecer un procedimiento de trabajo estructurado y facilita el seguimiento de cada paciente.
Entre los principales beneficios identificados o esperados destacan:
Mayor control de las solicitudes y de la documentación.
Mejor coordinación entre los profesionales y servicios implicados.
Reducción de incidencias relacionadas con la programación.
Optimización de las agendas y de los tiempos administrativos.
Mejora de la comunicación con el paciente.
Mayor continuidad y calidad del proceso asistencial.
MÉTODO
Se identifican las siguientes fases:
Recepción de la solicitud: registro de la indicación médica y apertura del proceso administrativo.
Revisión documental: comprobación de informes, pruebas y documentación necesaria.
Gestión administrativa: tramitación de autorizaciones y coordinación de los requisitos previos.
Programación: coordinación de agendas con Medicina Nuclear y los servicios implicados.
Contacto con el paciente: comunicación de fechas, citas e instrucciones facilitadas por el equipo sanitario.
Ingreso y tratamiento: coordinación administrativa de la fecha de ingreso y del procedimiento, cuando corresponda.
Seguimiento: gestión de citas posteriores y registro de incidencias.
OBJETIVOS
•Describir el circuito administrativo del paciente candidato a tratamiento con Iodo-131.
•Identificar las principales tareas administrativas previas a la administración del tratamiento.
•Mejorar la coordinación entre Medicina Nuclear y los servicios implicados.
•Garantizar una adecuada gestión documental y de las citaciones.
•Facilitar la información y comunicación con el paciente.
CONCLUSIONES
La gestión administrativa constituye una pieza fundamental en el proceso asistencial de los pacientes que reciben tratamiento con Iodo-131. Una adecuada planificación, coordinación y gestión documental permite organizar de forma eficiente el circuito del paciente, favoreciendo el cumplimiento de los procedimientos establecidos y evitando retrasos innecesarios.
PALABRAS CLAVE
Iodo-131.
Medicina Nuclear.
Gestión administrativa.
Paciente.
Tratamiento radioisotópico.
Coordinación asistencial.
AUTORES:
JESÚS IVÁN GARCÍA ARROYO
ANDREA GARCÍA GARCÍA
M. AURORA GARCÍA SÁNCHEZ
PAULA GARCÍA GARCÍA

ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO EN EL ICTUS LACUNAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramos-Martínez A., Hinojal-Tejido J., Chacón-Martínez M., Pinto-Peñuelas R., Rodríguez-Barrientos M., González-Gómez R., Diez-Alonso MT., Fernández-Pérez I., De la Torre-Sánchez M., Silván-Díaz A., Nicolás-Laso D., Campos-Moreno AP., Sevilla-López A., Diez-Villarroel E., González-Martínez J., Luis-Ros A., Iglesias-García N., García-Mulas C., Merayo-Domínguez V., Barroso-Fernández C., Colina-Fernández D., Martínez-Barreda P., Moya-Bahamonde C., Cuervo-Díez M., Martín-Martínez A., López-Domínguez EM., Escrich-Iturbe V., Alonso-González MG., Ortega-Plaza A., Magariño-Álvarez B., García-Gallego D., Manzanedo-Juárez A., Herrero-Sánchez MD., Portas-Castellanos N., Márquez-Pérez JM., Martín-García B., Pérez-Jiménez F., Ramos-Álvarez C., Vidal-Aparicio C., Paniagua-Gómez A., Fernández-Grande Y., Simón-Cascón S., Ferrero-Valle S., Álvarez-Rodríguez J.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CASO CLÍNICO

Paciente de 90 años, mujer, independiente, ingresa en el hospital por sufrir el cuarto episodio en dos años de focalidad neurológica en extremidades izquierdas. Se le diagnostica de ictus lacunar.

1.2. PATOLOGÍA

El **ictus lacunar** es un infarto de pequeño tamaño, generalmente inferior a 15 mm de diámetro lesional. Su causa es la oclusión por diferentes patologías vasculares, de pequeñas ramas arteriales penetrantes de circulación terminal y puede presentarse con un conjunto de síntomas específicos (síndromes lacunares). Suele afectar a vasos de pequeño calibre (200–800 µm). Puede ser asintomático si los vasos son de menor diámetro. Su pequeño tamaño las predispone a sufrir microateromatosis. La hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia y diabetes mellitus son el principal factor de riesgo.



Infarto lacunar (< 15 mm)

TIPOS DE INFARTOS LACUNARES

En este caso corresponde a un infarto lacunar con afectación sensitivo-motora incompleta, sin afectación cortical. Los lugares más frecuentes de infarto son el tálamo y la cápsula interna.

Los pacientes experimentan hemiparesia y hemiplejía de un lado del cuerpo, alteración sensorial, dolor de cabeza, confusión, pérdida de conciencia y deterioro cognitivo (sobre todo si son múltiples infartos).



2. MÉTODO DE INTERVENCIÓN EN FISIOTERAPIA

2.1. ANAMNESIS

2.1.1. DATOS DEL PACIENTE

- **Sexo y edad:** mujer de 90 años.
- **Antecedentes personales:** HTA, dislipemia, valvulopatía aórtica bilateral, osteoartrosis, colelitiasis, trombocitemia esencial alto riesgo, histerectomía y doble anexectomía, operada de cataratas.

2.2. VALORACIÓN INICIAL

INSPECCIÓN	VALORACIÓN MUSCULAR	VALORACIÓN DEL DOLOR	SENSIBILIDAD	ABVD
• Postural • Marcha	• Daniels • Campbell	• EVA	• ASIA	• Barthel • Tinetti

2.3. ANÁLISIS DE DATOS Y DIAGNÓSTICO DE FISIOTERAPIA

Déficit de fuerza y sensibilidad en extremidades izquierdas, limitación en la marcha y en las ABVD. Dolor y riesgo de caídas.

→

Diagnóstico de fisioterapia

"Alteración de la movilidad física y del control postural, secundaria a ictus lacunar".

2.4. OBJETIVOS

- Mejorar la fuerza y la funcionalidad.
- Reducir el dolor.
- Favorecer la marcha y el equilibrio.
- Incrementar la independencia en las ABVD.

2.5. TRATAMIENTO

- Ejercicio terapéutico (fuerza, equilibrio y marcha).
- Entrenamiento funcional de las ABVD.
- Terapia manual (dolor y movilidad).
- Educación y prevención de caídas.

2.6. VALORACIÓN FINAL Y EVOLUCIÓN

Parámetro	Valor inicial	Valor final	Evolución
Daniels	3/5	4/5	✓
Campbell	Hipotonia moderada	Hipotonia leve	✓
EVA	6/10	2/10	✓
ASIA	2/2	2/2	=
Tinetti	22/28	25/28	✓
Barthel	100/100	100/100	=

Tras 6 meses de evolución se observa mejoría en la fuerza, disminución del dolor, aumento en la movilidad y mayor independencia en las actividades de la vida diaria.

3. CONCLUSIONES

- El ictus lacunar provoca un déficit neurológico focal, con importante repercusión en la funcionalidad y la calidad de vida.
- La fisioterapia es fundamental para recuperar la fuerza, la movilidad y la independencia en las ABVD.
- El tratamiento individualizado y precoz favorece la evolución positiva del paciente.
- La intervención multidisciplinar y la prevención de caídas son clave en el abordaje integral.

DELIRIUM EN LA PERSONA MAYOR COMO SEÑAL DE ALARMA Y OPORTUNIDAD PARA LA DETECCIÓN PRECOZ

AUTORAS: Andreia Alexandra Arcas Caseiro (Enfermera), Jara Charro Asencio (TCAE)

PALABRAS CLAVE

- Delirium
- Síndrome Confusional Agudo
- Infección
- Persona Mayor
- Prevención

RESUMEN/ANTECEDENTES

El Delirium o Síndrome Confusional Agudo (SCA) es un trastorno neurocognitivo agudo de inicio repentino, caracterizado por una alteración de la atención y de la conciencia, de evolución fluctuante y, generalmente, de origen multifactorial. En las personas mayores, su aparición puede desencadenarse por infecciones, cirugía, enfermedades agudas, deshidratación, dolor y otros factores precipitantes, y con frecuencia se infradiagnostica.

OBJETIVOS

OBJECTIVO GENERAL

El objetivo de este trabajo es analizar la relación multifactorial del delirium en las personas mayores, destacando la importancia de su detección precoz y el manejo inicial para prevenir complicaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principales signos de alerta del delirium en personas mayores con sospecha de infección.
- Describir las herramientas validadas para su detección precoz.
- Determinar las intervenciones orientadas para su prevención y abordaje integral.
- Resaltar la importancia de reconocer cambios respecto al estado cognitivo y funcional basal.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura disponible en las bases de datos PubMed, SCIELO, OXFORD ACADEMIC, NICE, CUIDEN, NIH.

RESULTADOS

La presentación clínica de las infecciones en esta población puede ser inespecífica, por lo que un cambio agudo del estado mental o del comportamiento puede constituir una señal de alerta. El delirium hipoactivo, caracterizado por somnolencia, lentitud y disminución de la actividad, puede pasar desapercibido.

La observación sistemática y la detección precoz por parte de enfermería/TCAE (Técnico Auxiliar de Enfermería) son fundamentales para facilitar la valoración clínica y prevenir complicaciones.

CAM

(Confusion Assessment Method)

- Inicio agudo y curso fluctuante
- Alteración de la atención
- Pensamiento desorganizado
- Alteración del nivel de conciencia

Delirium probable: presencia de 1 y 2 más 3 o 4.

4AT

(4 w's test)

A: Alerta
(¿somnoliento, alerta o agitado?)
B: AMT4
(edad, fecha de nacimiento, lugar y año)
C:Atención
(meses del año al revés)
D: Alteración aguda o fluctuante
(cambio reciente en el estado mental)

Puntuación > 4: Alto riesgo de delirium

Estrategia de actuación rápida

1- Sospecha (CAM) → 2- Identifica la causa (p.ej.,infección) → 3- Actúa (tratamiento y medidas de soporte) → 4- Reevalúa/ monitoriza (evolución clínica)



CONCLUSIÓN

Un cambio agudo del estado mental en una persona mayor requiere valoración clínica y consideración de múltiples causas, entre ellas la infección.

Las infecciones constituyen un desencadenante relevante, por lo que la identificación precoz de cambios en el estado mental resulta fundamental. Enfermería y TCAE desempeñan un papel clave en la vigilancia clínica, el reconocimiento de signos de alerta, la detección de factores de riesgo y la prevención de complicaciones.

La hidratación, movilización, orientación y atención individualizada, junto con la detección de infecciones y otras causas desencadenantes, son esenciales para prevenir complicaciones y garantizar una atención segura y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA





Tratamiento Fisioterapéutico del Síndrome de Sudeck

Moverse también es sanar

Autores:
María Teresa Diez Alonso, Iván Fernández Pérez, Marta De la Torre Sánchez, Anabel Silván Díez, Daniel Nicolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Diez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas, Víctor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez, Andrea Martín Martínez, Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso González, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Alvarez, Daniel García Gallego, Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos, José María Márquez Pérez, Bastián Martín García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simón Cascón, Sara Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón Martínez, Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos y Rubén González Gómez.



1 ¿Qué es?

El síndrome de Sudeck (SDRC tipo I) es un trastorno caracterizado por dolor intenso, cambios vasomotores, edema y alteraciones sensitivas, tras una lesión o inmovilización.



2 Antecedentes

- Puede aparecer tras fracturas, cirugías, traumatismos o inmovilización.
- Su fisiopatología implica alteraciones del sistema nervioso, inflamación y disfunción autonómica.
- Un diagnóstico precoz y un tratamiento fisioterapéutico adecuado mejoran el pronóstico.



3 Criterios diagnósticos (Budapest)

Presencia de:

Síntomas sensoriales	Cambios vasomotores	Sudoración/ edema	Alteraciones motoras/tróficas

+ ≥ 1 síntoma en ≥ 3 categorías

4 Objetivos del tratamiento

- Aliviar el dolor y reducir la inflamnación.
- Recuperar la movilidad y la función.
- Prevenir la cronificación.
- Mejorar la calidad de vida.



5 Método

Revisión de la evidencia en bases de datos (Cochrane, PubMed, PEDro, etc.) y aplicación en la práctica clínica, con un enfoque basado en la mejor evidencia disponible.



6 Tratamiento por fases

Fase I (aguda) 0–3 semanas	Fase II (subaguda) 3–12 semanas	Fase III (crónica) > 12 semanas
Control del dolor y la inflamación	Recuperación de la movilidad y la fuerza	Mayor carga funcional
Movilización suave	Reeducación sensitiva	Retorno a la actividad

7 Intervenciones con mayor respaldo científico

Ejercicio terapéutico y movilización progresiva	Terapia de espejo	Imaginería motora graduada	Desensibilización y reeducación sensitiva
			
• Movilizaciones activas y pasivas • Ejercicio de fuerza y resistencia	• Reduce el dolor • Mejora la función	• Disminuye el dolor • Mejora la representación cortical	• Tacto, texturas, vibración • Contraste térmico
Evidencia moderada	Evidencia moderada	Evidencia moderada	Evidencia limitada

8 Plan de tratamiento (resumen visual)

Movilización	Activa, pasiva y asistida (gradual y sin dolor)
Ejercicio terapéutico	Fuerza, resistencia y propiocepción
Terapia de espejo e imaginería motora	15–20 min/día
Reducción sensitiva	Texturas, temperatura, vibración
Educación y autocuidado	Actividad, sueño, manejo del dolor



Individualizar según fase y evolución

9 Resultados

- La fisioterapia es clave en el tratamiento del SDRC-I.
- Las técnicas de representación del movimiento (terapia de espejo e imaginería motora) muestran resultados prometedores.
- Se requieren más estudios de alta calidad.



10 Conclusiones



- La fisioterapia es fundamental en el tratamiento del Sudeck.
- Las técnicas de representación del movimiento y la reeducación sensitiva son las más recomendadas por la evidencia actual.
- Se requiere un abordaje individualizado y progresivo para optimizar resultados.

Un tratamiento precoz y adecuado marca la diferencia



La nutrición, herramienta clave para una longevidad saludable

"Una buena alimentación hoy, más vida mañana" ♡

Autores: Rosa Eva Casado Macías, María Antonia Codesal Pardal, José Antonio Montes López, Seila Patricia González Quintano, Laura Blanco Aparicio, Covadonga Pérez Gutiérrez, Mario Conde Jorge.

RESUMEN

La nutrición es un pilar fundamental para **promover un envejecimiento saludable y prevenir enfermedades crónicas**. Una alimentación equilibrada, variada y adecuada a cada etapa de la vida contribuye a mantener la funcionalidad, la calidad de vida y la **autonomía de las personas mayores.** Este póster revisa la evidencia científica actual sobre el papel de la nutrición en la longevidad, destacando sus beneficios, los nutrientes clave y las estrategias más efectivas para una vida más larga y saludable.

ANTECEDENTES

- El envejecimiento de la población es un reto global y supone un aumento de las enfermedades crónicas y de la dependencia.
- La alimentación influye directamente en la salud física, mental y funcional a lo largo de la vida.
- La dieta mediterránea y patrones alimentarios saludables se asocian con mayor esperanza de vida y menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, algunos cánceres y deterioro cognitivo.

MÉTODO

Revisión bibliográfica
en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, Cochrane, etc.).

Selección de estudios
publicados en los últimos 10 años, en español e inglés.

Criterios de inclusión
artículos sobre nutrición, longevidad, envejecimiento saludable y prevención de enfermedades.

Análisis de la información
y síntesis de los principales hallazgos científicos.

RESULTADOS

Mayor esperanza de vida
Las personas con una alimentación saludable viven más años y con mejor calidad de vida.

Mejora de la función cognitiva
Dietas ricas en frutas, verduras, pescado y omega-3 se asocian con menor riesgo de deterioro cognitivo.

Prevención de enfermedades
Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, algunos cánceres y osteoporosis.

Mantenimiento de la masa muscular y ósea
Aporta nutrientes esenciales como proteínas, calcio y vitamina D.

Salud intestinal
La fibra y los alimentos fermentados favorecen la microbiota y la salud digestiva.

CONCLUSIONES

- La nutrición es una herramienta clave para alcanzar una longevidad saludable.
- La dieta mediterránea y una alimentación variada, equilibrada y adaptada a cada persona son las mejores estrategias.
- Es fundamental fomentar la educación nutricional y la prevención desde edades tempranas, con especial atención a la población mayor.
- Una buena alimentación no solo prolonga la vida, sino que mejora su calidad.

Pequeños cambios en la alimentación, grandes beneficios a largo plazo ♡

PALABRAS CLAVE

Nutrición, longevidad, envejecimiento saludable, dieta mediterránea, prevención, calidad de vida.

OBJETIVOS

- Analizar la relación entre la nutrición y la longevidad saludable.
- Identificar los nutrientes y patrones alimentarios más beneficiosos.
- Proponer estrategias prácticas para mejorar la alimentación en todas las etapas de la vida, especialmente en la población mayor.

Mejor alimentación, mayor vida ♡

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. (2200). *Healthy ageing: nutrition*. WHO.
2. Estruch R. et al. (2018). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. N Engl J Med, 378, 1259-1268.
3. Bianchi, F. et al. (2019). Nutrition and longevity: a review. Nutrients, 11(9), 2099.
4. Willett, W. C. (2019). Eat, Drink and Be Healthy: The Harvard Medical School Guide to Healthy Eating. Simon & Schuster.
5. López-Otín, C. et al. (2021). Hallmarks of aging: from causes to targets. Cell, 184(6), 1456 1470.

XEROSTOMÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Ángela Martín Vaquero, Vanesa San José Citores, Jessica Pérez Mesa, Susana Miguel Franco,
Elena Fernández Nevares, Noelia Rodríguez Pico.

RESUMEN



La xerostomía o sensación de boca seca es una condición muy prevalente en los adultos mayores que repercute negativamente en su calidad de vida y salud bucodental, siendo provocada mayoritariamente por la polimedicación y enfermedades sistémicas en lugar del envejecimiento natural. Al reducirse el flujo salival, se alteran funciones esenciales como hablar, masticar y tragar, a la vez que aumenta el riesgo de caries, infecciones orales y lesiones en la mucosa, haciendo indispensable un enfoque multidisciplinar basado en la prevención, la revisión de fármacos y la estimulación de la saliva.

PALABRAS CLAVE

XEROSTOMÍA / PACIENTE GERIÁTRICO / SALIVA
HIPOSALIVACIÓN / SALUD BUCODENTAL
POLIMEDICACIÓN / CALIDAD DE VIDA

ANTECEDENTES

La xerostomía afecta a entre el 30% y el 50% de las personas mayores, especialmente aquellos que están institucionalizados o polimedicados, al alterar las funciones vitales de la saliva, como la protección, la lubricación y el control del pH bucal. Su etiología principal es la ingesta de diversos medicamentos (como diuréticos, ansiolíticos o antihipertensivos), aunque también se debe a patologías sistémicas (como el síndrome de Sjögren, la diabetes o la radioterapia) y a hábitos de vida como la deshidratación, la respiración oral y hábitos de consumo.

OBJETIVOS

1. Analizar las causas principales y los factores de riesgo asociados a la xerostomía en la población más mayor.
2. Identificar el impacto en las funciones estomatognáticas (masticación, deglución y fonación) y en el estado de ánimo/social.
3. Proponer estrategias terapéuticas y de cuidado preventivo para el manejo efectivo de la hiposalivación en entornos gerontológicos.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos: PubMed, Medline, Scielo, Cochrane.
Estudios publicados en los últimos 10 años.
Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacionales y guías clínicas.

RESULTADOS

En la tercera edad, la xerostomía o boca seca se debe principalmente a los efectos secundarios de los medicamentos y no al envejecimiento natural de las glándulas. Clínicamente, esta hiposalivación provoca complicaciones como un mayor riesgo de caries, infecciones por hongos (candidiasis) y lesiones por prótesis dentales, mientras que, a nivel funcional y psicosocial, genera dificultades para tragar (disfagia), alteraciones del gusto (disgeusia) y aislamiento social.



CONCLUSIONES

- Es fundamental establecer un plan personalizado que incluya la revisión y el ajuste constante de los medicamentos con el médico, así como medidas preventivas basadas en una hidratación constante, el uso de sustitutos salivales y geles humectantes sin alcohol, y la estimulación de la saliva mediante agentes seguros.
- Asimismo, es prioritario mantener una higiene bucodental rigurosa complementada con pastas fluoradas para contrarrestar la pérdida de las defensas naturales que normalmente aporta la saliva.

GUÍA PRÁCTICA : DRIVELINE DE HEARTMATE 3



1 ¿QUÉ ES?

HeartMate 3™ es un DAVI (Asistencia ventricular izquierda) de flujo continuo con tecnología centrífuga y levitación magnética completa.

2

El driveline (cable de transmisión) es el cable percutáneo que conecta la bomba cardíaca implantada en el interior del cuerpo con el controlador externo y las baterías.



3 ENFERMERIA



Enfermería toma un papel fundamental en la cura del driveline para evitar infecciones.
La infección del driveline es una causa importante de **morbimortalidad** en los pacientes con DAVI, existiendo diferentes estrategias de prevención, profilaxis antimicrobiana y curas.

4 CURA: MATERIALES

-Guantes limpios, mascarilla para el paciente y personal.
-**Campo estéril** (guantes estériles, 3 paquetes de gasas...).
-**Clorhexidina acuosa 2%.**
-Suero salino fisiológico.
-Ápósito de hidrofibra con plata tipo Aquacel Ag®, (opcional).
-Tijeras (estériles).
-**Dispositivo de sujeción.**
-2 apósitos con gasas incorporadas.

5 CURA: PROCEDIMIENTO

1. Higiene: **Lava tus manos** con agua y jabón .
2. Prepara el **campo estéril.**
3. Retirada del apósito antiguo con guantes limpios : **Retira con cuidado el vendaje**, evitando dar tirones al cable.
4. Desinfección de manos y colocación de guantes estériles.
5. **Limpieza de la piel:** Inspecciona visualmente la zona en busca de signos de alarma.
6. Limpia el punto de salida del cable con suero fisiológico y desinfección con **clorhexidina 2%,** realizando movimientos circulares desde el punto de salida hacia afuera.
7. Seca **suavemente** con gasas estériles.
8. Aplicación del apósito y **fijación**: Coloca el apósito estéril (si procede también apósito de plata) alrededor del cable y sella la zona.
9. Asegura el driveline utilizando el **sistema de sujeción (brida o clip) a la piel.**

LA CURA SE REALIZA 1 VEZ A LA SEMANA DE FORMA RUTINARIA

6 SIGNOS DE ALARMA

Acudir a **urgencias** cuando aparece:

- Sangrado.
- Fiebre (escalofríos).
- Calor o dolor (herida).
- Mal olor (supuración en el punto de salida).



Bibliografía: Escanee el código QR para consultar las referencias completas.

CAMBIOS EN LA CAVIDAD ORAL DURANTE LA MENOPAUSIA

RESUMEN

La menopausia implica una disminución progresiva en los niveles de estrógenos y progesterona, lo que desencadena alteraciones fisiológicas en distintos epitelios incluidos, la mucosa oral y las glándulas salivales, así como una pérdida de densidad en el hueso alveolar.

ANTECENDENTES

Existe una correlación directa entre la caída estrogénica y la alteración en el microambiente oral, condicionando la aparición de patologías periodontales, pérdida de masa ósea mandibular y cambios en el flujo salival.

RESULTADOS

Glándulas salivales y mucosa:

- Hiposalivación/Xerostomía: Mayor riesgo de caries radicular y candidiasis.

Soporte periodontal y óseo:

- Reabsorción ósea: Incremento de citoquinas proinflamatorias.
- Afecciones periodontales: Gingivitis descamativa, retracción y periodontitis.

Alteraciones neurosensoriales:

- Boca ardiente: Sensación punzante sin lesión.
- Disgeusia: Alteración o sabor metálico/amargo.

Palabras clave



Menopausia



Xerostomía



Periodontitis



Boca ardiente

OBJETIVOS

1. Identificar las afecciones periodontales y óseas ligadas al déficit de estrógenos.
2. Determinar la repercusión del hipoestrogenismo en la secreción y función salival.
3. Analizar la prevalencia de neuropatías/síndromes dolorosos orales.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de diferentes bases de datos: PubMed, MEDLINE, SciELO, Google Scholar, sobre cambios orales, periodontales y salivales asociados al hipoestrogenismo menopáusico.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico precoz de las manifestaciones orales en la menopausia permite implementar estrategias preventivas interdisciplinares entre odontólogos, higienistas bucodentales, ginecólogos y medicina de atención primaria.

Autores:

Noelia Rodríguez Pico (TSHB), Jéssica Pérez Mesa (TSHB), Angélica Vanessa San José Citores (TSHB), Susana Miguel Franco (TSHB), Ángela Martín Vaquero (OD), Elena Fernández Nevares (OD).

ROL ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

AUTORES: Mª Encarnación Conde Prieto; Ana Manso Fernández; Mª Ángeles Sánchez Juan;José Trastoy González;Anabel Lorenzo Gómez;Teresa Álvarez Codesal; Saray Fernández Delgado; Mª del Carmen Vicente Sevillano; Tamara Crespo Cisneros; Verónica Jimeno Encinas; Lara Toribio Gómez; Ana Sola Montoro.

MÉTODO

Scielo, PubMed y CINAHL



OBJETIVOS

- Evaluar el impacto de la educación sanitaria y el acompañamiento familiar liderado por la enfermería en la calidad de vida del adulto mayor con riesgo de deterioro cognitivo.
- Identificar estrategias de intervención precoz y estimulación cognitiva.
- Analizar el rol de enfermería en la prevención del deterioro cognitivo leve desde una perspectiva comunitaria y de atención primaria.

RESULTADOS

- Cuestionarios como el MEC, el MoCA o el test de Pfeiffer.
- Observación del comportamiento y desempeño funcional diario en visitas domiciliarias o controles de salud rutinarios.
- Educación y acompañamiento familiar.
- Formación a cuidadores sobre signos de alerta, rutinas saludables y como mantener la autonomía del paciente.
- Talleres grupales de memoria, ejercicios de orientación, lectura guiada.



RESUMEN

Se estima que entre un 10%-20% de los adultos mayores padecen deterioro cognitivo leve siendo un factor de riesgo importante para enfermedades neurodegenerativas. El personal de enfermería juega un papel preventivo esencial al detectar signos tempranos, educar a la población y aplicar estrategias de estimulación cognitiva individual o grupal.

Por ello es necesario una formación específica del personal, disponibilidad de tiempo clínico y la existencia de protocolos integrados de atención.

PALABRAS CLAVE

Estimulación cognitiva; prevención; deterioro cognitivo; enfermería.

CONCLUSIONES

La enfermería desempeña un papel esencial en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores así como en la ralentización del proceso. A través de herramientas de detección, talleres de estimulación cognitiva y educación familiar puede contribuir al bienestar, independencia y funcionalidad de esta población.
Para ello es necesario reforzar su capacitación, integrar protocolos de actuación en atención primaria y dotar al personal de recursos para implementar estas estrategias de forma sistemática.

Rotura degenerativa del manguito rotador en mayores: ejercicio vs. cirugía y tipo de ejercicio

VIII Congreso Internacional Silver Economy
Zamora · 2026

Revisión de la evidencia

Autores: Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos, José María Márquez Pérez, Bastian Martín García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simón Cascón, Sara Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón Martínez, Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Díez Alonso, Iván Fernández Pérez, Marta de la Torre Sánchez, Anabel Silvan Díaz, Daniel Nicolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Díez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas, Víctor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez, Andrea Martín Martínez, Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso González, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Álvarez, Daniel García Gallego.

Fisioterapeutas · Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl) · León, España

Palabras clave: Manguito de los rotadores; Terapia por ejercicio; Fisioterapia; Anciano; Cirugía.

RESUMEN

Revisión de la evidencia en PubMed (2010–2026) sobre ejercicio terapéutico frente a cirugía en la rotura degenerativa del manguito rotador, y sobre el tipo de ejercicio más adecuado. A corto plazo los resultados son similares; a largo plazo, en roturas de hasta 3 cm, la reparación es superior. La **fuerza progresiva** es el ejercicio con más respaldo. El ejercicio es una buena primera opción, con seguimiento.

ANTECEDENTES

- Las roturas degenerativas del manguito **aumentan con la edad** y causan dolor y pérdida de función [6].
- **¿Cirugía o ejercicio?** La elección sigue en debate en el paciente mayor [6].
- Con fisioterapia, **3 de cada 4 pacientes** evitaron la cirugía a los 2 años [5].

OBJETIVOS

- Comparar ejercicio terapéutico y cirugía en **dolor y función**.
- Conocer la evolución **a largo plazo** de la rotura no operada.
- Identificar el **tipo de ejercicio** más adecuado para el adulto mayor.



Imagen: InjuryMap, Wikimedia Commons, CC BY-SA 4.0 (rótulos traducidos)

MÉTODO

Búsqueda en **PubMed (2010–2026)** de ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas que comparan ejercicio con cirugía en roturas completas no traumáticas.

170 encontrados → **25** analizados → **15** incluidos (4 ensayos y 6 revisiones)

Búsqueda complementaria sobre el **tipo de ejercicio** (isométrico, excéntrico, fuerza progresiva y roturas masivas): 6 estudios incluidos.

RESULTADOS

Ejercicio frente a cirugía según el tiempo de seguimiento

1 año	≈ Similares	La cirugía solo reduce el dolor **0,87 puntos sobre 10**, sin relevancia clínica [1]
2 años	≈ Similares	Resultados equivalentes en conjunto; en roturas completas, algo mejor la cirugía [4]
6 años	≈ Similares	En **mayores de 55 años** con rotura pequeña del supraespinoso, sin diferencias [3]
10–15 años	↑ Cirugía	En roturas de hasta 3 cm, mejor la reparación. La rotura no operada creció de **16 a 32 mm** y un **29 %** acabó operándose [2]

RESULTADOS: TIPO DE EJERCICIO



Isométrico de rotación externa con banda elástica

Fuerza progresiva	El ejercicio **progresivo y con resistencia** mejoró dolor y función frente a no tratar; el no progresivo, no [7]. El fortalecimiento concéntrico fue el más eficaz [8]
Isométrico	Buena **puerta de entrada** si hay dolor, pero no alivia más que el ejercicio isotónico [9]
Excéntrico	Reduce algo el dolor, sin relevancia clínica frente a otros ejercicios [10]
Rotura masiva	**Reeducación del deltoides anterior**: con una media de 80 años, la elevación pasó de 40° a 160° [11]. En mayores de 60 años, 76 de 92 mejoraron con un programa conservador de 12 semanas [12]

La evidencia sobre el tipo de ejercicio procede sobre todo de la tendinopatía del manguito: faltan ensayos en roturas.

CONCLUSIONES

- El ejercicio terapéutico es una **buena primera opción** en el adulto mayor.
- Priorizar la **fuerza progresiva**; el isométrico, para empezar si hay dolor.
- **Seguimiento**: si no mejora o la rotura crece, valorar cirugía.

Primero, fuerza progresiva. Después, seguimiento.

1. Karjalainen TV, Jain NB, Heikkinen J, Johnston RV, Page CM, Buchbinder R. Surgery for rotator cuff tears. Cochrane Database Syst Rev. 2019;12(12):CD013502.

2. Moosmayer S, Lund G, Seljom US, Haldorsen B, Svege IC, Hennig T, et al. Fifteen-year results of a comparative analysis of tendon repair versus physiotherapy for small-to-medium-sized rotator cuff tears: a concise follow-up of previous reports. J Bone Joint Surg Am. 2024;106(19):1785–96.

3. Kukkonen J, Ryösä A, Joukainen A, Lehtinen J, Kauko T, Mattila K, et al. Operative versus conservative treatment of small, nontraumatic supraspinatus tears in patients older than 55 years: over 5-year follow-up of a randomized controlled trial. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(11):2455–64.

4. Cederqvist S, Flinkkilä T, Sormaala M, Ylinen J, Kautiainen H, Irmola T, et al. Non-surgical and surgical treatments for rotator cuff disease: a pragmatic randomised clinical trial with 2-year follow-up after initial rehabilitation. Ann Rheum Dis. 2021;80(6):796–802.

5. Kuhn JE, Dunn WR, Sanders R, An Q, Baumgarten KM, Bishop JY, et al. Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multicenter prospective cohort study. J Shoulder Elbow Surg. 2013;22(10):1371–9.

6. Trygonis N, Loupasis T, Hautz WE, Exadaktylos AK. Conservative management of degenerative rotator cuff tears: a systematic review of long-term clinical outcomes and cost effectiveness. J Orthop. 2026;75:232–41.

7. Naunton J, Street G, Littlewood C, Haines T, Malliaras P. Effectiveness of progressive and resisted and non-progressive or non-resisted exercise in rotator cuff related shoulder pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Rehabil. 2020;34(9):1198–216.

8. Clifford C, Challoumas D, Paul L, Syme G, Millar NL. Effectiveness of isometric exercise in the management of tendinopathy: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ Open Sport Exerc Med. 2020;6(1):e000760.

9. Larsson R, Bernhardsson S, Nordeman L. Effects of eccentric exercise in patients with subacromial impingement syndrome: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2019;20(1):446.

10. Levy O, Mullett H, Roberts S, Copeland S. The role of anterior deltoid reeducation in patients with massive irreparable degenerative rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg. 2008;17(6):863–70.

11. Gutiérrez-Espinoza H, Ríos-Riquelme M, Valenzuela-Fuenzalida J, Araya-Quintanilla F, Consaire EÓ, Ramírez-Vélez R. Long-term clinical outcomes and factors associated with response in older adults with massive irreparable rotator cuff tears: a four-year prospective cohort study. Phys Ther. 2026 Oct 16:pzag113. doi:10.1093/ptj/pzag113. Epub ahead of print.

Interreg
España – Portugal

Cofinanciado por la Unión Europea
Cofinanciado pela União Europeia

VIVEMAIS

Tecnología que acerca personas, territorios y oportunidades







Resumen

VIVEMAIS (Comunidad transfronteriza y transdisciplinar para el diseño, adopción y uso de tecnologías asistivas innovadoras. Este proyecto entre Castilla y León y la región Norte de Portugal está dirigido a mejorar el acceso, la adopción y la satisfacción del uso de las tecnologías asistivas por parte de personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia.

El proyecto desarrolla una investigación aplicada basada en la colaboración entre administraciones públicas, universidades,entidades sociales y empresas tecnológicas, ,estableciendo un modelo innovador basado en la cuádruple hélice

Autores

Irene Medina Henero[1], Sofía Ballesteros Rodríguez[1], Susana Núñez-González[2], Rut Espina-Frechilla[2] Jesús Galindo-Melero[2]
1. Fundación INTRAS.
2. Fundación Universidad de Valladolid

Palabras clave

Tecnologías asistivas, envejecimiento activo, innovación social, codiseño participativo, vida independiente, innovación transfronteriza, accesibilidad, living lab, Fablab, transformación digital.

Antecedentes

La creciente tasa de envejecimiento y dependencia existente en Castilla y León y el Norte de Portugal plantea importantes desafíos para la sostenibilidad de los sistemas sociosanitarios y para la permanencia de las personas en sus entornos habituales. Aunque las tecnologías asistivas han demostrado su capacidad para mejorar la autonomía y calidad de vida, su penetración sigue siendo baja debido a problemas de accesibilidad, diseño, usabilidad, desconocimiento y fragmentación del mercado.

El proyecto VIVEMAIS surge como evolución del ecosistema transfronterizo Integr@tención, reconocido como AHA Reference Site de cuatro estrellas, consolidando los avances obtenidos en proyectos previos como Integr@tención, PROCURA, FRONTEIRA o MOAI LABS. La iniciativa pretende reducir la distancia existente entre investigación, mercado y usuarios finales mediante nuevas metodologías de innovación centradas en la persona.

Objetivo

Objetivo general

Mejorar el acceso, la adopción, la satisfacción y el uso efectivo de las tecnologías asistivas por parte de personas mayores, con discapacidad o dependencia, incrementando su calidad de vida y promoviendo la permanencia en el hogar.

Objetivos específicos

- ✓Diseñar y validar una metodología de codiseño positivo centrada en la persona para el desarrollo de tecnologías asistivas.
- ✓Analizar el impacto de experiencias positivas, lúdicas y participativas sobre la aceptación y utilización de tecnologías asistivas.
- ✓Desarrollar una plataforma inteligente transfronteriza que facilite el acceso, evaluación, investigación y difusión de tecnologías asistivas.
- ✓Evaluar el impacto sociosanitario del proyecto y diseñar estrategias de sostenibilidad y transferencia de resultados.

Método

Se emplea una metodología de investigación aplicada basada en innovación abierta y participación de múltiples agentes. El proyecto integra metodologías de Diseño Positivo, Design Thinking, psicología positiva, metodologías ágiles, FABLAB y procesos de cocreación con usuarios finales.

Comunidades VIVEMAIS
8 localidades rurales transfronterizas

Retos de codiseño
Talleres, hackáthones y prototipado rápido

Cápsula Oiversverso
Living lab itinerante, gamificación, escape room , fablabs y nudginton

TECNOPLACE VIVEMAIS
Plataforma digital para acceso,evaluación e investigación





Resultados

- **Comunidad VIVEMAIS**
- **3** diseños tecnológicos mejorados
- **Metodología transferible** de Diseño Positivo VIVEMAIS
- **Certificación VIVEMAIS** para procesos de diseño centrados en las personas
- **40** jóvenes innovadores en equipos multidisciplinares
- Plataforma **TECNOPLACE VIVEMAIS** con más de **300** referencias
- **8** retos de codiseño y **8** conceptos de tecnologías asistivas
- **6** publicaciones científicas y **6** congresos científicos

Conclusiones

VIVEMAIS plantea un modelo innovador para impulsar el uso de tecnologías asistivas mediante una combinación de investigación aplicada, participación de usuarios, innovación abierta y cooperación transfronteriza. El proyecto aborda simultáneamente los desafíos relacionados con el diseño, acceso y adopción de la tecnología, generando nuevas metodologías y herramientas transferibles a otros territorios europeos.

La combinación de codiseño positivo, Living Labs itinerantes y plataformas digitales inteligentes permitirá generar evidencias científicas que favorezcan la implantación de tecnologías asistivas más accesibles, aceptadas y alineadas con las necesidades reales de las personas mayores y dependientes, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida y a la sostenibilidad de los sistemas sociosanitarios

Más inclusión + *Más innovación* = *Más vida*

Castilla y León - Norte de Portugal
Cooperación Transfronteriza para un futuro más inclusivo

FUNDACIÓN intras

Servicios Sociales de Castilla y León

Junta de Castilla y León

Fundación UVa

utad UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

DOURO Comunidade Intermunicipal

ASPRODES Plena inclusión Castilla y León

Detección precoz del cáncer de piel

Autoras: Lorena López Bartolomé, María Adoración Belver López, Alba Tocino Río, Leticia Rodríguez del Río, Nuria Antón González, Claudia Hernández Escribano, María Cristina Martín Vega, Miriam Sandín Fernández.

Palabras clave: Detección precoz, cáncer de piel, supervivencia.

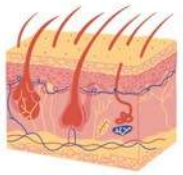
RESUMEN

La detección precoz del cáncer de piel es fundamental para mejorar el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. Permite identificar lesiones malignas en fases iniciales, facilitando tratamientos menos invasivos y más eficaces.

ANTECEDENTES

El cáncer de piel se encuentra entre los tumores más frecuentres a nivel mundial. Históricamente, el diagnóstico tardío se asociaba a tasas de mortalidad elevadas, especialmente en el caso del melanoma.





OBJETIVOS

Concienciar sobre la importancia de la revisión periódica de la piel.

Identificar signos de alerta mediante la regla del ABCDE.

Fomentar el diagnóstico precoz para reducir la moribimortalidad asociada a la enfermedad.

MÉTODO

El proceso se basa en dos pilares fundamentales:

- Autoexploración mensual: para detectar lunares nuevos o cambios en los ya existentes.
- Revisión médica profesional.





RESULTADOS

Las lesiones detectadas en estadíos iniciales presentan tasas de curación >90%.
La autoexploración combinada con revisiones dermatológicas anuales incrementa la tasa de diagnósticos en fases precoces.

CONCLUSIONES

La detección precoz es la herramienta más eficaz contra el cáncer de piel. La combinación de la autoexploración regular y la visita periodica al dermatólogo permite frenar el avance; garantizando un tratamiento óptimo y mejorando la calidad de vida del paciente.

HERRAMIENTAS FACILITADORAS ADAPTADAS Y DE BAJO COSTE PARA USO DOMÉSTICO

desarrolladas con **Design Thinking** y tecnologías **FabLab**

Autores: (BMG) Bajeneta Martín, Gonzalo. (EFR) Espina Frechilla, Rut. (GMJ) Galindo Melero, Jesús. (NGS) Núñez González, Susana.

Resumen

El envejecimiento demográfico demanda soluciones innovadoras que promuevan la autonomía y seguridad de las personas mayores en el entorno doméstico. Este trabajo presenta el diseño y desarrollo de tres herramientas facilitadoras de bajo coste orientadas a tareas cotidianas: un soporte estabilizador para sartén, un abrelatas adaptado y una tarjeta recordatoria de medicamentos. Mediante la aplicación de la metodología ***Design Thinking*** y tecnologías de fabricación digital (concretamente impresión 3D FDM y corte láser) características de un entorno **FabLab**, se han materializado prototipos funcionales centrados en las limitaciones de movilidad, fuerza y memoria, demostrando la viabilidad de crear ayudas técnicas accesibles, reproducibles y de alto impacto social.

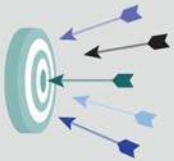
Palabras clave

Silver Economy, Fabricación digital, *Design Thinking*, Productos de apoyo, Vida independiente.

Antecedentes

- El incremento de la esperanza de vida sitúa el envejecimiento activo como un reto socioeconómico clave, donde la adaptabilidad de los hogares es fundamental para prevenir accidentes y fomentar la autonomía.
- Las ayudas técnicas comerciales tradicionales suelen presentar barreras de coste, diseño poco intuitivo o baja personalización para necesidades específicas de motricidad fina, fuerza o pérdida de memoria.
- Los FabLabs se configuran como ecosistemas idóneos para conectar la investigación y desarrollo innovador con las demandas reales de la sociedad mediante la fabricación rápida y descentralizada.

Objetivos



OBJETIVO GENERAL

Diseñar, prototipar y validar herramientas de ayuda doméstica adaptadas, de bajo coste y de fácil reproducción para mejorar la autonomía de personas mayores o con dificultades funcionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detectar necesidades cotidianas críticas en cocina y autocuidado (estabilidad, apertura de envases y control de medicación).

Aplicar la metodología Design Thinking centrada en el usuario para el desarrollo iterativo de soluciones.

Emplear tecnologías de fabricación digital propias de un Fablab para optimizar costes y materiales.

Método

El desarrollo de los tres prototipos se estructuró bajo un enfoque metodológico común:



1. **Investigación y Empatía (*Design Thinking*):** Identificación de problemáticas reales en el ámbito doméstico asociadas a la pérdida de fuerza, destreza manual o memoria con personas del colectivo silver.
2. **Diseño Conceptual y Modelado 3D:** Creación de geometrías ergonómicas asistidas por ordenador (CAD).
3. **Fabricación Digital (FabLab):** Materialización de ideas complejas en prototipos físicos funcionales con velocidad, precisión y libertad geométrica.

Resultados

Se materializaron con éxito tres prototipos funcionales validados técnicamente:

Soporte de sartén

Fija el utensilio al borde de la encimera, evitando vuelcos y permitiendo cocinar con una sola mano de forma segura.



Abrelatas adaptado

Actúa como palanca ergonómica para abrir pestañas de latas sin forzar la articulación de los dedos ni requerir fuerza excesiva de pinza.



Tarjeta de medicamentos portátil

Dispositivo mecánico no electrónico con indicadores visuales deslizantes (rojo/verde) para desayuno, comida, cena y noche, reduciendo olvidos fuera del hogar.



Impacto técnico: Todos los productos destacan por su alta sencillez de ensamblaje, uso de materiales poliméricos sostenibles y económicos, y capacidad de replicarse en cualquier FabLab de manera descentralizada.

Conclusiones

- Las tecnologías de fabricación digital en entornos **FabLab** permiten democratizar el acceso a ayudas técnicas, reduciendo drásticamente los **costes de producción** en comparación con el mercado convencional.
- La integración de ***Design Thinking*** garantiza que los productos de la *Silver Economy* respondan a necesidades ergonómicas y cognitivas reales, favoreciendo la inclusión y la vida independiente.
- Los prototipos desarrollados bajo el paraguas universitario demuestran que la transferencia de conocimiento tecnológico puede transformarse rápidamente en soluciones de alto valor social y asistencial.

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN HERIDAS COMPLEJAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORA: Cristina Hernández Postigo
COAUTORES: Sofía Villaseñor Manrique, Clara Sánchez Marcé, Silvia Bravo Santos, Marta Sánchez Casero, Roberto Sánchez Lozano

Palabras claves: dolor, heridas complejas, práctica enfermera, escalas de valoración, calidad asistencial, evaluación sistemática, humanización

ANTECEDENTES

El dolor asociado a las heridas complejas es un fenómeno común, multifactorial e infravalorado.

Su presencia interfiere tanto en la cicatrización como en la calidad de vida.



La evidencia científica recomienda visibilizar y medir de forma sistemática el dolor, incorporándolo como indicador de calidad asistencial y humanización. Por ello, su valoración es fundamental en la práctica clínica, al mismo nivel que otros parámetros de seguimiento.

OBJETIVOS

- Revisar la evidencia científica sobre la evaluación del dolor en heridas complejas para la mejora de la calidad asistencial
- Describir las principales escalas de valoración del dolor y su realización de forma sistemática
- Promover la integración de la evaluación del dolor en la práctica enfermera habitual, así como su humanización.

METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Mayo – Agosto 2026
- PubMed, Scopus, Cochrane, revista SEHER, JWMR (Journal of Wound Management Research), EWMA, GNEAUPP

POBLACIÓN

Pacientes con heridas complejas atendidos en cualquier ámbito asistencial

MeSH/DeCS

"Pain", "Chronic Wounds", "Pain Measurement", "Nursing Care", "Quality of Health Care", "Humanization of Care"

- Estudios de cohortes, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis
- Últimos 5 años, en inglés o español,
- Intervenciones enfermeras en control del dolor en heridas crónicas

- Estudios pediátricos,
- Casos clínicos aislados
- Estudios que no utilizaron escalas validadas de valoración del dolor o no describieron el método de evaluación.
- Artículos de opinión.

RESULTADOS

Se identificaron y estudiaron diferentes escalas de valoración, validadas y reconocidas, así como su aplicación de forma sistemática

Escalas para pacientes conscientes	**Escala Visual Analógica (EVA)** **Escala Numérica (EN)**	Herramientas estándar para comunicación directa del dolor 
Escalas para pacientes con deterioro cognitivo	**Escala FPS-R**: población geriátrica	**Escala PAINAD:** demencia avanzada
Escala de enfoque multidimensional	**Escala de Dolor de McGill**	Aporta un análisis más profundo Visión cualitativa del dolor

La evidencia revisada destaca la importancia de evaluar el dolor en diferentes momentos del proceso asistencial, especialmente antes, durante y después de las curas, con el fin de identificar cambios en su intensidad y valorar la respuesta a las medidas terapéuticas.

La valoración debe acompañarse de un registro sistemático y de una reevaluación posterior a las intervenciones, favoreciendo la continuidad asistencial, la individualización de los cuidados y la detección de necesidades no cubiertas.

CONCLUSIÓN

- Realizar una evaluación del dolor es considerado un indicador de calidad asistencial.
- El uso de escalas de valoración del dolor debe realizarse de forma sistemática y rutinaria
- La evaluación del dolor debe integrarse en la práctica clínica para un abordaje holístico y humanizado de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Documento Técnico GNEAUPP Nº VI: El dolor en las heridas. 2ª ed. Logroño: GNEAUPP [Internet]; 2021 [citado el 23 de julio de 2026]. Disponible en: https://gneaupp.info/documento-tecnico-gneaupp-no-vi-el-dolor-en-las-heridas-2a-edicion-noviembre-2021/
2. Sociedad Española de Heridas (SEHER). Heridas y Cicatrización. Vol. 15, Nº 1. Madrid: SEHER [Internet]; 2025 [citado el 1 de agosto de 2026]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/698901
3. Kim Y, Park H, Lee J. Wound Pain Management. J Wound Manag Res [Internet] 2024 [citado el 1 de agosto de 2026];20(1):1–9. Disponible en: https://www.jwmr.org/upload/pdf/jwmr-2024-03153.pdf
4. European Wound Management Association (EWMA). Holistic management of wound-related pain. Copenhagen: EWMA [Internet] 2023 [citado el 21 de julio 2026]. Disponible en: https://ewma.org/resources/holistic-management-of-wound-related-pain/
5. Pose Pérez N, González Gómez É, Pallas Queijo C. Humanizando el impacto emocional en pacientes con heridas complejas. Gerokomos [Internet]. 2024 [citado el 1 de agosto de 2026]; 35(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2024000200010

La soledad no deseada en el anciano

RESUMEN

La soledad no deseada constituye un importante problema de salud pública en las personas mayores, asociado a un mayor riesgo de deterioro de la salud mental, disminución de la calidad de vida y aumento de la vulnerabilidad. Su abordaje requiere una intervención integral y multidisciplinar, con un papel clave de Enfermería en su detección y prevención.

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población, los cambios en las estructuras familiares y la pérdida de relaciones sociales favorecen la aparición de la soledad no deseada, que puede repercutir negativamente en la salud física, emocional y cognitiva.

PALABRAS CLAVE

Soledad no deseada · Anciano · Aislamiento social · Envejecimiento · Calidad de vida · Intervenciones de enfermería.



MATERIAL Y MÉTODOS

- **Diseño:** revisión bibliográfica descriptiva entre 2015 y 2025.
- **Bases de datos:** PubMed, MEDLINE, CINAHL, SciELO y CUIDEN.
- **Descriptores de búsqueda:** Loneliness, Social Isolation, Aged, Older Adults, Quality of Life y Nursing.
- **Operadores booleanos:** AND y OR.
- **Artículos seleccionados:** 8 artículos científicos.

OBJETIVO

Analizar las principales evidencias científicas sobre la soledad no deseada en las personas mayores y las estrategias para su prevención y abordaje.

RESULTADOS

- La soledad no deseada se asocia con mayor riesgo de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y disminución de la calidad de vida.
- Los factores asociados: viudedad, pérdida de autonomía, enfermedades crónicas, falta de apoyo familiar y escasa participación social.
- Las intervenciones grupales, el uso de nuevas tecnologías y el apoyo comunitario contribuyen a reducirla.
- La detección precoz y el abordaje multidisciplinar son clave.

CONCLUSIONES

La soledad no deseada en las personas mayores representa un desafío sociosanitario que requiere mayor visibilidad. La prevención debe basarse en la detección precoz, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la promoción de la participación social. Enfermería desempeña un papel esencial para mejorar la calidad de vida y promover un envejecimiento activo y saludable.

AUTORES

Silvia Gutiérrez Pascual, Ana Belén Martín Castillo, María del Carmen Zaballos Bautista, Marta Robledo González, Enrique Vega Méndez, María Sonia Cabero Pérez y Manuel Blázquez Bautista.

ENVEJECIMINETO ACTIVO ES VIDA

PRIETO REGO, TAMARA;PRIETO REGO, IVAN; VICENTE PEREZ, SERGIO; ORTIZ PEREZ, LAURA; VIÑAS

Resumen:
El **envejecimiento activo** es fundamental porque **transforma el paso del tiempo en una etapa de salud, autonomía y plenitud**, evitando que la vejez sea sinónimo de enfermedad o aislamiento. Al mantener el cuerpo en movimiento, la mente estimulada y una vida social activa, se previenen la dependencia y la soledad. Su verdadero valor no radica en añadir más años a la vida, sino en **garantizar que esos años se vivan con la máxima calidad, dignidad.**

Palabras clave:
envejecimiento activo, beneficios envejecimiento activo, calidad de vida en adultos mayores, autonomía en la vejez

Antecedentes:
Zamora es un zona rural y envejecida, al participar en actividades y realizar ejercicio físico se mejora la calidad de vida de los pacientes y menores problemas asciados con la movilidad

OBJETIVOS:
- Maximizar la autonomía y la salud funcional.
- Fomentar la participación y la inclusión social.

Metodología: revisión sistemática en Pubmed y Medline

Resultados:
Los antecedentes en **Zamora** demuestran que el envejecimiento activo es vital para su medio rural. Al ser la provincia más envejecida de España, iniciativas institucionales y tecnológicas como la **"Silver Economy"** y el proyecto **"Silver Digi" en Sayago** han transformado los pueblos en laboratorios de innovación. Mediante teleasistencia avanzada, hogares inteligentes y las **"Rutas de Bienestar"** —que llevan fisioterapia y apoyo psicológico móvil a los municipios— se combate la dispersión y la soledad. Estos proyectos demuestran que mantener a los mayores sanos y conectados permite preservar la identidad rural, frenar la despoblación y garantizar su dignidad sin obligarles a abandonar sus hogares.

Conclusión:
Más autonomía, menos dependencia: Invertir en salud y participación permite a los mayores seguir siendo dueños de sus vidas y reduce la presión asistencial.

Efectividad del ejercicio terapéutico en la rehabilitación de pacientes con ataxia: revisión de la evidencia cientifica



Autores

Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simón Cascón, Sara Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón Martinez, Raquel Pinto Piñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Diez Alonso, Ivan Fernández Pérez, Marta De la Torre Sánchez, Anabel Silvan Diaz, Daniel Nicolas Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Diez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen Garcia Mulas, Victor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martinez Barreda, Andrea Ramos Martinez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Diez, Andrea Martín Martinez, Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso González, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Margaríño Álvarez, Daniel García Gallego, Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Portas Castellanos, José María Márquez Pérez, Bastian Martín Garcia.

Resumen

La ataxia es un trastorno neurológico caracterizado por la alteración de la coordinación, el equilibrio y la marcha, que conlleva una importante limitación funcional. El ejercicio terapéutico se ha consolidado como una intervención clave en su abordaje, ya que puede mejorar el control motor, la estabilidad y la capacidad funcional, favoreciendo la independencia del paciente. Este póster revisa la evidencia actual sobre la efectividad del ejercicio terapéutico en pacientes con ataxia, destacando sus beneficios, los tipos de ejercicio más empleados y las consideraciones para su aplicación clinica.



Antecedentes

La ataxia puede tener múltiples etiologías, como formas hereditarias, degenerativas, autoinmunes o secundarias, y se caracteriza por una alteración de la coordinación motora que afecta la marcha, el equilibrio y la realización de las actividades de la vida diaria. El ejercicio terapéutico ha demostrado ser una herramienta eficaz en la rehabilitación neurológica, contribuyendo a mejorar el control postural, la precisión del movimiento y la funcionalidad del paciente.

Objetivos

- Evaluar la efectividad del ejercicio terapéutico en pacientes con ataxia, analizando su impacto sobre el equilibrio, la marcha y la calidad de vida.
- Determinar los tipos de ejercicio más beneficiosos.
- Identificar la dosis óptima (frecuencia, duración e intensidad) del ejercicio terapéutico.



Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, PEDro, Cochrane Library, Scopus y Web of Science), incluyendo estudios publicados en los últimos 10 años en adultos con ataxia que aplicaron programas de ejercicio terapéutico. Se seleccionaron ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que evaluaron variables como el equilibrio, la marcha, la funcionalidad y la calidad de vida.



Resultados

La evidencia científica muestra que el ejercicio terapéutico en pacientes con ataxia produce mejoras significativas en el equilibrio, la marcha y la funcionalidad, tanto en ataxias hereditarias como adquiridas. Los programas más efectivos combinan ejercicios de equilibrio, entrenamiento de la marcha, ejercicios de coordinación y fortalecimiento muscular, con una frecuencia mínima de 2-3 sesiones semanales durante al menos 8-12 semanas.

Discusión

El ejercicio terapéutico se posiciona como una intervención segura y eficaz en la rehabilitación de pacientes con ataxia. Su aplicación debe ser individualizada, adaptándose al tipo y gravedad de la ataxia, y combinándose, en muchos casos, con otras estrategias terapéuticas. A pesar de los resultados positivos, se requieren más estudios con muestras amplias y seguimientos a largo plazo que permitan establecer protocolos estandarizados.

Conclusión

El ejercicio terapéutico mejora el equilibrio, la marcha y la funcionalidad en pacientes con ataxia, favoreciendo su autonomía y calidad de vida. Se recomienda su inclusión como parte del abordaje rehabilitador, mediante programas individualizados y continuados en el tiempo.

Palabras clave: Ataxia; Ejercicio terapéutico; Rehabilitación; Equilibrio; Marcha.

Referencias bibliográficas

1. Schmitz-Hübsch T, et al. Consensus paper: rehabilitation in cerebellar ataxia. Cerebellum. 2014;13(1):72-90.
2. Ilg W, et al. Exercise in ataxia: a systematic review. J Neurol. 2018;265(1):1-12.
3. Gandolfi M, et al. Physical exercise for degenerative ataxias. Cochrane Database Syst Rev. 2020;4:CD013386.

ESCLERODERMIA SISTÉMICA Y ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO: Mecanismos celulares y moleculares compartidos

RESUMEN

- La esclerodermia sistémica es una enfermedad autoinmune compleja en la que interactúan alteraciones inmunitarias, daño vascular y fibrosis. La investigación ha descrito conexiones entre su fisiopatología y varios procesos del envejecimiento biológico, como la senescencia celular, la disfunción telomérica y la inflamación persistente. Este póster sintetiza esos mecanismos y analiza su posible relevancia para comprender la enfermedad. La relación es biológicamente plausible, pero no demuestra que todas las personas con esclerodermia presenten envejecimiento acelerado.

AUTORES

- Sergio Vicente Pérez, Tamara Prieto Rego, Laura Ortiz Pérez.

PALABRAS CLAVE

- Esclerodermia sistémica, envejecimiento biológico, senescencia celular, telómeros, inflamación, fibrosis.

ANTECEDENTES

- La esclerodermia sistémica es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por:
- Disregulación del sistema inmunitario.
- Lesión y remodelado de los vasos sanguíneos.
- Activación persistente de fibroblastos y depósito excesivo de matriz extracelular, incluida la producción de colágeno.

OBJETIVOS

- **Objetivo general**
- Examinar la relación descrita en la literatura entre envejecimiento biológico y fisiopatología de la esclerodermia sistémica.
- **Objetivos específicos**
- Identificar mecanismos compartidos, explorar su relación con la fibrosis y el daño vascular y señalar posibles implicaciones clínicas y líneas de investigación.

METODOLOGÍA

- Revisión narrativa de la literatura científica sobre esclerodermia sistémica y envejecimiento.
- **Fuentes bibliográficas de información:** PubMed/MEDLINE, Scopus y Web of Science.
- **Términos de búsqueda:** "systemic sclerosis", "aging", "celular senescence", "telomere", "inflammaging" y "fibrosis".



RESULTADOS:SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

- **SENESCENCIA CELULAR**
- Las células senescentes dejan de proliferar y pueden liberar mediadores del fenotipo secretor asociado a senescencia. En tejidos afectados se estudia su posible contribución a inflamación y fibrosis.
- **TELÓMEROS**
- La disfunción o el acortamiento telomérico se relacionan con estrés replicativo y senescencia. Se han investigado alteraciones teloméricas en esclerodermia sistémica y su asociación con manifestaciones, incluida la afectación pulmonar.
- **INFLAMACIÓN CRÓNICA**
- La activación inmunitaria persistente y las señales inflamatorias participan en la esclerodermia sistémica. Existe un solapamiento conceptual con la inflamación asociada al envejecimiento (inflamaging), aunque no son procesos idénticos.
- **FIBROSIS Y FIBROBLASTOS**
- La activación anómala de fbroblastos y el exceso de matriz extracelular son centrales en la fibrosis. Las señales de envejecimiento celular pueden modular estas respuestas, con efectos dependientes del contexto.

CONCLUSIONES

- La esclerodermia sistémica y el envejecimiento biológico comparten vías relacionadas con senescencia, inflamación, daño celular y remodelado tisular.
- Estos mecanismos podrían ayudar a comprender la heterogeneidad clínica y orientar la búsqueda de biomarcadores.
- Se necesitan estudios longitudinales y bien caracterizados para establecer causalidad, relevancia pronostica y utilidad terapéutica.

NO TODO ERITEMA ES CELULITIS: LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE ENFERMERO EN LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.

Laura Ortiz Pérez, Tamara Prieto Rego, Sergio Vicente Pérez

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 86 años con insuficiencia venosa crónica y úlcera vascular de larga evolución que desarrolló eritema, edema y aumento de temperatura en la extremidad inferior. Ante la sospecha de celulitis recibió varios ciclos de antibioterapia, sin mejoría significativa de los signos cutáneos, mientras que la úlcera evolucionó favorablemente hasta su cicatrización. Tras una nueva valoración en la Unidad de Heridas Complejas, se consideró como diagnóstico más probable una dermatitis por estasis venosa. Se instauró un abordaje basado en compresión terapéutica, hidratación cutánea y tratamiento tópico antiinflamatorio, con mejoría clínica progresiva y práctica resolución de los signos cutáneos en tres semanas.

PALABRAS CLAVE

Dermatitis por estasis; celulitis; insuficiencia venosa crónica; úlcera venosa; cuidados de enfermería.

ANTECEDENTES

La celulitis y la dermatitis por estasis venosa pueden presentar manifestaciones similares, como eritema, edema y aumento de temperatura local. La dermatitis por estasis es una manifestación de la insuficiencia venosa crónica y puede confundirse con una infección cutánea. La valoración integral y la evolución clínica son fundamentales para orientar el diagnóstico diferencial.

OBJETIVOS

Describir la evolución de un caso abordado como celulitis y posteriormente orientado hacia una dermatitis por estasis venosa, destacando la importancia de la reevaluación clínica y de los cuidados enfermeros.









MÉTODO

Estudio descriptivo de un caso clínico mediante seguimiento longitudinal de una mujer de 86 años con insuficiencia venosa crónica y úlcera vascular. Se recogieron datos de valoración clínica, evolución de la lesión, resultados analíticos y microbiológicos, tratamientos recibidos y respuesta a las intervenciones enfermeras. Se realizó seguimiento fotográfico con autorización de la paciente.

RESULTADOS

Después de varios ciclos de antibioterapia por sospecha de celulitis, progresaron el eritema y el edema. La úlcera evolucionó hasta su cicatrización completa pese a la presencia del eritema e inflamación. Se obtuvo un cultivo bacteriológico positivo, no se objetivó leucocitosis en ningún momento y la proteína C reactiva descendió de 35 a 9, el segundo cultivo fue negativo, aún así no se plantea una reevaluación diagnostica. Tras la valoración enfermera se observa cicatrización completa de la úlcera vascular y un deterioro de la integridad de la piel con eritema, inflamación y descamación compatible con el diagnostico médico de dermatitis por estasis venoso. Tras revisar la evolución y tratamiento previo se decide colocar vendaje compresivo con venda tracción corta, hidratación cutánea con emoliente y corticoide tópico, tras lo que se evidencia mejoría desde las primeras curas hasta recuperar el aspecto habitual en 4 semanas.

RESULTADOS

En pacientes con insuficiencia venosa crónica, el eritema y el edema no deben atribuirse automáticamente a una infección. La falta de respuesta terapéutica debe motivar una reevaluación diagnóstica. La valoración enfermera integral y el abordaje de la insuficiencia venosa mediante compresión, cuando está indicada y tras comprobar la seguridad vascular, pueden ser determinantes en la evolución clínica.

CUANDO EL CLIMA LABORAL SE DETERIORA: INCIVISMO, CONFLICTO INTERPERSONAL Y DESGASTE EMOCIONAL EN ENFERMERÍA.

Sara Fernández Sánchez. Cristina Miguel Gómez. Cristina García López. Rebeca Rodríguez Bailón. María Isabel Urones Hernández. Teodora González López



INTRODUCCIÓN

El trabajo enfermero requiere cooperación, confianza, comunicación eficaz y apoyo mutuo. Sin embargo, las relaciones interpersonales disfuncionales, las conductas incívicas y el acoso entre compañeros pueden deteriorar el clima laboral y repercutir negativamente en la salud emocional de los profesionales.

Entre estas conductas se describen la descalificación, la exclusión, los rumores, la comunicación indirecta, la formación de alianzas y la triangulación comunicativa, entendida como la incorporación de terceras personas en un conflicto interpersonal en lugar de abordarlo directamente.

La exposición mantenida a estas dinámicas puede favorecer el estrés laboral, el agotamiento emocional, la pérdida de confianza y el deterioro de la cohesión del equipo. La evidencia también relaciona el incivismo laboral con peores indicadores de cultura de seguridad y comunicación asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre la relación entre las conductas interpersonales disfuncionales en los equipos de Enfermería, el deterioro del clima laboral y el desgaste emocional de sus profesionales.

Objetivos específicos

- Identificar las principales manifestaciones de incivismo y conflicto interpersonal entre profesionales.
- Describir las repercusiones psicológicas y laborales asociadas.
- Explorar la relación entre el clima laboral, la cohesión del equipo y la comunicación asistencial.
- Identificar estrategias organizativas para prevenir y abordar estas situaciones.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica narrativa de publicaciones científicas sobre incivismo laboral, acoso entre profesionales sanitarios, conflicto interpersonal, estrés laboral y burnout en Enfermería.

Fuentes bibliográficas propuestas:

PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y Web of Science.

RESULTADOS DE LA EVIDENCIA CONSULTADA

La literatura revisada permite identificar cuatro dimensiones principales:

A. Conductas relacionales disfuncionales

- Comentarios despectivos y descalificaciones.
- Exclusión o aislamiento de determinados profesionales.
- Rumores y comunicación indirecta.
- Formación de alianzas y triangulación comunicativa.
- Falta de respeto y cuestionamiento interpersonal reiterado.

El incivismo puede manifestarse mediante conductas verbales y no verbales que humillan, desvalorizan o excluyen a otros profesionales.

B. Repercusiones emocionales

- Estrés y tensión mantenida.
- Agotamiento emocional.
- Disminución de la motivación.
- Pérdida de confianza y seguridad psicológica.
- Insatisfacción laboral y deterioro de la calidad de vida profesional.

Un metaanálisis de nueve estudios, con 3.730 profesionales de Enfermería, encontró una asociación positiva moderada entre acoso laboral y burnout (r = 0,43; IC 95%: 0,32-0,53), así como con estrés laboral (r = 0,34; IC 95%: 0,29-0,39).

C. Consecuencias para el equipo

- Deterioro de la cohesión y colaboración.
- Comunicación menos abierta.
- Desconfianza entre compañeros.
- Incremento de los conflictos y dificultades para resolverlos.
- Mayor dificultad para mantener un entorno laboral saludable.

D. Repercusión organizativa y asistencial

Una revisión sistemática y metaanálisis de 41 estudios encontró que el incivismo laboral se asociaba negativamente con diferentes dimensiones de la cultura de seguridad, entre ellas el trabajo en equipo, el apoyo de la dirección, la comunicación abierta y la comunicación sobre errores.

Además, un metaanálisis de 85 estudios y 288.581 profesionales de Enfermería encontró asociación entre burnout y peores indicadores de seguridad y calidad asistencial.

DISCUSIÓN

El deterioro del clima laboral no debe interpretarse únicamente como un problema de convivencia entre compañeros. Las conductas incívicas y los conflictos interpersonales persistentes pueden convertirse en factores de riesgo psicosocial y afectar al funcionamiento global de la unidad.

La triangulación comunicativa puede contribuir a perpetuar los conflictos al sustituir el diálogo directo por intermediarios, rumores o alianzas. No obstante, debe señalarse que la evidencia cuantitativa disponible estudia principalmente el incivismo y el acoso laboral en general, y no permite atribuir efectos independientes a la triangulación como conducta aislada.

La prevención requiere una respuesta organizativa, no exclusivamente individual, basada en el liderazgo, la comunicación respetuosa y la intervención temprana.

CONCLUSIONES

El incivismo y las conductas interpersonales hostiles constituyen problemas relevantes en los entornos de Enfermería y se relacionan con estrés laboral, agotamiento emocional y deterioro de la calidad de vida profesional.

Un clima laboral saludable necesita respeto, confianza, comunicación directa y liderazgo efectivo.

Cuidar al equipo también es cuidar al paciente.

La prevención de los conflictos interpersonales debe considerarse una responsabilidad compartida entre profesionales y organización sanitaria.

CUIDAR AL EQUIPO TAMBIEN ES CUIDAR AL PACIENTE

Liderazgo en Equipos de Enfermería

Cristina Garcia López · Rebeca Rodríguez Bailón · Sara Fernández Sánchez · Cristina Miguel Gómez · María Isabel Urones Hernández

Un liderazgo efectivo impulsa el trabajo en equipo, mejora la calidad asistencial y cuida también a quienes cuidan

Introducción

El liderazgo en enfermería es clave para coordinar, motivar y guiar a los equipos, contribuyendo a una atención segura, eficiente y centrada en el paciente. Un liderazgo adecuado se asocia con mayor satisfacción laboral, menor rotación de personal y mejores resultados en salud.



Objetivos

- Analizar la importancia del liderazgo en equipos de enfermería.
- Identificar los estilos de liderazgo más efectivos en el ámbito sanitario.
- Proponer estrategias para fortalecer el liderazgo enfermero.

Métodos

- Revisión bibliográfica en bases de datos: PubMed, Scopus, CINAHL, Cochrane Library y SciELO.
- Periodo: últimos 10 años.
- Descriptores: “nursing leadership”, “teamwork”, “health care”, “nurses”.
- Selección de estudios: artículos originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas.

Resultados

- El liderazgo transformacional y el liderazgo situacional son los estilos más eficaces en enfermería.
- Se asocia con mayor cohesión de equipo, mejor comunicación y calidad asistencial.
- Reduce el estrés laboral y el absentismo.
- Favorece el desarrollo profesional y la motivación del personal.

Discusión

- El liderazgo en enfermería impacta directamente en la calidad del cuidado y en el bienestar del equipo.
- Es esencial formar y apoyar a los líderes enfermeros para afrontar los retos actuales del sistema sanitario (carga asistencial, complejidad clínica).
- Se requiere un enfoque integral que combine habilidades técnicas, emocionales y de gestión.



Conclusiones

- El liderazgo en equipos de enfermería es un factor clave para una atención sanitaria de calidad.
- Formar líderes enfermeros y fomentar el trabajo en equipo debe ser una prioridad institucional.
- Invertir en liderazgo mejora la salud del paciente y el bienestar del profesional.

Referencias

1. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J. The impact of nursing leadership on patient outcomes: a systematic review. J Nurs Manag. 2014;22(6):709-724.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Busse R, Provenzano R, et al. Nurses' reports of hospital care in five countries. Health Aff (Millwood). 2008;27(3):w204-12.
3. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Cuidados de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
4. Consejo General de Enfermería. Liderazgo enfermero: una necesidad para la sanidad del futuro. Madrid: CGE; 2022.

CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS, QUERATINIZANTE E INFILTRANTE.

AUTORES: María Cristina Martínez Turienzo, María Mercedes Martínez Turienzo, Andrea Rodríguez De la Torre, María Miguelez Rodríguez, María Miguelez Turienzo, Silvia María López García.

PALABRAS CLAVE:
Cáncer oral, células escamosas, malignidad, leucoplasia y eritroplasia.





ANTECEDENTES:

–El carcinoma oral de células escamosas (COCE), es una neoplasia inasiva de diferenciación escamosa con origen en el epitelio oral. La displasia epitelial de la mucosa oral constituye una alteración morfológica (leucoplasia/ eritroplasia) que traduce una serie de modificaciones histológicas y que se considera un desorden con potencial de transformación maligna (DPTM).

-En España se diagnostican entre **12.000 y 15.000** nuevos casos anuales.

OBJETIVOS:

-Determinar la prevalencia de lesiones orales.

-Identificar los factores asociados en pacientes diagnosticados con lesiones bucales.

MÉTODO:

–Se realizó una búsqueda sistemática en las base de datos electrónica , **Google académico y (SEORL-CCC)** en el último año, para identificar el carcinoma oral de células escamosas en pacientes adultos mayores según edad y sexo.

RESULTADO:

-La relación entre los dos sexos se observó que el sexo masculino predominó de manera significativa estadísticamente sobre el femenino.

-En cuanto a la localización de las lesiones, los sitios mas afectados fueron, la **lengua** (especialmente en los bordes laterales y la superficie inferior), en el **suelo de la boca** y **trígono retromolar**.

- La edad, las prótesis desajustadas, consumo de alcohol y fumar fueron los factores más frecuentes.

CONCLUSIONES:

-Existe poca información de los daños que para la salud general y bucal ocasiona el consumo de tabaco y alcohol entre otros, pues se aborda de forma insuficiente el tema, tanto en residencias como en las áreas de salud.

- No se tiene total conocimiento del peligro que ocasionan los hábitos perjudiciales mencionados anteriormente y los efectos que a largo plazo pueden causar estos en la cavidad oral.

EL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUTORES:
Sara Ferrero Valle, Julia Álvarez Rodríguez, Jesús Hinojal Tejido, María Chacón Martínez, Raquel Pinto Peñuelas, Marta Rodríguez Barrientos, Rubén González Gómez, María Teresa Díez Alonso, Iván Fernández Pérez, Marta de la Torre Sánchez, Anabel Silván Díaz, Daniel Nicolás Laso, Ana Patricia Campos Moreno, Andrea Sevilla López, Eva Díez Villarroel, Javier González Martínez, Ana Luis Ros, Noelia Iglesias García, Carmen García Mulas, Víctor Merayo Domínguez, Carla Barroso Fernández, David Colina Fernández, Patricia Martínez Barreda, Andrea Ramos Martínez, Claudia Moya Bahamonde, Mario Cuervo Díez, Andrea Martín Martínez, Ester María López Domínguez, Valvanera Escrich Iturbe, María Gloria Alonso González, Aitziber Ortega Plaza, Beatriz Magariño Álvarez, Daniel García Gallego, Alba Manzanedo Juárez, María Dolores Herrero Sánchez, Nuria Fortes Castellanos, José María Márquez Pérez, Bastian Martín García, Elena Pérez Jiménez, Carla Ramos Álvarez, Cristina Vidal Aparicio, Alicia Paniagua Gómez, Yolanda Fernández Grande, Sandra Simón Cascón

Más movimiento, mejor calidad de vida

RESUMEN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica del sistema nervioso central que puede afectar a la movilidad, el equilibrio, la fuerza, la fatiga y la función cognitiva.

El ejercicio terapéutico (ET) es una intervención complementaria de rehabilitación. La evidencia reciente respalda beneficios en la capacidad funcional, la fuerza, la marcha, la fatiga y la calidad de vida.

Esta actualización integra el documento de referencia y estudios publicados entre 2024 y noviembre de 2026.

PALABRAS CLAVE

Esclerosis múltiple; ejercicio terapéutico; entrenamiento combinado; rehabilitación; fatiga; equilibrio; calidad de vida.



Rehabilitación individualizada

ANTECEDENTES

- La EM es una enfermedad inflamatoria y neurodegenerativa con manifestaciones clínicas heterogéneas.
- La fatiga, la debilidad, las alteraciones de la marcha y el equilibrio pueden limitar la autonomía y la participación.
- El ejercicio regular forma parte del abordaje integral y debe adaptarse al nivel funcional, síntomas, preferencias y comorbilidades.
- Las revisiones recientes siguen encontrando beneficios, aunque la magnitud varía según modalidad, dosis y grado de discapacidad.

EVIDENCIA RECIENTE

Los metaanálisis de 2025 sobre entrenamiento combinado informan mejoras en fuerza, equilibrio, velocidad y resistencia de la marcha, fatiga y calidad de vida.

OBJETIVOS

Objetivo general

Actualizar la evidencia sobre los efectos del ejercicio terapéutico en personas con esclerosis múltiple.

Objetivos específicos

1. Valorar los efectos sobre fuerza, capacidad aeróbica y funcionalidad.
2. Analizar los resultados en equilibrio, marcha y movilidad.
3. Examinar la influencia sobre fatiga y calidad de vida.
4. Considerar la evidencia en discapacidad grave y en programas domiciliarios o a distancia.



MÉTODO

DISEÑO
Actualización bibliográfica narrativa basada en el póster de referencia y publicaciones recientes.

FUENTES
PubMed/MEDLINE y literatura científica indexada; búsqueda complementaria de revisiones sistemáticas y metaanálisis.

PERIODO
Evidencia publicada hasta el 8 de noviembre de 2026. Se priorizaron estudios de 2024-2026.

SELECCIÓN
Se incorporaron revisiones sistemáticas y metaanálisis pertinentes sobre ejercicio, entrenamiento combinado, fatiga, función física y telerehabilitación.

ALCANCE
No se realizó un nuevo cribado sistemático completo ni se recalculó un diagrama PRISMA; por ello no se atribuye un número global de estudios a esta actualización.

Corte de actualización: 08/11/2026.

RESULTADOS

FUERZA Y CAPACIDAD FUNCIONAL
El entrenamiento combinado mejora la fuerza de miembros inferiores y la capacidad funcional.

EQUILIBRIO Y MARCHA
Se observan mejoras en equilibrio, velocidad y resistencia de la marcha.

FATIGA Y CALIDAD DE VIDA
Los metaanálisis recientes informan reducción de fatiga y mejora de calidad de vida.

TELEREHABILITACIÓN
Frente al ejercicio domiciliario, no mostró superioridad significativa en función, equilibrio o calidad de vida (5 ECA).

DISCAPACIDAD GRAVE
La revisión de 2026 encuentra beneficios en algunos resultados, pero evidencia más limitada en EDSS ≥6.5; no demuestra cambios en el grado de discapacidad.

CONCLUSIONES

El ejercicio terapéutico: parte del abordaje integral de la esclerosis múltiple

- **Puede mejorar fuerza, capacidad funcional, equilibrio y marcha.**
- **El entrenamiento combinado también puede reducir la fatiga y mejorar la calidad de vida.**
- **La prescripción debe individualizarse, progresar gradualmente y supervisarse.**
- **En discapacidad grave y telerehabilitación, la evidencia exige prudencia y más estudios.**

Fuentes: Kazemi Pakdel et al., 2025; Usman et al., 2025; Brooks et al., 2026; Shahali et al., 2026.



Cuidado de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Personas Mayores de 50 Años

Prevención, control y atención integral para una vida saludable



Resumen

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las patologías más prevalentes en mayores de 50 años, con importantes repercusiones en la calidad de vida. Un diagnóstico precoz, un control metabólico adecuado y un abordaje integral son clave para prevenir complicaciones y mantener la autonomía del paciente.

Palabras clave

Diabetes tipo 2, control metabólico, resistencia a la insulina, complicaciones.

Antecedentes

- Afecta aproximadamente al 13% de la poblacion >50 años.
- El envejecimiento favorece la resistencia a la inslina y la aparicion de conmorbilidades (HTA, dislipemia, entre otros.)
- La diabetes mellitus tipo 2 supone un alto riesgo de complicaciones cardiovasculares, renales y oculares.

Objetivos

- Identificar los síntomas y criterios diagnosticos de la DM2 en mayores de 50 años.
- Optimizar el tratamiento y el control metabólico.
- Prevenir y detectar precozmente las complicaciones micro y macovasculares.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

Síntomas y Criterios diagnósticos

Síntomas más frecuentes:

- Poliuria, polidipsia.
- Cansancio.
- Visión borrosa.
- Infecciones recurrentes.
- Heridas de lenta cicatrización.



Criterios diagnósticos:

- Glucemia en ayunas >126 mg/dl (en 2 determinaciones)
- Glucemia a las 2 horas tras OGTT >200 mg/dl.
- HbA1 >6'5%.
- Glucemia casual >200mg/dl (con sintomatología)

Métodos

Revisión y síntesis de la evidencia científica actual complementada con buscadores bibliográficos como Pubmed, SciELO, Cochrane, entre otros.

Se aborda el manejo integral de la DM2 en personas mayores de 50 años, incluyendo prevención, tratamiento y control metabólico.



Resultados

Tratamiento y control metabólico

- Dieta equilibrada y ejercicio físico.
- Metformina de primera línea (en caso de no contraindicación)
- Objetivo habitual de HbA 1 7-7'5%

Resistencia a la insulina

- Agravada por obeidad, sedentarismo y envejecimiento.
- Asociada a mayor riesgo cardiovascular.



Complicaciones microvasculares

- Retinopatía: control oftalmológico.
- Nefropatía: cribado con microalbúmina.
- Neuropatía: cuidado del pie.



Complicaciones macrovasculares

- Cardiopatia isquémica.
- Ictus.
- Enfermedad arterial periferica.



Conclusiones

- La DM2 en mayores de 50 años requiere un enfoque integral: control glucémico, factores de riesgo y educación sanitaria.
- Un diagnóstico precoz y un tratamiento individualizado reducen el riesgo de complicaciones y mejora la calidad de vida.
- El mantenimiento de hábitos saludables y el seguimiento individualizado del paciente son esenciales para un envejecimiento activo y saludable.

AUTORES:

- Laura Pascual Domínguez.
- Nuria Rodíguez Bautista.
- Irina Moya Ruiz.
- Patricia Salas de Prado.
- Laura Maria Faciabén Cano.

SEGURIDAD DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN RADIOLOGÍA Y RADIOTERAPIA:

Estrategias de movilización, posicionamiento y prevención de caídas y lesiones cutáneas

Autores: Marcos Miguel García García, María Cabañas Turiño, Belén Rodrigo Pico

RESUMEN

El envejecimiento de la población ha incrementado la presencia de pacientes mayores con movilidad reducida en los servicios de radiología y radioterapia. Estos pacientes presentan un mayor riesgo de sufrir caídas, lesiones cutáneas y complicaciones derivadas de una movilización o posicionamiento inadecuados.

El objetivo de este póster es identificar las principales medidas de seguridad durante la movilización, la transferencia y la colocación del paciente mayor, teniendo en cuenta la prevención de caídas y las lesiones por presión. Se plantea una revisión descriptiva de recomendaciones y protocolos de seguridad asistencial relacionados con el manejo del paciente geriátrico.

MÉTODO

Se realizó una revisión descriptiva sobre el manejo y posicionamiento seguro centrándose en la prevención de caídas y lesiones cutáneas.

Se analizaron las principales situaciones de riesgo que pueden aparecer durante la movilización, transferencia y colocación del paciente en las mesas de tratamiento o diagnóstico analizando los siguientes aspectos:

- Identificación de limitaciones, grado de movilidad y riesgo de caídas.
- Movilización segura.
- Posicionamiento adaptando la postura a las necesidades del paciente.
- Protección cutánea de posibles rozaduras, fricciones o lesiones por presión.
- Medidas de seguridad: Bloqueo de sillas de ruedas, supervisión del paciente y comprobación de la estabilidad.
- Atención individualizada.

ANTECEDENTES

Las personas mayores con movilidad reducida necesitan cuidados especiales durante las exploraciones radiológicas y los tratamientos de radioterapia.

La dificultad para desplazarse, los problemas de equilibrio y la fragilidad cutánea aumentan el riesgo de accidentes y lesiones haciendo necesario un manejo seguro y personalizado.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento conlleva cambios fisiológicos que aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores, en este caso en procesos diagnósticos o terapéuticos ya que afectan a la fuerza muscular, el equilibrio, la coordinación y la integridad de la piel.

En los servicios de radiología y radioterapia, los pacientes deben realizar transferencias entre camas, camillas, sillas de ruedas y mesas de exploración o tratamiento. Además, en radioterapia pueden necesitar mantener una posición determinada durante varios minutos. Por todo esto, es fundamental establecer medidas preventivas que eviten accidentes, reduzcan las molestias y preserven la integridad física del paciente.



PALABRAS CLAVES

- Paciente geriátrico.
- Movilidad reducida.
- Seguridad del paciente.
- Prevención de caídas.
- Movilización segura.

RESULTADOS

Teniendo en cuenta todo lo anterior nos lleva a la aplicación de medidas preventivas consiguiendo:

- Reducción del riesgo de caídas mediante la valoración previa, la supervisión y las transferencias asistidas.
- Disminución de lesiones cutáneas gracias a la protección de prominencias óseas y a la reducción de fricciones y presiones.
- Mayor comodidad del paciente mediante un posicionamiento individualizado y adaptado a sus limitaciones.
- Mejora de la calidad asistencial favoreciendo una atención más segura, humanizada y coordinada.

CONCLUSIONES

- El paciente mayor con movilidad reducida requiere una atención individualizada durante su paso por radiología y radioterapia.
- La valoración del riesgo de caídas y del estado de la piel es fundamental antes de realizar cualquier movilización o procedimiento.
- El uso adecuado de ayudas técnicas y dispositivos de posicionamiento permite reducir riesgos y mejorar la comodidad.
- La formación del personal sanitario y el trabajo multidisciplinar son esenciales para prevenir complicaciones.
- La seguridad debe garantizarse durante todo el proceso asistencial, desde la recepción del paciente hasta su salida del servicio.

Atención al paciente mayor con deterioro cognitivo o demencia en técnicas de imagen para el diagnóstico y radioterapia:

Estrategias para lograr su colaboración

Autores: Belén Rodrigo Pico | Marcos Miguel García García | María Cabañas Turiño

01. Resumen

El deterioro cognitivo y la demencia pueden dificultar la colaboración de los pacientes mayores durante las pruebas de diagnóstico por imagen y los tratamientos de radioterapia.

Este póster revisa las principales dificultades y estrategias para facilitar su atención, destacando la comunicación adaptada, el acompañamiento y la individualización de los procedimientos, con el fin de mejorar la colaboración, la seguridad y la calidad asistencial.

02. Palabras clave

Demencia, deterioro cognitivo, paciente geriátrico, técnicas de imagen, radioterapia, comunicación asistencial, humanización.

05. Método

Revisión bibliográfica narrativa sobre la atención a los pacientes, centrada en las dificultades durante los procedimientos de imagen y radioterapia, y en las estrategias para facilitar su colaboración.

03. Antecedentes

Las alteraciones de memoria, orientación y comprensión pueden dificultar la realización de exploraciones y tratamientos que requieren seguir instrucciones y mantener la inmovilidad.

Por ello, es necesario adaptar la atención a las capacidades y necesidades de cada paciente.

04. Objetivos

Favorecer la colaboración del paciente durante las pruebas y tratamientos describiendo estrategias de comunicación, acompañamiento y adaptación, e identificando las principales dificultades que puedan surgir, que permitan mejorar su cooperación y garantizar una atención segura, individualizada y humanizada.

06. Resultados

Cuatro áreas fundamentales de actuación

Comunicación



Instrucciones sencillas y claras

Preparación



Anticipación y orientación

Acompañamiento



Apoyo familiar y confianza

Adaptación técnica



Posición, confort y seguridad

07. Conclusiones

La comunicación adaptada, el acompañamiento y la individualización de los procedimientos favorecen la colaboración y reducen la ansiedad.

El papel del técnico es fundamental para proporcionar una atención segura, respetuosa y humanizada, sin comprometer la calidad de las pruebas y los tratamientos.

VIVIENDA Y SALUD

1. Resumen

La vivienda es un derecho fundamental y un determinante de salud amenazado en España por la especulación, el aumento de precios y los desahucios. Esta inseguridad residencial deteriora gravemente la salud física y mental, aumentando el riesgo de suicidio, además de destruir el tejido comunitario. Urge a garantizar la vivienda como un bien básico y que los profesionales de la salud asuman un rol activo en su defensa.

2. Autores

Rodrigo De la Iglesia, Macarena; Mangas González, Fredesvinda; Ortin Corral, Mario

3. Palabras claves

Vivienda · Determinantes sociales de la salud · Inseguridad residencial

4. Antecedentes

- **Derecho fundamental:** reconocido internacionalmente (Art. 25 DUDH) y en España (Art. 47 CE).
- **Determinante social:** capas de condiciones de vida y trabajo (modelo Dahlgren y Whitehead).
- **Especulación vs Necesidad:** activo financiero frente a bien básico de uso.
- **Situación en España:**
  - **Aumento continuado del precio:** alquileres en máximos históricos; compraventa con crecimientos >12%.
  - **37,6% de trabajadores** destinan **>50% de sus ingresos** al pago de vivienda.
  - En los últimos 5 años (2021-2025) se han practicado una media **>25.000 desahucios anuales**.



Modelo de Dahlgren y Whitehead (Determinantes Sociales de la Salud)

5. Objetivos

- **Analizar** el impacto de la vivienda como determinante de salud.
- **Visibilizar** la crisis de vivienda como un problema de salud pública prioritario.

6. Método

Enfoque crítico de investigación: análisis de la evidencia científica sobre el impacto de la exclusión residencial, la inseguridad habitacional y los alquileres abusivos en la salud física y mental.

7. Resultados

Condiciones físicas

Personas en proceso de desahucio tienen **12,63 veces más probabilidades** de tener salud deficiente y **3,08 veces más** de enfermedad cardiovascular. Humedades, polvo, ruido o temperaturas extremas agravan enfermedades respiratorias y del sueño.

Salud mental

La amenaza de desahucio o el estrés financiero por alquileres abusivos generan ansiedad, estrés crónico y depresión. Personas expuestas a orden de desahucio tienen entre **4 y 9 veces más probabilidades de cometer suicidio**.

Dimensión social y comunitaria

La gentrificación y la pérdida de vivienda destruyen las redes de apoyo vecinal, el tejido comunitario y el arraigo al barrio, dañando la salud colectiva.

8. Conclusiones

- La precariedad habitacional y la inseguridad residencial deterioran gravemente la salud física y mental.
- Ante esta crisis, la vivienda debe garantizarse como un derecho fundamental y no como una mercancía sujeta a la especulación de mercado.
- Es imprescindible promover la organización y respuesta colectiva.
- Los profesionales de la salud deben asumir un papel activo y crítico en la defensa material de la salud de las comunidades.

Bibliografía:

1. Modelo de Dahlgren y Whitehead.
2. La crisis del derecho a la vivienda y su impacto en la salud, Borrell C et al.
3. Grupo de Vivienda y Salud de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).
4. Escuela Andaluza de Salud Pública.
5. Rojas Y, Stenberg SÅ. Evictions and suicide: a follow-up study of almost 22,000 Swedish households in the wake of the global financial crisis. J Epidemiol Community Health.

ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO: ¿PROBLEMA O DESAFIO?

Autores: *Leon Anton, Tamara ;Miranda Da Cruz, João Ricardo; Miranda Da Cruz, Manuel Alexandre; Machado Pedreiro, Telma Patrícia;; Pires Magalhães, Carlos; Pimentel, Maria Helena.*

Resumen

El índice de envejecimiento en Portugal alcanzó un valor de 182 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022), según el censo de 2021, lo que indica la existencia de 182 personas de 65 años o más por cada 100 jóvenes de entre 0 y 14 años. Por regiones, el Centro y el Alentejo presentan los valores más altos de envejecimiento, mientras que las Azores registran el valor más bajo.

Este trabajo consiste en una revisión sistemática de la literatura que aborda el tema del envejecimiento demográfico como un problema o desafío para las personas mayores.

Los objetivos se establecieron de la siguiente manera: identificar estrategias para el envejecimiento demográfico en las personas mayores; caracterizar los beneficios e importancia del estudio del envejecimiento demográfico en las personas mayores.

Se utilizó la estrategia PICO, que significa Paciente, Intervención, Comparación y Resultados.

El envejecimiento demográfico implica importantes desafíos económicos y sociales, principalmente en la sostenibilidad de los sistemas de protección social y en la planificación de políticas de salud pública para abordar el envejecimiento de la población.

Se definieron los procedimientos específicos para el análisis de los artículos, respetando los criterios de selección, tanto para la inclusión como para la exclusión, considerando los términos "ancianos", "dolor crónico" y "tratamiento" como punto de partida para la recopilación inicial de artículos, así como la combinación gramatical de los términos en oraciones, en portugués, inglés y francés,.

De los 71 artículos identificados mediante la búsqueda en la base de datos, se obtuvieron 9. Tras leer sus resúmenes, se seleccionaron 7 artículos y se excluyeron 3.

Concluimos que el análisis del envejecimiento demográfico es de gran utilidad para identificar el problema o desafío.

Palabras claves:
Envejecimiento, persona, mayor, demografia.

Antecedentes

Entre 2011 y 2021, según el IBGE (2022), la edad promedio de la población aumentó, alcanzando los 45,4 años, siendo mayor para las mujeres (46,9 años) que para los hombres (43,8 años). Asimismo, según la misma fuente, se observó una disminución en el índice de rejuvenecimiento de la población activa, que pasó de 94 en 2011 a 76 en 2021, lo que indica que por cada 100 personas que abandonan el mercado laboral, solo 76 ingresan. La población se distribuye de manera desigual, con una fuerte concentración en la costa y en la Región Metropolitana de São Paulo, donde el 20% ocupa solo el 1,1% del territorio. Los datos también revelan cambios en las estructuras familiares, con una disminución en el número promedio de personas por hogar y un aumento en el número de hogares unipersonales, que representan el 24,8% del total de hogares. Según los resultados de los censos de 2011 y 2021 (INE, 2022), se observa una notable reducción de la población en todos los grupos de edad hasta los 39 años, representada por un estrechamiento de la base de la pirámide de edad.

Según las estadísticas proporcionadas por la oficina estadística de la Unión Europea, Eurostat (2024), sobre los 27 Estados miembros de la UE, se observa que las tendencias demográficas se caracterizan por bajas tasas de natalidad y una mayor esperanza de vida. El 1 de enero de 2023, la población de la UE se estimaba en 448,8 millones de personas, de las cuales más del 21 % tenía 65 años o más. Entre 2013 y 2023, la proporción de personas mayores aumentó en casi todos los Estados miembros, con Italia y Portugal registrando los porcentajes más altos (24 % en ambos casos). Luxemburgo, Irlanda y Chipre fueron los tres países con la menor proporción de personas mayores (14,9 %, 15,2 % y 16,6 %, respectivamente). La tasa de dependencia de la tercera edad (número de personas de 65 años o más en relación con la población en edad laboral) alcanzó el 33,4 % en 2023. Entre 2022 y 2023, esta tasa aumentó en 21 Estados miembros de la Unión Europea, disminuyó en cinco países (República Checa, Estonia, España, Hungría y Malta) y se mantuvo sin cambios en uno (Alemania). Según la misma fuente, la población de la tercera edad seguirá creciendo hasta 2100 (Figura 2), pudiendo alcanzar el 32,5 % de la población. Asimismo, según la misma fuente, se prevé que el grupo de personas mayores (de 80 años o más) aumente del 6 % al 15,3 %, lo que representa un incremento de dos veces y media entre 2023 y 2100.

Estos cambios plantean importantes desafíos económicos y sociales, en particular en lo que respecta a la sostenibilidad de los sistemas de protección social y la planificación de políticas de salud pública para abordar el envejecimiento demográfico.

Objetivos

Problema de investigación:

¿El envejecimiento demográfico supone un reto o un problema para las personas mayores?

Se plantearon los siguientes **objetivos:**

Identificar las estrategias de envejecimiento demográfico en adultos mayores;

Caracterizar los beneficios y la importancia del estudio del envejecimiento demográfico en adultos mayores.

Método

Tipo de estudio:

Este estudio se clasifica como una revisión sistemática de la literatura.

Se utilizó la estrategia PICO (Paciente, Intervención, Comparación y Resultados).

Los resultados en la práctica basada en la evidencia constituyen los elementos fundamentales de la pregunta de investigación y de la formulación de la misma para la búsqueda bibliográfica de evidencia. Es en este contexto que la práctica personal se desarrolla en la búsqueda de evidencia científica que permita un mejor análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, con el objetivo principal de contribuir a la mejora de los cuidados de enfermería (Carvalho & Baptista, 2011).

PICO	Descripción
Paciente	Personas con más de 65 años
Intervención	Problema o desafío asociado al envejecimiento.
Comparación	Grupo de control e intervención
Outcomes	Potencialidades asociadas al envejecimiento

Se han definido procedimientos específicos para el análisis de los artículos, respetando los criterios de selección, tanto de inclusión como de exclusión, considerando los términos "ancianos", "envejecimiento" y "estudio" como punto de partida para la recopilación inicial de artículos, así como la combinación gramatical de los términos en oraciones, en portugués, inglés y francés, como se ilustra en la tabla a continuación.

Criterios de selección	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados de la evaluación y tratamiento en la persona mayor.	de 2010 a 2024	Antes de 2010
	Português, Inglés e Francés	Otros idiomas extranjeros
	Consulta abierta	Con pagamiento

Se identificaron 71 artículos mediante búsquedas en bases de datos.

Se identificaron 9 artículos mediante búsquedas en bases de datos.

Se seleccionaron 7 artículos tras leer los resúmenes.

Se excluyeron 3 artículos después de leer los resúmenes.

Resultados

El envejecimiento demográfico tiene diversas causas en su origen. El estrechamiento de la base de la pirámide de edad y el ensanchamiento de los grupos de mayor edad se deben a las bajas tasas de natalidad y al aumento de la longevidad (INE, 2022).

La ausencia de personas en edad laboral, principalmente jóvenes, contribuye al envejecimiento de la población residente, lo que genera una tendencia negativa en el índice de rejuvenecimiento poblacional (INE, 2022).

El aumento del envejecimiento de la población conlleva distintas consecuencias que se reflejan en diferentes áreas. En términos de organización socioeconómica, hay un crecimiento significativo de la carga financiera para el Estado, resultante, por un lado, de la reducción de la población activa, lo que implica una disminución de los ingresos fiscales y, por otro lado, de la necesidad de crear y mantener un mayor número de instalaciones sociales, como estructuras residenciales para ancianos (ERPI) - residencias de ancianos, centros de día (CD), centros nocturnos, centros comunitarios, servicios de apoyo a domicilio (SAD), entre otros. La Carta Social, en Portugal, Este documento, elaborado por la Red de Servicios y Equipamiento, proporciona datos que caracterizan y analizan los diversos servicios de apoyo social, incluidos los destinados a las personas mayores. En su última versión de 2022, se constató que las respuestas sociales para las personas mayores abarcaban más de 300.000 plazas (Ministerio de Trabajo, Solidaridad y Seguridad Social [MTSSS], 2022), de las cuales el 93% (280.223) se destinaban a ERPI, CD y SAD.

Las políticas sociales para las personas mayores tienden a ser más costosas debido al aumento del número de beneficiarios, la mayor longevidad de esta población y la complejidad de sus problemas de salud (Mendes, 2011).

Como señala Névoa (2024, p. 221), «el envejecimiento de la población portuguesa es una realidad que se ha intensificado en los últimos años, lo que conlleva complejos retos relacionados con el acceso a una atención de calidad para las personas mayores».

Conclusiones

Según la Organización Mundial de la Salud, la estrategia de priorizar la inversión en la salud y el bienestar de las personas mayores promueve un envejecimiento saludable y garantiza sus derechos fundamentales. El envejecimiento de la población impulsa la demanda de profesionales especializados y soluciones innovadoras, transformando el sector en un área económica con alto potencial, a la vez que exige políticas inclusivas y estrategias de cohesión territorial para mitigar sus efectos.

En Portugal, en comparación con la mayoría de los países, el envejecimiento demográfico se ha intensificado, reflejando un aumento continuo durante muchas décadas. Este fenómeno se ve agravado por la disminución de la natalidad y el aumento de la longevidad. Esta última representa una ventaja para la especie humana y, por lo tanto, no debe considerarse un problema, sino un reto. Además, y manteniendo la premisa de la calidad de vida, alcanzar una mayor longevidad es, en general, una aspiración para cualquier persona, aunque depende de la interacción entre la capacidad intrínseca y el entorno.

Referencias Bibliográficas

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002). Censos 2001 Resultados definitivos. Disponível em: https://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=94774&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional De Estatística [INE] (2022). Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal. Disponí-vel em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=585793364&att_displ ay=n&att_ download=y

Mendes, F.R. (2011). Segurança Social. O Futuro Hipotecado. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [MTSSS] (2022). Carta Social - Rede de Ser-viços e Equipamentos - Relatório 2022. https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2022.pdf/9f136416-2d78-4ece-aff5-81eed2296043

Névoa, M.J. (2024). Posso falar-te de velhos? Cordel d´Prata.

COMUNICACIÓN CIENTÍFICA | PROYECTO DE MEJORA ASISTENCIAL

PATIENT BLOOD MANAGEMENT EN LA POBLACIÓN ANCIANA

De las técnicas de ahorro de sangre a un modelo integral, multidisciplinar y centrado en el paciente

Autor/es: por completar · Centro/Servicio: por completar

2.2.1 RESUMEN

La gestión de la sangre del paciente (PBM) es un enfoque sistemático, multidisciplinar y basado en la evidencia que busca mejorar los resultados mediante la conservación de la sangre del propio paciente. En la población anciana, este proyecto propone trasladar sus tres pilares a un circuito perioperatorio coordinado: optimizar la masa eritrocitaria, minimizar las pérdidas sanguíneas y adecuar la indicación transfusional. La implantación se plantea como un proyecto de mejora asistencial con evaluación basal, protocolo compartido, pilotaje y auditoría. Se esperan una detección y corrección más oportunas de la anemia, un uso más apropiado de los hemocomponentes y una mejora de la seguridad y eficiencia. Los resultados deberán confirmarse mediante indicadores locales.

2.2.2 AUTORES

Autor principal: por completar

Coautores: por confirmar

Afiliación:
Servicio de Anestesiología y Reanimación
Centro hospitalario: por completar

2.2.3 PALABRAS CLAVE

Gestión de la sangre del paciente; población anciana; anemia; transfusión sanguínea; conservación de sangre; seguridad perioperatoria; mejora de la calidad.

2.2.4 ANTECEDENTES

La transfusión de hematíes es un tratamiento necesario en situaciones indicadas, pero la transfusión alogénica no está exenta de riesgos y existe variabilidad en su utilización.

La evolución desde las técnicas aisladas de ahorro sanguíneo hacia el PBM supone cambiar el foco: de ahorrar sangre o reducir bolsas transfundidas a gestionar y conservar la sangre del paciente durante todo el proceso asistencial.

El material de referencia identifica tres áreas de actuación: anemia y masa eritrocitaria; pérdidas sanguíneas y coagulopatía; y decisión transfusional individualizada.

En el paciente anciano, el proyecto propone aplicar este enfoque de forma individualizada, atendiendo a la situación clínica y al contexto perioperatorio. Los documentos aportados no incluyen datos locales específicos de esta población.

2.2.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proponer la implantación de un circuito PBM dirigido a pacientes ancianos, para mejorar la gestión de la sangre propia y la seguridad perioperatoria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar, estudiar y tratar la anemia antes de la cirugía cuando sea posible.
- Identificar el riesgo hemorrágico y planificar su manejo.
- Reducir pérdidas sanguíneas quirúrgicas, procedimentales e iatrogénicas.
- Promover una indicación transfusional apropiada e individualizada.
- Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
- Evaluar el impacto clínico, organizativo y económico del programa.

2.2.6 MÉTODO

Diseño: proyecto de mejora de calidad, con evaluación antes-después.

Población diana: pacientes ancianos sometidos a cirugía con riesgo de pérdida sanguínea clínicamente relevante. Criterio de edad y procedimientos prioritarios: definir localmente.

FASES

1. Diagnóstico basal: revisar anemia, transfusiones, variabilidad y consumo.
2. Organización: constituir equipo multidisciplinar y obtener apoyo institucional.
3. Protocolo: definir cribado, estudio/tratamiento de anemia, plan hemostático y criterios transfusionales.
4. Formación y pilotaje: implantar el circuito en procedimientos seleccionados.
5. Auditoría: medir indicadores, comunicar resultados y ajustar el programa.

Equipo: Anestesia, Cirugía, Hematología/Medicina Transfusional, Enfermería, Farmacia, Geriatría y Calidad.

LOS TRES PILARES DEL PBM

1 · OPTIMIZAR LA MASA ERITROCITARIA

Cribado y diagnóstico etiológico de anemia; tratamiento dirigido (p. ej., ferropenia); optimización preoperatoria y revisión individual del tratamiento antitrombótico.

2 · MINIMIZAR LAS PÉRDIDAS

Planificación del riesgo hemorrágico; hemostasia quirúrgica; normotermia; técnicas y fármacos ahorradores de sangre cuando estén indicados; reducir extracciones innecesarias.

3 · INDICACIÓN TRANSFUSIONAL APROPIADA

Decisión basada en la situación clínica; estrategia de una unidad seguida de reevaluación en pacientes estables; valorar respuesta y necesidad de nuevas unidades.

2.2.7 RESULTADOS / EVALUACIÓN

RESULTADOS ESPERADOS

- Mayor proporción de pacientes cribados y con estudio etiológico de anemia.
- Más anemia tratada y optimizada antes de cirugía electiva, cuando el tiempo clínico lo permita.
- Mejor planificación del riesgo hemorrágico y mayor adherencia al protocolo.
- Indicación transfusional más individualizada y menor exposición evitable.
- Potencial reducción de complicaciones, consumo de hemocomponentes y costes.

INDICADORES PROPUESTOS

Proceso: % cribado; % anemia estudiada/tratada; % adherencia al circuito.
Resultado: % pacientes transfundidos; unidades por paciente; reacciones/complicaciones; estancia y reingresos.
Eficiencia: consumo y coste de hemocomponentes; suspensiones por falta de sangre.

No se aportan resultados de implantación ni cifras basales: deberán recogerse durante el proyecto.

2.2.8 CONCLUSIONES

La gestión de la sangre del paciente (PBM) representa la evolución desde técnicas aisladas de ahorro sanguíneo hacia una estrategia integral centrada en el paciente.

Su aplicación en la población anciana puede ordenar la detección y el tratamiento de la anemia, la prevención del sangrado y la decisión transfusional individualizada.

La puesta en marcha requiere liderazgo institucional, equipo multidisciplinar, protocolos compartidos, formación y evaluación continua.

El éxito no debe medirse únicamente por la reducción de transfusiones, sino por la seguridad, los resultados clínicos, la experiencia del paciente y la sostenibilidad.

MENSAJE CLAVE

Conservar y optimizar la sangre del paciente es mejorar la calidad de la atención; no evitar una transfusión cuando está clínicamente indicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GesMA, SETS. Protocolo PBM: gestión eficiente de la sangre en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2023.
2. Méndez-Arias E, et al. Patient Blood Management: una visión conceptual y de análisis desde el liderazgo en España. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2025;72:501650.
3. Bisbe E, et al. Modelo de evaluación de la madurez para la gestión de la sangre del paciente (MAPBM). Barcelona: MAPBM; 2019.
4. Basora Macaya M. De las técnicas de ahorro de sangre al «patient blood management». Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013;60(5):245-248.
5. Leal-Noval SR, et al. Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Med Intensiva. 2013;37(4):259-283.
6. Elgueta F, Reyes F. Pilares del ahorro transfusional. Rev Chil Cir. 2016;68(3):265-272.

Base documental: presentación «De las estrategias de las técnicas de ahorro de sangre al PBM» y documento «Estrategias de ahorro de sangre», facilitados por el usuario. La adaptación a población anciana se plantea como población diana del proyecto; no se han añadido resultados locales no disponibles.

Póster científico · Formato A1 vertical · Una página editable

Prevención de caídas en mayores que viven solos en el medio rural.

Autores: **Manuel Angel Pascual Pascual, Ana Campano Pascual, María Encarnación Gómez Santos, María Trinidad Moreno Ramos.**

RESUMEN

Vivir solo se asocia a más caídas en mayores. Revisión narrativa (2018-2026): guías mundiales y consenso español proponen cribado oportunista con tres preguntas y valoración multifactorial si el riesgo es alto. El ejercicio redujo la tasa de caídas un 23 % (certeza alta), y la reducción de riesgos en el hogar, un 38 % en riesgo alto. La enfermera de atención primaria puede liderar estas intervenciones, pero falta evidencia en mayores rurales que viven solos.

PALABRAS CLAVE

Accidentes por Caídas; Anciano; Enfermería de Atención Primaria; Población Rural; Evaluación Geriátrica

ANTECEDENTES

- El 30 % de los mayores de 65 años se cae al menos una vez al año; en España las caídas son su primera causa externa de muerte, con más de 3000 muertes anuales en mayores de 70 (1). Vivir solo se asocia a más caídas: RR 1,39 (IC 95 % 1,29-1,50) (2).
- Las guías mundiales recomiendan cribado oportunista y valoración multifactorial si el riesgo es alto (3); el consenso español de 2026 integra fragilidad y caídas (1).

OBJETIVOS

Identificar intervenciones enfermeras eficaces para prevenir caídas en personas de 65 años o más que viven solas en zonas rurales.

MÉTODO

- **Diseño:** revisión narrativa
- **Fuentes:** PubMed, SciELO, Dialnet y Cuiden; consenso del Ministerio de Sanidad
- **Filtros:** 2018-2026; español e inglés; guías, revisiones sistemáticas y metaanálisis (ECA individuales excluidos)
- **Recuentos:** identificados 214 (PubMed 164, SciELO 8, Dialnet 35, Cuiden 7); sin duplicados 210; excluidos por título y resumen 174; incluidos 41 (36 de la búsqueda y 5 de otras fuentes); se citan los de mayor nivel de evidencia

RESULTADOS

- US Preventive Services Task Force 2024: recomienda ejercicio en mayores de 65 años con riesgo aumentado (grado B) e individualizar la intervención multifactorial (grado C) (8).
- Ejercicio de equilibrio y funcional, con o sin fuerza: razón de tasas (RaR) 0,77 (IC 95 % 0,71-0,83); 195 caídas menos por 1000 personas en un año (4). Combinar equilibrio y fuerza es lo más eficaz; fuerza, 2-3 días/semana (5). El ejercicio también reduce las fracturas por caída: RR 0,56 (IC 95 % 0,37-0,85) (11).
- Reducción de riesgos en el hogar: RaR 0,62 (IC 95 % 0,56-0,70) en riesgo alto; sin efecto sin selección por riesgo (6); en un metaanálisis posterior, OR 0,69 (IC 95 % 0,59-0,79) (10).
- Multifactorial: RaR 0,77 (IC 95 % 0,67-0,87), certeza baja (7). La educación multifactorial aislada apenas cambia la tasa de caídas: RaR 0,95 (IC 95 % 0,77-1,17) (9).
- Fármacos: retirarlos aisladamente no reduce caídas; revisarlos en la valoración multifactorial (1).
- Teleasistencia: contemplada como apoyo domiciliario (1), sin estimación de efecto.

ALGORITMO PROPUESTO

PASO 1: Captación
Captación oportunista o tras una caída, desde los 70 años (1).

PASO 2: Cribado
Tres preguntas (1,3): ¿se ha caído en los últimos 12 meses? ¿Se siente inestable al estar de pie o al caminar? ¿Le preocupa caerse hasta el punto de limitar sus actividades?

PASO 3: Estratificación
Gravedad si hubo caída (1): lesión con asistencia; ≥2 caídas/año; ≥1 h en el suelo sin poder levantarse; pérdida de consciencia o sospecha de síncope.

PASO 4: Intervención
Riesgo alto → valoración multifactorial e intervención; con fragilidad → riesgo muy alto y valoración geriátrica integral (1).

Validación del algoritmo de las guías mundiales: alta especificidad, pero sensibilidad limitada (26,5-52,3 %) para predecir caídas (12).

CONCLUSIONES

La limitada sensibilidad reduce la identificación de personas con alto riesgo de caídas, lo que requiere un enfoque más proactivo.

Tres preguntas permiten cribar en consulta o en domicilio.

Ejercicio de fuerza y equilibrio y adaptación del hogar en riesgo alto son las intervenciones con mayor certeza.

Faltan estudios en mayores rurales que viven solos.

La teleasistencia a pesar de ser contemplada por el consenso no se ha recogido un efecto en los estudios incluidos.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor (2026). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 [citado 10 nov 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/actualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor2026.pdf
2. Xu Q, Ou X, Li J. The risk of falls among the aging population: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2022;10:902599. doi:10.3389/fpubh.2022.902599
3. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al.S. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022;51(9):afac205. doi:10.1093/ageing/afac205
4. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD012424. doi:10.1002/14651858.CD012424.pub2
5. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, Anker SD, Aprahamian I, Arai H, et al. International exercise recommendations in older adults (ICFSR): expert consensus guidelines. J Nutr Health Aging. 2021;25(7):824-53. doi:10.1007/s12603-021-1665-8
6. Clemson L, Stark S, Pighills AC, Fairhall NJ, Lamb SE, Ali J, et al. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2023;3(3):CD013258. doi:10.1002/14651858.CD013258.pub2
7. Swanenburg J, Wood L, Newell P, Clark CE, Adedire O, Clemson L, et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2026;(9):CD012221. doi:10.1002/14651858.CD012221.pub3
8. Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, Barry MJ, Chelmow D, Coker TR, et al. Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2024;332(1):51-7. doi:10.1001/jama.2024.8481
9. Drahota A, Udell JE, Mackenzie H, Pugh MT. Psychological and educational interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2024;10(10):CD013480. doi:10.1002/14651858.CD013480.pub2
10. Fauzingtyas R, Dhamanti I, Wahyuni SD, Astuti TP, Novitasari D, Chong MC. Effectiveness of home hazard assessment and environmental modification on fall-related outcomes in older adults: a systematic review and meta-analysis. J Community Health. 2026;51(3):513-25. doi:10.1007/s10900-026-01551-4
11. Ge B, Luo J, Cheng X, Wang D, Liu R, Liao X. Effects of exercise interventions on fall-related injuries in community-dwelling older adults: an updated systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2026;14:1916495. doi:10.3389/fpubh.2026.1916495
12. Pieruccini-Faria F, Son S, Delbaere K, van der Velde N, Lord SR, Martin FC, et al. Validation of the World Falls Guidelines risk stratification algorithm: a systematic review. Age Ageing. 2026;55(8):afag231. doi:10.1093/ageing/afag231

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ANCIANO CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Autora: Miriam Diez Collantes. Coautores: Noemí Matos Apolinaro, Jessica Bastida Medina, Sara Aita Santos, Paula García Enrique, Laura Santamaría Gonzalez, Mª del Pilar Álvarez Martín, Estefanía Cuesta Rubio

RESUMEN

La oxigenoterapia mediante cánulas nasales de alto flujo es una técnica de ventilación no invasiva que permite administrar una mezcla de oxígeno y aire humidificado y calentado a flujos y concentraciones elevados. Su utilización en Insuficiencia Respiratoria Aguda ayuda a los pacientes a mejorar la oxigenación, disminuir el trabajo respiratorio y favorece su confort. El paciente geriatrico presenta características como mayor fragilidad, comorbilidades y riesgo de deterioro clínico, por lo que precisa cuidados de enfermería individualizados. La vigilancia respiratoria, la prevención de lesiones cutáneas por presión y la detección precoz de complicaciones son fundamentales para garantizar unos cuidados enfermeros eficaces y seguros

PALABRAS CLAVE

Oxigeno de alto flujo (OAF), paciente anciano, cuidados de enfermería respiratorios e insuficiencia respiratoria

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población se asocia a un aumento de las enfermedades respiratorias crónicas y episodios de insuficiencia respiratoria aguda, los cuales constituyen una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario y necesidad de soporte respiratorio. El OAF constituye una alternativa de soporte respiratorio no invasivo que proporciona flujos elevados de oxígeno, humidificado y calentado, una disminución del espacio muerto anatómico, mejor tolerancia y confort respiratorio. En el paciente anciano su uso requiere de una valoración integral debido a la presencia de fragilidad, dependencia funcional y alteraciones de la integridad cutánea

OBJETIVOS

- Describir los cuidados de enfermería en el paciente anciano sometido a OAF.
- Identificar las necesidades respiratorias del paciente geriatrico
- Favorecer el confort la seguridad y la recuperación del paciente.

METODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica de 15 artículos de los cuales se han descartado 7. Se han utilizado las bases de datos PubMed. Medline y google academico empleando los operadores booleanos AND, OR y NOT.

RESULTADOS

Se describen los cuidados de enfermería a llevar a cabo al paciente anciano con OAF:

Valoración inicial:

- Control de la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y la tensión arterial.
- Valorar el trabajo respiratorio y signos de disnea.
- Comprobar el equipo, sus conexiones y funcionamiento
- Valorar la tolerancia y el confort del paciente.

Prevención de lesiones cutáneas:

- Inspeccionar nariz, mejillas y pabellones auriculares.
- Comprobar que la cánula nasal no ejerza presión excesiva
- Utilizar apósitos protectores cuando estén indicados
- Mantener la piel limpia e hidratada.

Cuidados generales:

- Paciente en decúbito supino a 30-45º
- Explicar el procedimiento al paciente
- Favorecer la higiene oral o enjuagues bucales.

Detección de complicaciones:

- Aumento del trabajo respiratorio
- Alteración del nivel de conciencia

Si se detecta alguna alteración el paciente debe ser valorado de nuevo por el facultativo que le corresponda

CONCLUSIÓN

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es una herramienta eficaz para el tratamiento de pacientes ancianos con insuficiencia respiratoria aguda. La enfermería desempeña un papel fundamental en la seguridad y eficacia de esta terapia, mediante la vigilancia continua, la prevención de lesiones cutáneas, la higiene bucal y la aplicación de cuidados individualizados para evitar complicaciones y garantizar una atención integral y de calidad

INFLUENCIA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO *en la salud mental*

AUTORES

Beatriz Rodríguez Corral, Ana Belén Rodríguez Corral, Tamara Crespo Cisneros, María del Carmen Vicente Sevillano, Lara Toribio Gómez, Ana Sola Montoro, Maria Isabel Macho Rodriguez, Maria Samara Martin Viñas, Sonia Soria García, María Pilar Martín Martín, Sonia Rosario Río Martín

RESUMEN

La calidad del sueño constituye un factor fundamental para mantener una adecuada salud mental.

Diversas investigaciones recientes han demostrado una asociación entre la mala calidad del sueño y una mayor presencia de síntomas de ansiedad, depresión y alteraciones psicológicas. Asimismo, se ha observado que mejorar los hábitos de sueño puede contribuir al bienestar emocional y psicológico.

ANTECEDENTES

El sueño es un proceso biológico esencial para la recuperación física y psicológica.

Durante este periodo se desarrollan funciones relacionadas con la regulación emocional, la consolidación de la memoria y el funcionamiento cognitivo.

Según Meyer et al., las alteraciones del sueño y de los ritmos circadianos mantienen una relación bidireccional con diferentes trastornos mentales. Asimismo, Hertenstein et al. identificaron que el insomnio puede constituir un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental, especialmente depresión.

OBJETIVOS

- Analizar la influencia de la calidad del sueño sobre la salud mental
- Identificar sus principales consecuencias psicológicas
- Valorar la importancia de promover hábitos de descanso saludables como estrategia preventiva

MÉTODO

Se realizó una revisión de literatura científica de publicaciones entre 2023 y 2025.

En bases de datos como PubMed o PubMed central.

PALABRAS CLAVE

Calidad del sueño, salud mental, ansiedad, depresión, insomnio, bienestar psicológico

RESULTADOS

Los estudios revisados muestran una asociación significativa entre la mala calidad del sueño y el deterioro de la salud mental.

Messman et al., mediante el análisis de ocho estudios con 3053 participantes, observaron que una mayor irregularidad en la duración y los horarios del sueño se relacionaba con más síntomas depresivos y de insomnio.

Por otra parte, Li et al., en otro estudio, encontraron que las intervenciones dirigidas a mejorar el sueño reducían significativamente los síntomas de depresión y ansiedad. Estos resultados respaldan la importancia de incorporar medidas de higiene del sueño en las estrategias de promoción de la salud.

Además, Lim et al. destacan la necesidad de considerar el sueño como un componente esencial de las políticas de salud pública.

CONCLUSIONES

La calidad del sueño influye directamente en el bienestar psicológico y emocional. Mantener horarios regulares, dormir suficiente, reducir el uso de dispositivos electrónicos antes de acostarse y favorecer un entorno adecuado para descansar son medidas importantes. La promoción de hábitos saludables de sueño debe considerarse una estrategia fundamental para prevenir problemas de salud mental y mejorar la calidad de vida.

Influencia de la microbiota en la salud mental

AUTORES

Ana Belen Rodriguez Corral, Beatriz Rodriguez Corral, Tamara Crespo Cisneros, María del Carmen Vicente Sevillano, Lara Toribio Gomez, Ana Sola Montoro, Maria Isabel Macho Rodriguez, Maria Samara Martin Viñas, Sonia Soria García, María Pilar Martín Martín, Sonia Rosario Río Martín

RESUMEN

La microbiota intestinal está formada por millones de microorganismos que desempeñan funciones esenciales en la digestión, la inmunidad y la regulación del organismo. En los últimos años, las investigaciones han demostrado su posible influencia sobre la salud mental mediante el denominado eje intestino-cerebro. Las alteraciones de su equilibrio se han relacionado con síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Mejorar la alimentación y los hábitos de vida puede favorecer una microbiota diversa y contribuir al bienestar psicológico.

ANTECEDENTES

La microbiota intestinal constituye un ecosistema complejo que mantiene una comunicación bidireccional con el cerebro a través de mecanismos nerviosos, inmunológicos y hormonales. Participa en la producción de metabolitos y sustancias relacionadas con la regulación emocional

OBJETIVOS

- Analizar la influencia de la microbiota intestinal en la salud mental
- Identificar su relación con la ansiedad y la depresión
- Determinar qué hábitos alimenticios y conductuales pueden contribuir a mejorar su equilibrio.

PALABRAS CLAVE

Microbiota intestinal, salud mental, eje intestino-cerebro, alimentación, ansiedad, depresión

CONCLUSIONES

La microbiota intestinal desempeña un papel relevante en la comunicación entre el intestino y el cerebro, pudiendo influir en el bienestar emocional y psicológico. Una alimentación variada, rica en fibra y alimentos vegetales, junto con hábitos saludables, constituye una estrategia prometedora para favorecer su equilibrio. Estas intervenciones deben considerarse complementarias de los tratamientos médicos.

MÉTODO

Revisión de literatura científica publicada entre 2023 y 2025 en PubMed y revistas científicas especializadas

RESULTADOS

Los estudios revisados muestran una asociación entre la composición de la microbiota intestinal y la salud mental.

Una microbiota equilibrada favorece la producción de ácidos grasos de cadena corta y participa en procesos relacionados con la regulación inmunológica, la inflamación y la comunicación cerebral.

Ensayos clínicos con pacientes observaron una reducción significativa de los síntomas depresivos y una mejoría moderada de los síntomas de ansiedad asociados a la suplementación con probióticos.

LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN LAS PERSONAS MAYORES

Rodríguez-Rodríguez, María Jesús

RESUMEN

El envejecimiento de la población es uno de los retos mayores a los que se enfrentan los sistemas sanitarios. En esta situación, el ejercicio físico es una de las formas más eficaces para mantener la salud

PALABRAS CLAVE

Ejercicio físico | Recomendado | Personas | Mayores

ANTECEDENTES

No todas las personas mayores realizan actividades físicas adecuadas ni suficientes para su edad, ni un mantenimiento adecuado de su salud

OBJETIVOS

Revisar el tipo de ejercicios recomendados para las personas mayores, frecuencia y beneficios de los mismos

MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema. Bases de datos utilizadas: Cochrane, Enfispo, Cuiden
Artículos comprendidos entre 2016 y 2026
Artículos encontrados : 28 Artículos seleccionados: 3

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Idioma que no fuera el castellano
Artículos que no se ajustaran al objetivo
Información de acceso restringido

RESULTADOS

TIPO DE EJERCICIO	FRECUENCIA
Ejercicios de resistencia o aeróbicos	150 a 300 minutos /semana de actividad moderada
	75 a 150 minutos /semana actividad vigorosa
Ejercicios de fortalecimiento o musculación	2 días/semana
Ejercicios de equilibrio	3 días/semana
Ejercicios de flexibilidad	1 día/semana

BENEFICIOS
Previene enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus…
Contribuye al equilibrio psicoafectivo
Incrementa la masa y potencia muscular
Aumenta la velocidad de la marcha
Ayuda a mantener la elasticidad del cuerpo

CONCLUSIONES

Queda demostrado que el ejercicio físico de forma continua contribuye de manera efectiva a mantener la calidad de vida de las personas mayores, contando con beneficios tanto a nivel físico como a nivel psíquico. Las capacidades que se van perdiendo a medida que envejecemos, se pueden llegar a controlar o incluso revertir con el adecuado ejercicio físico.

TITULO: PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Autores: Sara Salvador Alonso, Laura Amaro Rodríguez, Lorena Juanes Rodríguez, Diana Luelmo Domínguez, Isabel Malmierca Antón, Reyes Castellanos Villar, Ana Gloria Viñas Macías, Raquel Pérez Belver, Ines Arguello Gómez, María Luz Gato Pérez, Aurora González Manzanas , Lucia Ferrero González, LaraToribio Gómez.

1.RESUMEN

• El síndrome confusional agudo(SCA) o delirium, es una alteración aguda y fluctuante de la atención y la cognición, frecuente en personas mayores hospitalizadas. Esta revisión bibliográfica sintetiza la evidencia sobre la contribución enfermera en prevención , detección precoz y cuidados. Guías clínicas y estudios respaldan intervenciones multicomponente , vigilancia de cambios cognitivos y funcionales y colaboración con la familia y equipo multidisciplinar.

2. PALABRAS CLAVE

• Delirium, Síndrome Confusional Agudo, Enfermería geriátrica, Prevención, Hospitalización.

3. ANTECEDENTES

• El SCA se asocia a complicaciones, perdida funcional y estancias prolongadas. Puede ser hiperactivo o hipoactivo; este ultimo (apatía, lentitud, retraimiento) puede pasar inadvertido. Factores de riesgo: edad avanzada, deterioro cognitivo, enfermedad grave, fractura de cadera, infección, dolor, deshidratación, trastornos del sueño y polifarmacia.

4.OBJETIVOS

• Describir el papel de enfermería en la prevención, identificación y atención del SCA en mayores hospitalizados. Identificar factores de riesgo, resumir medidas preventivas no farmacológicas y describir herramientas de cribado y cuidados coordinados

5. MÉTODO

• Revisión bibliográfica sobre delirium en adultos mayores hospitalizados, PubMed/ MEDLINE, CINALH, Cochrane Library y CUIDEN.

6. RESULTADOS

PREVENIR	DETECTAR	ACTUAR	ACOMPAÑAR
• Orientación y reorientación • Reloj y calendario • Proteger sueño • Hidratación y nutrición • Movilización precoz • Gafas y audífonos • Control del dolor • Revisar medicación y evitar sondajes o sujeciones	• Conocer situación cognitiva basal • Observar cambios agudos o fluctuantes en atención, alerta, movilidad, conducta ,apetito y sueño • Registrar y comunicar hallazgos	• Identificar y comunicar posibles causas • Entorno tranquilo y familiar • Comunicación sencilla y tranquilizadora • Implicar a la familia • Coordinar valoración interdisciplinar y reevaluar.	• Preservar dignidad, seguridad y autonomía. • Prevenir caídas y lesiones • Individualizar cuidados y apoyar a cuidadores.

7. CONCLUSIONES

• Enfermería ocupa una posición clave por su presencia continuada. La valoración basal, observación sistemática, cribado ante cambios e intervenciones individualizadas multicomponente ayudan a prevenir riesgos y favorecer la detección temprana. Se precisa formación, protocolos compartidos y coordinación interdisciplinar.

SEGURIDAD FARMACOLÓGICA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Resumen

Los errores de medicación (EM) suponen un riesgo en la seguridad del paciente y la mayoría de ellos son prevenibles. Esta problemática cobra especial relevancia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) donde los medicamentos constituyen uno de los principales recursos terapéuticos y su administración representa un riesgo significativo para la seguridad del paciente.

Alba Tocino Río, María Adoración Belver López, Claudia Hernández Escribano, María Cristina Martín Vega, Leticia Rodríguez del Río, Lorena López Bartolomé, Nuria Antón González, Miriam Sandín Fernández, Sonia Rosario Río Martín, Claudia Valentín Herrera.

Antecedentes

La OMS declaró que la seguridad del paciente en relación con los medicamentos es un desafío global y requiere medidas coordinadas y multidisciplinarias para minimizar los riesgos asociados con la administración de medicamentos.

Objetivos

Identificar los factores de riesgo asociados con errores de medicación en pacientes críticos según la bibliografía publicada.

Método

Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados, que tiene como objetivo encontrar la mejor evidencia científica disponible sobre los factores de riesgo asociados a errores de medicación.

Palabras Clave

Error de medicación
Cuidados Intensivos
Seguridad farmacológica
Paciente crítico

Conclusiones

La seguridad farmacológica en las UCI es un problema potencial que resta seguridad al paciente. Los factores de riesgo asociados a errores de medicación en estos pacientes incluyen la sobrecarga de trabajo, las interrupciones durante la preparación de medicamentos, y la falta de formación y experiencia laboral.

Resultados

Existen cuatro áreas que propician la aparición de EM, el contexto de cuidados críticos en sí mismo, la organización del servicio de UCI, los factores personales y el proceso de administración de medicamentos. Por otro lado, las interrupciones mientras se preparan y administra la medicación es una de las causas principales de error, puesto que pueden provocar fallos cognitivos relacionados con la memoria de trabajo y la atención. Otro de los factores destacados que influye en la aparición de errores es la falta de experiencia laboral.

GERONTOLOGÍA SOCIAL Y EDUCACION GERONTOLÓGICA

CONCLUSIONES

Se trata de mejorar la calidad de vida de los ancianos, mediante el fomento de conocimientos y habilidades para mejorar su capacidad de desempeñar su vida diaria enunas condiciones óptimas, favoreciendo un entorno adecuado.

PALABRAS CLAVE

GERONTOLOGÍA SOCIAL; GERONTOLOGÍA EDUCATIVA; AUTONOMÍA; ENVEJECIMIENTO ACTIVO; CALIDAD DE VIDA

RESULTADOS

La gerontología social y educativa favorece la autonomía, la integración social y el envejecimiento activo, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El desarrollo de programas educativos, sociales y preventivos permite potenciar sus capacidades, fomentar hábitos saludables y combatir los prejuicios y el edadismo.

ANTECEDENTES

Potenciar los conocimientos y las habilidades necesarias para desenvolverse en la vida cotidiana de las personas les va a permitir optimizar todas sus capacidades para poder enfrentarse a la vida y para poder interactuar con otras personas y entornos que en ocasiones condicionan su desarrollo.

METODO

Revisión bibliográfica consultando diversas bases de datos como por ejemplo Dialnet y diversas fuentes de información como Universidades de Vigo y Zaragoza, Funiber blogs y UNIR.

OBJETIVOS

Tratar de mejorar la calidad de vida de nuestros mayores, incentivar su autonomía y lidiar contra los prejuicios y el edadismo mediante el fomento de estilos de vida saludables, llevar a cabo programas sociales para la integración de los ancianos y estrategias de prevención para mejorar la calidad de vida.

FRAGILIDAD ANTES DE LA CIRUGÍA: DETECCIÓN Y OPTIMIZACIÓN DESDE LA CONSULTA DE ANESTESIA

Blanco Dorado, C; Alcalá Blanco, C; Méndez Torrubiano, I; Vicente García, A; Bustos Jiménez, B; Rey Escudero, R; Landázuri Castillo, GE; Molero Díez, YB; López-Andaluz Mangas, J; Rueda Millán, VM; del Rey de Cabo, C; Puerto Ortega, E.

RESUMEN

La fragilidad es un síndrome de vulnerabilidad clínica asociado a menor reserva fisiológica y mayor riesgo de complicaciones perioperatorias. Su detección precoz permite implementar estrategias de prehabilitación multimodal basadas en ejercicio, optimización nutricional, revisión farmacológica y apoyo psicológico. Estas intervenciones pueden mejorar la capacidad funcional y reducir las complicaciones y la estancia hospitalaria, aunque la evidencia específica en pacientes frágiles sigue siendo limitada.

ANTECEDENTES

La fragilidad, diferenciada de la edad cronológica y la comorbilidad, incrementa la susceptibilidad al estrés quirúrgico. Se asocia con mayor incidencia de delirio, complicaciones cardiopulmonares, deterioro funcional, institucionalización y mortalidad posoperatoria.

La consulta preanestésica constituye una oportunidad para identificar pacientes vulnerables, estratificar su riesgo y coordinar intervenciones dirigidas a mejorar su reserva funcional antes de la cirugía.

OBJETIVOS

Analizar las herramientas de detección de fragilidad preoperatoria, evaluar la eficacia de las estrategias de prehabilitación y proponer intervenciones multidisciplinares aplicables desde la consulta de anestesia.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica, priorizando revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios sobre fragilidad y prehabilitación en pacientes quirúrgicos mayores o de alto riesgo.

Se analizaron intervenciones físicas, nutricionales, farmacológicas y psicológicas, considerando su impacto sobre capacidad funcional, complicaciones posoperatorias, estancia hospitalaria y recuperación.



PREHABILITACIÓN MULTIMODAL

Ejercicio

Aeróbico y fuerza: mejora de la capacidad funcional.

Nutrición

Corrección de malnutrición y sarcopenia.

Revisión farmacológica

Reducción de polifarmacia inapropiada.

Apoyo psicológico

Ansiedad, adherencia y decisión compartida.

RESULTADOS

Detección de fragilidad:

La Clinical Frailty Scale permite un cribado rápido. Debe complementarse con valoración nutricional, cognitiva, funcional y farmacológica.

Prehabilitación física:

El ejercicio aeróbico y de fuerza mejora la capacidad funcional preoperatoria.

−1,07 días
menos de estancia hospitalaria

Hasta un 44 %
menos complicaciones graves

Optimización nutricional:

Identificar malnutrición y sarcopenia permite individualizar el aporte proteico y la suplementación cuando esté indicada.

Revisión farmacológica:

Reducir polifarmacia inapropiada, especialmente sedantes y anticolinérgicos, y optimizar anemia y enfermedades crónicas.

Apoyo psicológico:

Reducir ansiedad, mejorar adherencia y establecer expectativas realistas facilita la decisión compartida.

CONCLUSIONES

La fragilidad constituye un factor de riesgo perioperatorio potencialmente modificable cuya identificación debería integrarse en la evaluación preanestésica.

La prehabilitación multimodal, individualizada y supervisada representa una estrategia prometedora para mejorar la reserva funcional y reducir complicaciones, especialmente en cirugía mayor.

El anestesista desempeña un papel fundamental en el cribado precoz, la coordinación multidisciplinar y la planificación perioperatoria para prevenir el delirio y el deterioro funcional.

No obstante, la heterogeneidad de los estudios y la inclusión de diseños observacionales limitan la certeza de los resultados, siendo necesarios ensayos clínicos específicos en pacientes frágiles.

PALABRAS CLAVE Fragilidad; evaluación preoperatoria; prehabilitación; anestesiología; complicaciones posoperatorias.

¿Sabemos prevenir las caídas? Conocimientos para una longevidad saludable.

Ana Belén Marino Marino[1],Judit Vaquero Campano[1],Oscar Domínguez Fraile[2], Laura de Toro Calvo[3],Joaquina Martínez Sacristán[1],Nuria Prieto Fernández[1],Itxaso Ruiz Moro[4],Alejandro Llorente Pascual[4], Guillermo González Hernandez[4],Rosa Miriam Gutiérrez García[2],Rosa M.ª Mezquita Fernández[5].

[1]Enfermera. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España), [2]TCAE. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España), [3]Fisioterapeuta. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España), [4]Alumno. Escuela de Enfermería. Zamora (España),[5] Trabajadora Social. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el conocimiento de la población sobre las caídas, sus factores de riesgo y las medidas preventivas. **Método:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta realizada durante el Día de la Prevención de Caídas (n=91).**Resultados:** Los principales factores de riesgo y medidas preventivas fueron correctamente identificados por más del 95 % de los participantes. Sin embargo, solo el 72,5 % conocía que las caídas son la segunda causa de muerte por traumatismos involuntarios. **Conclusiones:** El conocimiento sobre prevención de caídas fue elevado, aunque es necesario reforzar la concienciación sobre su impacto mediante actividades de educación sanitaria.

MÉTODO

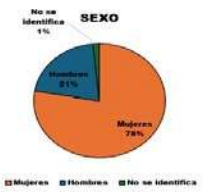
- **Diseño:** Estudio descriptivo transversal.
- **Contexto:** Día de la Prevención de Caídas.
- **Participantes:** Profesionales sanitarios, no sanitarios y población general.
- **Muestra:** 91 participantes.
- **Variables analizadas:**
  - Sexo y edad
  - Factores de riesgo de caída
  - Medidas preventivas
  - Conocimiento del impacto de las caídas en la salud.

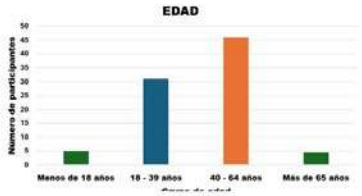
ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional plantea el reto de mantener la autonomía funcional y la calidad de vida. Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más frecuentes y representan la segunda causa mundial de muerte por traumatismos involuntarios. La educación sanitaria y la sensibilización comunitaria son estrategias clave para mejorar su prevención.

RESULTADOS

Muestra (n = 91)





CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

91(100%)	89 (97,8%)	87 (95,6%)	66 (72.5%)
Identifican los problemas de visión, audición y equilibrio como factores de riesgo de caídas.	Reconocen los obstáculos (cables, alfombras, etc.) como factor ambiental de riesgo.	Identifican el ejercicio físico como medida de prevención de las caídas.	Conocen la relevancia mundial de las caídas, segunda causa mundial por traumatismo involuntario.

OBJETIVOS

Objetivo general:
Evaluar el conocimiento de la población sobre el impacto de las caídas, sus factores de riesgo y las medidas preventivas.

Objetivos específicos:

- ✓ Analizar el conocimiento sobre los principales factores de riesgo asociados a las caídas.
- ✓ Identificar las medidas preventivas reconocidas por la población.
- ✓ Evaluar el grado de conocimiento sobre la magnitud del problema de las caídas y sus consecuencias para la salud.
- ✓ Promover la sensibilización de la población en materia de prevención de caídas.

CONCLUSIONES

- ✓ Alto conocimiento sobre los factores de riesgo y las medidas de prevención de caídas.
- ✓ Menor conocimiento sobre su impacto como problema de salud pública.
- ✓ Necesidad de reforzar la sensibilización y la educación preventiva ante el envejecimiento de la población.

Síndrome Confusional Agudo: un reto en el cuidado del paciente mayor

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN Y ANTECEDENTES

El sindrome confusional aguda es una alteración aguda y fluctuante de la atención, la conciencia y las funciones cognitivas. Es frecuente en personas mayores y pacientes hospitalizados, y puede estar causado por **infecciones**, **deshidratación**, **medicamentos** o **alteraciones metabólicas**.

Se trata de un problema de salud relevante debido a su asociación con un aumento de las complicaciones, las caídas, la estancia hospitalaria, la dependencia funcional y la mortalidad.
Por ello, la identificación **precoz** y la **prevención** son fundamentales.



OBJETIVO

Conocer las principales causas y manifestaciones del delirium, destacando la importancia de su detección precoz, prevención y cuidados de enfermería.

PALABRAS CLAVE

Síndrome Confusional Agudo
Personas mayores
Enfermería
Prevención
Detención precoz

RESULTADOS

Elevada incidencia en pacientes hospitalizados, especialmente en personas mayores con pluripatología. A diferencia de la demencia se caracteriza por **alteraciones agudas** y **fluctuantes** de la atención, el nivel de conciencia y las funciones cognitivas.
Los estudios destacan que la identificación precoz de los factores predisponentes (edad avanzada, demencia...) y precipitantes (infecciones, deshidratación...), junto con herramientas de valoración como la **escala CAM**, facilita el diagnóstico y permite establecer intervenciones adecuadas.
Las medidas no farmacológicas, como la **reorientación cognitiva**, la **hidratación**, la **movilización** precoz, la higiene del **sueño** y la **corrección** de **déficits sensoriales**, han demostrado ser fundamentales para prevenir y reducir la aparición del delirium.
La evidencia destaca que un abordaje multidisciplinar y preventivo contribuye a disminuir las complicaciones, la duración del episodio y el deterioro funcional del paciente.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliografica de atículos científicos y guías clínicas
- Bases de datos como Scielo, PubMed, Dialnet, Elsevier...
- Criterios de inclusion, artículos en español, ingles, textos completos y publicados en un perioso no mayor a 10 años.
- Criterios de exclusión artículos dirigidos a cuidados pediátricos, no dirigidos al ámbito de la enfermería.

CONCLUSIÓN

La detección precoz permite identificar posibles **causas** reversibles, iniciar un **tratamiento** adecuado y disminuir el riesgo de **complicaciones**.
Es importante prevenir, reconocer y tratar precozmente el Sindrome Confusional Agudo contribuyendo a mejorar la seguridad, la recuperación y la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

CONSUMO DE ULTRAPROCESADOS Y SÍNDROME METABÓLICO

Belén Anta Febrero, Isabel Olcina Santos, María Luz Fernández Fernández, Laura Prieto Hernández, Lucía Calvo Justo, Alba Pérez González, Miriam Galende Calvo, Reyes Castellanos Villar, Raquel Álvarez Cabezas, Ana Chinchilla Robles, Judiht González Pérez, Victoria Mazón Iglesias, Rebeca Cuñado Martínez, Silvia Miguel Ferreras , María Rodríguez Díez, Goretti Charro Rodríguez

1 Resumen

El consumo de ultraprocesados (UPF) ha aumentado significativamente en los últimos años, representando hasta el 60% de la ingesta calórica; y por ello se relaciona con un mayor riesgo de síndrome metabólico, ya que favorece la inflamación, el estrés oxidativo, la alteración de la microbiota intestinal y la obesidad visceral.

2 Palabras clave

Alimentos Ultraprocesados · Síndrome Metabólico (SM) · Obesidad Abdominal · Hipertensión Arterial · Envejecimiento Saludable

3 Antecedentes

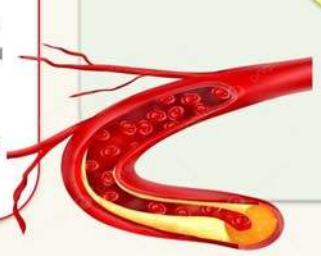
Los ultraprocesados están desplazando a los alimentos frescos y tradicionales, alcanzando elevadas tasas de consumo global debido a su alta palatabilidad, bajo coste y gran accesibilidad comercial. Su consumo continuado promueve un estado hipercalórico y proinflamatorio creando un gran impacto en el adulto mayor.

4 Objetivo

• El objetivo de este estudio es analizar mediante un trabajo de revisión sistemática, el estado actual y la posible asociación que puede haber entre el consumo de ultraprocesados y la incidencia del Síndrome Metabólico en la población.









5 Metodología

• Para elaborar este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones científicas. Una búsqueda estructurada de bases de datos electrónicas como son Pubmed, Scopus, Cochrane Library y Dialnet.

6 Resultados

• Se analizaron 8 estudios los cuales identificaron una asociación positiva entre un mayor consumo de UPF y una mayor prevalencia de síndrome metabólico



7 Conclusiones

• Se observa que un mayor consumo de UPF se asocia con un incremento global del riesgo de desarrollar Síndrome Metabólico.
• En segundo lugar, se destaca que el consumo de UPF presenta una fuerte asociación con la hipertensión arterial y la obesidad abdominal.
• Por último, los UPF se vinculan también con otros componentes individuales del SM, tales como la dislipidemia, la adiposidad corporal general y central y el índice de masa corporal elevado (IMC).

Delirium en ancianos tras cirugía de fractura de cadera: anestesia general VS raquidea

Carolina Alcalá Blanco, Itziar Méndez Torrubiano, Ana Vicente García, Blanca Bustos Jiménez, Rubén Rey Escudero, Gabriela Estefanía Landázuri Castillo, Yaiza Beatriz Molero Díez, Javier López-Andaluz Mangas, Víctor Manuel Rueda Millán, Carla del Rey de Cabo, Eduardo Puerto Ortega, Cristina Blanco Dorado

1. Resumen

Introducción y objetivo: El delirium postoperatorio es una complicación frecuente en pacientes mayores intervenidos por fractura de cadera y se asocia a peor pronóstico. El objetivo es comparar su incidencia según el uso de anestesia general o raquianestesia.
Método: Revisión narrativa de seis estudios originales localizados en PubMed, publicados entre 2000 y 2026, en inglés o español.
Resultados: Los hallazgos fueron heterogéneos. Song et al. observaron menor incidencia con raquianestesia (17,4 % frente a 34,8 %; p = 0,020). REGAIN, Sivarajah et al., iHOPE y RAGA no hallaron diferencias significativas. Tzimas et al. describen incidencias similares entre grupos sin aportar un contraste estadístico específico para delirium.
Conclusiones: Según la bibliografía revisada no existe evidencia consistente de que la raquianestesia reduzca el delirium frente a la anestesia general. Su prevención requiere un abordaje multifactorial e individualizado.

2. Objetivos

Analizar si existen diferencias en la incidencia de delirium postoperatorio en pacientes mayores de 65 años sometidos a cirugía por fractura de cadera que han recibido anestesia general o raquianestesia.

3. Antecedentes.

Las fracturas de cadera son un problema de salud en pacientes ancianos, se asocian a elevada morbimortalidad y pérdida de autonomía. Entre sus complicaciones postoperatorias destaca el delirium, relacionado con mayor estancia hospitalaria , peor recuperación funcional y aumento de morbimortalidad. Tradicionalmente se consideró que la anestesia neuroaxial podría reducir su aparición frente a la general, la evidencia cientifica no ha demostrado de forma concluyente esta hipótesis.

4. Método.

Diseño: revisión narrativa con búsqueda estructurada en PubMed (5/11/2026; periodo 2000–2026).
Población: pacientes >65 años intervenidos por fractura de cadera.
Comparación: anestesia general frente a raquídea.
Variable principal: incidencia de delirium postoperatorio.
Selección: Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión según la pertinencia y calidad metodológica de los estudios.
Proceso de selección: 17 identificados → 9 excluidos → 8 evaluados → 2 excluidos → 6 incluidos.

5. Resultados

Estudio	n	Anestesia general	Raquídea / regional	Hallazgo
Neuman et al. (2021) [1] REGAIN	1.262*	19,7 %	20,5 %	RR 1,04 (IC 95 %: 0,84–1,30)
Sivarajah et al. (2016) [2]	318	52,7 %	55,6 %	p = 0,15
Song et al. (2021) [3]	138	34,8 %	17,4 %	**p = 0,020**
Tzimas et al. (2018) [4]	70	12 %	27 %	Sin diferencias significativas; sin valor p específico
Kowark et al. (2026) [5] iHOPE	771	37,1 %	36,2 %	p = 0,82
Li et al. (2022) [6] RAGA	950	5,1 %	6,2 % (regional)	p = 0,48

* REGAIN: 1.262 pacientes con datos evaluables de delirium (de 1.600 aleatorizados).
iHOPE: 771 pacientes aleatorizados (386 anestesia general y 385 raquídea); datos evaluables de delirium en 720 pacientes.
RAGA compara anestesia general con anestesia regional.

6. Conclusiones

La anestesia raquídea no ha demostrado reducir de forma consistente el delirium postoperatorio frente a la anestesia general. La heterogeneidad y las limitaciones de los estudios dificultan establecer diferencias concluyentes. Su prevención requiere un abordaje multifactorial, considerando los factores de riesgo individuales y los cuidados perioperatorios.

Palabras clave: Fractura de cadera; delirium postoperatorio; anestesia general; anestesia raquídea; pacientes ancianos.

1. Neuman MD, Feng R, Carson JL, Gaskins LJ, Dillane D, Sessler DI, et al. Spinal anesthesia or general anesthesia for hip surgery in older adults. N Engl J Med [Internet]. 2021;385(22):2025–35. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2113514
2. Iango S, Pulle RC, Bell J, Kuys SS. General versus spinal anaesthesia and postoperative delirium in an orthogeriatric population: GA versus SA and postop delirium. Australas J Ageing [Internet]. 2016;35(1):42–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/ajag.12212
3. Song Y, Liu Y, Yuan Y, Jia X, Zhang W, Wang G, et al. Effects of general versus subarachnoid anaesthesia on circadian melatonin rhythm and postoperative delirium in elderly patients undergoing hip fracture surgery: A prospective cohort clinical trial. EBioMedicine [Internet]. 2021;70(103490):103490. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103490
4. Tzimas P, Samara E, Petrou A, Korompilias A, Chalkias A, Papadopoulos G. The influence of anesthetic techniques on postoperative cognitive function in elderly patients undergoing hip fracture surgery: General vs spinal anesthesia. Injury [Internet]. 2018;49(12):2221–6. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2018.09.023
5. Kowark A, Schoenen S, Schmidt R, Zubanovic H, Elammari L, Engelhardt A, et al. Spinal versus general anaesthesia and serious complications in older patients undergoing hip fracture surgery in Germany: a multicentre randomised clinical trial. Lancet Healthy Longev [Internet]. 2026;7(8):100891. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.lanhl.2026.100891
6. Li T, Li J, Yuan L, Wu J, Jiang C, Daniels J, et al. Effect of regional vs general anesthesia on incidence of postoperative delirium in older patients undergoing hip fracture surgery: The RAGA randomized trial: The RAGA randomized trial. JAMA [Internet]. 2022;327(1):50–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.22647

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

ZAMORA, 26, 27 y 28 NOVIEMBRE de 2026

Aero-innovación intergeneracional volando drones entre la escuela y el pueblo

AUTORES: JOSÉ MARÍA PAYO HERNÁNDEZ, ERNESTO MANUEL GUTIÉRREZ PRIETO y SARA LLAMAS GARCÍA

PALABRAS CLAVE: Economía de la longevidad, Silver economy, Relaciones intergeneracionales, Envejecimiento activo, Aislamiento social, Inclusión digital, Desarrollo rural.

1. RESUMEN

En nuestros pueblos la Silver Economy no va solo de médicos o residencias, sino de tener a los mayores enchufados a la vida y con ganas de marcha. Con este trabajo enseñamos cómo en el CRIE de Zamora usamos los drones para viajar al pasado y darnos la mano con la escuela de hoy. Hay quien piensa que en las aulas del pueblo las cosas siguen igual que hace cincuenta años, pero nada que ver. Hemos dado una vuelta entera a todo sin perder la esencia. Lo que para los abuelos era doblar aviones de papel en el recreo, para sus nietos es hoy programar piruetas, luces de colores y normas de vuelo. Al volver a casa el fin de semana, los chavales se sientan con ellos y les cuentan la faena comparando aquellos juegos suyos con los cacharros de ahora.

2. ANTECEDENTES

Por el CRIE de Zamora pasan cada año unos 700 estudiantes de los colegios de los pueblos, así que tenemos una oportunidad de oro para llegar prácticamente a cada rincón de la provincia y montar algo que de verdad deje huella. La realidad es que muchos de estos chicos quieren quedarse a vivir en sus pueblos, y nos parece clave que valoren todo lo que saben sus abuelos y sientan orgullo de dónde vienen. Con este proyecto de innovación docente queríamos que la tecnología fuera la excusa perfecta para unir a las dos generaciones. La idea era bien sencilla: comparar cómo volábamos antes los aviones de papel doblados en el recreo con cómo programan hoy ellos las luces y las vueltas de los drones.

3. OBJETIVOS

- **O.G.1.** Quitar el miedo a la tecnología a los abuelos de los pueblos gracias a la ilusión con la que se lo cuentan sus nietos, acercándoles el mundo de los drones sin rodeos ni tecnicismos.
- **O.G.2.** Dar pie a buenas charlas en casa y en la plaza del pueblo, consiguiendo que los mayores se sientan parte de la movida, opinen y presumen de lo que hacen los chavales.
- **O.G.3.** Demostrar que lo que hacemos en el CRIE de Zamora va mucho más allá de dar clase: da vidilla a a los pueblos, une a las familias y echa una mano frente a la soledad de nuestros mayores.

4. MÉTODO

- Los estudiantes aprenden a usar los drones con cabeza: normas de seguridad, revisar motores, programar los vuelos por bloques y meter coreografías de luces, mientras que en el podcast escolar se ponen delante del micro para contar la experiencia.
- Se recupera la papiroflexia en el tiempo libre como punto de partida para que vean que volar un trasto sigue teniendo la misma gracia que antes, solo que ahora se programa por ordenador.
- Se suben fotos y vídeos cortos a las redes sociales del centro para que las familias y abuelos puedan ver al momento, desde el móvil, lo que hacen los chicos.
- Al volver al pueblo, el estudiante les cuenta la actividad a sus abuelos, enseña cómo ha programado el vuelo y les demuestra que estos aparatos no son ningún misterio.

5. RESULTADOS

Al preguntar a las familias tras el paso por el centro, vimos que la chispa prendió enseguida en las casas: los chavales llegaron con ganas de contarlo todo y les explicaron a sus abuelos cómo hacían volar los drones con el ordenador y qué cuidados tenían para no romper nada.

La cosa no se quedó ahí, porque varios abuelos se fueron derechos al bar y a los corrillos de la plaza a fardar de nietos.

De esas charlas salieron unas **ganas tremendas** de pillar el mando para volar juntos por libre en las eras, además de acercarse al ayuntamiento a enterarse de dónde se puede volar y grabar las vistas del pueblo sin meterse en líos.

A los mayores les picó la curiosidad de verdad al ver vir el provecho que se le puede sacar a estos aparatos en la vida diaria del pueblo: controlar las fincas, vigilar el ganado o hasta arrinar medicinas a los rincones más apartados.



Dron y mando utilizados por los estudiantes.

6. CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS

La tecnología puntera no es solo para las ciudades ni para la gente joven. En el marco de la Silver Economy, este trabajo demuestra que lo que aprenden los estudiantes en los colegios de los pueblos es la excusa perfecta para dar vidilla a las comarcas, mantener la mente activa de los mayores y combatir la soledad en las zonas rurales de forma natural y cercana.

Para el próximo curso queremos repetir la jugada acercando a nuestros estudiantes al vuelo libre y también queremos dar el salto a los coches teledirigidos. La idea es utilizar estos vehículos de radiocontrol como punto de encuentro entre abuelos y nietos, hablando de la mecánica tradicional de toda la vida en el campo, de cómo han cambiado los motores y de seguridad al volante tanto para conductores veteranos como para los chavales.

De forma paralela, estamos realizando un podcast interactivo en directo a través de YouTube planteado como un juego donde los estudiantes cuenten lo que hacen en el CRIE de Zamora.

Actividad fisica y su influencia en las heridas crónicas

Autores: Esther Garcia de Prada, Rocio Gonzalez Araujo, Sheila Maria Diez Arenas, Mario Bahillo Fernandez, Melissa Vázquez Ramos, Elena Gamarra Vegue, Elisa Estela Bartolomé Seoane

Palabras clave: Ejercicio, heridas crónicas, actividad fisica, úlcera venosa, pie diabético

Resumen:La actividad física puede contribuir a la prevención y cicatrización de las heridas crónicas, especialmente de las úlceras venosas, al mejorar la función muscular, la circulación y el retorno venoso. La evidencia disponible muestra resultados favorables cuando se combina con el tratamiento convencional, aunque es más limitada en el pie diabético. Se destaca el papel de Enfermería en la valoración, educación y promoción de ejercicio individualizado y seguro



1 INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas constituyen un problema de salud relacionado con factores como la **inmovilidad**, la **enfermedad vascular**, la **diabetes** y el deterioro de la capacidad funcional.

La actividad física puede contribuir a mantener la movilidad, mejorar la función muscular y favorecer la circulación, aunque su aplicación debe adaptarse al tipo de lesión y a la situación clínica de cada paciente.

Actividad Física (Ejercicio adaptado) → **Mejora Vascular** (Bomba muscular y flujo) → **Cicatrización** (Favorece evolución)

2 OBJETIVO

Analizar la evidencia disponible sobre el papel de la actividad física como **factor protector y coadyuvante** en la prevención y evolución de las heridas crónicas.

3 MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una **revisión bibliográfica** de revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en **PubMed** sobre ejercicio físico, actividad física y cicatrización de úlceras venosas y lesiones de pie diabético.

4 RESULTADOS

Úlceras Venosas — MAYOR EVIDENCIA

Los metaanálisis recientes muestran una **mayor proporción de cicatrización** cuando el ejercicio se incorpora al tratamiento estándar, principalmente junto con terapia compresiva, aunque los estudios presentan muestras pequeñas y heterogeneidad metodológica.

Pie Diabético — EVIDENCIA LIMITADA

Las revisiones disponibles sugieren **posibles beneficios del ejercicio** sobre la cicatrización y determinados factores de riesgo, pero la evidencia continúa siendo limitada y no permite establecer qué tipo, intensidad o carga de ejercicio resulta más adecuada.

5 CONCLUSIONES / DISCUSIÓN

- La actividad física puede constituir una **intervención complementaria** con potencial preventivo y terapéutico en las heridas crónicas, especialmente en las úlceras venosas.
- Su prescripción debe ser **individualizada**, teniendo en cuenta la etiología de la herida, la perfusión, la necesidad de descarga y el riesgo de complicaciones.
- **Enfermería** puede desempeñar un papel relevante en la valoración, educación y promoción de una actividad física segura.



6 BIBLIOGRAFÍA

1. Pagani A, Tan KHM, Davies AH, Onida S. Exercise programmes in the management of venous leg ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Wound Repair Regen*. 2025;33(3):e70176.
2. Baker CJ, Chuter V, Brousseau-Foley M, Min D, Searle A, Twigg SM, et al. Exercise training for people with diabetes-related foot ulcers: a systematic review of glycemia, fitness, and wound-healing outcomes. *Can J Diabetes*. 2025;49(3):164-173.e1.
3. Turner B, Jasionowska S, Machin M, Javed A, Onida S, Davies A. Systematic review and meta-analysis of exercise therapy for venous leg ulcer healing and recurrence. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2023;65(5):e63-e84.
4. Tran MM, Haley MN. Does exercise improve healing of diabetic foot ulcers? A systematic review. *J Foot Ankle Res*. 2021;14(1):19.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE REINGRESOS HOSPITALARIOS EN PERSONAS MAYORES



RESUMEN

El envejecimiento y las enfermedades crónicas aumentan los reingresos hospitalarios en personas mayores. Enfermería contribuye a prevenirlos mediante la valoración integral, la educación sanitaria, la planificación del alta y el seguimiento, favoreciendo la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE

Enfermería; epersona mayor; continuidad asistencial; planificación del alta; cuidados de transición; atención domiciliaria; prevención.

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional se asocia con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia, factores que incrementan el riesgo de hospitalización y reingreso. La transición del hospital al domicilio constituye una etapa especialmente vulnerable.

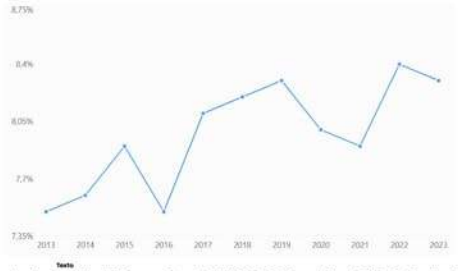
Enfermería, mediante cuidados individualizados y coordinados, puede contribuir a mejorar la seguridad, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica sobre intervenciones enfermeras dirigidas a prevenir reingresos hospitalarios en personas mayores. Se consultan bases de datos como PubMed, CINAHL y Scopus, utilizando términos relacionados con enfermería, personas mayores, reingreso hospitalario y continuidad asistencial.

RESULTADOS

Las intervenciones enfermeras mejoran la continuidad asistencial y contribuyen a prevenir reingresos mediante la educación, la planificación del alta y el seguimiento.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Informe Anual del SNS 2024, gráfico 5-17. Datos de todas las edades

En España, el porcentaje global de reingresos hospitalarios en hospitales de agudos del SNS fue del 8,3 % en 2023. La prevención de reingresos constituye un importante reto asistencial, especialmente en personas mayores, debido a su mayor vulnerabilidad y necesidades de continuidad de cuidados.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar el papel de enfermería en la prevención de reingresos hospitalarios en personas mayores.

Objetivos específicos:

- Identificar los principales factores de riesgo de reingreso.
- Describir las intervenciones enfermeras durante la hospitalización y el alta.
- Analizar la importancia de la educación sanitaria y el seguimiento.
- Aumentar los equipos multidisciplinares de hospitalización domiciliaria.

CONCLUSIONES

El papel de la enfermera se considera esencial en la prevención de reingresos hospitalarios en personas mayores. Una valoración integral, una adecuada educación sanitaria, la planificación individual al alta y el seguimiento posterior son las estrategias fundamentales que deberían llevarse a cabo para una continuidad asistencial de calidad. La coordinación entre profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores favorece una atención más segura y centrada en la persona. Se considera necesario impulsar intervenciones enfermeras estructuradas y evaluar su impacto sobre los reingresos, la autonomía y la calidad de vida.

EJERCICIO FISICO Y ENVEJECIMIENTO

Autores: Prieto Rego, Iván; Prieto Rego, Tamara

Palabras clave: ejercicio, masa muscular, envejecimiento

Resumen

El ejercicio físico, una subcategoría, es una actividad estructurada y repetitiva enfocada en mejorar la condición física, con beneficios clave para la salud mental y física.En el adulto, ayuda a prevenir y controlar enfermedades no transmisibles como las cardiovasculopatías, el cáncer y la diabetes; reduce los síntomas de la depresión y la ansiedad; y favorece la salud cerebral y el bienestar general.

Objetivos

La meta mundial de disminución de la inactividad física en los adultos y los adolescentes consiste en una reducción relativa del 10% para 2025 y del 15% para 2030 con respecto al valor de 2010.

Metodologia

Realizada búsqueda bibliografica en diversas bases de datos

Bibliografía

Belmonte Darraz S, González-Roldán AM, De María Arrebola J, Montoro-Aguilar CI. Impacto del ejercicio físico en variables relacionadas con el bienestar emocional y funcional en adultos mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2021;56(3):136-143. doi:10.1016/j.regg.2021.01.006.

Barajas-Galindo DE, González Arnáiz E, Ferrero Vicente P, Ballesteros-Pomar MD. Efectos del ejercicio físico en el anciano con sarcopenia. Una revisión sistemática. Endocrinol Diabetes Nutr. 2021;68(3):159-169. doi:10.1016/j.endinu.2020.02.010.

Resultados

Se recomienda incrementar la acitividad fisica en los pacientes ancianos, tanto aerobica como anaerobica para evitar la perdida de masa muscular y lretrasar la complicaciones como la sarcopenia y la osteoporosis

Conclusiones

La evidencia actual demuestra que los entrenamientos basados en fuerza-resistencia y la combinación en programas multimodales con ejercicio aeróbico y de equilibrio muestran efectos significativamente beneficiosos sobre parámetros antropométricos y de funcionalidad muscular, debiendo adecuarse los ejercicios a las características de cada individuo

Beneficios de la proteína de suero ó whey protein en la tercera edad

AUTORES: Amaro Rodríguez Laura. Cascajar Antón Idoia. Castellanos Villar Reyes. Collantes Álvarez Carlos. Juanes Rodríguez Lorena. Luelmo Domínguez Diana. Malmierca Antón Isabel. Salvador Alonso Sara. Santiago González MªRosa. Velasco Calvo Canto

Resumen

El envejecimiento biológico induce resistencia anabólica y pérdida acelerada de masa muscular (sarcopenia), elevando el riesgo de caídas, dependencia y fragilidad. Tradicionalmente asociada al culturismo y deporte de élite, la proteína de suero de leche (whey protein) destaca en la práctica clínica geriátrica por su rápida digestibilidad y su alta concentración de leucina. Este aminoácido es el principal estímulo molecular para activar la síntesis de proteína muscular en el tejido envejecido

Palabras Clave

Palabras clave (DeCS): Sarcopenia; Anciano Frágil; Proteínas del Suero de Leche; Suplementos Nutricionales.

Antecedentes

A partir de los 50 años, la masa muscular disminuye entre un 1% y un 2% anual, y la fuerza muscular cae hasta un 3% por año. Para los 80 años de edad, una persona puede haber perdido hasta el 50% de su masa muscular total, lo que eleva exponencialmente el riesgo de fragilidad, caídas y pérdida de autonomía.

Objetivo

Analizar la evidencia científica actual respecto a los beneficios clínicos de la suplementación con proteína de suero en adultos mayores para prevenir la sarcopenia y preservar la autonomía funcional

Método

- Diseño: Revisión sistemática de la literatura científica actual
- Estrategia de búsqueda: Consultas electrónicas en las bases de datos PubMed, Scielo y CUIDEN utilizando descriptores de salud de los últimos años
- Criterios de inclusión: Ensayos clínicos aleatorizados (ECA), metaanálisis y guías clínicas (ESPEN) que evaluaron la suplementación proteica de suero aislada o asociada a ejercicio en población mayor de 65 años

Resultados

- Estímulo Eficaz de la **Síntesis Muscular:** Para superar la resistencia anabólica, el paciente geriátrico necesita un umbral mínimo de 2.5 a 3 gramos de leucina por toma. Esto se logra de forma idónea con dosis de 25 a 30 gramos de proteína de suero por ración, una cantidad superior a la que aportarían alimentos tradicionales con igual digestibilidad.
- **Cumplimiento de Requerimientos Clínicos** (ESPEN): Las directrices actuales recomiendan elevar el aporte proteico en la tercera edad de 0.8 g/kg/día a 1.0 - 1.2 g/kg/día en ancianos sanos, y hasta 1.2 - 1.5 g/kg/día en estados de fragilidad, desnutrición u obesidad sarcopénica. La proteína de suero facilita alcanzar estas metas en pacientes con anorexia senil, saciedad temprana o problemas de masticación.
- **Sinergia Máxima con el Ejercicio**: Los mayores aumentos en masa muscular esquelética, velocidad de la marcha y fuerza de prensión manual se reportan cuando la toma (20-45 g/día) se realiza inmediatamente después de entrenamientos de fuerza o programas multicomponente.
- **Mejora de la Función Inmune y Reparación:** Los componentes bioactivos del suero, como las inmunoglobulinas y la lactoferrina, asisten en la reducción de marcadores inflamatorios crónicos (inflammaging) y mejoran la reparación celular de tejidos corporales

Discusión y Conclusiones

- Discusión: La suplementación con whey protein es una estrategia clínica eficaz, pero no debe considerarse una intervención aislada. Factores como el sedentarismo, déficit de vitamina D o inflamación sistémica pueden atenuar sus efectos si no se manejan de manera integral.
- Conclusiones: La proteína de suero es una herramienta segura, costo-efectiva y de alta calidad biológica para combatir la fragilidad física en la tercera edad. El personal de enfermería asume un rol fundamental en el cribado nutricional de los adultos mayores, la pauta individualizada según las directrices internacionales y el fomento de la adherencia a la terapia nutricional activa

CAMBIOS ORALES EN EL EMBARAZO



PALABRAS CLAVE
Embarazo · Salud oral
Educación para la salud

RESUMEN: EL EMBARAZO ES UNA ETAPA DE CAMBIOS QUE REQUIERE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

01

ANTECEDENTES

Los cambios hormonales y de estilo de vida pueden favorecer la aparición de gingivitis gravídica, granuloma del embarazo, enfermedad periodontal y caries.

02

OBJETIVOS

Motivar el cuidado oral, fomentar hábitos higiénicos y dietéticos saludables, aplicar medidas preventivas y detectar y tratar posibles patologías.

03

MÉTODO

Revisión bibliográfica en SciELO, PubMed y Cuiden, mediante criterios de inclusión y exclusión, complementada con páginas web institucionales.

04

RESULTADOS

Una higiene oral deficiente se relaciona con un mayor riesgo de patologías bucodentales durante el embarazo.

CONCLUSIÓN | La educación para la salud y las buenas prácticas higiénico-dietéticas ayudan a reducir las patologías orales durante el embarazo.

AUTORES: MARIA MIGUELEZ TURIENZO
MARIA MIGUELEZ RODRIGUEZ
SILVIA MARIA LOPEZ GARCIA
MARIA MERCEDES MARTINEZ TURIENZO
MARIA CRISTINA MARTINEZ TURIENZO
ANDREA RODRIGUEZ DE LA TORRE



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS



María Rodríguez Diez, Belén Anta Febrero, María Luz Fernández Fernández, Laura Prieto Hernández, Lucia Calvo Justo, Alba Pérez González, Miriam Galende Calvo, Reyes Castellanos Villar, Raquel Álvarez Cabezas, Ana Chinchilla Robles, Judiht González Pérez, Victoria Mazón Iglesias, Rebeca Cuñado Martínez, Goretti Charro Rodriguez.

RESUMEN

La flebitis es una complicación frecuente en pacientes hospitalizados portadores de catéter venoso periférico, comprometiendo su seguridad y aumentando los costes hospitalarios. En esta revisión bibliográfica se analizan los factores de riesgo y las intervenciones de enfermería para la prevención de la flebitis.

PALABRAS CLAVE

Catéter venoso periférico, flebitis, prevención, enfermería.

ANTECEDENTES

El catéter venoso periférico es un dispositivo muy utilizado en el ámbito hospitalario, pero su inserción, utilización y mantenimiento pueden provocar complicaciones como la flebitis. La flebitis es la inflamación de la pared venosa, pudiendo ser química, mecánica o infecciosa. Entre sus síntomas se encuentran dolor, edema, eritema, calor local, y endurecimiento venoso. Es fundamental conocer los factores de riesgo para analizar cuales serian las intervenciones de enfermería óptimas para prevenir la aparición de la flebitis.

OBJETIVOS

- Identificar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer flebitis.
- Analizar las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia científica para prevenir la flebitis en catéteres venosos periféricos.

MÉTODO

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han utilizado artículos extraídos de bases de datos como PubMed, Medline y Google Académico.

RESULTADOS

Las intervenciones de enfermería relacionadas con la prevención de la flebitis son:

- Correcta higiene de manos, utilización de una técnica aséptica y preparación de la piel con un antiséptico adecuado.
- Seleccionar el tamaño de catéter correcto (calibres mas grandes incrementan el riesgo) y la zona de inserción (el antebrazo o zonas de alta movilidad favorecen su aparición).
- Buen mantenimiento y manipulación: correcta fijación del catéter, manipulación aséptica de las conexiones, evitar alargaderas y manipulaciones innecesarias.
- Valoración periódica del punto de punción.
- Retirar el catéter cuando no sea necesario o aparezcan signos compatibles con flebitis.
- Creación de protocolos y formación del personal de enfermería.

CONCLUSIONES

La flebitis es una complicación común en pacientes portadores de catéter venoso periférico, cuya incidencia varía en función de variables como el tipo de fármaco administrado, el tiempo de duración del catéter y la calidad de los cuidados de enfermería, entre otros. Se concluye con la importancia de la creación de protocolos estandarizados de los cuidados y la formación continuada del personal de enfermería para asegurar una correcta colocación, mantenimiento y manipulación del catéter venoso periférico para reducir el riesgo de desarrollar flebitis y prevenir las posibles complicaciones venosas.

¿POR QUÉ LOS PACIENTES NO SIGUEN EL TRATAMIENTO ?

El papel de enfermería en la adherencia terapeútica

AUTORES: Rodríguez Bautista, Nuria; Faciabén Cano, Laura María; Pascual Domínguez, Laura; Salas de Prado, Patricia; Moya Ruiz, Irina

RESUMEN

La falta de adherencia terapeútica es un problema frecuente que compromete la eficacia del tratamiento y la salud del paciente. Este trabajo analiza las principales causas, factores implicados y el papel clave de enfermería en su prevención y abordaje

ANTECEDENTES

Diversos estudios señalan que entre el 30 y el 50% de los pacientes no siguen correctamente su tratamiento debido a factores como la complejidad, efectos adversos,falta de información o apoyo social

PALABRAS CLAVE

- Adherencia
- Enfermería
- Polimedicación
- Educación sanitaria

OBJETIVOS

Analizar las causas de la no adherencia terapeútica y destacar el papel de enfermería en su prevención y mejora

METODOLOGÍA

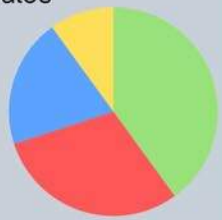
Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y CINAHL de artículos publicados en los últimos 10 años, relacionados con la adherencia terapeútica y la intervención enfermera



RESULTADOS

Los estudios revisados mostraron que las principales causas de la no adherencia son:

- Falta de información (40%)
- Efectos adversos (30%)
- Polimedicación (20%)
- Factores económicos y sociales (10%)



La intervención enfermera (educación, seguimiento y apoyo) mejora significativamente la adherencia

CONCLUSIONES

La no adherencia terapeútica es un reto complejo, pero abordable. La enfermeria desempeña un papel fundamental en la educación, el acompañamiento y la atención personalizada, contribuyendo a una mayor adherencia y mejor calidad de vida del paciente

Personas mayores en la sociedad digital: evolución del uso de internet y redes sociales en España

Autores: Sofía Díez López, Mercedes Arias Pastor y Ángela del Barrio Fernández

RESUMEN

El uso de las tecnologías entre las personas mayores ha aumentado, aunque persisten barreras para su inclusión digital [1]. Conocer las diferencias por edad en el uso de Internet, la participación en redes sociales y la confianza puede ayudar a orientar iniciativas de inclusión digital.

Palabras clave: brecha digital, confianza, internet, personas mayores, redes sociales.

OBJETIVO

Comparar la evolución del uso de Internet, la participación en redes sociales y la confianza en Internet entre los grupos de 55-64 y 65-74 años en España entre 2020 y 2024 .

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis secundario descriptivo, utilizando porcentajes ya publicados por el INE [2]. Se recopilaron datos de cinco ediciones anuales (2020-2024) para los grupos de 55-64 y 65-74 años sobre tres indicadores: uso de Internet, participación en redes sociales y confianza en Internet.

El uso de Internet y la participación en redes sociales se refieren a los últimos tres meses y se expresan como porcentajes del total de personas de cada edad. La confianza se calcula entre quienes utilizaron Internet en ese periodo, sumando los porcentajes de las categorías "Bastante" y "Mucho".

Para comparar las edades, se restó el porcentaje del grupo de 65-74 al del grupo de 55-64 en cada año. Para describir el cambio temporal, se restó el valor de 2020 al de 2024. Ambas diferencias se expresaron en puntos porcentuales (pp). El análisis se basó en estimaciones anuales de los grupos, sin seguimiento individual.

RESULTADOS

TABLA 1
Uso de Intenet (%)
Últimos 3 meses

Año	55-64 años	65-74 años	Dif. (pp)
2020	89,5	69,7	19,8
2021	91	73.3	17,7
2022	92,4	76,4	16
2023	94,3	80,1	14,2
2024	**94,8**	**82,5**	**12,3**
Varía (pp)	**+5,3**	**+12,8**	**-7,5**

TABLA 2
Participación en redes(%)
Uso particular, últimos 3 meses

Año	55-64 años	65-74 años
2020	47,4	28
2021	48	28,3
2022	45,1	28,9
2023	47,1	31,6
2024	**48,7**	**30,8**
Varía (pp)	**+1,3**	**+2,8**

TABLA 3
Confianza en Internet(%)
Bastante o mucho

Año	55-64 años	65-74 años
2020	54,9	50,1
2021	55,7	50,5
2022	68,5	61,5
2023	56,5	44
2024	**68,6**	**59,9**
Varía (pp)	**+13,7**	**+9,8**

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE, Encuesta TIC-Hogares, ediciones 2020–2024 [2].
Nota. Las tablas 1 y 2 muestran, respectivamente, el uso de Internet y la participación en redes sociales durante los últimos tres meses, como porcentajes del total de personas de cada grupo de edad. En la tabla 1, "Dif." corresponde al porcentaje de 55–64 años menos el de 65–74 años. La tabla 3 muestra la confianza entre quienes utilizaron Internet en ese periodo, sumando las categorías "Bastante" y "Mucho". En las tres tablas, el cambio entre 2020 y 2024 se calcula restando el valor de 2020 al de 2024. pp = puntos porcentuales.

El uso de Internet aumentó en ambos grupos, especialmente en el de 65–74 años, reduciendo la diferencia entre edades. La participación en redes sociales creció menos, mientras que la confianza presentó fluctuaciones, con un descenso en 2023 y una recuperación en 2024 en ambos grupos.

CONCLUSIÓN

La reducción de la diferencia por edad en el uso de Internet no supone que hayan desaparecido las desigualdades digitales. El uso, la participación en redes sociales y la confianza muestran evoluciones distintas, por lo que conviene analizarlos por separado. Esta información puede orientar iniciativas de inclusión digital que atiendan tanto a los usos de Internet como a la confianza de las personas mayores.

REFERENCIAS

[1] Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad. El uso de las tecnologías por mayores en España. Edición 2025 - Datos 2024. Red.es; 2025. doi:10.30923/230250278.

[2] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. Resultados 2020-2024 [Internet]. Consulta: 5 nov 2026. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&idp=1254735576692&menu=resultados

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: PEQUEÑOS CAMBIOS, GRANDES RESULTADOS

GARZÓN BRAGADO EM, SANTOS FRECHILLA S, MELERO PORTILLA E, RODERO RAMOS E , QUILEZ MOLERO S, GARCÍA CÁCERES FJ, JAMBRINA PEREZ A

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son un problema prioritario de salud pública asociado a factores como hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, obesidad y sedentarismo. La prevención desde Atención Primaria es clave, siendo la enfermería esencial para la detección precoz, la educación en hábitos saludables y el seguimiento individualizado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática narrativa mediante búsqueda bibliográfica en PubMed, ScienceDirect, Google Académico, SciELO, Dialnet y LILACS.



OBJETIVOS

Fomentar hábitos saludables para controlar el riesgo cardiovascular y reducir tanto los ingresos hospitalarios como el gasto sanitario por secuelas.

RESULTADOS

- Hábitos combinados: Reducción del riesgo a la mitad (>50%).
- Dieta mediterránea: Superior a la restricción; mejora presión arterial y glucemia.
- Caminata diaria (30 min): Optimiza el perfil lipídico y reduce la resistencia a la insulina.
- Abandono del tabaco: Disminución inmediata del riesgo de trombosis y daño endotelial.

CONCLUSIONES

El éxito de la prevención radica en la integralidad (cambios modestos combinados) y la sostenibilidad (metas realistas que aseguran la adherencia). Para lograrlo, el seguimiento y la educación sanitaria desde Atención Primaria son los pilares clave para mantener estos hábitos en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

Revision de guias clínicas (Como las de la Sociedad Española de Cardiología.) y estudios publicados en bases científicas como Dialmet.



Prevención de la Endoftalmitis tras la Cirugía de cataratas



📝RESUMEN:

La endoftalmitis es una complicación poco frecuente pero grave tras la cirugía de cataratas, puede comprometer la visión.La prevención requiere un abordaje multidisciplinar, en el que la enfermeria desempeña un papel fundamental mediante la aplicación de medidas seguras y protocolizadas antes, durante y después de la intervención.



📖ANTECEDENTES:

- La Endoftalmitis postoperatoria tiene una incidencia estimada de 0,05-0,5% en cirugía de cataratas.
- Sus consecuencias pueden ser severas:pérdida visual irreversible
- La mayoría de los casos se asocian a factores evitables

🔍Métodos:

- Revisión bibliográfica.
- Busqueda en bases de datos online
- Articulos en inglés y español, de los últimos 10 años a texto completo.

🔑PALABRAS CLAVES:

🟢Cataratas. 🟡Endoftalmitis
🟡Prevención 🟣Profilaxis
🔴Cuidados de enfermeria
🟠Asepsia

🎯OBJETIVOS:

✅ Reducir la tasa de infecciones postoperatorias.
✅ Estandarizar los protocolos de cuidado.
✅Destacar el papel de enfermeria en su prevención.

💡CONCLUSIONES::

✔️La endoftalmitis es una complicación grave pero prevenible
✔️La enfermeria es clave en la aplicación de las medidas de prevención en el quirófano y en el postoperatorio
✔️Unos cuidados seguros garantizan el éxito quirúrgico y la preservación de la visión.

📊RESULTADOS:

1. **Preoperatorio:**
   - Lavado de manos
   - Aplicación de povidon yodada diluida en el saco conjuntival
2. **Intraoperatorio:**
   - Tecnica aséptica estricta:lavado quirúrgico de manos
   - Antibiotico intracamerular al final de la cirugia
3. **Postoperatorio:**
   - Educacion para la salud del paciente
   - Administracion de gotas correctamente



La prevención se basa en una combinación de medidas:
✅ Antisepsia ocular con povidona yodada
✅ Profilaxis antibiótica intracameral, según protocolo.
✅ Mantenimiento de la esterilidad en todo el proceso.
✅Educación al paciente sobre signos de alarma.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

HOLTER CARDIACO IMPLANTABLE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DEL PROCEDIMIENTO HASTA EL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO



Autores: Isabel Temprano Álvarez, Anabel Lorenzo Gómez, Cristina Vázquez Fernando

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

1 INTRODUCCIÓN

El Holter implantable o monitor cardíaco insertable (ICM/ILR) es un dispositivo subcutáneo que permite la monitorización continua del ritmo cardíaco durante meses o años, siendo clave en el diagnóstico de arritmias infrecuentes como el síncope de causa desconocida.

Su uso ha aumentado en los últimos años debido a su alta rentabilidad diagnóstica y capacidad de seguimiento remoto, lo que requiere un papel fundamental de la enfermería en todas las fases del proceso asistencial.

2 OBJETIVO

Analizar la evidencia científica reciente (2020–2025) sobre los cuidados de enfermería en pacientes portadores de Holter implantable, desde el procedimiento hasta el seguimiento domiciliario.

3 METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: Revisión bibliográfica narrativa.
- Bases de datos: PubMed, CINAHL, Cochrane, Google Scholar.
- Descriptores: implantable loop recorder, nursing care, cardiac monitor, remote monitoring.
- Criterios de inclusión:
  - Publicaciones entre 2020–2025.
  - Estudios en inglés y español.
  - Guías clínicas y documentos de consenso.
- Exclusión:
  - Estudios previos a 2020.
  - Baja calidad metodológica.



4 RESULTADOS

Indicaciones del holter subcutáneo:

- Síncope de causa desconocida.
- Palpitaciones infrecuentes.
- Detección de fibrilación auricular (FA) tras ictus criptogénico.
- Seguimiento post-ablación.
- Pacientes con riesgo arrítmico intermitente.



Ventajas clínicas:

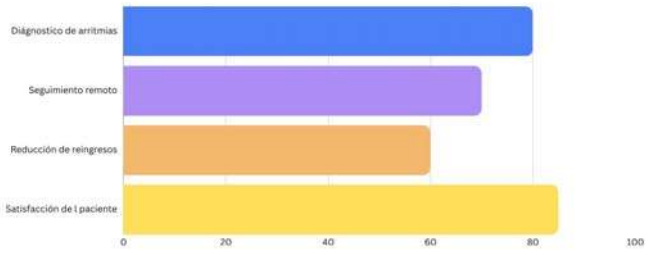
- Supervisión prolongada.
- Alta eficacia diagnóstica.
- Registro de eventos esporádicos.

Rol de Enfermería:

- Preparación y apoyo en el implante.
- Educación continua al paciente.
- Seguimiento a distancia y revisión de episodios.
- Detección temprana de complicaciones.
- Participación activa en programas de ILR.

Impacto organizativo:

- Acorta listas de espera.
- Favorece una atención más eficiente.
- Aumenta la satisfacción del paciente.



5 CONCLUSIÓN

El Holter implantable es una herramienta diagnóstica eficaz y segura.
La enfermería desempeña un papel esencial en:

- El implante.
- Educación sanitaria.
- Prevención de complicaciones.
- Seguimiento clínico y telemonitorización.

El seguimiento remoto ha transformado el modelo asistencial, mejorando resultados clínicos y eficiencia del sistema sanitario.



HIGIENE BUCAL: EQUILIBRIO ENTRE BACTERIAS

RESÚMEN

La cavidad oral tiene más de 700 especies bacterianas formando la microbiota oral. En condiciones normales existe un equilibrio entre bacterias beneficiosas y microorganismos patogenos, contribuyendo la salud bucodental. Sin embargo, una higiene oral deficiente, una dieta rica en azucares o determinados factores favorecen la aparición de disbiosis oral, incrementando el riesgo de caries dental, gingivitis, periodontitis y halitosis.

PALABRAS CLAVES

- Higiene bucal
- Microbiota oral
- Bacterias beneficiosas
- Disbiosis oral
- Caries dental
- Enfermedad periodontal
- Salud oral



RESULTADOS

Los estudios revisados muestran que las bacterias beneficiosas (Streptococcus salivarius, Streptococcus mitis, Veillonella spp) contribuyen a mantener el equilibrio ecológico oral, limitar el crecimiento de microorganismos patógenos y favorecer la salud de dientes y encías. Las bacterias perjudiciales como Streptococcus mutans(caries dental); Porphyromonas gingivalis(periodontitis) y Treponema denticola (enfermedad periodontal avanzada).

OBJETIVOS

- Identificar las principales bacterias beneficiosas de la microbiota oral.
- Describir las bacterias asociadas a enfermedades bucodentales.
- Evaluar el impacto de los habitos de higiene en el control de la microbiota oral.
- Promover medidas preventivas para mantener la salud bucodental.

MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos publicados en bases de datos biomedicas (PubMed, Medline y Cochrane) durante los últimos 10 años

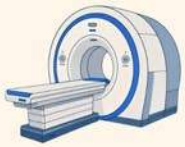
CONCLUSIONES

- La alteración de la microbiota oral favorece la aparición de caries y enfermedades periodontales.
- El cepillado dental adecuado, el uso de hilo dental y las revisiones odontológicas periódicas son medidas fundamentales para preservar la salud oral.
- La educación sanitaria debe enfocarse en la promoción de habitos de una buena higiene bucodental





AUTORES: Maria Miguélez Rodriguez, Maria Miguélez Turienzo, Maria Cristina Martinez Turienzo, Andrea Rodriguez de la Torre, Maria Mercedes Martinez Turienzo, Silvia Maria López García



MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA RESONANCIA MAGNÉTICA

Rocío Turrión García, Juan José Berrocal Fernández, Marta Ferrero Moralejo, María Garrido Domínguez, Jenifer Vega Viñas, Eva Lorenzo Pascual, María Samara Martín Viñas

Antecedentes

La Resonancia Magnética (RM) es una herramienta diagnóstica avanzada que produce cuadros de ansiedad y claustrofobia debido al espacio confinado, la inmovilización y el ruido acústico. Por consiguiente, aumentan la tasa de cancelaciones de citas y genera artefactos de movimiento, reduciendo la calidad de la imagen médica. Previamente se ha recurrido a la sedación farmacológica, incrementando los riesgos y los costes intintucionales. Por ello, las intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo por enfermería son una alternativa segura, coste-efectiva y humanizada.

Objetivo

Evaluar la evidencia científica sobre las medidas no farmacológicas eficaces para disminuir la ansiedad y optimizar la experiencia del paciente programado para un RM.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática utilizando buscadores como Pubmed, Scopus, SciELO y ScienceDirect. Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sitemáticas y metaanálisis publicados en los últimos 5 años.
Usando las **palabras clave**: *Imagen por Resonancia Magnética, Ansiedad, Cuidados de enfermería, Técnicas de relajación y Claustrofobia.*

Resultados

Medidas no farmacológicas de enfermería con mayor nivel de evidencia:

- **Educación sanitaria e información sensorial estructurada**. Explicar el tipo de ruido, la duración de estudio y que cuenta con sistema de ventilación e iluminación. Asegurar al paciente que el personal de enfermería lo está viendo y escuchando en todo momento.
- **Estrategias cognitivo-conductuales y distracción**. Respiración diafragmática profunda y lenta y uso de técnicas de visualización guiada. Empoderar en el uso del timbre, actúa como un ansiolítico psicolígico.
- **Adecuación ambiental y confort**. Uso de auriculares con musicoterapia personalizada, aromaterapia y colocación de antifaces para mitigar la percepción del espacio reducido. Asegurar un posicionamiento ergonómico y confot térmico.

Conclusión

Las intervenciones no farmacológicas aplicadas de forma protocolizada por enfermería son clínicamente eficaces y éticamente preferibles al uso rutinario de la sedación farmacológica para mitigar la ansiedad pre-RM.
Estas medidas reducen la dependencia de sedantes farmacológicos, las tasas de cancelación de pruebas y mejoran la eficiencia operativa del servicio radiológico al asegurar imágenes diagnósticas de alta calidad en el primer intento.
Es prioritario cambiar de un modelo centrado puramente en el procedimiento a un modelo humanizado centrado en el paciente.

Resumen

CADA PASO CUENTA: PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO DESDE ENFERMERÍA

CORTÉS MARCOS, AURORA; FERNÁNDEZ CORTÉS, CLAUDIA; ALVARADO TURIEL, BEATRIZ; GARCÍA BERNAL, ANTONIO JESÚS; SOGO PÉREZ, MARGARITA; ESTEBAN HERNÁNDEZ, VERÓNICA; COCO AGUADO, SILVIA; ARGUELLO GÓMEZ, INÉS; SÁNCHEZ MARTIN, SONIA; PORDOMINGO ARES, ALEJANDRO;FLORES DOMÍNGUEZ, TERESA ELSA.

RESUMEN

El pie diabético constituye una de las complicaciones más relevantes de la diabetes mellitus y puede ocasionar úlceras, infecciones, hospitalizaciones y, en los casos más graves, amputaciones.

Su aparición está relacionada con factores como la neuropatía periférica, la enfermedad arterial periférica y las alteraciones de la estructura del pie.

La prevención mediante la detección precoz, el cuidado diario y la educación sanitaria resulta fundamental para reducir el riesgo de lesiones.

El objetivo de este trabajo es analizar las principales estrategias de prevención del pie diabético y destacar el papel de enfermería en la promoción del autocuidado. Se propone una revisión narrativa de la literatura científica y de las recomendaciones clínicas sobre prevención de las úlceras relacionadas con la diabetes.

La evidencia destaca la importancia de la exploración periódica de los pies, el uso de calzado adecuado, la higiene diaria y la identificación temprana de lesiones.

PALABRAS CLAVE

Pie diabético; diabetes mellitus; prevención de úlceras; cuidados de enfermería; educación sanitaria; autocuidado; neuropatía diabética.

METODOLOGÍA

Se propone una revisión narrativa de la literatura científica sobre la prevención del pie diabético, centrada en las intervenciones de enfermería y la educación para la salud.

·**Fuentes de información**: PubMed, guías del International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) y documentos clínicos sobre prevención de úlceras relacionadas con la diabetes.

·**Estrategia de búsqueda**: se proponen los términos diabetic foot prevention, diabetic foot ulcer, foot care education, nursing care y diabetes self-care.

·**Criterios de inclusión**: guías clínicas, revisiones científicas y publicaciones relacionadas con la prevención de lesiones, la valoración del riesgo y la educación sanitaria.

ANTEDEDENTES

El pie diabético comprende alteraciones del pie relacionadas con la diabetes que pueden asociarse a neuropatía, enfermedad arterial periférica e infección. Estas complicaciones favorecen la aparición de lesiones que, si no se detectan y tratan a tiempo, pueden evolucionar hacia úlceras de difícil cicatrización.

La pérdida de sensibilidad puede impedir que la persona perciba heridas, ampollas o lesiones producidas por el calzado. Asimismo, una circulación sanguínea deficiente puede dificultar la cicatrización y aumentar el riesgo de complicaciones.

La prevención requiere un enfoque integral que incluya la valoración periódica del riesgo, el cuidado diario de los pies, el calzado apropiado y la atención precoz ante cualquier lesión sospechosa. Las recomendaciones internacionales destacan la necesidad de adaptar la frecuencia de las revisiones al nivel de riesgo individual.

En este contexto, enfermería desempeña un papel esencial en la exploración de los pies, la identificación de factores de riesgo, la educación sanitaria y el seguimiento de las personas con diabetes.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar las principales medidas de prevención del pie diabético y la contribución de enfermería a la reducción de las complicaciones asociadas a la diabetes.

Objetivos específicos

·Identificar los principales factores de riesgo para desarrollar lesiones y úlceras en los pies.

·Describir las medidas de higiene, inspección y protección diaria del pie.

·Destacar la importancia de la valoración periódica y la detección precoz de lesiones.

·Promover la educación sanitaria para mejorar el autocuidado y la adherencia a las recomendaciones preventivas.

·Resaltar el papel de enfermería en el seguimiento individualizado y la coordinación asistencial.



RESULTADOS

La literatura científica y las recomendaciones clínicas destacan las siguientes medidas preventivas:

·Valoración periódica del riesgo: explorar la sensibilidad protectora, la circulación, las deformidades y los antecedentes de úlceras o amputaciones permite identificar a las personas que necesitan un seguimiento más estrecho.

·Inspección diaria de los pies: revisar la planta, los talones, los espacios entre los dedos y las uñas ayuda a detectar ampollas, grietas, cambios de coloración, hinchazón o heridas.

·Higiene e hidratación adecuadas: lavar los pies diariamente, secarlos cuidadosamente —especialmente entre los dedos— e hidratar la piel seca, evitando aplicar crema entre los dedos.

·Calzado seguro: utilizar zapatos cómodos, protectores y de la talla adecuada. Se debe evitar caminar descalzo, incluso dentro del domicilio, y revisar el interior del calzado antes de ponérselo.

·Cuidado de las uñas y las durezas: cortar las uñas en línea recta y evitar el uso de cuchillas, productos químicos o la manipulación de callosidades. Las alteraciones que requieran tratamiento deben ser valoradas por profesionales cualificados.

·Educación sanitaria individualizada: enseñar a reconocer signos de alarma, adaptar las recomendaciones a las capacidades de cada persona e implicar a familiares o cuidadores cuando sea necesario.

·Seguimiento adaptado al riesgo: las personas con antecedentes de úlceras, amputaciones u otros factores de riesgo elevado necesitan controles más frecuentes y, cuando corresponda, atención especializada.

La educación estructurada, reforzada periódicamente y acompañada de exploraciones clínicas, constituye un componente fundamental de la prevención.

Señales de alarma: ¿cuándo consultar?

Se debe solicitar valoración sanitaria rápida ante la aparición de una herida, ampolla, enrojecimiento persistente, hinchazón o secreción. Un pie súbitamente caliente, rojo e hinchado requiere valoración urgente, incluso si no existe dolor. Si aparecen fiebre, deterioro general o signos de infección grave, se necesita atención urgente.

CONCLUSIONES

La prevención del pie diabético es fundamental para reducir la aparición de úlceras, infecciones y otras complicaciones que pueden comprometer la movilidad y la calidad de vida.

La identificación precoz de los factores de riesgo, la inspección diaria, la higiene adecuada y el uso de calzado protector son medidas esenciales para mantener la salud de los pies.

Enfermería desempeña un papel clave mediante la valoración periódica, la educación sanitaria y el seguimiento individualizado. La implicación activa de la persona con diabetes, junto con una atención coordinada y adaptada a su nivel de riesgo, contribuye a mejorar el autocuidado y a prevenir complicaciones evitables.

EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO COMO CLAVE EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

AUTORES

García Bernal, Antonio; Fernández Cortés, Claudia; Alvarado Turiel, Beatriz; Sogo Pérez, Margarita; Esteban Hernández, Verónica; Coco Aguado, Silvia; Arguello Gómez, Inés; Sánchez Martín, Sonia; Cortés Marcos, Aurora; Pordomingo Ares, Alejandro;Flores Dominguez Teresa Elsa

Resumen

La enfermedad cardiovascular constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. La detección precoz de la enfermedad arterial periférica (EAP) permite identificar a personas con mayor riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares, incluidas el infarto de miocardio y el ictus.

El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba no invasiva que compara la presión arterial sistólica del tobillo con la del brazo y ayuda a detectar alteraciones de la circulación arterial de las extremidades inferiores.

El objetivo de este trabajo es analizar la utilidad del ITB como herramienta para identificar la enfermedad arterial periférica y contribuir a la prevención cardiovascular.

La evidencia señala que un ITB disminuido se asocia con enfermedad arterial periférica y un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Se concluye que el ITB puede contribuir a la estratificación del riesgo cardiovascular y a la detección precoz de enfermedad vascular, dentro de una estrategia integral de prevención y seguimiento desde enfermería.

Objetivos

Objetivo general

-Analizar la utilidad del índice tobillo-brazo (ITB) en la detección de la enfermedad arterial periférica y su contribución a la prevención de eventos cardiovasculares.

Objetivos específicos

·Explicar el procedimiento de medición y la interpretación básica del ITB.
·Identificar a las personas que pueden beneficiarse de una valoración vascular.
·Relacionar la enfermedad arterial periférica con el riesgo de infarto de miocardio e ictus.
·Destacar el papel de enfermería en la detección precoz y el seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular.
·Promover medidas preventivas para reducir el riesgo cardiovascular global.

Antecedentes

La aterosclerosis es un proceso que provoca la acumulación de placas en las paredes de las arterias y puede afectar a distintos territorios vasculares, incluidas las arterias coronarias y las de las extremidades inferiores.

La enfermedad arterial periférica puede ser una manifestación de aterosclerosis sistémica y se asocia a un mayor riesgo de infarto de miocardio, ictus y mortalidad cardiovascular. Algunas personas presentan pocos síntomas o no reconocen las molestias al caminar, lo que puede retrasar el diagnóstico.

El índice tobillo-brazo es una prueba no invasiva que compara la presión arterial sistólica medida en el tobillo con la medida en el brazo. Permite detectar una posible disminución del flujo arterial en las extremidades inferiores y contribuye a identificar a pacientes con enfermedad arterial periférica.

Su utilidad no consiste en diagnosticar directamente la enfermedad coronaria, sino en identificar enfermedad vascular periférica que puede alertar sobre un mayor riesgo cardiovascular y motivar una valoración integral de los factores de riesgo.

Metodología

Se propone una revisión narrativa de la literatura científica sobre la utilidad del ITB en la detección de la enfermedad arterial periférica y su relación con la prevención cardiovascular.
·Fuentes de información: PubMed, guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y recomendaciones de la American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC).
·Estrategia de búsqueda: se proponen los términos ankle-brachial index, peripheral artery disease, cardiovascular risk, coronary artery disease y nursing assessment.
·Criterios de inclusión: guías clínicas, revisiones y estudios sobre medición del ITB, diagnóstico de enfermedad arterial periférica y riesgo cardiovascular.

Palabras clave

Índice tobillo-brazo; enfermedad arterial periférica; prevención cardiovascular; enfermedad coronaria; enfermería;aterosclerosis; detección precoz.

Resultados

La literatura científica y las guías clínicas consultadas destacan los siguientes aspectos:
·Prueba sencilla y no invasiva: el ITB puede realizarse mediante un manguito de presión arterial y un dispositivo Doppler, siguiendo una técnica estandarizada.
·Detección de enfermedad arterial periférica: un ITB de 0,90 o inferior se considera anormal y apoya el diagnóstico de enfermedad arterial periférica. Los resultados deben interpretarse junto con la historia clínica y la exploración física.
·Identificación de riesgo cardiovascular elevado: detectar enfermedad arterial periférica permite reconocer a personas con mayor riesgo de eventos cardiovasculares y revisar de forma integral sus factores de riesgo.
·Limitaciones de la prueba: valores elevados, especialmente superiores a 1,40, pueden indicar arterias poco compresibles. Esto ocurre con mayor frecuencia en personas con diabetes o enfermedad renal crónica y puede requerir pruebas complementarias.
·Prevención cardiovascular: la identificación de enfermedad arterial periférica permite reforzar intervenciones como el abandono del tabaco, el control de la presión arterial, la diabetes y el colesterol, la actividad física adaptada y el tratamiento farmacológico indicado por el equipo sanitario.
·Papel de enfermería: la identificación de factores de riesgo, la medición correcta del ITB cuando esté indicada, la educación sanitaria y la derivación ante resultados anormales contribuyen a mejorar la detección precoz y la continuidad asistencial.

Es importante destacar que el ITB no debe utilizarse como prueba universal de cribado de enfermedad coronaria en personas asintomáticas. Su indicación debe basarse en el riesgo vascular, los síntomas y la valoración clínica.

Conclusiones

El índice tobillo-brazo es una **herramienta útil, accesible y no invasiva para detectar la enfermedad arterial periférica**. Su principal aportación a la prevención cardiovascular es identificar alteraciones vasculares que pueden indicar un mayor riesgo de infarto de miocardio, ictus y otras complicaciones.

Sin embargo, el ITB **no diagnostica directamente la enfermedad coronaria ni sustituye la valoración global del riesgo cardiovascular**. Sus resultados deben integrarse en una estrategia preventiva individualizada.

Enfermería desempeña un papel relevante en la detección de factores de riesgo, la educación sanitaria, la promoción de hábitos saludables y el seguimiento de las personas con enfermedad vascular.

PRESERVACIÓN DE LA AUTONOMIA Y FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR. MIRADA DESDE EL EQUIPO DE ENFERMERIA

***AUTORES**: VERONICA JIMENO ENCINAS; MARIA ANGELES SANCHEZ JUAN; ANABEL ALONSO GOMEZ; MARIA ENCARNACIÓN CONDE PRIETO; ANA MANSO FERNÁNDEZ; JOSE TRASTOY GONZALEZ; TERESA ALVAREZ CODESAL; MARIA DEL CARMEN VICENTE SEVILLANO; TAMARA CRESPO CISNEROS; LARA TORIBIO GOMEZ; ANA SOLA MONTORO; SARAY FERNÁNDEZ DELGADO.*

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

CASTILLA Y LEON TIENE UNO DE LOS INDICES DE ENVEJECIMIENTO MAS ALTA DE EUROPA, ESTO PONE A LA REGIÓN COMO REFERENTE EN EL DESARROLLO DE SOLUCIONES.

-LA CRONICIDAD Y LA PERDIDA PROGRESIVA DE AUTONOMIA AUMENTA LA VULNERABILIDAD, LAS CAIDAS Y EL RIESGO DE INSTITUCIONALIZACIÓN.

-LA VALORACIÓN CONTINUADA DEL EQUIPO DE ENFERMERIA, PERMITE DETECTAR LA FRAGILIDAD EN ESTADIOS PRECOCES Y REVERSIBLES, PROMOVIENDO UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE PARA EL PACIENTE.

OBJETIVOS:

EVALUAR EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA PRESERVACIÓN DE LA CAPACIDAD Y AUTONOMIA DEL PACIENTE.

-IDENTIFICAREMOS ESCALAS DE VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE FACIL APLICACIÓN EN LA PRACTICA DIARIA.

-SISTEMATIZAR LAS RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE.

METODO:

SERA EN EL AMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, EN PACIENTES MAS O MENOS DE 65 AÑOS, EVALUADOS EN CONSULTA O PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL MAYOR.

INSTRUMENTOS:
-INDICE DE BARTHEL(ABVD)
-ESCALA DE LAWTON(AIVD)
-TEST DE EJECUCIÓN FISICA SISTEMATICA(SPPB)
-CUESTIONARIO FRIL/ESCALA BARBER

RESULTADO: DETECCIÓN PRECOZ DEL DETERIORO FISICO ANTES DE LA DEPENDENCIA. DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS.MANTENIMIENTO DE LA INDEPENDENCIA EN ACTIVIDADES COTIDIANAS.

CONCLUSIONES:

-LA INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERIA ES UNA ESTRATEGIA INDISPENSABLE PARA FRENAR EL AVANCE HACIA LA DEPENDENCIA.

-LA INTEGRACIÓN DE LA VALORACIÓN FUNCIONAL EN LA HISTORIA CLINICA GARANTIZA PLANES DE CUIDADOS PERSONALIZADOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.

-EL EQUIPO DE ENFERMERIA ES UN MOTOR PARA LA MEJORA DE LA AUTONOMIA DEL PACIENTE.

PALABRAS CLAVE:

ENFERMERIA (ROL ASISTENCIAL Y PREVENTIVO)

FUNCIONALIDAD (EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FISICA Y FRAGILIDAD)

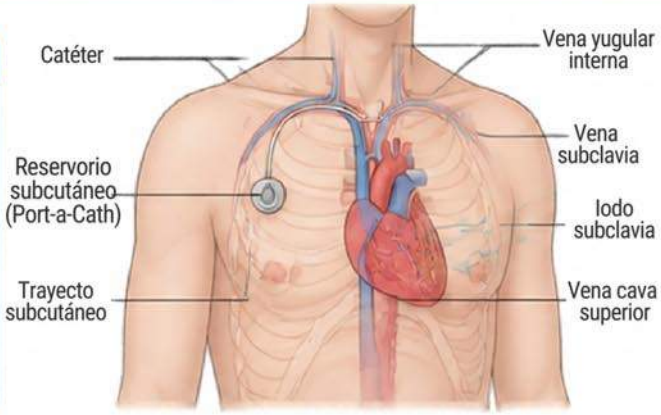
AUTONOMIA (PRESERVACIÓN DE LA INDEPENDENCIA)

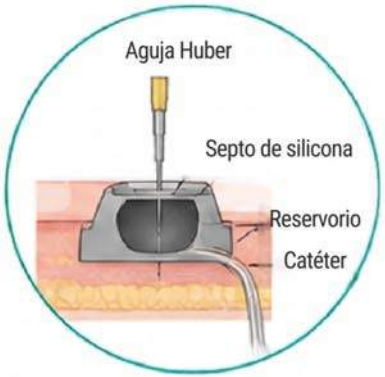
Cuidados de Enfermería en el Manejo del

Reservorio Venoso Subcutáneo (Port-a-Cath)

Antecedentes

El reservorio venoso subcutáneo, o Port-a-Cath, se introdujo en la década de 1970, como alternativa degura y de larga duración a los acceso venosos convencionales. Su uso se extendió especialmente en pacientes oncologícos y pacientescon tratamientos intravenosos prologados para reducir punciones repetidas y mejorar la calidad de vida..





Objetivos

- Garantizar la permeabilidad y el correcto funcionamiento del repertorio
- Prevenir y detectar precozmente infecciones y complicaciones
- Asegurar un acceso seguro para tratamientos prolongados.

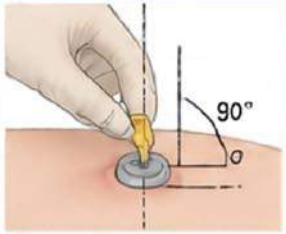
Cuidados de Enfermería

Preparación



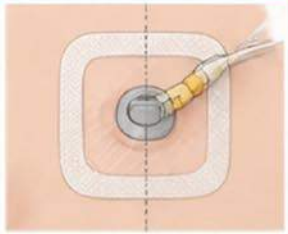
- Identificar al paciente, explicar el procedimiento, higiene de manos y
- Técnica aséptica.
- Preparar material estéril.

Punción



- Antisepsia con clorhexidina alcohólica al 2%
- punción con Aguja Huber a 90°.
- Comprobar retorno sanguíneo sin forzar.
- Fijar y cubrir con aposito estéril

Mantenimiento



- Lavado con suero fiselógico al 0,9% antes y después de la administración
- Cambiar apósito y agua, cada 7 dias
- Vigilar zona de inscrición.

Prevención



- Manipulación aséptica.
- Uso de aguja Huber.
- Lavados periodicos para evitar obstrucciónes
- Vigilar signos de alarma
- Informar al paciente sobre los cuidados del dispositivo y los signos de alarma .

Registro



- Fecha y tipo de procedimiento.
- Material utilizado.
- Permeabilidad.
- Incidencias. y actuaciones

Complicaciones



Infección: eritema, calor local, dolor, exudado, fiebre.



Obstrucción: resistencia al lavado o ausencia de retorno.



Extravasción: dolor, inflamación o fuga.



Trombosis: edema en brazo, cuello o cara.

Resumen

El manejo enfermero del reservorio subcutáneo requiere una técnica aséptica y rigurosa, un mantenimiento adecuado y una vigilancia continua de posibles complicaciones, garantizado un acceso venoso seguro, eficaz y duradero para favorecer la seguridad y calidad de vida del apaciente

Fractura de cadera y delirium

Detección precoz con la escala 4AT y prevención enfermera no farmacológica: propuesta de circuito asistencial

AUTORA
Rebeca Velerdas Herrero

RESUMEN

Casi 3 de cada 10 mayores operados de fractura de cadera desarrollan delirium, que se asocia a mayor mortalidad. Buena parte se puede prevenir y detectar con cuidados enfermeros. Se propone un circuito con cribado 4AT y prevención multicomponente en el ingreso, el postoperatorio y el alta.

Palabras clave: delirium; fracturas de cadera; cuidados de enfermería; cribado; anciano.

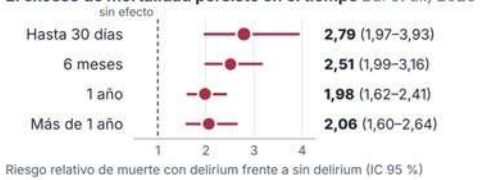
ANTECEDENTES

Delirium: alteración aguda y fluctuante de la atención y la cognición. Es frecuente, grave y en parte prevenible; la forma hipoactiva es la que más pasa desapercibida[4,6].

28 %
delirium tras la cirugía de cadera
Bai et al., 2020[1]

OR 6,07
con demencia previa, el factor más potente
Smith et al., 2017[2]

El exceso de mortalidad persiste en el tiempo *Bai et al., 2020*[1]



Riesgo relativo de muerte con delirium frente a sin delirium (IC 95 %)

Punto de partida: en la unidad no se realiza cribado sistemático de delirium.

ANTECEDENTES · EVIDENCIA PUBLICADA QUE RESPALDA EL CIRCUITO

OR 0,47
delirium con prevención multicomponente (HELP, 14 estudios)
Hshieh et al., 2018[4]

>1/3 menos
delirium con atención geriátrica proactiva en fractura de cadera (NNT 5,6) *Marcantonio et al., 2001*[3]

95,8 / 93,0 %
sensibilidad / especificidad de la 4AT en castellano, en urgencias
Morales-Puerto et al., 2024[5]

RESULTADOS · CIRCUITO ENFERMERO PROPUESTO

Tres momentos, una misma escala y un paquete de cuidados que ya forman parte del trabajo diario de la planta.

1 · INGRESO

Valorar el riesgo

- **4AT** basal
- Factores: demencia, edad ≥80, vivir en residencia[2], déficit sensorial, dolor[6]
- Informar a la familia y pedir gafas y audífonos

2 · POSTOPERATORIO

Prevenir y vigilar

- **4AT** diaria y ante cualquier cambio[6]
- Reorientación y estimulación cognitiva
- Gafas y audífonos puestos
- Movilización precoz
- Hidratación y ayuda para comer
- Sueño sin interrupciones evitables
- Valorar y tratar el dolor[4,6]

4AT ≥4: aviso al médico para confirmar el diagnóstico[6]. En demencia grave puede dar falsos positivos: contrastar con la familia[7]. En reanimación, CAM-ICU[6].

3 · ALTA

Dar continuidad

- Registrar el episodio en la historia y en el informe de continuidad[6]
- Explicar a la familia los signos de alarma

OBJETIVO

Diseñar un circuito enfermero de detección precoz y prevención no farmacológica del delirium en mayores ingresados por fractura de cadera.

MÉTODO

Proyecto de implantación con revisión narrativa. PubMed (5 nov 2026; 3.215 resultados): MeSH *Delirium* e *Hip Fractures* con prevención, cribado, enfermería y mortalidad. Selección de metaanálisis y ensayos, más guías NICE y 4AT. Sin datos de pacientes.

INDICADORES PROPUESTOS

- % con 4AT al ingreso
- % con 4AT diaria
- Incidencia detectada
- Caídas
- Estancia media
- % con registro al alta

CONCLUSIONES

- El delirium es frecuente y grave tras una fractura de cadera; la demencia previa es su factor dominante.
- Sus medidas de prevención y detección son, en gran parte, cuidados enfermeros.
- Un circuito con la 4AT en tres momentos ordena esos cuidados y permite medirlos.
- Siguiente paso: pilotaje en la unidad con los indicadores propuestos.

Referencias. 1. Bai J, Liang Y, Zhang P, Liang X, He J, Wang J, et al. Association between postoperative delirium and mortality in elderly patients undergoing hip fractures surgery: a meta-analysis. Osteoporos Int. 2020;31(2). doi:10.1007/s00198-019-05172-7. 2. Smith TO, Cooper A, Peryer G, Griffiths R, Fox C, Cross J. Factors predicting incidence of post-operative delirium in older people following hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry. 2017;32(4):386-96. 3. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. J Am Geriatr Soc. 2001;49(5):516-22. 4. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: systematic review and meta-analysis of effectiveness. Am J Geriatr Psychiatry. 2018;26(10):1015-33. 5. Morales-Puerto M, Ruiz-Díaz M, García-Mayor S, León-Campos Á, Morales-Asencio JM, Canca-Sánchez JC, et al. Spanish transcultural adaptation of the 4AT score for the evaluation of delirium in the emergency department: a prospective diagnostic test accuracy study. BMC Nurs. 2024;23(1):101. 6. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care (CG103) [Internet]. London: NICE; 2010 [actualizada 2023; citada 5 nov 2026]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg103 7. The 4AT. User guide [Internet]. Edinburgh: 4AT; [citada 5 nov 2026]. Disponible en: https://www.the4at.com/userguide

LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LA TERCERA EDAD

AUTORES: Ana Manso Fernández; José Trastoy González; Anabel Lorenzo Gómez; Mª Ángeles Sánchez Juan; Encarnación Conde Prieto.

RESUMEN

Anemia es una disminución en la concentración de hemoglobina. La OMS establece los rangos de referencia según edad y sexo; la anemia está presente cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 13 g/l en hombres o de 12g/l en las mujeres.
La anemia ferropénica, es un tipo de anemia causada por una deficiencia de hierro.

PALABRAS CLAVE

HEMOGLOBINA, ANEMIA, HIERRO, ALIMENTACIÓN, TRANSFUSIÓN







ANTECEDENTES

Las causas de la deficiencia de hierro:
Disminución del aporte diario con la dieta.
Disminución de absorción de hierro: cirugías, enfermedad celiaca, otras enfermedades.
Incremento de pérdidas de hierro por hemorragias, varices, úlcera péptica.

OBJETIVOS

Medir los niveles de hierro en sangre con:
- Biometría hemática completa
- Cinética del hierro
- Reticulocitos
- Frotis en sangre periférica

Identificar clínica: fatiga, irritabilidad, dolor de cabeza mareos, palidez, dificultad respiratoria.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en bases de datos: Scielo, Pubmed, Cuiden, Cochrane Library.

RESULTADOS

El tratamiento en la anemia ferropénica:
Primera opción HIERRO ORAL si el paciente tiene buena tolerancia funcional.
Segunda opción HIERRO INTRAVENOSO cuando existe intolerancia al hierro oral o enfermedades de interacción más rápidas.
Tercera opción TRANSFUSIÓN reservada para situaciones de inestabilidad o anemia sintomática y comorbilidad cardiovascular.

CONCLUSIONES

La detección precoz de la ferropenia por parte de enfermería reduce complicaciones asociadas y restablece de forma Óptima la calidad de vida y el bienestar de la persona.

ENVELHECIMENTO COGNITIVO: IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO

COGNITIVE AGING: THE IMPORTANCE OF STIMULATION

Cruz, João Ricardo Miranda da
Cruz, Manuel Alexandre Miranda da
Pedreiro, Telma Patrícia Machado
Anton, Tamara Leon
Magalhães, Carlos Pires
Pimentel, Maria Helena

Resumen: A promoção de um envelhecimento ativo e saudável deverá necessariamente contemplar a dimensão cognitiva, mediante a implementação de estratégias de intervenção que estimulem e promovam uma cognição ajustada, ou otimizada.

Palabras clave: Idosos; Cognição; Envelhecimento Cognitivo.

Abstract: The promotion of active and healthy aging must necessarily contemplate the cognitive dimension, through the implementation of intervention strategies that stimulate and promote adjusted, or optimized, cognition.

Keywords: Elderly; Cognition; Cognitive Aging

1. INTRODUÇÃO

A célere transição demográfica e epidemiológica acarreta grandes desafios à área da saúde como, por exemplo, o aumento de doenças crónicas e incapacidades funcionais, o que pressupõe uma maior procura dos serviços de saúde (Moraes, 2012).

A autora salienta-nos ainda que, no que concerne à área cognitiva, o declínio cognitivo sucede como uma realidade expetável no adulto idoso, mas sem uma interferência no seu quotidiano.

Tendo por base de Lima Argimon (2006, p.243) "o envelhecimento humano é um processo biológico natural, e não patológico caracterizado por uma série de alterações morfo-fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acontecem no organismo ao longo da vida".

Assim, o impacto que o envelhecimento produz nas capacidades cognitivas do adulto idoso, consubstancia uma particular relevância.

Tornando-se imprescindível a identificação de estratégias de preservação cognitiva, visando otimizar ou retificar a trajetória biológica de perda funcional, facultando um envelhecimento ativo e saudável.

Segundo Bahar-Fuchs et al. (2013) no domínio da intervenção cognitiva, há três áreas principais: (a) estimulação mental; (b) o treino cognitivo; (c) reabilitação cognitiva.

Para Pereira (2019, p.179) "o envelhecimento biológico traduz-se por uma trajetória de perda de funções fisiológicas que se transpõem, entre outras consequências, na deterioração progressiva da função cognitiva".

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Problema de investigação: Quais as estratégias e intervenções mais pertinentes na promoção da preservação do envelhecimento cognitivo no adulto idoso?

Delinearam-se os seguintes objetivos:

- Identificar os aspetos gerais associados ao envelhecimento, mais concretamente no que concerne ao domínio do envelhecimento cerebral.
- Identificar estratégias e intervenções no domínio da intervenção cognitiva no adulto idoso.

4. METODOLOGÍA

Tipo de Estudo:

Estudo tem como tipologia a revisão sistemática da literatura.

Foi utilizada a estratégia PICO ☾ que representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes.

Resultados na prática baseada na evidência ☾ são os elementos fundamentais da questão da pesquisa e da construção da pergunta para a procura bibliográfica de evidências. É neste contexto que evolui a prática pessoal ☾ na busca de evidências científicas que permitam uma melhor análise e interpretação dos resultados obtidos em investigação ☾ com o objetivo primordial ☾ contribuir para a melhoria dos cuidados (Carvalho & Baptista, 2011).

Tabela 1 - Resumo Estratégia PICO

PICO	DESCRIÇÃO
Paciente	Pessoas com mais 65 anos
Intervenção	Estimulação cognitiva.
Comparação	Grupo de controlo e intervenção
Outcomes	Intervenções e estratégias implementadas visando a prevenção do declínio cognitivo.

4. METODOLOGÍA

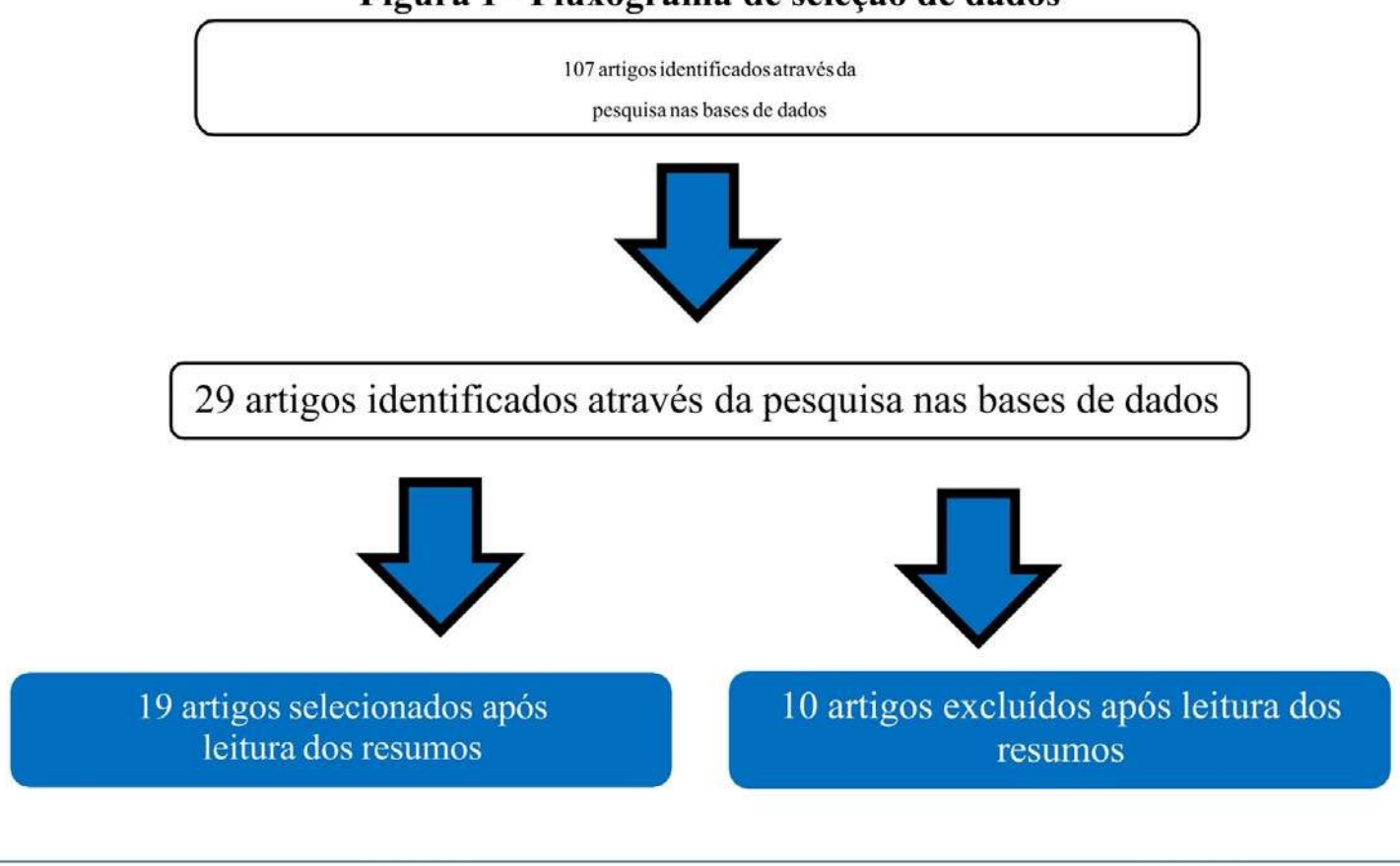
Foram definidos procedimentos específicos de análise dos artigos, respeitando critérios de seleção, quer de inclusão quer de exclusão, tendo sido considerados os termos "Idoso", "Cognição" e "Envelhecimento Cognitivo" como ponto de partida para a recolha inicial dos artigos, bem como a combinação gramatical dos termos em frase, nas línguas portuguesa, inglesa e francesa, como se ilustra na tabela seguinte.

Tabela 2 - Critérios de seleção

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Artigos publicados sobre estimulação cognitiva no adulto idoso.	Entre 2016 e 2025	Anteriores a 2016
	Português, Inglês e Espanhol	Restantes línguas estrangeiras
	Consulta aberta	Limitados (pagamento)

4. METODOLOGÍA

Figura 1 - Fluxograma de seleção de dados



5. APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS RESULTADOS

De acordo com Berger e Mailloux-Poireier (1995) o processo de envelhecimento pode ser de dois tipos: **envelhecimento primário** (envelhecimento natural, ou senescência) e **envelhecimento secundário** (envelhecimento patológico).

O **envelhecimento primário** refere-se às mudanças decorrentes da idade, independentemente de doenças e da influência do ambiente. O **secundário** reporta-se ao surgimento de lesões patológicas, que se incrementam com o avançar do processo.

Inouye (2020) refere que o processo de envelhecimento gera significativas modificações no SNC, podendo ser de variada ordem, desde alterações neuroanatómicas, alterações na neurotransmissão, bem como, alterações neurofisiológicas.

5. APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS RESULTADOS

Segundo Carmona (2018) até ao momento, na compreensão do envelhecimento cerebral, foram identificadas modificações no cérebro como, por exemplo, **a redução no volume de massa cinzenta** (atrofia cerebral), nas regiões do córtex pré-frontal, lobo temporal e hipocampo.

Com o avançar da idade, **o processo de atrofia cerebral sofre uma aceleração**, como nos refere Damasceno (1999, p.81) "com dilatação de sulcos e ventrículos, perda de neurónios, presença de placas neuríticas (PN) e emaranhados neurofibrilares (ENF), depósitos de proteína beta-amilóide e degenerescência grânulo-vacuolar, os quais aparecem precocemente nas regiões temporais mediais e espalham-se por todo o neocórtex".

5. APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS RESULTADOS

O envelhecimento neuronal preconiza Pereira (2019) está intimamente relacionado com as variadas alterações a nível morfológico dos neurónios, que vão desde a diminuição do seu tamanho, diminuição das espinhas dendríticas, comprometimento da comunicação entre neurónios, ocorrência de processos inflamatórios, stress oxidativo e alteração na biodisponibilidade de neurotransmissores.

Yousufuddin e Young (2020) sugerem que as alterações no SNC se dividem em três grandes dimensões: alterações neuroanatómicas (atrofia cerebral, diminuição da contagem de neurónios, aumento das placas neuríticas, por exemplo); alterações na neurotransmissão (declínio na transmissão colinérgica, diminuição da síntese dopaminérgica, diminuição da síntese de catecolaminas); alterações neurofisiológicas (diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, alterações eletrofisiológicas, entre outras).

5. APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os estudos até à atualidade, relacionam um decréscimo na capacidade de memoria a uma atrofia a nível do hipocampo e redução do volume cerebral enquanto, um menor volume do córtex pré-frontal está associado a um pior desempenho da função executiva. Os mesmos estudos acrescentem ainda que, a atrofia da massa cinzenta resulta num impacto significativo no processo de aceleração do declínio da cognição global (Carmona, 2018).

Para Spar e La Rue, (2005) a mudança mais constante no desempenho cognitivo, decorrente do envelhecimento, resulta da velocidade de processamento, que entra em declínio, devido à alteração da rapidez com que as funções cognitivas dos adultos idosos são executadas, bem como das respostas motoras.

5. APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS RESULTADOS

Como nos cita Pita (2014, p. 7):

[…] "o treino cognitivo engloba em si todas as intervenções comportamentais, não farmacológicas, que têm o intuito de preservar, e se possível potenciar, as capacidades intelectuais de um indivíduo, quer através do treino de capacidades cognitivas específicas, quer pelo exercício de atividades que têm como objetivo produzir melhorias num conjunto de áreas, que no seu todo, produzem benefícios na realização de funções da sua vida quotidiana".

5. APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para Nunes e Pais (2014) pode-se destrinçar as várias abordagens no domínio da cognição: estimulação da cognição, que diz respeito a uma estratégia cognitiva mais abrangente; reabilitação da cognição, que consiste em estratégias que se focam na orientação temporal e espacial; treino de cognição, que se concentra em exclusivo na prática de tarefas/funções específicas.

Assim, segundo Sousa e Sequeira (2012, p.8) "para que a eficácia das diferentes técnicas de intervenção na cognição seja maximizada importa que sejam organizadas e realizadas de forma sequencial e periódica, com objetivos específicos delineados, daí a importância dos programas de intervenção na cognição para idosos".

Salientam que antes de proceder-se à implementação de qualquer tipo de programa de intervenção na cognição, é relevante proceder à avaliação respeitante ao perfil cognitivo do adulto idoso, reconhecendo as suas funções cognitivas preservadas e comprometidas.

5. APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os benéficos aportados, passem pela melhora da orientação do doente; das suas funções executivas; da linguagem e da memória; maior capacidade de autonomia e de realização das suas atividades de vida diárias; menor sobrecarga dos cuidadores e/ou família; bem como maior disponibilidade e capacidade para a interação social e consequente melhoria da qualidade de vida do adulto idoso e da sua família (Sequeira, 2007).

Phillips (2017) salienta que a estimulação cognitiva em adultos idosos, também conhecida como treino cognitivo, proporciona benéficos na sua capacidade de cognição global, por via da influência que exerce na preservação da plasticidade cerebral e, consequentemente, permitir a aprendizagem de novas habilidades e competências.

Assim, é um recurso primordial para a reorganização e reabilitação do adulto idoso, pelo fato de fomentar a aquisição de novas conexões que contribuem para um bom desempenho das suas atividades do dia-a-dia.

5. APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS RESULTADOS

Estudos têm demonstrado uma relação entre o exercício de estimulação cognitiva em adultos idosos e redução da atrofia do volume do hipocampo (Cheng, 2016).

Ainda, outros estudos sugerem que quando praticada a estimulação cognitiva, os idosos detêm capacidade de aprender e aplicar estratégias de memória nas suas atividades quotidianas, fortalecendo, assim, a existência da plasticidade da memória na terceira idade, por conseguinte, a possibilidade de compensação dos déficits cognitivos no envelhecimento saudável (Gomes et al., 2020).

Bonnechère et al. (2020) realizaram uma meta-análise para avaliar o impacto do treino cognitivo computorizado na função cognitiva de adultos idosos com envelhecimento normativo. Após a analise dos resultados, depararam-se com melhorias estatisticamente significativas na velocidade de processamento, memória de trabalho, função executiva e memória verbal.

6. CONCLUSÕES

O envelhecimento da população continua a aumentar e, com ele, surgem perdas diversas, nomeadamente das capacidades cognitivas. Ao nível cognitivo, estas perdas podem ser prevenidas ou desaceleradas através da realização de atividades que promovam o estimulo cognitivo, podendo contribuir para o atraso na deterioração cognitiva ou para a manutenção destas funções.

Sequeira (2018) refere que antes de realizar qualquer programa de intervenção na cognição é importante avaliar o perfil cognitivo do indivíduo. Lopes et al. (2017) acrescentam que, para alcançar um adequado plano de estimulação e reabilitação da função executiva, é necessário realizar uma avaliação das funções executivas, para identificar o estado de funcionalidade antes do tratamento.

6. CONCLUSÕES



Sequeira (2018) refere que um programa de estimulação da cognição consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser implementados individualmente ou em grupo, sendo habitualmente realizados num determinado período de tempo e procurando cumprir determinados objetivos específicos. O autor acrescenta, ainda, que os programas de intervenção cognitiva são muito importantes para as pessoas mais velhas desde que organizados e realizados de forma sequencial e periódica.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berger, L., & Mailloux-Poireier, D. (1995). Pessoas idosas – uma abordagem global. Lusodidactica.

Carmona, K. C. (2018). Variáveis associadas ao envelhecimento cerebral bem sucedido em uma amostra de idosos muito idosos da comunidade. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina, para a obtenção do título de Mestre. Universidade Federal de Minas Gerais. http://hdl.handle.net/1843/FRSS-BB2KS7

Damasceno, B. P. (1999). Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. Arquivos de Neuropsiquiatria, 57(1), 78-83. https://doi.org/10.1590/S0004- 282X1999000100015

Gomes, E. C. C., Souza, S. L., Marques, A. P. O., & Leal, M. C. C. (2020). Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. Ciência Saúde Coletiva; 25, 2193-2202.

Inouye, S. K. (2020). Neuropsychiatric Aspects of Aging. In: Goldman L, Schafer AI, editors. Goldman-Cecil Medicine. 26th ed. Elsevier.

Lima Argimon, I. I. (2006). Aspectos cognitivos em idosos. Avaliação Psicológica, 5 (2), 243-245. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=335027180015

Lopes, R., Bastos, A.& Argimon, I. (2017). Treino das funções executivas em idosos: uma revisão de literatura. Cuadernos de Neuropsicología. 1 (1), 11-29.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Moraes, E. N. (2012). Atenção à saúde do idoso (1ª edição). Organização Pan-Americana da Saúde. https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf

Nunes, B. & Pais, J. (2014). Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação (2ª edição). Lidel

Pita, S.E.N.F. (2014). Treino cognitivo nos idosos. Dissertação de mestrado integrado em Medicina (Geriatria). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 7-10. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29234/1/Treino%20Cognitivo%20nos%20Idosos%20%28FINAL%29.pdf

Pereira, T. (2019). A função cognitiva no Envelhecimento. Instituto Politécnico de Coimbra IPC | Inovar Para Crescer. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32920/3/A%20fu

Sequeira, C. (2018). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lidel.

Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (8), 7-15. DOI:10.19131/rpesm.0065

Spar, J.E., & La Rue, A. (2005). Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica. Climepsi Editores.

Yousufuddin, M., & Young, N. (2019). Aging and ischemic stroke. Aging, 11 (9),2542–2544. doi.org/10.18632/aging.101931

ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO: ¿PROBLEMA O DESAFIO?

Autores: *Leon Anton, Tamara ;Miranda Da Cruz, João Ricardo; Miranda Da Cruz, Manuel Alexandre; Machado Pedreiro, Telma Patrícia;; Pires Magalhães, Carlos; Pimentel, Maria Helena.*

Resumen

El índice de envejecimiento en Portugal alcanzó un valor de 182 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022), según el censo de 2021, lo que indica la existencia de 182 personas de 65 años o más por cada 100 jóvenes de entre 0 y 14 años. Por regiones, el Centro y el Alentejo presentan los valores más altos de envejecimiento, mientras que las Azores registran el valor más bajo.

Este trabajo consiste en una revisión sistemática de la literatura que aborda el tema del envejecimiento demográfico como un problema o desafío para las personas mayores.

Los objetivos se establecieron de la siguiente manera: identificar estrategias para el envejecimiento demográfico en las personas mayores; caracterizar los beneficios e importancia del estudio del envejecimiento demográfico en las personas mayores.

Se utilizó la estrategia PICO, que significa Paciente, Intervención, Comparación y Resultados.

El envejecimiento demográfico implica importantes desafíos económicos y sociales, principalmente en la sostenibilidad de los sistemas de protección social y en la planificación de políticas de salud pública para abordar el envejecimiento de la población.

Se definieron los procedimientos específicos para el análisis de los artículos, respetando los criterios de selección, tanto para la inclusión como para la exclusión, considerando los términos "ancianos", "dolor crónico" y "tratamiento" como punto de partida para la recopilación inicial de artículos, así como la combinación gramatical de los términos en oraciones, en portugués, inglés y francés,.

De los 71 artículos identificados mediante la búsqueda en la base de datos, se obtuvieron 9. Tras leer sus resúmenes, se seleccionaron 7 artículos y se excluyeron 3.

Concluimos que el análisis del envejecimiento demográfico es de gran utilidad para identificar el problema o desafío.

Palabras claves:
Envejecimiento, persona, mayor, demografia.

Antecedentes

Entre 2011 y 2021, según el IBGE (2022), la edad promedio de la población aumentó, alcanzando los 45,4 años, siendo mayor para las mujeres (46,9 años) que para los hombres (43,8 años). Asimismo, según la misma fuente, se observó una disminución en el índice de rejuvenecimiento de la población activa, que pasó de 94 en 2011 a 76 en 2021, lo que indica que por cada 100 personas que abandonan el mercado laboral, solo 76 ingresan. La población se distribuye de manera desigual, con una fuerte concentración en la costa y en la Región Metropolitana de São Paulo, donde el 20% ocupa solo el 1,1% del territorio. Los datos también revelan cambios en las estructuras familiares, con una disminución en el número promedio de personas por hogar y un aumento en el número de hogares unipersonales, que representan el 24,8% del total de hogares. Según los resultados de los censos de 2011 y 2021 (INE, 2022), se observa una notable reducción de la población en todos los grupos de edad hasta los 39 años, representada por un estrechamiento de la base de la pirámide de edad.

Según las estadísticas proporcionadas por la oficina estadística de la Unión Europea, Eurostat (2024), sobre los 27 Estados miembros de la UE, se observa que las tendencias demográficas se caracterizan por bajas tasas de natalidad y una mayor esperanza de vida. El 1 de enero de 2023, la población de la UE se estimaba en 448,8 millones de personas, de las cuales más del 21 % tenía 65 años o más. Entre 2013 y 2023, la proporción de personas mayores aumentó en casi todos los Estados miembros, con Italia y Portugal registrando los porcentajes más altos (24 % en ambos casos). Luxemburgo, Irlanda y Chipre fueron los tres países con la menor proporción de personas mayores (14,9 %, 15,2 % y 16,6 %, respectivamente). La tasa de dependencia de la tercera edad (número de personas de 65 años o más en relación con la población en edad laboral) alcanzó el 33,4 % en 2023. Entre 2022 y 2023, esta tasa aumentó en 21 Estados miembros de la Unión Europea, disminuyó en cinco países (República Checa, Estonia, España, Hungría y Malta) y se mantuvo sin cambios en uno (Alemania). Según la misma fuente, la población de la tercera edad seguirá creciendo hasta 2100 (Figura 2), pudiendo alcanzar el 32,5 % de la población. Asimismo, según la misma fuente, se prevé que el grupo de personas mayores (de 80 años o más) aumente del 6 % al 15,3 %, lo que representa un incremento de dos veces y media entre 2023 y 2100.

Estos cambios plantean importantes desafíos económicos y sociales, en particular en lo que respecta a la sostenibilidad de los sistemas de protección social y la planificación de políticas de salud pública para abordar el envejecimiento demográfico.

Objetivos

Problema de investigación:

¿El envejecimiento demográfico supone un reto o un problema para las personas mayores?

Se plantearon los siguientes **objetivos:**

Identificar las estrategias de envejecimiento demográfico en adultos mayores;

Caracterizar los beneficios y la importancia del estudio del envejecimiento demográfico en adultos mayores.

Método

Tipo de estudio:

Este estudio se clasifica como una revisión sistemática de la literatura.

Se utilizó la estrategia PICO (Paciente, Intervención, Comparación y Resultados).

Los resultados en la práctica basada en la evidencia constituyen los elementos fundamentales de la pregunta de investigación y de la formulación de la misma para la búsqueda bibliográfica de evidencia. Es en este contexto que la práctica personal se desarrolla en la búsqueda de evidencia científica que permita un mejor análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, con el objetivo principal de contribuir a la mejora de los cuidados de enfermería (Carvalho & Baptista, 2011).

PICO	Descripción
Paciente	Personas con más de 65 años
Intervención	Problema o desafío asociado al envejecimiento.
Comparación	Grupo de control e intervención
Outcomes	Potencialidades asociadas al envejecimiento

Se han definido procedimientos específicos para el análisis de los artículos, respetando los criterios de selección, tanto de inclusión como de exclusión, considerando los términos "ancianos", "envejecimiento" y "estudio" como punto de partida para la recopilación inicial de artículos, así como la combinación gramatical de los términos en oraciones, en portugués, inglés y francés, como se ilustra en la tabla a continuación.

Criterios de selección	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados de la evaluación y tratamiento en la persona mayor.	de 2010 a 2024	Antes de 2010
	Português, Inglés e Francés	Otros idiomas extranjeros
	Consulta abierta	Con pagamiento

Se identificaron 71 artículos mediante búsquedas en bases de datos.

Se identificaron 9 artículos mediante búsquedas en bases de datos.

Se seleccionaron 7 artículos tras leer los resúmenes.

Se excluyeron 3 artículos después de leer los resúmenes.

Resultados

El envejecimiento demográfico tiene diversas causas en su origen. El estrechamiento de la base de la pirámide de edad y el ensanchamiento de los grupos de mayor edad se deben a las bajas tasas de natalidad y al aumento de la longevidad (INE, 2022).

La ausencia de personas en edad laboral, principalmente jóvenes, contribuye al envejecimiento de la población residente, lo que genera una tendencia negativa en el índice de rejuvenecimiento poblacional (INE, 2022).

El aumento del envejecimiento de la población conlleva distintas consecuencias que se reflejan en diferentes áreas. En términos de organización socioeconómica, hay un crecimiento significativo de la carga financiera para el Estado, resultante, por un lado, de la reducción de la población activa, lo que implica una disminución de los ingresos fiscales y, por otro lado, de la necesidad de crear y mantener un mayor número de instalaciones sociales, como estructuras residenciales para ancianos (ERPI) - residencias de ancianos, centros de día (CD), centros nocturnos, centros comunitarios, servicios de apoyo a domicilio (SAD), entre otros. La Carta Social, en Portugal, Este documento, elaborado por la Red de Servicios y Equipamiento, proporciona datos que caracterizan y analizan los diversos servicios de apoyo social, incluidos los destinados a las personas mayores. En su última versión de 2022, se constató que las respuestas sociales para las personas mayores abarcaban más de 300.000 plazas (Ministerio de Trabajo, Solidaridad y Seguridad Social [MTSSS], 2022), de las cuales el 93% (280.223) se destinaban a ERPI, CD y SAD.

Las políticas sociales para las personas mayores tienden a ser más costosas debido al aumento del número de beneficiarios, la mayor longevidad de esta población y la complejidad de sus problemas de salud (Mendes, 2011).

Como señala Névoa (2024, p. 221), «el envejecimiento de la población portuguesa es una realidad que se ha intensificado en los últimos años, lo que conlleva complejos retos relacionados con el acceso a una atención de calidad para las personas mayores».

Conclusiones

Según la Organización Mundial de la Salud, la estrategia de priorizar la inversión en la salud y el bienestar de las personas mayores promueve un envejecimiento saludable y garantiza sus derechos fundamentales. El envejecimiento de la población impulsa la demanda de profesionales especializados y soluciones innovadoras, transformando el sector en un área económica con alto potencial, a la vez que exige políticas inclusivas y estrategias de cohesión territorial para mitigar sus efectos.

En Portugal, en comparación con la mayoría de los países, el envejecimiento demográfico se ha intensificado, reflejando un aumento continuo durante muchas décadas. Este fenómeno se ve agravado por la disminución de la natalidad y el aumento de la longevidad. Esta última representa una ventaja para la especie humana y, por lo tanto, no debe considerarse un problema, sino un reto. Además, y manteniendo la premisa de la calidad de vida, alcanzar una mayor longevidad es, en general, una aspiración para cualquier persona, aunque depende de la interacción entre la capacidad intrínseca y el entorno.

Referencias Bibliográficas

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002). Censos 2001 Resultados definitivos. Disponível em: https://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBou=94774&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional De Estatística [INE] (2022). Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal. Disponí-vel em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=585793364&att_displ ay=n&att_ download=y

Mendes, F.R. (2011). Segurança Social. O Futuro Hipotecado. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [MTSSS] (2022). Carta Social - Rede de Ser-viços e Equipamentos - Relatório 2022. https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2022.pdf/9f136416-2d78-4ece-aff5-81eed2296043

Névoa, M.J. (2024). Posso falar-te de velhos? Cordel d´Prata.

AEROSOLTERAPIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD: EL PAPEL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

FERNÁNDEZ CORTÉS, CLAUDIA; ALVARADO TURIEL, BEATRIZ; GARCÍA BERNAL, ANTONIO JESÚS; SOGO PÉREZ, MARGARITA; ESTEBAN HERNÁNDEZ, VERÓNICA; COCO AGUADO, SILVIA; ARGUELLO GÓMEZ, INÉS; FLORES DOMÍNGUEZ, TERESA ELSA; SÁNCHEZ MARTÍN, SONIA; CORTÉS MARCOS, AURORA; PORDOMINGO ARÉS, ALEJANDRO

INTRODUCTION

La aerosolterapia es un procedimiento terapéutico que permite administrar medicamentos directamente en las vías respiratorias mediante dispositivos que generan partículas inhalables. Se utiliza en el tratamiento de diversas enfermedades respiratorias, como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sin embargo, los errores en la técnica de inhalación, el desconocimiento del funcionamiento de los dispositivos y la falta de adherencia al tratamiento pueden reducir su eficacia.

El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la educación para la salud en el uso correcto de la aerosolterapia y destacar el papel del equipo de enfermería en la formación de pacientes y cuidadores.

Se propone una revisión de la literatura científica y de las recomendaciones clínicas sobre administración de medicamentos inhalados y educación sanitaria. La evidencia disponible destaca que la enseñanza práctica, la demostración de la técnica y la comprobación periódica de los conocimientos favorecen el uso adecuado de los dispositivos y pueden contribuir a mejorar el control de los síntomas respiratorios.

ANTECEDENTES

La aerosolterapia permite administrar medicamentos en forma de partículas que alcanzan las vías respiratorias mediante diferentes dispositivos.

Su utilización es habitual en el manejo de enfermedades respiratorias, especialmente el asma y la EPOC.

Entre los dispositivos más utilizados se encuentran los inhaladores presurizados de dosis medida, los inhaladores de polvo seco y los nebulizadores. Cada uno presenta características específicas y requiere una técnica de administración adaptada a su funcionamiento y a las capacidades del paciente.

La eficacia del tratamiento inhalado depende, entre otros factores, de la elección del dispositivo adecuado, la correcta ejecución de la técnica y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas. Los errores de inhalación pueden dificultar la llegada del medicamento a los pulmones y comprometer el control de la enfermedad.

En este contexto, la educación para la salud constituye una intervención fundamental. Enfermería desempeña un papel clave mediante la demostración práctica, la resolución de dudas, la detección de dificultades y la revisión periódica de la técnica, favoreciendo un tratamiento más seguro y eficaz.

PALABRAS CLAVE

Aerosolterapia; educación para la salud; enfermería; terapia inhalada; adherencia terapéutica; enfermedades respiratorias; autocuidado.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la importancia de la educación para la salud en la utilización correcta de la aerosolterapia y en la mejora de los cuidados respiratorios.

Objetivos específicos

a. Describir los principales dispositivos utilizados en la administración de medicamentos inhalados.
b. Identificar los errores más frecuentes durante la técnica de inhalación.
c. Destacar la función de enfermería en la educación sanitaria de pacientes y cuidadores.
d. Promover la adherencia terapéutica y la prevención de complicaciones relacionadas con un uso incorrecto.
e. Fomentar el autocuidado y la participación activa del paciente en el tratamiento.

METODOLOGÍA

Se propone una revisión narrativa de la literatura científica sobre aerosolterapia y educación para la salud, centrada en la técnica de administración, la adherencia terapéutica y las intervenciones de enfermería.

Fuentes de información: PubMed, CINAHL, guías clínicas de enfermedades respiratorias y documentos de educación sanitaria.

Estrategia de búsqueda: se proponen los términos aerosol therapy, inhaler technique, patient education, nursing care, asthma y COPD.

Criterios de inclusión: publicaciones y recomendaciones clínicas relacionadas con el uso correcto de dispositivos inhalatorios, la educación sanitaria y el seguimiento de pacientes con enfermedades respiratorias.

RESULTADOS

La literatura sobre aerosolterapia y educación sanitaria permite destacar los siguientes aspectos:

Mejora de la técnica inhalatoria: la demostración práctica y la repetición supervisada de los pasos de administración ayudan a identificar y corregir errores.

Importancia de la individualización: la elección del dispositivo debe considerar la edad, la coordinación, la capacidad inspiratoria, la destreza manual y las necesidades clínicas de cada paciente.

Prevención de errores frecuentes: entre los errores que deben vigilarse se encuentran la inspiración inadecuada, la falta de coordinación entre la pulsación y la inhalación cuando es necesaria, la preparación incorrecta del dispositivo y el mantenimiento insuficiente.

Mayor adherencia terapéutica: comprender para qué sirve cada medicamento, cómo se administra y cuándo debe utilizarse favorece la participación activa del paciente en su tratamiento.

Prevención de efectos adversos: la educación sobre las medidas posteriores a la inhalación, como el enjuague bucal tras el uso de corticoides inhalados cuando esté indicado, contribuye a reducir determinados efectos locales.

Papel de enfermería: la enseñanza individualizada, el método de demostración y retorno de la demostración (teach-back), la entrega de instrucciones claras y la reevaluación periódica permiten reforzar el aprendizaje.

Promoción del autocuidado: la educación sanitaria facilita que pacientes y cuidadores reconozcan las dificultades en el tratamiento y sepan cuándo consultar con los profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

La aerosolterapia es una herramienta terapéutica importante en el tratamiento de las enfermedades respiratorias, pero su eficacia depende en gran medida del uso correcto del dispositivo y de la adherencia al tratamiento prescrito.

La educación para la salud permite mejorar los conocimientos del paciente, prevenir errores de administración y fomentar el autocuidado. En este proceso, enfermería desempeña un papel esencial mediante la valoración de las necesidades individuales, la enseñanza práctica, la comprobación de la técnica y el seguimiento continuado.

Se considera fundamental incorporar la revisión de la técnica inhalatoria a la práctica asistencial habitual, adaptando la información a la edad, las capacidades y el nivel de comprensión de cada persona. Estas intervenciones pueden contribuir a un tratamiento más seguro y a un mejor control de las enfermedades respiratorias.

ENFERMERÍA EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Tecnología en las manos, humanidad en el cuidado



1 RESUMEN

La inteligencia artificial **(IA)** está adquiriendo una relevancia creciente en todos los ámbitos de nuestro entorno y, en el sanitario también.

Su aplicación puede contribuir a la identificación de riesgos, la toma de decisiones clínicas y la optimización de determinados procesos asistenciales.

Sin embargo, su incorporación plantea desafíos relacionados con la seguridad del paciente, la privacidad, los sesgos algoritmicos y la responsabilidad profesional.

2 PALABRAS CLAVE

Inteligencia artificial; enfermería; cuidados de enfermería; seguridad del paciente; humanización de la atención.

"¿QUÉ APORTA LA ENFERMERÍA QUE UNA MÁQUINA NUNCA DEBERÍA SUSTITUIR?"

LA IA PUEDE AYUDARNOS A INTERPRETAR LOS DATOS, PERO **CUIDAR** SIEMPRE IMPLICARÁ LA NECESIDAD DE **COMPRENDER** A LA PERSONA

3 ANTECEDENTES

La transformación digital del sistema sanitario está favoreciendo el desarrollo de herramientas de **IA** aplicadas a la valoración clínica, la monitorización y el apoyo a la toma de decisiones.

Las revisiones científicas corroboran el potencial para mejorar algunos procesos de atención, aunque persisten limitaciones relacionadas con la calidad de la evidencia, la generalización de los resultados y la implementación en entornos clínicos reales.

4 OBJETIVOS

- Identificar las principales aplicaciones de la **IA** en la práctica enfermera.
- Explorar sus beneficios potenciales y los riesgos asociados.
- Reflexionar sobre su integración responsable sin menoscabar el juicio clínico ni la relación terapéutica.

5 MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica de publicaciones científicas sobre inteligencia artificial aplicada a enfermería en bases de datos como PubMed y CINAHL. Se han valorado artículos solo de los últimos cinco años, escritos en español o en inglés.

6 RESULTADOS

La literatura consultada identifica tres áreas principales de interés:

- **La IA como aliada:** una herramienta para apoyar el razonamiento clínico, anticipar riesgos y mejorar determinados procesos.
- **La enfermera como profesional responsable:** su juicio clínico, experiencia, capacidad de adaptación y responsabilidad siguen siendo fundamentales.
- **La humanización como eje del cuidado:** la empatía, la escucha, la confianza y el acompañamiento deben seguir ocupando un lugar central.

7 CONCLUSIONES

La **IA** representa una oportunidad para apoyar determinados procesos de enfermería, pero su utilidad depende de una implementación segura, evaluada y adaptada al contexto asistencial.

La tecnología debe complementar, y no sustituir, el juicio clínico, la empatía o la responsabilidad de enfermería.

DEL SEDENTARISMO A LA ACCIÓN: EL IMPACTO DEL EJERCICIO PARA POTENCIAR LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA EN LA DIABETES TIPO 1

Coco Barba Mª Paz, Alberca Guerrero Elena, Blanco Alberca Mª Angeles, Fernandez de la Vega Elisabeth

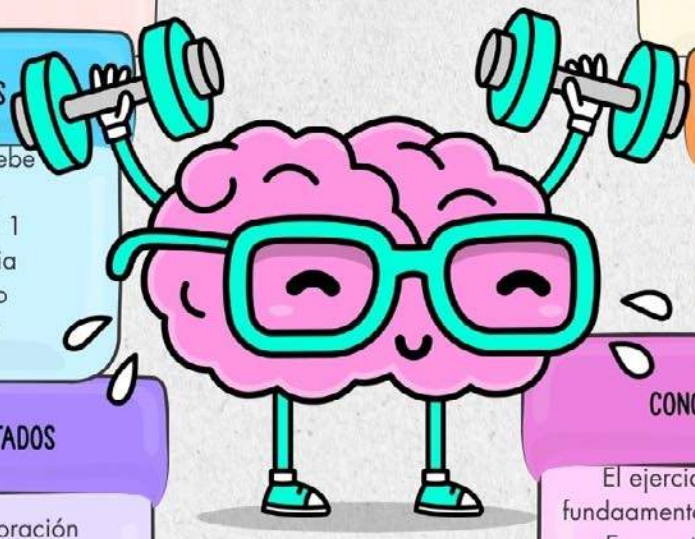
La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad autoinmune y metabólica caracterizada por una destrucción selectiva de las células beta del páncreas causando una deficiencia gradual y absoluta de insulina. Las personas que la padecen necesitan insulina exógena desde el momento del diagnóstico y de por vida.

1 PALABRAS CLAVE

Diabetes Mellitus tipo 1, adulto, ejercicio fisico, sensibilidad insulina

2 OBJETIVO

Este trabajo busca describir la relación entre el ejercicio fisico y la mejora en la sensibilización a la insulina en personas con diabetes tipo 1



3 ANTECEDENTES

Frente al sedentarismo y el estrés actual, el ejercicio debe considerarse un movimiento cotidiano y sostenible. Aunque históricamente se evitaba en la diabetes tipo 1 por temor a las fluctuaciones glucémicas, la evidencia científica actual confirma que es un pilar terapéutico clave para optimizar la sensibilidad a la insulina y mejorar la salud metabólica integral.

4 MÉTODO

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante la consulta de artículos científicos, revisiones sistemáticas, guías clínicas s en bases de datos especializadas (PubMedr Scielo y portales de endocrinología y medicina deportiva)

5 RESULTADOS

Los estudios analizados evidencian que la incorporación sistemática de ejercicio físico en pacientes con diabetes tipo 1 contribuye a una mayor estabilidad glucémica, reflejándose en una optimización de los valores de hemoglobina glicosilada y una modulación favorable en los requerimientos diarios de insulinoterapia exógena.

6 CONCLUSIONES

El ejercicio regular constituye una intervención terapéutica segura y fundaamental en la diabetes tipo 1,:

- Es una terapia multidimensional que optimiza de forma directa la sensibilidad a la insulina y la regulación de la glucosa.
- Transforma positivamente la salud metabólica, cardiovascular, neuromuscular y emocional.
- Es un pilar seguro, indispensable y transformador en la diabetes tipo 1.

SOLEDAD NO DESEADA, ANCIANO FRÁGIL Y PAPEL DE LA ENFERMERA COMUNITARIA

RESUMEN

La **soledad** no deseada constituye un problema creciente de salud pública. La OMS reconoce que el aislamiento social y la soledad aumentan el riesgo de deterioro físico, mental y social en las personas mayores. La enfermera comunitaria constituye un pilar fundamental en su detección precoz y abordaje, mejorando la calidad de vida de la población anciana.

PALABRAS CLAVE

Soledad no deseada,
Personas mayores
Anciano frágil
Enfermería comunitaria
Fragilidad

ANTECEDENTES

La soledad no deseada impacta negativamente en la **salud física, emocional y funcional** de las personas mayores frágiles. Su identificación precoz y abordaje desde la enfermería comunitaria permiten reducir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de esta población.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica disponible sobre la soledad no deseada en el anciano frágil y el papel de la enfermería comunitaria en su detección y abordaje.

Objetivos específicos

Identificar el impacto de la soledad no deseada sobre la salud y la fragilidad de las personas mayores.

Describir las principales intervenciones de enfermería comunitaria dirigidas a prevenir y reducir la soledad no deseada.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en CUIDEN, CINHAL y Google Scholar, con las palabras clave y los operadores booleanos AND, OR.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La soledad no deseada y la fragilidad mantienen una relación bidireccional, favoreciendo el deterioro funcional. Los factores relacionados son la viudedad, vivir solo, entornos rurales, enfermedades crónicas y escaso apoyo social. La enfermera comunitaria, a través del cribado de fragilidad y una valoración integral, promociona el envejecimiento activo con la coordinación de los recursos comunitarios.

La soledad y fragilidad constituyen un problema de salud pública. La implementación de la enfermera comunitaria es clave para la detección precoz y el abordaje integral de la soledad no deseada y la fragilidad, contribuyendo a mantener la autonomía, prevenir la dependencia y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

¡Que no te la cuelen!

FASE 1 · DIAGNÓSTICO · NOVIEMBRE 2026

VIII CONGRESO
SILVER ECONOMY
Zamora · 26–28 nov 2026

Jóvenes formados para ayudar a personas mayores a detectar estafas digitales

Domingo Payo Hernández y Florencio Revesado Herrero · Bachillerato y Ciclos Formativos de la rama de Administración de Empresas · IES La Vaguada, Zamora

ANTECEDENTES

88 % de los ciberdelitos registrados en 2025 fueron estafas informáticas

429.677 casos · Ministerio del Interior (2026)

OBJETIVOS

1. Diagnosticar qué estafas y mensajes reales distingue el alumnado.
2. Formarlo, medir su mejora y preparar la formación a personas mayores.

MÉTODO

36 estudiantes de Bachillerato y Ciclos Formativos de la rama de Administración de Empresas, en el aula y con su móvil.

1. **Juego «¿Real o estafa?»**
   10 mensajes: 5 estafas y 5 reales.
2. **Pistas tras cada respuesta**
   Orden aleatorio de mensajes.
3. **Código anónimo**
   Qué acertó y en qué orden.

Indicadores: aciertos por mensaje y posición

¿REAL O ESTAFA? ASÍ SE RECONOCE



LAS 5 PISTAS QUE ENSEÑA EL JUEGO

1	2	3	4	5
Prisa o amenaza	Enlace extraño	Número nuevo o desconocido	Pide dinero o claves	Demasiado bueno

HOJA DE RUTA

FASE 1 · NOV 2026	FASE 2 · ENE 2027	FASE 3 · FEB–MAR 2027
Diagnóstico del alumnado	Formación y nuevo test	Formación a personas mayores

RESULTADOS · FASE 1

n = 36

91 %

Estafas	92 %
Reales	91 %
Bach. / Ciclos	89 / 93 %
Más difíciles	83 %

Código por SMS, ayuda de la Seg. Social y aviso real del banco

Diagnóstico realizado el 10 nov 2026

ESCANÉALO

Panel en directo y juego del proyecto

Los 10 mensajes del piloto, en tu móvil.

CONCLUSIONES · ALCANCE

- El diagnóstico identificó los mensajes más difíciles: avisos oficiales y bancarios.
- Los jóvenes ya tienen buena base; ahora se trata de convertirlos en formadores.
- La eficacia se medirá tras las fases de 2027.

RESUMEN El proyecto propone detectar estafas digitales con 10 mensajes (5 fraudulentos y 5 reales). En la fase 1, 36 estudiantes de Bachillerato y Ciclos Formativos de la rama de Administración de Empresas realizan un diagnóstico inicial. En 2027 se abordarán la formación y la evaluación con alumnado y personas mayores.

PALABRAS CLAVE estafas digitales; personas mayores; aprendizaje intergeneracional; Bachillerato; Ciclos Formativos.

FUENTE Ministerio del Interior. (2026). *Informe sobre la cibercriminalidad en España 2025.*

TALLER DE ENFERMERÍA COMUNITARIA SAYAGO PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Educación para la salud,conocimiento de la enfermedad, autocuidado y mejora de la calidad de vida

2.2.1 RESUMEN

La fibromialgia afección crónica asociada a dolor generalizado, fatiga y alteraciones del sueño y la función cognitiva. Se propone un taller grupal de enfermería en Fermoselle para pacientes y familiares donde se reforzaron conocimientos y entrenamiento estrategias de autocuidado. Acudieros 3 pacientes con fibromialgia, marido de una de ellas, otra amiga y otra amiga que la paciente no pudo acudirLa intervención combina educación, práctica guiada y evaluación pre/post.

2.2.2 AUTORES

FERNÁNDEZ CORTÉS, CLAUDIA; CORTÉS MARCOS, AURORA;;FLORES DOMÍNGUEZ, TERESA ELSA; ALVARADO TURIEL, BEATRIZ; GARCÍA BERNAL, ANTONIO JESÚS; SOGO PÉREZ, MARGARITA; ESTEBAN HERNÁNDEZ, VERÓNICA; COCO AGUADO, SILVIA; ARGUELLO GÓMEZ, INÉS; SÁNCHEZ MARTIN, SONIA; PORDOMINGO ARES,

2.2.3 PALABRAS CLAVE

Fibromialgia · Enfermería Comunitaria · Educación para la salud · Autocuidado , cognitivo·



2.2.4 ANTECEDENTES

Una de las pacientes demandó en consulta de enfermería que quería conocer la opinión de otras pacientes que sufren esta enfermedad.La fibromialgia se caracteriza por dolor crónico generalizado y puede acompañarse de fatiga, sueño no reparador, dificultades cognitivas y malestar emocional. Su impacto es biopsicosocial y variable entre personas. Se procedió a un abordaje individual de cada paciente y posteriormente se oferrtó un taller grupalpara conocer la enfermedad el ejercicio adaptado y las estrategias no farmacológicas forman parte del manejo de la fibromialgia

2.2.5 OBJETIVOS

GENERAL

Promover conocimientos y habilidades de autocuidado mediante un taller de enfermeríadonde cada paciente exprese sus dudas y acompañantes conozcan esta enfermedad

ESPECÍFICOS

- Practicar estrategias de manejo del dolor y la fatiga.
- Favorecer actividad física gradual y adaptada.
- Mejorar hábitos de sueño y regulación emocional.
- Elaborar un plan personal de autocuidado.

2.2.6 MÉTODO

Diseño: intervención educativa grupal propuestapor enfermería C. S .Sayago

Población: Pacientes con diagnóstico de fibromialgia y acompañntes cercanos

Formato: 2 sesiones de 60 min; grupo 6 con fibromialgia y 3 acompañantes

Lugar: Aula formación consultorio Fermoselle

Metodología: participativa con preguntas abiertas

Evaluación: cuestionario de conocimientos antes/después y encuesta de satisfacción.. Texto libre que le ha parecido esta iniciativa

PROGRAMA DE SESIONES

1. Hablemos de la fibromialgia • 2. Manejo del dolor y conservación de energía • 3. Actividad física gradual y adaptada

2. Cognitivo: Sueño y hábitos saludables •Niebla mental 5. Gestión emocional y ...idual de autocuidadoEn cada una de las dos sesiones se utilizaron´palabras sencillas y se animó a cada participante a expresar sus emocic



Con un taller con un número reducido de personas todas de una misma comunidad mostraron sus preocupaciones y de la mano de la enfermería fueron guiadas a entend mejor su enfermedad.

2.2.7 RESULTADOS

Los pacientes asimilaron conceptos de la fibromialgia con toda su patología, eliminación de mitos, propósito de gestión de enrgía y manejo del autocuidado

Los acompañantes comprendieron mejor a su allegados con esta enfermedad y también expresaron sus temores como cuidadores. Todos de acuerdo que esta actividad se repita

REFERENCIAS (VANCOUVER)

1. Macfarlane GJ, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017;76: e54–e67. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209724. 2. NICE. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment and management. NG193; 2021. 3. WHO. Chronic primary pain, ICD-11; 2019.

NO SÓLO ES CONFUSIÓN, ES DELIRIUM, ES CUIDADO

Autores Sogo Pérez, Margarita; García Bernal, Antonio Jesús; Fernández Cortés, Claudia; Alvarado Turiel, Beatriz; Coco Aguado, Silvia; Sánchez Martin, Sonia; Cortés Marcos, Aurora; Pordomingo Ares, Alejandro; Flores Domínguez Teresa Elsa; Garrote Pascual, Susana.

Resumen

El delirium es un síndrome neurocognitivo agudo que aparece rápidamente y provoca alteración de la atención, la conciencia y el pensamiento.

Es frecuente en pacientes hospitalizados especialmente en personas mayores .Puede empeorar su estado de salud, prolongar la hospitalización y aumentar la mortalidad.

No es una consecuencia normal del envejecimiento y se puede prevenir y tratar.

Palabras clave

Delirium, prevención, detección, manejo, hospitalización.

Objetivos

1. Describir la importancia del delirium en el paciente hospitalizado.
2. Identificar principales factores de riesgo.
3. Analizar el papel de la enfermería en su prevención, detección temprana y manejo.

Antecedentes

El delirium se caracteriza por una alteración repentina y fluctuante de la atención, la conciencia y el pensamiento .

Su aparición se relaciona con factores como las infecciones, la polimedicación, la inmovilización y el deterioro cognitivo previo.

Metodología

Diseño; Revisión bibliográfica
Fuentes; base de datos pubMed , CINAHL, Scopus y Cochrane.
Guías clínicas y artículos en inglés y español.

Resultados

Prevalencia: 15-50% en pacientes hospitalizados según el contexto y la población.
Consecuencias: Aumenta 2-3 veces el riesgo de mortalidad, prolonga la estancia hospitalaria, y se asocia a deterioro cognitivo a largo plazo.
Factores de riesgo principales: Edad avanzada, deterioro cognitivo previo, infecciones, polifarmacia, inmovilización, déficits sensoriales, y procedimientos invasivos.

Conclusiones

El delirium es un problema frecuente, serio y potencialmente reversible.

La enfermería por su cercanía y continuidad en el cuidado, está en una posición privilegiada para prevenirlo, detectarlo precozmente y mejorar sus resultados, a través de intervenciones basadas en la evidencia, la educación y el trabajo interdisciplinar.

Conectados para cuidarse: brecha digital y salud digital en mayores de 65 años

Qué dicen los datos oficiales y qué puede hacer la enfermería

Autora: Rebeca Velerdas Herrero

RESUMEN

Los servicios sanitarios se digitalizan, pero el uso de internet y de la IA cae con la edad. Analizamos datos oficiales de 2025 para dimensionar la brecha y proponer el papel enfermero en la alfabetización digital en salud.

Envejecimiento · Brecha digital · Salud digital · Alfabetización en salud · Enfermería

ANTECEDENTES

- La Estrategia de Salud Digital del SNS impulsa citas, informes e historia clínica en línea [1,2].
- La OMS alerta: sin alfabetización digital, la tecnología puede ampliar la desigualdad de las personas mayores [3].

OBJETIVOS

- Cuantificar la brecha digital de las personas de 65 a 74 años en España.
- Identificar intervenciones enfermeras para reducirla en el ámbito de la salud.

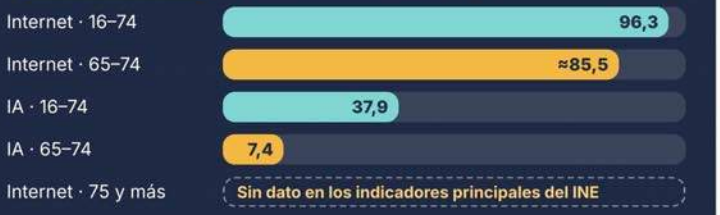
La brecha en tres cifras · España, 2025

Uso en los últimos 3 meses · INE, Encuesta TIC-H [4,5]

85% de 65–74 años usa internet (16–74: 96%)

7% de 65–74 años usa IA generativa (16–74: 38%)

×5 menos uso de IA que el conjunto de 16–74 años





MÉTODO

Estudio descriptivo de datos secundarios: Encuesta TIC-H 2025 del INE (indicadores por grupo de edad) y revisión de documentos oficiales (Ministerio de Sanidad, OMS). Sin datos personales. Limitación: indicadores principales solo hasta 74 años.

RESULTADOS

- Internet: 11 puntos menos en 65–74 años que en el total de 16–74.
- IA generativa: 30 puntos menos.
- El 91 % de la población protegida ya tiene contenidos en la Historia Clínica Digital del SNS[2].
- Los mayores de 75 años quedan fuera de los indicadores principales.

CONCLUSIONES

- El acceso ya no es la barrera principal: lo es el uso avanzado.
- La enfermería puede incluir la competencia digital en la valoración y enseñar a usar la cita y la carpeta de salud en línea.
- Mantener siempre un canal presencial.

Referencias

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 7 nov 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf · 2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud: informe de avance [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 7 nov 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Avances_de_la_Estrategia_de_Salud_Digital_web.pdf · 3. World Health Organization. Ageism in artificial intelligence for health: WHO policy brief [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 7 nov 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240040793 · 4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2025 [Internet]. Madrid: INE; 2025 [citado 7 nov 2026]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/Prensa/TICH2025.htm · 5. Instituto Nacional de Estadística. Mujeres y hombres en España. 6.4 Población que usa Internet (en los últimos tres meses) [Internet]. Madrid: INE; 2026 [citado 7 nov 2026]. Disponible en: https://www.ine.es/uc/ekfL67UW

Trabajo multidisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia en el paciente mayor

AUTORES: Eduardo Diez Villarroel, Paula Diez Ogea y Eva Diez Villarroel



Resumen

El trabajo multidisciplinar en la atención al paciente mayor permite abordar de forma integral las necesidades físicas, cognitivas, comunicativas y funcionales. La colaboración entre logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia mejora la autonomía, la calidad de vida y reduce el riesgo de dependencia, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable.

Palabras clave

Paciente mayor · Envejecimiento activo · Logopedia · Terapia ocupacional · Fisioterapia

Antecedentes

- El envejecimiento poblacional supone un reto asistencial creciente.
- Las alteraciones en la comunicación, la movilidad y las actividades de la vida diaria son frecuentes en las personas mayores.
- El abordaje interdisciplinar se consolida como la estrategia más eficaz para mejorar su funcionalidad.

Objetivos

- Analizar los beneficios del trabajo multidisciplinar en el paciente mayor.
- Mejorar la autonomía y la calidad de vida.
- Prevenir el deterioro funcional y la dependencia.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Personas mayores con diversas patologías y necesidades.

Intervención
Trabajo coordinado entre logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia.

Estrategias principales

- Estimulación de la comunicación y del lenguaje.
- Entrenamiento en AVD y adaptación del entorno.
- Ejercicio terapéutico y movilidad funcional.
- Apoyo emocional y orientación familiar.



Trabajo en equipo, más bienestar

Resultados

Mayor autonomía
Mejora en las AVD y movilidad.

Mejor comunicación
Mayor participación social.

Mejor función cognitiva
Retraso del deterioro.

Mejor calidad de vida
Bienestar físico y emocional.

Menor dependencia
Más tiempo en el entorno habitual.

Reducción de riesgos
Menor riesgo de caídas y complicaciones.

Conclusiones

- El trabajo interdisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia es clave en la atención al paciente mayor.
- Permite abordar de forma integral sus necesidades, mejorando su funcionalidad y calidad de vida.
- Es fundamental promover este modelo de trabajo para un envejecimiento activo y saludable.

Envejecer con salud, es posible

Trabajo multidisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia en el traumatismo cráneo encelafico

AUTORES: Eduardo Diez Villarroel, Paula Diez Ogea y Eva Diez Villarroel

Resumen

El traumatismo cráneo encefálico (TCE) puede generar secuelas físicas, cognitivas, comunicativas y emocionales. El trabajo multidisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia permite una intervención integral, favoreciendo la recuperación funcional y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

TCE · Rehabilitación · Logopedia · Terapia ocupacional · Fisioterapia

Antecedentes

- El TCE es una de las principales causas de discapacidad en adultos y población pediátrica.
- Las secuelas pueden afectar al lenguaje, la función cognitiva, la movilidad y la autonomía.
- La intervención precoz y coordinada por un equipo multidisciplinar mejora el pronóstico funcional.

Objetivos

- Analizar la eficacia del trabajo multidisciplinar en el TCE.
- Mejorar la funcionalidad, la comunicación y la autonomía.
- Disminuir el impacto de las secuelas.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Pacientes con TCE y sus familias.

Intervención
Trabajo coordinado de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia.

Estrategias principales

- Estimulación del lenguaje y la comunicación.
- Entrenamiento en AVD y adaptaciones funcionales.
- Trabajo de la movilidad, el equilibrio y la marcha.
- Apoyo psicológico y educación familiar.



Trabajo en equipo, mejores resultados

Resultados

- Mejora de la función cognitiva y comunicativa
- Mayor autonomía en las AVD
- Mejor calidad de vida
- Reducción de discapacidad
- Mayor integración social
- Satisfacción del paciente y familia

Conclusiones

- El abordaje multidisciplinar en el TCE es clave para una recuperación más completa y funcional.
- La coordinación entre logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia optimiza los resultados.
- Se debe fomentar el trabajo en equipo como estrategia principal en la rehabilitación del paciente con TCE.

Juntos avanzamos hacia la recuperación



Trabajo multidisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia en el paciente prematuro

AUTORES: Eduardo Diez Villarroel, Paula Diez Ogea y Eva Diez Villarroel



Resumen

El nacimiento prematuro puede suponer un riesgo para el desarrollo global del bebé. El trabajo multidisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia permite abordar de forma precoz las posibles alteraciones motoras, sensoriales, comunicativas y alimentarias, favoreciendo un desarrollo integral y mejorando la calidad de vida a largo plazo.

Palabras clave

Prematuridad · Desarrollo infantil · Logopedia · Terapia ocupacional · Fisioterapia

Antecedentes

- La prematuridad se asocia a mayor riesgo de déficits motores, cognitivos y comunicativos.
- La intervención temprana y coordinada reduce complicaciones y favorece el neurodesarrollo.
- La colaboración entre profesionales es clave para abordar las necesidades del prematuro de forma global.

Objetivos

- Conocer los beneficios del trabajo multidisciplinar en el paciente prematuro.
- Diseñar una intervención integral y precoz.
- Mejorar el pronóstico funcional y la calidad de vida.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Recién nacidos prematuros y sus familias.

Intervención
Coordinación entre logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia desde las primeras etapas.

Estrategias principales

- Estimulación motora y postural.
- Apoyo en la alimentación y deglución.
- Estimulación del lenguaje y la comunicación.
- Fomento de la participación en las actividades diarias.



Trabajo en equipo, grandes beneficios

Resultados

- Mejor desarrollo motor y sensorial
- Avance en la comunicación
- Alimentación más segura y eficaz
- Mayor autonomía y calidad de vida

Conclusiones

- El trabajo multidisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia es fundamental en el paciente prematuro.
- La intervención temprana mejora el desarrollo integral y reduce el riesgo de alteraciones a largo plazo.
- La coordinación entre profesionales debe ser una prioridad en el seguimiento del prematuro.

Un inicio temprano, un gran futuro

Ejercicio saludable: clave para el mantenimiento de la autonomía en el mayor adulto

Autor: Teresa Calzada Domínguez

Resumen

La longevidad saludable se relaciona con la capacidad de vivir más años con un buen estado físico, mental y social.

Con el envejecimiento los músculos y las articulaciones tienden a volverse más rígidas. El ejercicio suave ayuda a mantener la flexibilidad, aumenta la concentración y un sentido general de bienestar.

Palabras clave

- Ejercicio
- Calidad de vida
- Autonomía
- Prevención de enfemedades
- Cohesion grupal

Antecedentes

El envejecimiento de la población es uno de los principales retos de salud pública del siglo XXI.

Este envejecimiento conlleva un mayor riesgo de dolor crónico, caídas, dependencias funcional y social.

Objetivos

Facilitar la práctica regular del ejercicio físico en personas mayores.

Fomentar la actividad física en grupo para conseguir una cohesión grupal y evitar el aislamiento y la soledad no deseadas.

Método

Revisión bibliográfica

Búsqueda en las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar (2015 - 2025)

Resultados

El ejercicio físico en personas mayores debe combinar fuerza, resistencia, equilibrio y flexibilidad.

Realizar actividad física durante el día mejora la calidad del sueño.

Conclusiones

El ejercicio en personas mayores aporta beneficios que fortalecen la autonomía, la calidad de vida y la sociabilización. La práctica regular y adaptada mejora la salud física y mental, fortaleciendo la musculatura y los huesos, reduciendo el riesgo de caídas y mejorando la función cognitiva, emocional, cardiovascular, el control glucémico.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Trabajo multidisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia en la mejora de la tasa de ingreso hospitalario

AUTORES: Eduardo Diez Villarroel, Paula Diez Ogea y Eva Diez Villarroel

Resumen

El trabajo conjunto de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia puede contribuir a reducir la tasa de ingreso hospitalario, mejorando la funcionalidad, previniendo complicaciones y favoreciendo el alta precoz. Este póster muestra los beneficios de un abordaje multidisciplinar en la atención al paciente, destacando su impacto en la reducción de ingresos y en la mejora de la calidad asistencial.

Palabras clave

Ingreso hospitalario · Trabajo multidisciplinar · Logopedia · Terapia ocupacional · Fisioterapia

Antecedentes

- El ingreso hospitalario supone un importante coste sanitario y un impacto en la vida del paciente.
- La intervención precoz y coordinada de los profesionales de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia puede prevenir descompensaciones y reducir reingresos.
- Es necesario evaluar la eficacia de este abordaje multidisciplinar en la disminución de la tasa de ingreso.

Objetivos

- Analizar el impacto del trabajo multidisciplinar en la reducción de la tasa de ingreso hospitalario.
- Valorar la mejora de la funcionalidad y la autonomía.
- Identificar los factores clave para su implementación.

Método

Diseño
Estudio observacional (antes-después).

Participantes
Pacientes adultos en riesgo de ingreso hospitalario.

Intervención
Trabajo coordinado de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia.

Variables principales

- Tasa de ingreso hospitalario.
- Nivel de funcionalidad (Barthel).
- Calidad de vida (EQ-5D).
- Número de reingresos a 30 y 90 días.



Trabajo en equipo, menos ingresos hospitalarios

Resultados

- Menor tasa de ingreso hospitalario
- Mayor funcionalidad y autonomía
- Mejor calidad de vida
- Menor número de reingresos
- Alta hospitalaria más precoz
- Mayor satisfacción del paciente y su familia

Conclusiones

- El trabajo multidisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia se asocia con una reducción significativa de la tasa de ingreso hospitalario.
- Mejora la funcionalidad, la calidad de vida y la autonomía del paciente.
- Es fundamental fomentar la coordinación entre profesionales para optimizar la atención y prevenir ingresos.

Cuidar hoy, evita un ingreso mañana

Trabajo multidisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia en el paciente mayor

AUTORES: Eduardo Diez Villarroel, Paula Diez Ogea y Eva Diez Villarroel



Resumen

El trabajo multidisciplinar en la atención al paciente mayor permite abordar de forma integral las necesidades físicas, cognitivas, comunicativas y funcionales. La colaboración entre logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia mejora la autonomía, la calidad de vida y reduce el riesgo de dependencia, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable.

Palabras clave

Paciente mayor · Envejecimiento activo · Logopedia · Terapia ocupacional · Fisioterapia

Antecedentes

- El envejecimiento poblacional supone un reto asistencial creciente.
- Las alteraciones en la comunicación, la movilidad y las actividades de la vida diaria son frecuentes en las personas mayores.
- El abordaje interdisciplinar se consolida como la estrategia más eficaz para mejorar su funcionalidad.

Objetivos

- Analizar los beneficios del trabajo multidisciplinar en el paciente mayor.
- Mejorar la autonomía y la calidad de vida.
- Prevenir el deterioro funcional y la dependencia.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Personas mayores con diversas patologías y necesidades.

Intervención
Trabajo coordinado entre logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia.

Estrategias principales

- Estimulación de la comunicación y del lenguaje.
- Entrenamiento en AVD y adaptación del entorno.
- Ejercicio terapéutico y movilidad funcional.
- Apoyo emocional y orientación familiar.



Trabajo en equipo, más bienestar

Resultados

Mayor autonomía
Mejora en las AVD y movilidad.

Mejor comunicación
Mayor participación social.

Mejor función cognitiva
Retraso del deterioro.

Mejor calidad de vida
Bienestar físico y emocional.

Menor dependencia
Más tiempo en el entorno habitual.

Reducción de riesgos
Menor riesgo de caídas y complicaciones.

Conclusiones

- El trabajo interdisciplinar de logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia es clave en la atención al paciente mayor.
- Permite abordar de forma integral sus necesidades, mejorando su funcionalidad y calidad de vida.
- Es fundamental promover este modelo de trabajo para un envejecimiento activo y saludable.

Envejecer con salud, es posible

La autonomía y los derechos de las personas mayores en el proceso testamentario

El papel del notario y de enfermería

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Resumen

El presente trabajo aborda la importancia de la autonomía y los derechos de las personas mayores en el proceso testamentario, destacando la figura del notario y el papel de enfermería. Mediante una revisión bibliográfica, se analiza la capacidad para testar, la protección de la voluntad y la detección de situaciones de vulnerabilidad. Los resultados destacan que la edad no implica pérdida de capacidad para otorgar testamento y que el notario garantiza la libre expresión de la voluntad.
Se concluye que enfermería desempeña un papel importante en el acompañamiento y la defensa de los derechos de las personas mayores, favoreciendo una atención basada en la dignidad, autonomía y respeto a sus decisiones.



1. Palabras clave

Persona mayor, autonomía, testamento, notario, enfermería y derechos.

2. Antecedentes

El envejecimiento de la población plantea nuevos retos en la protección de los derechos y la autonomía de las personas mayores. El testamento permite expresar la voluntad personal, siendo el notario una figura fundamental para garantizar que se otorgue libremente y con conocimiento.

3. Objetivos

- Analizar la importancia de la autonomía de la persona mayor.
- Conocer la función del notario en el proceso testamentario.
- Destacar el papel de enfermería en la protección de los derechos y la voluntad del paciente.

4. Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica y documental en las siguientes bases de datos: PubMed, SciELO, Google Académico, Boletín Oficial del Estado (BOE) y Consejo General del Notariado.

Se seleccionó información relacionada con la autonomía personal, los derechos de las personas mayores, la capacidad para testar, la función del notario y el papel de enfermería.

5. Resultados

- La edad no implica pérdida de capacidad para testar.
- El notario garantiza que la voluntad se exprese libremente.
- Enfermería contribuye a detectar situaciones de vulnerabilidad.
- La colaboración interdisciplinar favorece la protección de los derechos de la persona mayor.



6. Conclusiones

El respeto a la voluntad de las personas mayores es fundamental para garantizar su dignidad y autonomía. El notario desempeña un papel esencial en el proceso testamentario, mientras que enfermería contribuye al acompañamiento, la detección de vulnerabilidad y la defensa de sus derechos.

Dignidad, autonomía y respeto: claves en el proceso testamentario

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

ACAPARAMIENTO ANIMAL EN LA VEJEZ: UN DESAFÍO MULTIDISCIPLINAR EN LA SILVER ECONOMY

Análisis Interdisciplinar: Psicopatología Forense, Criminología Verde, Salud Pública (One Welfare) y Respuesta Penal (LO 3/2023 & STS 257/2026)

AUTORÍA: Mª Teresa Vázquez Resino (Psicóloga y Criminóloga) | Universidad Alcalá de Henares - UAH

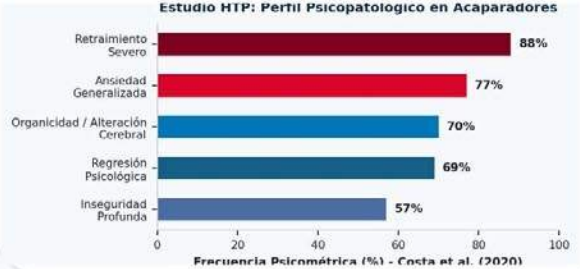
RESUMEN - PALABRAS CLAVE

RESUMEN: El acaparamiento compulsivo de animales (Síndrome de Noé) en adultos mayores representa un trastorno psicopatológico complejo y un reto de salud pública agravado por el envejecimiento, la soledad no deseada y el deterioro neurocognitivo.

PALABRAS CLAVE: Acaparamiento, Adultos Mayores, Silver Economy, Soledad No Deseada, Deterioro Cognitivo, Criminología Verde

ANTECEDENTES & ESTUDIOS CLÍNICOS

- DSM-5 & Hoarding Disorder: Clasificación autónoma del acaparamiento de animales.
- Anosognosia & Ego-sintonía: El anciano concibe la acumulación como acto altruista de rescate (Frost et al., 2011).
- Comorbilidades Clínicas (Stumpf et al., 2023): Depresión Mayor (36-52%), Diógenes (30-45%), Fobia Social (24-36%) y demencia prefrontal por degeneración del córtex frontal.



OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Analizar el acaparamiento senil desde un prisma interdisciplinar ('One Welfare').
2. Delimitar la responsabilidad penal (Art. 340 bis CP) discerniendo dolo de la incapacidad psíquica.
3. Proponer un Modelo Sociosanitario en 4 Fases integrado en la Silver Economy.

METODOLOGÍA MULTIDISCIPLINAR

- **Diseño Cualitativo e Interdisciplinar**: Síntesis nosológica, gerontológica y criminológica.
- **Análisis Jurisprudencial** Dogmático: Exégesis de la LO 3/2023, Ley 7/2023 y STS 257/2026.
- **Corpus de Casos Reales** (2009-2026): Análisis empírico de 10 sentencias en España (Valladolid, Ferrol, Chamartín, Daimús) evaluando la imputabilidad y la omisión del deber de garante.

REVISION CASOS

Caso / Ubicación	Año / Nº	Perfil y Entorno	Resultado Judicial / Relevancia
Málaga (RTVE)	2009 | 17 p.	Espacio reducido, sin higiene ni profilaxis.	Hito inicial en percepción pública de acumulación.
San Sebastián	2009 | 49 p.	40 m²; sarna, parasitosis y desnutrición.	Decomiso cautelar; paradigma de reincidencia.
Arganda del Rey	2013 | >60 a.	Finca rústica; imposibilidad económica.	Modelo de detección comunitaria temprana.
Pontons (Barc.)	2013-14 | >100	Crecimiento por falta de esterilización.	Inhabilitación 5 años; reincidencia ~100% sin psiquiatría.
Málaga Urbano	2018 | 101 g.	37 m²; coriza felino, rinotraqueítis, sin agua.	Comorbilidad: Noé + Diógenes + Emergencia Sanitaria.
Valladolid (J.P.3)	2020-22 | 52 p.	Explotación/cría en insalubridad (2 hermanas).	Condena 9-11 meses; atenuante analógica por TOC.
Ferrol - A Graña	2022-23 | 17 p.	Hogar insalubre; altruismo patológico.	Imputabilidad diferenciada: eximente por trastorno mental.
Chamartín (Mad.)	2024 | 74 g.	Inanición, ceguera amoníaco, cadáveres.	Rescatador con anosognosia y falsa omnipotencia.
Teatinos (Málaga)	2025-26 | 42 a.	Caquexia y falta de movilidad por omisión.	LO 3/2023 y STS 257/2026: omisión de deber de garante.
Daimús (Valencia)	2026 | >70 g.	Consanguinidad e infecciones incontroladas.	Abordaje temprano sociosanitario y derivación a salud mental.

RESULTADOS I: MATRIZ DE DIFERENCIACIÓN CLÍNICA

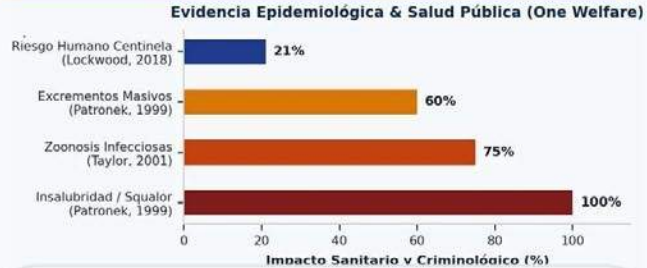
Criterio	Tenencia Múltiple	Acaparamiento Senil
Censo / Salud	Veterinario y censado	Sin censo; caquexia y muertes
Entorno Habitacional	Limpio y habitable	Squalor, amoníaco, parasitosis
Introspección	Reconoce límites	Anosognosia radical; 'rescate'

RESULTADOS II: GRÁFICO DE ESTUDIOS DE COMORBILIDAD



- Inimputabilidad Forense: En el 32% de los casos penales se acredita demencia o deterioro cognitivo, aplicando eximentes (Art. 20.1 CP) o atenuantes (Art. 21.7 CP) tras la LO 3/2023.

CONCLUSIONES I: EVIDENCIA ONE WELFARE & SALUD PÚBLICA



BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Hoarding Disorder.
- Arluke, A. et al. (2002). Health implications of animal hoarding. Health & Social Work.
- Berry, C., Patronek, G. & Lockwood, R. (2005). Long-term outcomes. Animal Law.
- Costa, D. B. et al. (2020). HTP Personality in hoarding. Contextos Clínicos.
- Frost, R., Patronek, G. & Rosenfield, E. (2011). Object & animal hoarding. Depress Anxiety.
- Ley Orgánica 3/2023 & Ley 7/2023 | Tribunal Supremo (2026). STS 257/2026 (Deber de garante).

BRECHA DIGITAL EN LAS PERSONAS MAYORES: Barreras de acceso a la atención sanitaria e intervenciones de enfermería para favorecer la inclusión.

Natalia Álvarez Yenes, Claudia Valentín Herrera, Alba Tocino Río, Elena Herrera Olmedo



1 RESUMEN

La **transformación digital** del sistema sanitario ofrece nuevas oportunidades para mejorar múltiples servicios en el ámbito de la salud. No obstante, las **personas mayores** pueden encontrar condicionantes para utilizar estas herramientas debido a la reducida **alfabetización digital**, barreras en cuanto a **accesibilidad**, escasez de **recursos** y **reticencia** al uso de las tecnologías. Esta revisión narrativa analiza las principales **barreras** y **facilitadores** de la salud digital en este sector poblacional, así como las **estrategias** de intervención descritas en la literatura. **Enfermería** desempeña un papel clave en la formación, el acompañamiento y la promoción de una atención sanitaria inclusiva, adaptada a las necesidades de las personas mayores.

5 MÉTODO

Revisión bibliográfica sobre la brecha digital en personas mayores en el ámbito de la atención sanitaria. Se consultaron las bases de datos **PubMed, Dialnet y ScienceDirect (Elsevier),** seleccionando publicaciones científicas de revisión, estudios sobre intervenciones educativas y fuentes institucionales de ámbito nacional publicadas en los **últimos 5 años.**



2 PALABRAS CLAVE

- Personas mayores
- Brecha digital
- Alfabetización digital en salud
- Equidad sanitaria
- Enfermería

4 OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Analizar las **barreras** que dificultan el acceso de las personas mayores a los recursos sanitarios digitales e identificar **estrategias** para favorecer una digitalización inclusiva desde **enfermería**.

- **Objetivos específicos:**

-Identificar las principales **barreras** y **facilitadores** de la adopción de tecnologías sanitarias en personas mayores.
-Describir **intervenciones** dirigidas a mejorar la alfabetización digital en salud.
-Analizar el papel de **enfermería** en la prevención de la exclusión tecnológica.

7 CONCLUSIONES

La **brecha digital** constituye un desafío para la **equidad** y la **accesibilidad** del sistema sanitario en las personas mayores, condicionada por factores relacionados con sus **competencias**, las **oportunidades** de acceso y la **confianza** en la tecnología.
Desde esta perspectiva, **enfermería** desempeña un papel clave mediante la **valoración** individualizada, la **educación** digital y el **acompañamiento**, promoviendo herramientas **accesibles** y modelos de atención que combinen la atención **presencial** y a **distancia**.

3 ANTECEDENTES

La incorporación de las tecnologías digitales a los sistemas sanitarios ha transformado los **modelos tradicionales** de atención, tendencia que se intensificó durante la pandemia de **COVID-19** debido a la necesidad de mantener la continuidad asistencial a pesar de las múltiples restricciones propias del confinamiento.
Esta dinámica hacia la digitalización en salud revela la **vulnerabilidad** de las **personas mayores** a la hora de acceder y beneficiarse de estos recursos tecnológicos, pudiendo quedar excluidas de determinados servicios sanitarios. La sustitución progresiva de las vías tradicionales de atención en los sistemas de salud por vías digitales puede comprometer la **equidad asistencial**.
En este contexto, **enfermería** desempeña un papel fundamental en la promoción de la **alfabetización digital** y el **acompañamiento** de las personas mayores hacia una atención sanitaria más inclusiva.

6 RESULTADOS

Intervenciones de enfermería para favorecer la inclusión digital en las personas mayores:

- **VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA**

Identificar competencias digitales, necesidades y recursos disponibles.

- **EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN**

Enseñar con instrucciones sencillas, demostraciones y práctica supervisada.

- **ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO**

Ofrecer apoyo profesional y familiar, reforzando la confianza y autonomía.

- **ACCESIBILIDAD**

Facilitar herramientas intuitivas y adaptadas a las circunstancias de cada persona.

- **CONFIANZA Y PROTECCIÓN DE DATOS**

Informar sobre privacidad, confidencialidad y seguridad digital.

- **CONTINUIDAD ASISTENCIAL**

Mantener alternativas telefónicas y presenciales.

- **PARTICIPACIÓN ACTIVA**

Incorporar las preferencias de las personas mayores en la elección de recursos.

6 RESULTADOS

Barreras y facilitadores identificados en la inclusión digital en las personas mayores:

DIMENSIÓN	BARRERAS IDENTIFICADAS	FACILITADORES IDENTIFICADOS
Capacidad (saber utilizar)	Competencias y **conocimeintos** digitales limitados, baja alfabetización tecnológica y dificultades **sensoriales**, **motoras** o **cognitivas**.	**Formación** y acompañamiento **adaptados** a las necesidades de las personas mayores; **recursos** educativos y plataformas accesibles.
Oportunidad (poder acceder)	Falta de **dispositivos**, conexión o apoyo; **costes** asociados y plataformas **complejas** o poco accesibles.	**Disponibilidad** de dispositivos y conexión; **apoyo** de profesionales sanitarios y familiares; mantenimiento de una atención **híbrida** que combine vías digitales y presenciales.
Motivación (querer utilizar)	Preocupación por la privacidad, **desconfianza** hacia la tecnología, experiencias frustrantes o **preferencia** por canales de atención **conocidos**.	Reconocimiento de los **beneficios** de la salud digital y **participación** de las personas mayores en el diseño de las herramientas.





USO DE TECNOLOGÍAS Y COMPETENCIA DIGITAL EN PERSONAS MAYORES

Una revisión narrativa de la literatura

Susana Sánchez Herrera, Lucía Pérez Vera y Desirée Ayuso del Puerto
Universidad de Extremadura

OBJETIVO

Analizar la literatura sobre el uso de tecnologías digitales y el desarrollo de competencias digitales. Unen: un análisis de la literatura y la práctica, la motivación y la retención de las personas mayores, identificando herramientas utilizadas, habilidades, dificultades y estrategias de capacitación.

INTRODUCCIÓN

La digitalización de servicios, trámites y formas de comunicación hace que los competencias digitales sean cada vez más relevantes para la autonomía y la participación social. Sin embargo, disponer de dispositivos o conexión no garantiza un uso seguro, crítico y eficaz.

La literatura revisada señala dificultades relacionadas a la accesibilidad, la adaptación de los entornos y factores físicos, cognitivos y motores. Por ello, la formación debe consideres las étnos, necesidades y experiencias de las personas mayores.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué tecnologías utilizan las personas mayores, qué competencias necesitan y qué condiciones favorecen su aprendizaje?

METODOLOGÍA

Revisión narrativa de ocho documentos seleccionados a su relevancia y utilidades, temáticas, las competencias digitales, inclusión tecnológica y los personas mayores. Los documentos analizados incluyen: revisión de la literatura, estudios empíricos y propuestas metodológicas.

La información se organizó mediante síntesis de la literatura, identificación de dimensiones de competencia digital, barreras y estrategias de formación.

RESULTADOS

TECNOLOGÍA Y USOS

Los trabajos mencionan teléfonos móviles, tabletas, ordenadores e internet. Los móviles destacan por su portabilidad y facilidad de uso. En cambio, las tabletas pueden resultar adecuadas para las personas con necesidades visuales. Las tecnologías y herramientas de comunicación pueden apoyar el mantenimiento de relaciones y la interacción social.

DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA DIGITAL

UUn estudio realizado en el Aula Permanente de Formación Abierta de la Universidad de Granada (Mártinez-Heredia y Rodríguez-García, 2017) evaluó cinco dimensiones:

- Comunicación y colaboración
- Creación de contenidos digitales
- Conexión con la sociedad
- Resolución de problemas

La revisión de Kuong y Chaparo (2025) destaca la importancia de desarrollar habilidades para utilizar las herramientas y plataformas digitales a través de la práctica y la interacción intergeneracional.

BARRERAS

- Dificultades de accesibilidad y usabilidad.
- Limitaciones físicas, cognitivas o motoras.
- Diferencias en experiencia previa y conocimientos de aprendizaje.
- Necesidad de apoyo técnico, familiar o social.

ESTRATEGIAS QUE FAVORECEN EL APRENDIZAJE

- Herramientas y materiales adaptados a las necesidades de las personas mayores.
- Acompañamiento y apoyo técnico continuado.
- Espacios comunitarios y educativos de aprendizaje.
- Participación de las propias personas mayores en el diseño y evaluación de tecnologías.

CONCLUSIONES

La competencia digital es multidimensional y se limita a encender un dispositivo o acceder a internet, incluye buscar y valorar información, estar, studiar, encontrar, crear, escuchar, proteger, enpanar, transaccionar, interactuar, y, por lo general, es únicamente de la edad, sino también del diseño tecnológico, y las oportunidades y las interacciones.

Los estudios revisados apuntan a que la práctica, la motivación, el acompañamiento y la participación en la práctica de diseño pueden influir en la retención de las tecnologías y los oportunidades de aprendizaje.

IDEAS CLAVE

- La atención de dispositivos no garantiza por si solo el desarrollo del contenido digital.
- La competencia digital integra habilidades informáticas, comunicativas, creativas, de seguridad y resolución de problemas.
- La formación práctica, progresiva y acompañada puede favorecer el uso más autónomo
- La participación de las personas mayores en el diseño tecnológico debe considerarse una oportunidad de inclusión.

LIMITACIONES

Este póster presenta una síntesis preliminar de ocho documentos. Se requiere ampliación de documentos para profundizar en la comprensión de la cuestión analizada. Además, uno de los estudios empíricos incluye participantes de 51 a 83 años, por lo que no toda su muestra corresponde estrictamente a mayores de 65 años. Por ello, se sugiere replicar el estudio aumentando la muestra de artículos y acotando la búsqueda a mayores de 65 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abad, L. (2014). Media literacy for older people facing the digital divide: The e-inclusion programmes design [Diseño de programas de e-inclusión para alfabetización mediática de personas mayores]. *Comunicar, 21*(42), 173–180. https://doi.org/10.3916/C42-2014-17
2. Benavides, A. M., & Chipana, Y. M. M. (2021). Competencias digitales en adultos mayores y acceso a la justicia: Una revisión sistemática. *Revista de Derecho, 6*(1), 182–194. https://doi.org/10.47712/rd.2021.v6i1.121
3. Bunbury, E., Pérez, R., & Osuna, S. (2022). Las competencias digitales en personas mayores: De amenaza a oportunidad. Vivat Academia. *Revista de Comunicación, 155*, 173–195. https://doi.org/10.15178/va.2022.155.e1383
4. Colombo, L., & González-González, C. S. (2024). Inclusión tecnológica y competencias digitales en personas mayores: Hacia un envejecimiento activo y conectado. *Campus Virtuales, 13*(2), 199–213. https://doi.org/10.54988/cv.2024.2.1552
5. Kuong, M. A., & Chaparro, J. J. (2025). Competencias digitales e inclusión tecnológica en adultos mayores: Una revisión sistemática. *Revista InveCom, 5*(2), 1–7. https://doi.org/10.5281/zenodo.13851765
6. Martínez-Heredia, N., & Rodríguez-García, A.-M. (2018). Alfabetización y competencia digital en personas mayores: El caso del aula permanente de formación abierta de la Universidad de Granada (España). *Revista ESPACIOS, 39*(10), 37–53.
7. Sunkel, G., & Ullmann, H. (2019). Las personas mayores de América Latina en la era digital: Superación de la brecha digital. *Revista de la CEPAL*, (127), 243–268. https://doi.org/10.18356/db143bd3-es
8. Vizconde, E., Ferreira, S., & Medina, A. (2025). Competencias digitales para la inclusión de personas mayores: Políticas, desafíos, innovaciones tecnológicas y reducción de desigualdades. *Revista DH/ED: Derechos Humanos y Educación, 1*(11), 147–166. https://www.revistaderechoshumanosyeducacion.es/index.php/DHED/article/view/255



CUIDAR A QUIENES NOS CUIDARON

CUIDADO
AMOR
RESPETO
APOYO
RECIPROCIDAD
DEVOLVER LO RECIBIDO
SIEMPRE A TU LADO
GRATITUD

Antecedentes:
El envejecimiento de la población ha aumentado la necesidad de cuidado de ofrecer acompañamiento,afeto,respeto y apoyo emocional.
Promover una cultura de cuidado ayuda a reconocer todo lo que generaciones anteriores han aportado

Objetivos:
Reconocer lo que las personas mayores han aportado a la sociedad
Promover el respeto y la empatia hacia los mayores
Impulsar la participación de modo que se sientan escuchados y valorados
Responsabilizarnos de ofrecerles una vida digna y de calidad
Concienciar sobre la importancia de cuidar y valorar las personas mayores

Porque cuidar también es agradecer, escuchar, y devolver un poco de todo lo que recibimos.
Es una forma de decir: gracias

Método:
Identificar necesidades de las personas mayores como recibir atención, respeto y compañia
Investigar importancia de cuidarlas

Resultados:
Se ha conseguido reflexionar sobre la importancia de cuidar, respetar y acompañar a las personas mayores.
Trasmitir agradecimiento a quienes nos han cuidado y apoyado a lo largo de nuestra vida
Aprender que pequeños gestos como escuchar, acompañar y mostrar cariño pueden mejorar su bienestar y hacer que se sientan valoraods

Conclusiones:
Todos podemos contribuir a que los mayores se sientan queridos, valorados y acompañados y que es importante ofrecerles cariño, atención, respeto, confianza... no solo cuando lo necesitan, sino también en nuestro día a día.



EL SÍNDROME DE INMOVILIDAD TRAS UNA FRACTURA: CONSECUENCIAS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

AUTORES: Hernández Vecino, Celia; Mesías de Concepción, Sara; Martín, Suárez-Inclán, Jaime;Vega Viñas, Jenifer; Maestro Rodriguez, Santiago;

RESUMEN

Las fracturas en el paciente anciano pueden desencadenar un deterioro funcional asociado a la inmovilización. La movilización precoz y la rehabilitación multidisciplinar son fundamentales para prevenir complicaciones y preservar la autonomía.

PALABRAS CLAVE

Fracturas
Inmovilidad
Paciente geriátrico
Rehabilitación
Dependencia

ANTECEDENTES

- Las fracturas pueden provocar pérdida de movilidad e independencia.
- El encamamiento favorece la atrofia muscular y las complicaciones sistémicas
- La inmovilidad prolongada aumenta el riesgo de dependencia.

OBJETIVOS

- Identificar las consecuencias de la inmovilidad tras una fractura.
- Describir estrategias para prevenir sus complicaciones.
- Destacar la importancia de recuperar la autonomía funcional.



MÉTODO

Revisión narrativa de la literatura científica sobre inmovilización, movilización precoz y rehabilitación en pacientes mayores con fracturas.

RESULTADOS

CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD

MUSCULOESQUELÉTICAS

Atrofia muscular
Pérdida de fuerza
Rigidez articular
Desmineralización ósea

SISTÉMICAS

Trombosis
Complicaciones respiratorias
Úlceras por presión
Delirium y estreñimiento

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

- Movilización precoz: sedestación, bipedestación y marcha.
- Control del dolor: analgesia adecuada.
- Rehabilitación: fuerza, equilibrio y entrenamiento funcional.
- Prevención de complicaciones: profilaxis tromboembólica y cuidados cutáneos.
- Abordaje multidisciplinar: Traumatología, Geriatría y Fisioterapia.

CONCLUSIONES

- La inmovilidad favorece el deterioro funcional y la dependencia.
- La movilización precoz reduce las complicaciones del encamamiento.
- La rehabilitación multidisciplinar favorece la recuperación de la autonomía.

1. Agarwal N, Feng T, Maclullich A, Duckworth A, Clement N. Early mobilisation after hip fracture surgery is associated with improved patient outcomes: A systematic review and meta-analysis. Musculoskelet Care. 2024;22(1):e1863. doi:10.1002/msc.1863.
2. Min K, Beom J, Kim BR, Lee SY, Lee GJ, Lee JH, et al. Clinical Practice Guideline for Postoperative Rehabilitation in Older Patients With Hip Fractures. Ann Rehabil Med. 2021;45(3):225-259. doi:10.5535/arm.21110.
3. Handoll HHG, Cameron ID, Mak JCS, Panagoda CE, Finnegan TP. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. Cochrane Database Syst Rev. 2021;11(11):CD007125.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hip fracture: management. NICE guideline CG124. London: NICE; 2023.



ENVEJECER EN CASA: ¿ES POSIBLE VIVIR MÁS TIEMPO DE FORMA AUTÓNOMA?

Nuevos modelos de atención domiciliaria en la España rural

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

1 RESUMEN

El envejecimiento y la dispersión territorial plantean desafíos para la atención en el medio rural. Permanecer en el hogar puede favorecer la autonomía y la calidad de vida si se combinan apoyos adecuados. Este trabajo analiza modelos domiciliarios y comunitarios en España, con especial atención a Castilla y León.

2 PALABRAS CLAVE

Personas mayores • Medio rural • Atención domiciliaria
Autonomía • Calidad de vida

3 ANTECEDENTES

La dispersión geográfica dificulta el acceso a los servicios y aumenta las necesidades de atención. Envejecer en casa requiere cuidados personalizados, coordinación sociosanitaria y recursos adaptados al territorio. Rural Care y «A Gusto en Mi Casa» exploran modelos centrados en la persona.

4 OBJETIVOS

Analizar los modelos domiciliarios rurales sus posibles beneficios sobre autonomía y calidad de vida, y las barreras para su continuidad.

5 MÉTODO

- Revisión bibliográfica dirigida en PubMed/PMC, Dialnet y fuentes editoriales, mediante términos en español e inglés sobre envejecimiento rural, atención domiciliaria, autonomía y calidad de vida.
- Se seleccionaron cuatro publicaciones pertinentes y se realizó una síntesis descriptiva de sus diseños y resultados. La búsqueda no fue exhaustiva ni siguió un proceso sistemático completo.

6 RESULTADOS

RURAL CARE - 2023

416 participantes (102 en intervención). Seguimiento de 18–20 meses. Se observaron mejoras significativas en salud física y psicológica; los cambios en relaciones sociales y del entorno fueron limitados.

A GUSTO EN MI CASA - 2025

Calidad de vida: +6,6 puntos en puntuación total y +6,3 en índice global.
El 76 % superó expectativas; satisfacción: 8,26/10.

AYUDA A DOMICILIO - ARAGÓN - 2023

Evaluación mixta: identificó elevada satisfacción, mejoras sociosanitarias comunicadas y reconocimiento del trabajo auxiliar. Sin prueba causal directa sobre calidad de vida.

APOYO DOMICILIARIO + IoT - ZAMORA - 2026

144 participantes rurales. Se observaron diferencias significativas en indicadores cognitivos, emocionales, familiares, sociales y de calidad de vida. La selección por conveniencia limita la generalización y no permite aislar el efecto de la tecnología.

7 CONCLUSIONES

La atención domiciliaria centrada en la persona, puede favorecer autonomía y calidad de vida; requiere coordinación sociosanitaria, continuidad y profesionales suficientes.
La tecnología complementa, no sustituye el acompañamiento humano.
Se precisan evaluaciones más amplias y prolongadas.

Envejecer en casa... una meta posible

El futuro del sector de los cuidados

Innovación, tecnologia y formación para una atención más humana y personalizada

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY 2026



Resumen

El sector de los cuidados está creciendo debido al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida. Esta situación genera nuevas necesidades asistenciales y exige transformar los modelos tradicionales de atención hacia sistemas más personalizados, innovadores y centrados en las personas. El futuro de los cuidados estará marcado por la innovación, la tecnología y la formación de nuevos profesionales, con el objetivo de ofrecer una atención más humana, personalizada y de calidad, favoreciendo la autonomia y el bienestar de las personas mayores.

Palabras clave

Cuidados, envejecimiento, innovación, tecnología, coliving sénior, living labs, profesional cuidador Silver, bienestar.

Antecedentes

El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida impulsan el crecimiento del sector de los cuidados, generando nuevas necesidades asistenciales y exigiendo transformar los modelos tradicionales de atención.

Objetivos

- Analizar el impacto del envejecimiento en el sector de los cuidados.
- Identificar modelos innovadores (coliving sénior y living labs).
- Valorar el papel de las tecnologías asistivas.
- Definir las competencias del profesional cuidador Silver.
- Proponer estrategias para un cuidado más humano y de calidad.

Métodos

Revisión bibliográfica y análisis de tendencias del sector, complementada con estudios de casos y experiencias innovadoras, y consulta a profesionales y personas mayores.

Resultados

- Crecimiento sostenido del sector de los cuidados debido al envejecimiento poblacional.
- Mayor adopción de modelos innovadores: coliving sénior y living labs.
- Tecnologías asistivas que mejoran la seguridad, la independencie y la calidad de vida.
- Nuevo perfil profesional: el cuidador Silver, con competencias sociosanitarias y digitales.
- Una atención más personalizada y centrada en la persona.

Conclusiones

El futuro de los cuidados estará marcado por la **innovación**, la **tecnología** y la **formación** de nuevos profesionales, con el objetivo de ofrecer una atención más humana, personalizada y de calidad, favoreciendo la autonomia y el bienestar de las personas mayores.

Cuidar hoy, para un mañana mejor

LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA COMO PRINCIPIO DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Autores: Anabel Lorenzo Gómez, José Trastoy Glez, Elia García Diéguez, Mª Begoña Pardal Crespo, Nuria Prieto Fdez, Felicidad Esteban López, Isabel Temprano Álvarez, Pablo Granados Martín

RESUMEN

La desinstitucionalización es un proceso que transforma el modelo de cuidados y apoyos, pasando de la atención en grandes centros o instituciones a un sistema basado en la vida en comunidad, centrado en el respeto y en la garantía de los derechos y dignidad de las personas



OBJETIVO: Señalar la existencia de otro modelo de atención enfocado en la persona que permite su pleno desarrollo según sus necesidades y deseos, respetando sus derechos y su capacidad de decisión.

RESULTADOS

El principio de la atención centrada en la persona:

- ✓ garantiza el reconocimiento del valor e individualidad de las personas;
- ✓ sirve como guía para mejorar la calidad de vida de las personas mayores;
- ✓ beneficia a personas con altos grados de dependencia o deterioro cognitivo;
- ✓ mejora las condiciones de las personas cuidadoras;
- ✓ coordina las actuaciones de todos los actores implicados en la atención ;
- ✓ favorece la provisión y atención continuada de apoyos.

La atención debe ser personalizada, continuada, integral y coordinada. En un entorno comunitario más inclusivo, accesible y acogedor con la diversidad.

ANTECEDENTES

La institucionalización en la tercera edad surge por la modificación del modelo de sociedad, la incorporación de la mujer al mercado laboral y el envejecimiento de la población que genera nuevas necesidades con un aumento del grado de dependencia.

Este proceso tiene consecuencias negativas: pérdida de autonomía y control, sentimientos de desarraigo y desamparo, despersonalización, aislamiento familiar, ruptura de lazos sociales previos…

El proyecto de la desistitucionalización pretende superar la arraigada cultura asistencialista, avanzando hacia modelos que buscan que cada individuo ejerza control sobre su propio proyecto de vida, sus decisiones y preferencias.



Desinstitucionalización
derechos
autonomía
calidad de vida

CONCLUSIONES

Este modelo considera a las personas mayores de manera individualizada, con sus propias historias y proyectos de vida, intereses y preferencias, con el respeto pleno a su dignidad y derechos. Favoreciendo su autonomía y animando a la participación efectiva desde sus capacidades y habilidades. Su fin último es lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, de calidad de vida de la persona.

Conocimientos sobre el autocuidado del pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

María Alonso Gutiérrez, Alejandro de la Fuente Ruíz, José Bódalo Lozano, Carlos Granados Quintanar, Miguel García Mostaza, Laura Braña García

Resumen

El autocuidado diario del pie es fundamental para prevenir lesiones y evitar complicaciones en personas con diabetes tipo 2. La educación enfermera favorece la adquisición de hábitos protectores y mejora la detección precoz de signos de alarma.

Palabras clave

Diabetes tipo 2; pie diabético; autocuidado; educación para la salud; enfermería comunitaria.

Antecedentes

La neuropatía y la enfermedad arterial periférica aumentan el riesgo de ulceración en el pie diabético. La inspección diaria, la higiene adecuada, el uso de calzado apropiado y la consulta ante signos de alarma son claves en la prevención.





Objetivos

Describir los conocimientos sobre autocuidado del pie diabético e identificar necesidades educativas en pacientes con DM2 atendidos en atención primaria.

Cuidar tus pies, también es cuidar tu salud

Materia y métodos

Diseño:
Estudio descriptivo transversal.

Instrumento:
Cuestionario estructurado y anónimo sobre conocimiento, hábitos y actitudes de autocuidado del pie.

Ámbito y muestra:
Consultas de enfermería en Atención Primaria, muestra consecutiva.

Aspectos éticos:
Consentimiento informado y protección de datos.

Resultados

Resultados pendientes de recogida de datos

Conocimiento global: por medir	Hábitos protectores: por medir	Necesidades educativas: por medir

Conclusiones

La educación enfermera individualizada y la valoración periódica del pie pueden ayudar a identificar lagunas de conocimiento y orientar intervenciones preventivas en pacientes con diabetes tipo 2.

Propuesta de investigación. No presenta resultados de una muestra propia.



CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY · ZAMORA

Herpes zóster en mayores de 50: el papel de enfermería en la prevención

Laura Pascual Domínguez · Irina Moya Ruiz · Patricia Salas de Prado · Laura María Faciaben Cano · Nuria Rodríguez Bautista

DEL VIRUS DE LA INFANCIA A LA PREVENCIÓN

Varicela
En la infancia. El virus no se va del cuerpo.

Latencia
Dormido en los ganglios nerviosos durante años.

Herpes zóster
Reaparece al bajar las defensas.
625,5
casos / 100.000 en ≥50 años

Neuralgia
Dolor que puede durar meses o años.
10-18 %
de los pacientes

Vacuna
Dos dosis. En calendario desde 2023.
97,2 %
de eficacia en ≥50 años

RESUMEN

El herpes zóster es la reactivación del virus de la varicela y afecta sobre todo a partir de los 50 años, con la neuralgia postherpética como complicación más frecuente. Mediante una revisión bibliográfica se analizó su carga en España, la eficacia de la vacuna recombinante (superior al 90 %) y el papel de enfermería en la captación, información, vacunación y cuidado de estos pacientes.

ANTECEDENTES

El virus de la varicela queda latente durante años. En España, la incidencia en mayores de 50 casi duplica la de la población general (625,5 frente a 351,6 por 100.000).

OBJETIVOS

- Describir la carga del zóster en mayores de 50.
- Analizar la eficacia de la vacuna recombinante.
- Identificar intervenciones de enfermería.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos científicos (PubMed) y documentos oficiales del Ministerio de Sanidad, ISCIII, Junta de Castilla y León y CDC, de 2015 a 2026.

RESULTADOS

- 68,8 % de los casos y 80,2 % de las hospitalizaciones, a partir de los 50 años.
- 91,3 % de eficacia en ≥70 y 88,8 % menos neuralgia.
- Reacciones locales pasajeras; efectos graves similares a placebo.
- Castilla y León vacuna a los 65 y a los 80 años.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA

- **Captar:** revisar el estado vacunal y citar a las cohortes.
- **Informar:** explicar la vacuna y desmontar bulos.
- **Vacunar y registrar:** las dos dosis, aunque ya se haya tenido zóster.
- **Cuidar:** lesiones, dolor y derivación a tiempo.

PALABRAS CLAVE

Herpes zóster · Vacuna contra el herpes zóster · Neuralgia postherpética · Atención de enfermería · Personas mayores

CONCLUSIONES

La vacuna es eficaz en más del 90 % de los casos, pero las coberturas siguen siendo mejorables. La enfermera es la profesional mejor situada para cerrar esa brecha.

1. Masa-Calles J et al. Rev Esp Salud Pública. 2021;95:e202106088 · 2. Lal H et al. N Engl J Med. 2015;372:2087-96 · 3. Cunningham AL et al. N Engl J Med. 2016;375:1019-32 · 4. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster. 2021 (rev. 2023) · 5. Junta de Castilla y León. Calendario de vacunaciones 2026 · 6. CDC. Shingles Facts and Stats. 2024 · Ilustración generada con IA.

Evaluación de la técnica inhalatoria en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

María Alonso Gutiérrez

Resumen

La técnica inhalatoria correcta es esencial para la administración eficaz de fármacos en EPOC. Errores frecuentes pueden incluir la falta de coordinación inspiración-disparo, flujo inspiratorio inadecuado, no exhalar antes, no mantener apnea tras inhalar y técnica incorrecta según dispositivo.

Palabras clave

Técnica inhalatoria; EPOC; inhaladores; educación sanitaria; enfermería.

Antecedentes

Una técnica inhalatoria inadecuada puede reducir la eficacia del tratamiento, aumentar el riesgo de exacerbaciones y empeorar la calidad de vida del paciente con EPOC.



Demostrar · Practicar · Comprobar



1. Exhalar completamente
2. Inspirar al mismo tiempo que se dispara
3. Mantener la respiración (≈ 10 segundos)
4. Espirar suavemente
5. Si procede, repetir la dosis

Objetivos

Evaluar el dominio de la técnica inhalatoria y describir los errores más frecuentes en pacientes con EPOC atendidos en Atención Primaria.

Materia y métodos

- Estudio descriptivo transversal.
- **Muestra:** pacientes adultos con EPOC.
- Evaluación mediante observación con lista de comprobación específica según dispositivo y cuestionario breve.
- Consentimiento informado y protección de datos.

Resultados

Pendientes de recogida de datos	
Técnica correcta:	por medir
Errores críticos:	por medir
Necesidad de reeducación:	por medir

Conclusiones

La demostración práctica, la revisión periódica y la técnica teach-back pueden ayudar a detectar errores y reforzar la educación enfermera en el uso adecuado de los inhaladores en pacientes con EPOC.

Una buena técnica, mejora tu respiración

Propuesta de investigación; no presenta resultados de una muestra propia

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

Miguel García Mostaza, Laura Braña García, María Alonso Gutiérrez, Alejandro de la Fuente Ruiz, José Bódalo Lozano, Carlos Granados Quintanar

RESUMEN

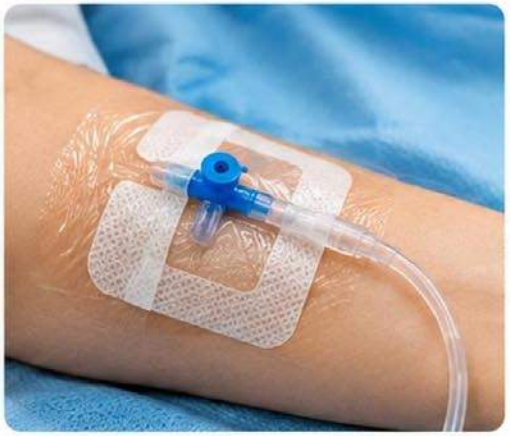
Los catéteres venosos periféricos (CVP) son dispositivos frecuentes y pueden presentar complicaciones locales. Flebitis, infiltración/extravasación, oclusión, desplazamiento e infección pueden interrumpir la terapia y afectar a la seguridad.
La vigliancia y los cuidados basados en evidencia son esenciales.

PALABRAS CLAVE

Catéter venoso periférico; flebitis; infiltración; complicaciones; enfermería.

ANTECEDENTES

El CVP es uno de los dispositivos invasivos más utilizados. Las complicaciones pueden causar dolor, interrupción del tratamiento, nuevas canalizaciones y mayor carga asistencial. La frecuencia observada depende de las definiciones y escalas de valoración.



OBJETIVOS

Describir las principales complicaciones asociadas a los CVP e identificar factores de riesgo y medidas enfermeras de prevención y detección precoz.

MATERIA Y MÉTODOS

Revisión narrativa y síntesis de un estudio prospectivo de cohortes realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias (Arias-Fernández et al., 2017). Se observaron diariamente 178 CVP hasta su retirada.
La flebitis se valoró mediante escala visual y se analizaron factores asociados.

RESULTADOS

178	5,6%	21,3%	11,2%
CVP observados	flebitis	posible flebitis	flebitis según criterio enfermero

- Uso de alargadera: OR 4,8 (p=0,04), asociado a mayor riesgo
- Calibre 22/24 G: OR 0,2 (p=0,02), asociado a menor riesgo

Datos del estudio publicado; no son resultados de una muestra propia.

CONCLUSIONES

La vigliancia diaria y la valoración estandarizada favorecen la detección. Elegir el menor calibre compatible con la terapia, revisar el punto de inserción y retirar el CVP cuando ya no sea necesario o aparezcan complicaciones son medidas clave. Valorar el uso de alargaderas según indicación clínica.

Arias-Fernández L, Suárez-Mier B, Martínez-Ortega MC, Lana A. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos. Enferm Clin. 2017;27(2):79–86. doi:10.1016/j.enfcli.2016.07.008.

Conocimientos sobre la prevención de complicaciones cardiovasculares en pacientes hipertensos

María Alonso Gutiérrez

Resumen

La hipertensión arterial es un factor de riesgo modificable de infarto, ictus, insuficiencia cardiaca y enfermedad renal. La educación enfermera apoya el control tensional y la prevención de complicaciones.

Palabras clave

Hipertensión arterial; riesgo cardiovascular; autocuidado; educación sanitaria; enfermería.

Antecedentes

El control de la presión arterial y de otros factores de riesgo —tabaco, alimentación, sedentarismo, diabetes y colesterol— contribuye a reducir el riesgo cardiovascular.



Objetivos

Describir los conocimientos de pacientes hipertensos sobre prevención cardiovascular e identificar necesidades educativas.

Material y métodos

Propuesta de estudio descriptivo transversal en adultos atendidos en consulta de enfermería de Atención Primaria. Cuestionario estructurado sobre hábitos, tratamiento, automedición de presión arterial y signos de alarma. Participación voluntaria y confidencialidad.

Resultados

Pendientes de recogida de datos

- Conocimiento de factores de riesgo
- Adherencia y autocuidado
- Reconocimiento de signos de alarma

Conclusiones

La valoración de conocimientos puede orientar educación individualizada sobre adherencia, alimentación saludable, actividad física, abandono del tabaco y control de la presión arterial. Ante síntomas sugestivos de ictus o síndrome coronario agudo, solicitar atención urgente.

Propuesta de investigación; no presenta resultados de una muestra propia.

III Congreso Internacional Silver Economy
Zamora
26-27-28 noviembre de 2026

De la evidencia a la excelencia: Sostenibilidad guía RNAO «Acceso vascular»

Autores: **Inmaculada Gómez González** , Azucena González Sanz, Vanesa López Mozo, Yolanda Martin Vaquero , Enma María Garzon Bragado , Rosa M.ª Pardal Blanco ,Verónica Galende Castro EIR Familia y comunitaria. *Personal de enfermería. Gerencia de Atención Primaria Zamora . Contacto inmagg2008@Hotmail.com*

Antecedentes:

- La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (GASZA) tras un proceso competitivo es seleccionado para el proceso de designación de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC®).
- Se inicia en 2022 hasta la actualidad. Lográndose la acreditación en 2025.Comienza periodo de sostenibilidad 2025-2026
- La guía de buenas practicas RNAO «Acceso Vascular» se implanta en toda la GASZA.
- Se pretende eliminar las brechas en la practica diaria siguiendo el proceso del proyecto de CCEC® superar la dispersión geográfica y las diferencias por el lugar residencia.
- El proceso conlleva formación continuada presencial, talleres prácticos, materiales gráficos, videos compartidos para todos los profesionales, cuaderno paciente y familia para continuidad de los cuidados.
- Red de profesionales expertos (impulsores) para difundir las recomendaciones

Objetivos:

- Analizar las características de la población diana.
- Identificar el estado de los indicadores de evaluación

Metodología:

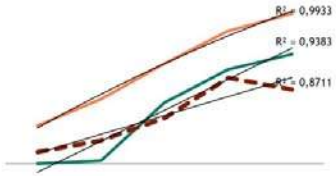
- Estudio descriptivo prospectivo de pacientes portadores de dispositivos de acceso venoso central (DAVC) en atención primaria.
- Fuente de datos: CarEvID+. Noviembre 2022-junio 2026.
- Proceso de análisis de datos anonimizado.

Resultados:



Periodo:	Anuel. Año 2022	Anuel. Año 2023	Anuel. Año 2024	Anuel. Año 2025	06/2026	Total
Número de mediciones:	151	1860	3439	2079	932	8461

Complicaciones nuevas relacionadas con el DAVC	2022	2023	2024	2025	2026 1s
Extravasación	0%	0%	0,03 %	0,0%	0,0%
Flebitis Grado 1 (Dolor)	0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Flebitis Grado 2 (Eritema y/o induración)	0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%
Flebitis Grado 3	0%	0%	0%	0,0%	0,0%
Flebitis Grado 4	0%	0%	0%	0,0%	0,0%
Flebitis Grado 5 (Tromboflebitis)	0%	0%	0%	0,0%	0,0%
Flebitis (Grado no especificado)	0%	0,1%	0%	0,0%	0,0%
Infección del punto de inserción	0%	0,9%	1,0%	1,3%	0,2%
Infección del catéter sin bacteriemia	0%	0%	0%	0,0%	0,0%
Bacteriemia asociada a catéter (cultivo punta catéter positivo y hemocultivo periférico positivo)	0%	0%	0%	0,0%	0,0%
Trombosis	0%	0%	0,1%	0,05%	0,0%
Hematoma	0%	0,1%	0,1%	0,05%	0,0%
Embolismo aéreo (relacionada con inserción)	0%	0%	0,1%	0,0%	0,0%
Lesiones dérmicas	0,7%	0,8%	1,1%	4,0%	2,4%
Otro	0,0%	1,8%	4,6%	8,0%	6,1%



	2022	2023	2024	2025	1S 2026
Educación sobre DAV proporcionada por un profesional	0,00%	1,72%	34,80%	53,82%	62,68%
Cambio del apósito con el calendario de cada tipo	21,85%	37,02%	57,17%	75,86%	85,77%
Momento del cambio de apósito: Cada 4-7 días	6,62%	13,33%	26,20%	49,06%	42,60%

Motivos de retirada del DAV	2022	2023	2024	2025	2026 1s
Fin de tratamiento/ necesidad	0%	0,11%	0,73%	1,39%	1,18%
Cambio de catéter/ sitio/ dispositivo/ localización	0%	0%	0%	0,10%	0,23%
Disconfort	0%	0%	0,03%	0,00%	0,00%
Obstrucción o exclusión	0%	0%	0,06%	0,10%	0,00%
Extracción accidental	0%	0%	0%	0,10%	0,00%
Rotura de catéter	0%	0%	0%	0,00%	0,00%
Fuga por el punto de inserción	0%	0%	0%	0,00%	0,00%
Sangrado por punto de inserción	0%	0%	0%	0,00%	0,00%
Sospecha de infección	0%	0%	0%	0,05%	0,00%
Complicación por DAV	0%	0%	0%	0,05%	0,11%
Lesión asociada a adhesivos de fijación	0%	0%	0,06%	0,00%	0,00%
Exitus	0%	0%	0,09%	0,10%	0,00%
Otro	0%	0,43%	0,52%	0,00%	0,00%

Este trabajo es parte del Programa BPSO® de RNAO. Ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, cuyo desarrollo está parcialmente financiado por el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia .

Conclusiones:

- Los pacientes son parte activa de sus cuidados, se ha realizado educación en el 62,68 %.
- Los profesionales han aumentado la adherencia a los cuidados según las recomendaciones (frecuencia cura , cambio apósito según protocolo) del 21 % al 85,72%.
- El aumento inicial de las complicaciones se debe a una mejor detección. Disminuyen al avanzar la implantación las complicaciones infecciosas. La más frecuente es otros (no refluye). El motivo de retirada preferente es por fin de tratamiento, otros motivos son mínimos o no existen.

Palabras clave:

- Acceso Vascular.
- Guías buenas practicas RNAO.
- Practica basada en la evidencia.
- Atención Primaria.

Resumen:

- La implantación de la guía Acceso Vascular en Atención Primaria ha logrado unificar la practica clínica, protocolos , recursos materiales entre los profesionales de todo el área.
- El proceso ha eliminado diferencias entre pacientes por su centro de referencia, disminuido complicaciones, aumentado la calidad y seguridad de los cuidados.
- Los pacientes portados de vías centrales son parte activa de sus cuidados y comparten su satisfacción con los profesionales.
- Esta intervención mejora la calidad de vida y la seguridad de los cuidados en una población mayor, clave en el contexto de la Silver Economy.

Beneficios del uso de la cámara espaciadora en el tratamiento inhalatorio del paciente anciano

Autora: Paula García Enrique
Coautoras: Laura Santamaría González, Jessica Bastida Medina, Estefanía Cuesta Rubio, Noemí Matos Apolinario, Sara Aita Santos, Miriam Díez Collantes, María del Pilar Álvarez Martín

Resumen

El paciente anciano a menudo sufre enfermedades respiratorias crónicas que precisan tratamiento con inhaladores de cartucho presurizado.
Realizar una buena técnica las resulta complicado debido a cambios cognitivos, funcionales y conductuales, por ello, el uso de la cámara espaciadora unida al inhalador tiene múltiples beneficios, ya que, mejora la administración del fármaco, reduce errores en la técnica y aumenta la seguridad.

Antecedentes

- Durante el envejecimiento aumentan las enfermedades respiratorias crónicas, tales como el EPOC y el asma.
- Para un correcto funcionamiento del tratamiento inhalatorio es importante mantener una buena técnica en el uso de inhaladores.
- En personas mayores pueden aparecer dificultades cognitivas, conductuales y funcionales que condicionan el buen uso del inhalador.
- Las cámaras espaciadoras facilitan la administración del medicamento y reducen el depósito orofaríngeo.

Objetivos

Objetivo general:
Evaluar la evidencia científica sobre los beneficios del uso de cámara espaciadora en el tratamiento por la vía inhalatoria en personas mayores.
Objetivo específico:

- Evaluar la reducción de la necesidad de coordinación motora
- Explorar beneficios potenciales en eficacia y seguridad.
- Destacar el papel de enfermería en educación y reevaluación.



Palabras clave Anciano; terapia inhalatoria; cámara espaciadora; EPOC, asma, educación enfermera.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de la literatura sobre los beneficios del uso de cámaras espaciadoras en la administración del tratamiento inhalado en pacientes ancianos en bases de datos como PubMed y consulta de artículos o revistas científicas. Se emplearon términos en inglés y español sobre cámaras espaciadoras, dispositivos inhalatorios y población geriátrica.

Resultados

La evidencia científica señala que el uso de cámaras espaciadoras tiene los siguientes beneficios:

- ✓ Facilita la administración del tratamiento.
- ✓ Disminuye los errores en la técnica inhalatoria.
- ✓ Favorece el depósito pulmonar del medicamento.
- ✓ Mejora la accesibilidad del tratamiento
- ✓ Refuerza la educación sanitaria.

Conclusiones

- La cámara espaciadora puede ser útil en personas mayores que utilizan inhalador de cartucho presurizado.
- La incorporación individualizada de cámaras espaciadoras, junto con una adecuada educación sanitaria, puede favorecer el autocuidado, la autonomía y una mejor calidad de vida, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable.
- Contribuyen a una mayor eficacia y seguridad, especialmente en pacientes con dificultades para la coordinación y destreza manual.
- No son compatibles con todos los inhaladores.

Evolución de la pobreza y la desigualdad en Castilla y León

Maria-Concepción Vega-Hernández[1*], Jesús-Ángel Román-Gallego[2] y Maria-Luisa Pérez-Delgado[2]

[1]Departamento de Estadística, Escuela Politécnica Superior de Zamora, Universidad de Salamanca, Zamora, España; [2]Departmento de Informática y Automática, Escuela Politécnica Superior de Zamora, Universidad de Salamanca, Zamora, España

RESUMEN

Antecedentes: El estudio conjunto de la pobreza y la desigualdad de ingresos permite caracterizar la vulnerabilidad económica en Castilla y León y situar su evolución en el contexto nacional, **Objetivos:** Comparar la evolución del riesgo de pobreza, la desigualdad y la renta en Castilla y León y España entre 2008 y 2025, y describir el perfil de la población en riesgo de pobreza en la comunidad en 2025. **Método:** Se analizaron las series de la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística mediante gráficos de líneas. Se compararon las tasas de pobreza con umbral relativo y con umbral fijo de 2008, el índice de Gini, el cociente S80/S20 y la renta media por persona y por hogar. Para 2025, se realizó un análisis descriptivo sin ponderar de 3.824 personas de Castilla y León según su edad, sexo y tipo de hogar. **Resultados:** En 2025, el riesgo de pobreza relativa en Castilla y León alcanzó el 19,8 %, frente al 19,5 % nacional. Con el umbral fijo, ambas tasas se situaron en torno al 17,5 %. La desigualdad de ingresos se mantuvo por debajo de la nacional y la renta media por persona fue similar en ambos territorios. En la muestra regional, el grupo de 0 a 17 años presentó el mayor porcentaje de personas en riesgo de pobreza (24,6 %). **Conclusiones:** En Castilla y León, una menor desigualdad de ingresos coexistió con un riesgo de pobreza relativa próximo al nacional. La evolución regional varió según el umbral empleado y el análisis por edad puso de relieve la vulnerabilidad económica de la población menor de 18 años.

Palabras clave: ECV, riesgo de pobreza, desigualdad de ingreso, Castilla y León, vulnerabilidad.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es estudiar la evolución del riesgo de pobreza y la desigualdad de ingresos en Castilla y León entre las ediciones de la ECV de 2008 y 2025, y caracterizar los grupos con mayor riesgo de pobreza en 2025.

Objetivos específicos:

- Comparar la evolución de la pobreza con umbral relativo y con umbral fijo de 2008 en Castila y León y España.
- Examinar cómo evolucionan la desigualdad y la renta en Castila y León y España.
- Identificar los grupos con mayor tasa de riesgo de pobreza en Castilla y León en 2025.



ANTECEDENTES

La pobreza y la desigualdad de ingresos son dimensiones de las condiciones de vida de la población. El riesgo de pobreza indica qué proporción de personas vive en hogares con ingresos inferiores a un determinado umbral, mientras que la desigualdad refleja cómo se distribuye la renta en el conjunto de la población. Su estudio conjunto permite contextualizar la vulnerabilidad económica y examinar por qué una distribución de ingresos más igualitaria puede coexistir con tasas de riesgo de pobreza similares a las de otros territorios.

Es importante estudiar la pobreza y la desigualdad en Castilla y León porque la media nacional puede ocultar cambios relevantes en la comunidad.

Analizar el riesgo teniendo en cuenta factores como la edad, el sexo y el tipo de hogar permite identificar en qué grupos se concentra la vulnerabilidad económica. Esta información puede orientar las prioridades de las políticas sociales y servir como referencia para seguir su evolución en el tiempo.

Este trabajo aborda la evolución de la pobreza y la desigualdad de ingresos en Castilla y León en comparación con el conjunto de España entre 2008 y 2025, y analiza qué grupos de población presentan una mayor vulnerabilidad económica en la comunidad en la actualidad.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio a partir de las tablas de resultados y los microdatos de la **Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)** del Instituto Nacional de Estadística

Para comparar la evolución de Castilla y León y el conjunto de España entre las ediciones de 2008 y 2025, se elaboraron gráficos de líneas de las tasas de riesgo de pobreza con umbral relativo y con umbral fijo de 2008, así como del coeficiente de Gini, el cociente S80/S20 y la renta neta media nominal por persona y por hogar. Los indicadores monetarios se refieren al año anterior al de cada edición.

Para caracterizar el riesgo de pobreza en Castilla y León en 2025, se enlazaron los ficheros de hogares y personas de la ECV (Td, Th y Tr) y se seleccionaron **3.824 personas de 1.662 hogares**.

Se tomó a la persona como unidad de análisis y se le asignó la condición de riesgo de pobreza de su hogar según el umbral nacional.

Con el programa IBM SPSS Statistics se obtuvieron frecuencias y porcentajes muestrales sin ponderar y se calcularon, mediante tablas de contingencia, los porcentajes de personas en riesgo dentro de cada categoría de sexo y grupo de edad. También se aplicó el contraste chi-cuadrado de Pearson con carácter exploratorio.

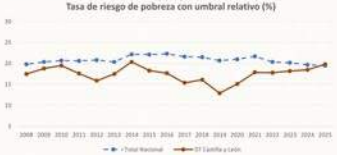
RESULTADOS

POBREZA (2008-2025)

Umbral relativo anual: 60 % de la mediana de la renta disponible equivalente correspondiente a cada año.

Umbral anclado en 2008: Umbral de 2008 actualizado por inflación para evaluar los ingresos de cada edición posterior.

Tasa de riesgo de pobreza con umbral relativo (%)



Castilla y León registró tasas inferiores a las de España entre 2008 y 2024. La mayor distancia se observó en 2019, con un 12,9 % en la comunidad frente a un 20,7 % en España. Desde entonces, la tasa regional subió hasta el 19,8 % en 2025, ligeramente por encima del 19,5 % nacional.

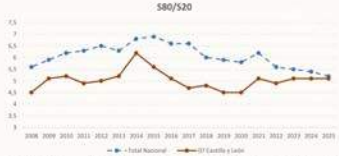
Tasa de riesgo de pobreza con umbral fijo de 2008 (%)



Ambas series aumentaron hasta alcanzar su máximo en 2014, con un 29,6 % en Castilla y León y un 30,9 % en España. Después descendieron, con algunos repuntes, hasta situarse en el 17,7 % y el 17,5 %, respectivamente, en 2025. En Castilla y León, la tasa terminó prácticamente en el mismo nivel de 2008 (17,5 %).

DESIGUALDAD Y RENTA (2008-2025)

S80/S20



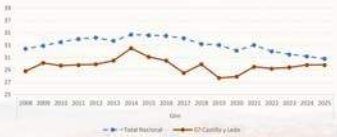
Tanto el Gini como el S80/S20 fueron inferiores en Castilla y León durante todo el periodo, aunque la distancia se redujo. En 2025, el Gini fue de 29,8 en la comunidad y de 30,8 en España. El S80/S20 fue de 5,1 y 5,2, respectivamente. En Castilla y León, esto significa que el 20 % con mayores ingresos concentró 5,1 veces la renta del 20 % con menores ingresos

Renta neta media por hogar (€)



Tras el descenso de los primeros años, aumentó en ambos territorios y las series acabaron casi superpuestas. En 2025 alcanzó 15.598 € en Castilla y León y 15.620 € en España, una diferencia de 22 €. Este es el gráfico superior de los dos de renta, cuyo título en la imagen dice «por hogar»

Gini

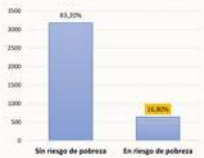


Renta neta media por hogar (€)



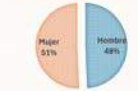
También aumentó tras el descenso inicial, pero se mantuvo por debajo de la media nacional durante todo el periodo. En 2025 fue de 35.011 € en Castilla y León y 38.994 € en España, una diferencia de 3.983 € por hogar. La renta por persona y la renta por hogar tienen denominadores distintos, por lo que la cercanía en una medida puede coexistir con una brecha en la otra

RIESGO DE POBREZA EN CASTILLA Y LEÓN EN LA ACTUALIDAD



TIPO DE HOGAR	n	%
Hombre solo, menos de 30 años	3	0,1%
Hombre solo, 30–64 años	153	4,0%
Hombre solo, 65 o más	82	2,1%
Mujer sola, menos de 30 años	1	0,0%
Mujer sola, 30–64 años	86	2,2%
Mujer sola, 65 o más	150	3,9%
Dos adultos sin dependientes, alguno de 65 o más	656	17,2%
Dos adultos sin dependientes, ambos menores de 65	398	10,4%
Otros hogares sin menores dependientes	583	15,2%
Un adulto con menores dependientes	174	4,6%
Dos adultos con un menor dependiente	459	12,0%
Dos adultos con dos menores dependientes	648	16,9%
Dos adultos con tres o más menores dependientes	171	4,5%
Otros hogares con menores dependientes	254	6,6%
Total	3818	99,8%
Perdidos Sin dato de tipo de hogar	6	0,2%
Total	3824	100,0%

GRUPOS DE EDAD	n	%
0–17	566	14,8%
18–34	496	13,0%
35–49	730	19,1%
50–64	1011	26,4%
65 o más	1019	26,6%
nacimiento en 2025	2	0,1%





Se observa relación estadísticamente significativa entre la condición del hogar según el umbral nacional y los grupos de edad (Chi-cuadrado = 29,396; g.l. = 5; p-valor <0,001), pero no se observan evidencias estadísticamente significativas para asociarlo con la variable de sexo (Chi-cuadrado = 0,793; g.l. = 1; p-valor = 0,373).

En riesgo de pobreza (n = 643)

TIPO DE HOGAR	n	%
Hombre solo, menos de 30 años	1	0,2%
Hombre solo, 30–64 años	31	4,8%
Hombre solo, 65 o más	18	2,8%
Mujer sola, 30–64 años	19	3,0%
Mujer sola, 65 o más	45	7,0%
Dos adultos sin dependientes, alguno de 65 o más	72	11,2%
Dos adultos sin dependientes, ambos menores de 65	46	7,2%
Otros hogares sin menores dependientes	62	9,6%
Un adulto con menores dependientes	79	12,3%
Dos adultos con un menor dependiente	54	8,4%
Dos adultos con dos menores dependientes	100	15,6%
Dos adultos con tres o más menores dependientes	73	11,4%
Otros hogares con menores dependientes	43	6,7%

CONCLUSIONES

- La pobreza relativa aumentó en Castilla y León desde 2019.
- La evolución de la pobreza dependió del umbral utilizado. Con el umbral fijo de 2008, la tasa regional descendió desde el máximo del 29,6 % en 2014 hasta el 17,7 % en 2025, un valor próximo al del inicio del periodo.
- Castilla y León mantuvo una menor desigualdad de ingresos que España. En 2025, la renta media por persona fue prácticamente igual en ambos territorios, mientras que la renta media por hogar siguió siendo inferior en la comunidad.
- El grupo de 0 a 17 años presentó el mayor porcentaje de personas en riesgo de pobreza en la actualidad.
- La mayoría de hogares en riesgo de pobreza son de 2 adultos con 2 menores dependientes en la actualidad.

REFERENCIAS

Instituto Nacional de Estadística. (2026a, 5 de febrero). *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2025. Resultados definitivos* [Nota de prensa]. ine.es

Instituto Nacional de Estadística. (2026b, 1 de octubre). *Tasa de riesgo de pobreza con umbral fijo en el año 2008 por CCAA* [Tabla 59972]. INEbase. ine.es

Caravantes Vidriales, R., Monge Sarango, G., & Sanz Angulo, A. (2026). *El estado de la pobreza 2026. Castilla y León* (16.º informe). EAPN España. Consultar el informe

SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

Autores: Sofía Villaseñor Manrique
Coautores: Cristina Hernández Postigo; Clara Sánchez Marce; Silvia Bravo Santos; Marta Sánchez Casero; Robeeto Sánchez Lozano
Palabras clave: Soledad no deseada; personas mayores; aislamiento social; Atención Primaria; enfermería.

RESUMEN

La soledad no deseada es un problema social y sanitario con **repercusiones en la salud y calidad de vida de las personas mayores.** Se revisan sus factores asociados, consecuencias y estrategias de detección y abordaje desde Atención Primaria, destacando el papel de Enfermería y la coordinación comunitaria.

METODOLOGIA

Revisión narrativa de bibliografía científica y documentos institucionales sobre soledad no deseada en personas mayores. Se analizaron factores asociados, consecuencias, valoración y recursos comunitarios

ANTECEDENTES

Experiencia subjetiva de malestar cuando las relaciones sociales no satisfacen las necesidades de la persona. Se diferencia del aislamiento social, que implica una **red de contactos reducida**. Según el Barómetro 2024, afecta al **20 % de las personas mayores de 75 años.**





RESULTADOS

- **Factores asociados:** viudedad y duelo, enfermedades crónicas, dependencia, problemas sensoriales, depresión y red social limitada.
- **Consecuencias:** ansiedad y depresión, deterioro cognitivo asociado, peor salud física, fragilidad y pérdida de autonomía.
- **Valoración en AP:** entrevista individualizada, exploración de relaciones y apoyos. Escalas ESTE II, UCLA y De Jong Gierveld.
- **Abordaje enfermero**: detección precoz, escucha activa, seguimiento y coordinación con servicios sociales, asociaciones y voluntariado.

OBJETIVOS

Analizar el **impacto de la soledad no deseada** e identificar factores de riesgo, consecuencias y estrategias de detección y abordaje enfermero en Atención Primaria.

CONCLUSIÓN

La soledad no deseada afecta al bienestar integral de las personas mayores. Atención Primaria es clave para detectarla precozmente mediante una valoración individualizada y facilitar la conexión con recursos comunitarios

BIBLIOGRAFIA

ACERCAMIENTO A LA DISTROFIA FACIOESCAPULOHUMERAL:
PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL

Coco Aguado Silvia; Fernández Cortés, Claudia; Alvarado Turiel, Beatriz; García Bernal, Antonio Jesús; Sogo Pérez, Margarita; Esteban Hernández, Verónica; Arguello Gómez, Inés; Sánchez Martin, Sonia; Cortés Marcos, Aurora; Pordomingo Ares, Alejandro; Flores Domínguez Teresa Elsa

Resumen

La distrofia muscular facioescapulohumeral (DMFEH) es una enfermedad neuromuscular de origen genético caracterizada por debilidad muscular progresiva, que afecta principalmente a la musculatura facial, escapular y de los miembros superiores.

Su evolución variable puede generar limitaciones funcionales y repercutir en la autonomía y la calidad de vida de las personas afectadas.

Ante la complejidad de esta patología, enfermería desempeña un papel fundamental en la atención integral, la educación sanitaria, la prevención de complicaciones y el apoyo al paciente y su entorno familiar.

Objetivos

- Revisar el papel del equipo de enfermería en la atención a personas con distrofia muscular facioescapulohumeral.
- Identificar las principales necesidades de cuidados y destacando las intervenciones orientadas
- Promover la autonomía,
- Prevenir complicaciones
- Mejorar la calidad de vida.

Palabras clave

Distrofia muscular facioescapulohumeral; enfermería; cuidados integrales; enfermedades neuromusculares; calidad de vida.

Antecedentes

La distrofia muscular facioescapulohumeral es una enfermedad hereditaria cuya presentación clínica y progresión varían considerablemente entre personas. La debilidad muscular puede dificultar actividades cotidianas, limitar la movilidad y generar necesidades de apoyo físico y emocional.

Aunque no existe un tratamiento curativo establecido, el seguimiento clínico, la rehabilitación y las intervenciones individualizadas contribuyen al manejo de la enfermedad. En este contexto, la actuación enfermera resulta relevante para valorar las necesidades del paciente, fomentar el autocuidado, proporcionar información comprensible y facilitar la coordinación entre los distintos profesionales sanitarios.

Metodología

Revisión bibliográfica sistemática. Estudios publicados en inglés y castellano. Bases de datos Pubmed, Cochrane, Elsevier, Scielo.

Resultados

La revisión del papel de enfermería permite destacar varias áreas prioritarias de intervención: valoración periódica de la capacidad funcional y del grado de autonomía; identificación de dificultades en las actividades de la vida diaria; educación sanitaria adaptada a las necesidades individuales; prevención de complicaciones asociadas a la limitación de la movilidad; apoyo emocional al paciente y a su familia; y coordinación con el equipo multidisciplinar. Asimismo, la continuidad asistencial y la detección de cambios en la situación clínica permiten adaptar los cuidados a la evolución de la enfermedad.

Conclusiones

Enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado integral de las personas con distrofia muscular facioescapulohumeral. Una atención individualizada, basada en la valoración continua, la educación sanitaria, el apoyo psicosocial y la coordinación multidisciplinar, puede contribuir a preservar la autonomía y favorecer la calidad de vida. La formación específica de los profesionales de enfermería en enfermedades neuromusculares poco frecuentes resulta importante para mejorar la identificación de necesidades y la calidad de los cuidados.



¿Es eficaz la iontoforesis en la calcificación del tendón supraespinoso?

PROPUESTA DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EN FISIOTERAPIA

2.2.2 Autores

Henar Maraña Rodríguez
Sara Diez Fernández
Marta Villadangos García
Beatriz Durán Salgado
Nuria Fuertes Mayo
María Teresa Diez Alonso
Mercedes Fernandez Alzola
Daniel Dominguez Centeno
Ana Belén Álvarez Pellitero
Alicia Fernández García
Judit García Castro

2.2.1 Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar, a través de una revisión bibliográfica, la eficacia de la iontoforesis como complemento en el tratamiento fisioterapéutico de la calcificación del tendón supraespinoso, comparándola con otras intervenciones o con un tratamiento convencional.

2.2.3 Palabras clave

- Iontoforesis
- Calcificación tendinosa
- Tendón supraespinoso
- Tendinopatía calcificante del hombro
- Fisioterapia
- Dolor de hombro
- Corriente galvánica
- Tratamiento conservador

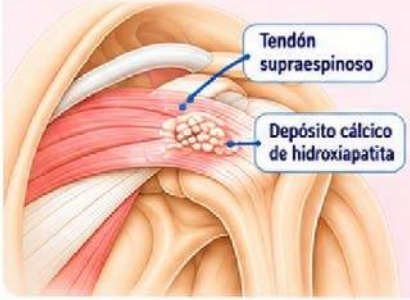
2.2.4 Antecedentes

- La tendinopatía calcificante del supraespinoso se caracteriza por depósitos de hidroxiapatita de calcio en el tendón, siendo causa frecuente de dolor de hombro y limitación funcional.
- La iontoforesis utiliza corriente galvánica para facilitar la penetración transcutánea de sustancias ionizadas (p. ej., antiinflamatorios).
- Se ha propuesto como opción complementaria en fisioterapia para reducir el dolor y favorecer la reabsorción de los depósitos cálcicos.
- Existe evidencia limitada y heterogénea sobre su eficacia, lo que justifica una revisión.

2.2.5 Objetivos

- **Objetivo principal:**
  Analizar la eficacia de la iontoforesis en la reducción del dolor y la mejora de la función en personas con calcificación del tendón supraespinoso.
- **Objetivos secundarios:**
  - Valorar la influencia en la reabsorción de los depósitos cálcicos.
  - Comparar sus resultados con otras intervenciones fisioterapéuticas.
  - Identificar efectos adversos y seguridad.

CALCIFICACIÓN DEL TENDÓN SUPRAESPINOSO



- Depósitos de calcio en el tendón del supraespinoso.
- Dolor, especialmente con la elevación del brazo.
- Limitación funcional en las actividades de la vida diaria.
- Puede evolucionar por fases (formativa, de reposo y de reabsorción).

IONTOFORESIS



- Aplicación de corriente galvánica de baja intensidad.
- Permite la administración transcutánea de sustancias ionizadas (p. ej., antiinflamatorios como el dexametasona).
- Efecto antiinflamatorio local, analgésico y potencialmente favorece la reabsorción del calcio.
- Procedimiento no invasivo, seguro y bien tolerado.

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO COMBINADO



- Ejercicio terapéutico y control de cargas.
- Educación y pautas de actividad.
- Terapia manual.
- Otras modalidades físicas (ultrasonido terapéutico, ondas de choque, etc.).
- Seguimiento clínico y funcional.

2.2.6 Método

- **Diseño:** revisión bibliográfica.
- **Bases de datos:** PubMed, PEDro, Cochrane Library, Scopus y Web of Science.
- **Criterios de inclusión:** estudios en adultos con calcificación del tendón supraespinoso que utilicen iontoforesis como intervención fisioterapéutica.
- **Criterios de exclusión:** estudios sin resultados clínicos, otras localizaciones tendinosas, idioma no accesible.
- **Variables de análisis:** dolor, función, reabsorción cálcica, efectos adversos.
- Síntesis y comparación de resultados.

2.2.7 Resultados

- La evidencia disponible sugiere que la iontoforesis puede contribuir a la reducción del dolor a corto y medio plazo en la calcificación del supraespinoso.
- Algunos estudios describen una disminución del tamaño del depósito cálcico, aunque los resultados son heterogéneos.
- La mayoría de los estudios combinan la iontoforesis con otras técnicas fisioterapéuticas.
- Se reportan pocos efectos adversos, principalmente irritación cutánea leve y transitoria.
- La calidad metodológica de los estudios es variable y el número de ensayos clínicos es limitado.

2.2.8 Conclusiones

La iontoforesis podría ser una herramienta eficaz y segura como complemento en el tratamiento fisioterapéutico de la calcificación del tendón supraespinoso, con posibles beneficios en la reducción del dolor y en la reabsorción de los depósitos cálcicos.

Se necesitan más ensayos clínicos de alta calidad que confirmen su eficacia y establezcan protocolos consensuados de aplicación.

Envelhecimento Ativo na Era Digital

Que evidência recente existe sobre o contributo das tecnologias digitais para a autonomia, a inclusão, a participação social e a empregabilidade das pessoas idosas? Uma revisão narrativa de revisões (2022–2026)

Autores: Ana Rita Teixeira Pereira · Luana Bento Morais · Kleiver Sanchez · Licenciatura em Gerontologia, Escola Superior de Saúde, Universidade Politécnica de Bragança · ana875527@gmail.com

Universidade Politécnica Bragança
Escola Superior de Saúde

Congresso Silver Economy · 26 de novembro de 2026

RESUMO

Revisão narrativa de 10 documentos (8 revisões e 2 estudos qualitativos, 2022–2026) sobre o contributo das tecnologias digitais para quatro domínios do envelhecimento ativo. A evidência é convergente, mas de certeza baixa: sensores e ambientes assistidos apoiam a autonomia; TIC e videochamada reduzem a desconexão social; as intervenções de literacia digital funcionam (SMD = 0,47); o teletrabalho favorece a participação laboral dos 45+. Os ganhos dependem de literacia digital, implementação planeada e respeito pela privacidade e pela autodeterminação.

PALAVRAS-CHAVE envelhecimento ativo; tecnologias digitais; literacia digital; isolamento social; silver economy.

ANTECEDENTES

O envelhecimento demográfico coincide com a digitalização dos serviços, do trabalho e das relações. Sensores, ambientes assistidos (AAL), robôs de assistência social e TIC são apresentados como resposta, mas a evidência sobre o seu efeito no envelhecimento ativo, e sobre as condições éticas do seu uso, está dispersa por revisões de áreas distintas.

60,7% das pessoas de 65–74 anos em Portugal usam a Internet

99,8% das pessoas de 16–24 anos

INE, Inquérito à Utilização de TIC pelas Famílias, 2025 (PORDATA). O fosso digital é, em si, um determinante de participação.

OBJETIVOS

1. Sintetizar a evidência de revisão (2022–2026) sobre o contributo das tecnologias digitais para a **autonomia**, a **inclusão e literacia digital**, a **participação social** e a **empregabilidade** das pessoas idosas.

2. Identificar as condições de implementação e as salvaguardas éticas que a literatura recomenda.

MÉTODO

10 INCLUÍDOS

Revisão narrativa de revisões. Fontes: PubMed/Europe PMC, Frontiers, SpringerLink, MDPI, JMIR, BMC; 2022–2026. **Inclusão:** revisões sistemáticas, scoping, umbrella ou meta-análises e estudos qualitativos revistos por pares; pessoas 60+; tecnologia digital; resultados em autonomia, literacia, isolamento ou emprego. **Exclusão:** sem revisão por pares; populações clínicas específicas; tecnologias sem componente digital. **Extração:** autor/ano, tipo, n, domínio, resultado-chave; síntese temática por domínio. **Limitações:** sem protocolo registado nem avaliação formal da qualidade; evidência primária de certeza baixa (GRADE).

RESULTADOS. TABELA 1. ESTUDOS INCLUÍDOS (N = 10)

Autor (ano)	Tipo · N	Domínio	Resultado-chave
Requena et al. (2024)	Revisão sistemática · 37 estudos	Autonomia	Sensores evoluíram da deteção de quedas para monitorização preditiva (física, cognitiva, social); falta de padronização.
Hu et al. (2024)	Revisão sistemática · 32 publicações, 44 tecnologias	Autonomia	Monitorização individual, do ambiente doméstico e wearables; poucos estudos quantitativos.
Jutai et al. (2024)	Scoping review · 26 estudos	Implementação	TIC (7), AAL (6), robôs (5), wearables (2); falhas de desenho atrasam a implementação domiciliária.
Slane & Pedersen (2024a)	Qualitativo · 2 estudos	Privacidade	Robôs sociais implicam a privacidade de forma complexa; pessoas idosas ausentes da governação da IA.
Slane & Pedersen (2024b)	Qualitativo · 2 estudos	Autonomia (ética)	Autonomia entendida nos planos individual, coletivo e societal, não só como independência funcional.
Balki et al. (2022)	Umbrella review · 24 revisões, 326 estudos, 79 538 pessoas	Isolamento social	A tecnologia melhora a conectividade social; TIC e videoconferência com maior efeito; certeza baixa.
Gunnes et al. (2024)	Scoping de revisões · 39 revisões	Isolamento social	Redes sociais, videochamadas, agentes conversacionais, robôs e exergames: impacto sobretudo positivo.
Khan et al. (2026)	Scoping review · 22 estudos	Literacia digital	Sete barreiras interligadas: saúde, apoio, facilidade de uso, conhecimento, perceções, recursos, grupos específicos.
Xie et al. (2026)	Meta-análise · 23 estudos, 3 702 pessoas	Literacia digital	Intervenções melhoram a literacia digital em saúde (SMD = 0,47; IC 95% 0,08–0,86).
Adegoke et al. (2025)	Scoping review · 33 estudos	Empregabilidade	Teletrabalho e flexibilidade melhoram bem-estar e participação laboral dos 45+; barreiras: exclusão digital, idadismo.

Porta de entrada: literacia digital, eficaz se responder a barreiras interligadas (Khan et al., 2026; Xie et al., 2026) → **Condições éticas transversais:** dignidade, privacidade, autodeterminação, co-desenho (Slane & Pedersen, 2024a, 2024b)

RESULTADOS POR DOMÍNIO

37 + 32 estudos

Autonomia e segurança em casa

Sensores e tecnologias de *aging in place* passaram de alarmes a monitorização preditiva; a adoção depende mais da implementação do que do dispositivo (Jutai et al., 2024).

0,47 SMD (IC 95% 0,08–0,86)

Inclusão e literacia digital

A formação funciona, sobretudo quando junta competências digitais a conteúdos de saúde; as sete barreiras co-ocorrem, pelo que cursos isolados não bastam (Khan et al., 2026; Xie et al., 2026).

79 538 pessoas, 326 estudos

Participação social e isolamento

TIC e videochamada têm o maior efeito na conectividade social; a certeza é baixa e o digital deve complementar, não substituir, o presencial (Balki et al., 2022; Gunnes et al., 2024).

33 estudos (45+ anos)

Empregabilidade e Silver Jobs

Teletrabalho e flexibilidade melhoram o bem-estar e a permanência no trabalho; competências digitais são o facilitador-chave, idadismo e exclusão digital as barreiras (Adegoke et al., 2025). O projeto Silver Jobs (Interreg VI-A Espanha–Portugal/POCTEP) atua nestas duas frentes.

CONCLUSÕES

As tecnologias digitais podem apoiar a autonomia, reduzir o isolamento social e abrir novas formas de participação profissional, **se** houver literacia digital, implementação planeada e respeito pela privacidade e pela autodeterminação.

Tecnologia	co-desenho com pessoas idosas e privacidade por defeito.
Instituições	literacia que combine saúde e competências digitais; videochamada como intervenção de baixo custo.
Economia sénior	mediação digital, mentoria e teletrabalho sénior rendem mais do que investir só em dispositivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lista completa (APA 7, com DOI) pelo código QR. Adegoke et al., 2025 · Balki et al., 2022 · Gunnes et al., 2024 · Hu et al., 2024 · Jutai et al., 2024 · Khan et al., 2026 · Requena et al., 2024 · Slane & Pedersen, 2024a, 2024b · Xie et al., 2026 · INE/PORDATA, 2025

UNA AMENAZA SIN OLOR NI COLOR: DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO)

M.T Prieto Herrero, N. Garcia Santa Basilia , J.R Fdez. Magaz, MJ. Garcia Mangas, M.Catalina Coello
maiteph45@gmail.com



RESUMEN

Se calcula que entre 5.000 y 10.000 personas sufren intoxicaciones por CO cada año en el país, y producen 125 muertes /año (2024). Aproximadamente el 70% de los casos se deben al mal funcionamiento o mala combustión de sistemas de calefacción individuales, especialmente en areas rurales, en invierno.. El monóxido de carbono es un gas invisible
El CO inodoro que puede acumularse en espacios mal ventilados y causar intoxicación, y finalmente la muerte. Es recomendable la revisión anual de los sistemas de calefacción y dispositivos acústicos de concentración de CO.

PALABRAS CLAVES

Monóxido de carbono, intoxicación, prevención, síntomas, emergencias.

OBJETIVOS

- Revisar los síntomas y signos por la intx CO
- conocer el protocolo en la intoxicación por CO.
- Hacer difusión de la prevención sobre nuestros potenciales pacientes

MÉTODO

Revisión narrativa de la literatura científica mediante la consulta de bases de datos biomédicas y fuentes de referencia, principalmente:

- PubMed/MEDLINE.
- Cochrane Library.
- Scopus.
- Web of Science.
- Guías clínicas y documentos de sociedades científicas.

BIBLIOGRAFÍA

RESULTADOS

SÍNTOMAS:

- Cefalea
- Mareo
- Náuseas
- Somnolencia
- Confusión
- Pérdida de conciencia

DIAGNÓSTICO:

- Sospecha clínica,
- Antecedentes de exposición,
- Determinación de carboxihemoglobina en sangre arterial o venosa.

COHb > 2 % en personas no fumadoras o COHb > 9 % en fumadoras

ACTUACIÓN:

1. Valoración ABCDE.
2. Retirar de la exposición
3. Ventilar estancia
4. Activar 112
5. Monitorización constantes
6. Oxígeno de alto flujo.
7. Traslado hospitalario.
8. Cámara Hiperbárica.

PREVENCIÓN

- Revisar calderas y chimeneas
- Ventilar diariamente
- No usar braseros al dormir
- No usar generadores en interiores.
- Instalar detectores de CO.

CONCLUSIONES

La intoxicación por monóxido de carbono es una urgencia médica potencialmente grave que requiere un diagnóstico y tratamiento precoces.

La cooximetría es fundamental para confirmar la exposición, mientras que la pulsioximetría convencional puede ofrecer valores engañosamente normales.
La administración de oxígeno al 100 % constituye el tratamiento inicial de referencia.

La actuación coordinada de los equipos de emergencias extrahospitalarias y hospitalarias es fundamental para mejorar la seguridad y los resultados clínicos.

Mejor calidad de vida en el paciente institucionalizado gracias a los cuidados de enfermería

María Isabel Urones Hernández · Sara Fernández Sánchez · Rebeca Rodríguez Bailón · Cristina Miguel Gómez · Cristina García López

Introducción

La **institucionalización** puede afectar al bienestar físico, emocional y social del paciente. Los **cuidados de enfermería** son clave para promover una vida digna, **autónoma y con calidad.**



Objetivos

- Demostrar que los cuidados de enfermería mejoran la **calidad de vida** del paciente institucionalizado.
- Identificar las intervenciones más eficaces.

Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos (PubMed, CINAHL, Scielo).

Palabras clave: cuidados de enfermería, calidad de vida, institucionalización.

Incluye artículos de los últimos 10 años.



Cuidar también es mejorar la vida



Cuidados de enfermería = Mayor bienestar

Resultados

- Bienestar emocional
- Mayor actividad física
- Mejor integración social
- Prevención de complicaciones
- Descanso adecuado
- Mayor satisfacción con los cuidados



Los cuidados de enfermería mejoran la calidad de vida

Conclusiones

- Los cuidados de enfermería son fundamentales para mejorar la calidad de vida del paciente institucionalizado.
- Una atención integral, personalizada y humanizada favorece el bienestar y la participación activa.
- Invertir en cuidados es invertir en calidad de vida.



Bibliografía

1. **Organización Mundial de la Salud.** Envejecimiento saludable: un marco de acción. Ginebra: OMS; 2020.
2. **Wilkinson C, et al.** The impact of nursing care on quality of life in institutionalized older adults. J Adv Nurs. 2019;75(1): 20-30.
3. **Ministerio de Sanidad.** Cuidados de enfermería en personas mayores institucionalizadas. Madrid: MS; 2021.
4. **Donabedian A.** La calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(5):282-286.

Cuidados que acompañan, vida que mejora ♡



ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LAS SESIONES DE HEMODIÁLISIS

AUTORES Silvia Torío Mateos, Almudena Ríos Cotorruelo, María Mercedes Pérez Colás, María Vaquero González, María Encarnación Gómez Santos, Noelia Alonso Blanco, Sonia Sanabria Prieto. Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora

RESUMEN

La enfermedad renal crónica y la hemodiálisis se asocia con sedentarismo, pérdida de fuerza muscular y deterioro funcional.

La actividad física intradiálisis permite incorporar el ejercicio terapéutico durante el tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Hemodiálisis, actividad física, capacidad funcional, fragilidad, calidad de vida y envejecimiento saludable.

ANTECEDENTES



Los pacientes en hemodiálisis presentan mayor riesgo de debilidad muscular, fragilidad y pérdida de autonomía.

El ejercicio durante las sesiones permite aprovechar el tiempo de tratamiento para combatir el sedentarismo y mejorar la condición física.

OBJETIVOS

Analizar los beneficios del ejercicio físico durante la hemodiálisis.

Evaluar sus efectos sobre la fuerza muscular y la capacidad funcional.

Estudiar su influencia en la fatiga y la calidad de vida.

MÉTODO

La incorporación de programas de ejercicio durante las sesioners de diálisis:

Ejercicio aeróbico mediante pedaleadores.

Ejercicio de fuerza con bandas elásticas.

Ejercicio combinado aeróbico y de resistencia.



RESULTADOS

La evidencia científica muestra beneficios asociados a diferentes modalidades de ejercico:



Mejora la fuerza y resistencia

Mayor tolerancia al esfuerzo

Mejora la capacidad funcional

Mejoras en calidad de vida.

Contribuye a la prevención de la fragilidad y la dependencia

CONCLUSIONES



La actividad física intradiáisis constituye una estrategia prometedora para mejorar la condición física y funcional de los pacientes en hemodiáisis.

Promover la actividad física intradiálisis supone apostar por un envejecimiento saludable y con menor dependencia.

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

DIPUTACIÓN DE ZAMORA

VIII Congreso Internacional Silver Economy
Zamora
26 - 28 noviembre de 2026

ABORDAJE PREVENTIVO DE ENFERMERÍA ANTE EL RIESGO ELEVADO DE LESIONES POR PRESIÓN: ESTUDIO DE UN CASO

Autores: Marta María Fraile Villarejo, Judiht González Pérez, María Ester Palmero Lena, Teresa Álvarez Codesal. Personal de Enfermería. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (GASZA)

Email de contacto: mmfrailev@saludcastillayleon.es, xajuja@gmail.com, epalmero@saludcastillayleon.es, talvarezc@saludcastillayleon.es

Palabras clave: Lesiones por presión, Cuidados de enfermería, Escala de Braden, Prevención, Paciente geriátrico, Hospitalización

RESUMEN

Varón de 92 años ingresado por insuficiencia cardiaca descompensada. Valoración de la piel y escala de Braden con reevaluación según riesgo (guía RNAO 2011). Braden: 19, 13 y 8 adaptando medidas a cada nivel de riesgo. Sin lesiones por presión en 25 días de ingreso hasta éxitus.

ANTECEDENTES

Varón de 92 años que ingresa en Medicina Interna por insuficiencia cardiaca descompensada. Antecedentes: fibrilación auricular, hipoacusia con implante coclear y carcinoma basocelular.

Caso relevante por su alto riesgo de lesiones por presión (edad avanzada, descompensación cardiaca e ingreso prolongado) y por por mostrar cómo un abordaje preventivo de enfermería puede contribuir a evitarlas.

OBJETIVOS

Describir la valoración y el seguimiento del riesgo de lesiones por presión en un paciente de edad avanzada hospitalizado en Medicina Interna, mediante la escala de Braden y la inspección sistemática de la piel, identificando sus factores de riesgo, medidas preventivas aplicadas y su evolución.

MÉTODO

Estudio de caso único · descriptivo y longitudinal · Medicina Interna · 25 días

1 VALORACIÓN INICIAL
- Valoración visual de la piel de cabeza a pies
- Escala de Braden (primera valoración)

2 SEGUIMIENTO
- Reevaluación con escala de Braden, con frecuencia adaptada a nivel de riesgo
- Inspección sistemática de la piel

3 ACTUACIÓN
- Plan de cuidados preventivo individualizado según el nivel de riesgo (Braden)
- Guía RNAO 2011 (BPSO)

BRADEN

Dimensión	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Exposición a la humedad	Constantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Problema	Problema potencial	Sin problema aparente	–

≤ 9	10 - 12	13 - 14	15 - 18
Muy alto	Alto	Moderado	Bajo

RESULTADOS

Valoración	Braden	Riesgo	Reevaluación	Medidas tomadas (Guía RNAO 2011)
Ingreso	19	Bajo	7 días	Valoración diaria de la piel en el aseo · Hidratación de la piel · Asegurar ingesta e hidratación · Favorecer movilización
A los 7 días	19	Bajo	7 días	
A los 3 días (cambio de estado)	13	Moderado	4 días	Sistema especial de manejo de presión (SEMP) · Cambios posturales cada 4 h · Descarga de talones · Cabecero ≤ 30° · Película barrera en piel expuesta a humedad - nunca doble pañal · AGHO sin masaje
A los 4 días	8	Muy alto	48 h	Plan de cuidados individualizado que incluye todas las medidas anteriores · Vigilancia de la piel en cada aseo
A las 48 h	8	Muy alto	48 h	
Éxitus (día 25 del ingreso)	–	–	–	Sin lesiones por presión durante el ingreso

CONCLUSIONES

1. La valoración sistemática de la piel y la escala de Braden permitieron detectar a tiempo el aumento del riesgo de LPP.
2. Adaptar la frecuencia de reevaluación y las medidas al nivel de riesgo (guía RNAO 2011) se asoció a la ausencia de lesiones, pese a un riesgo muy alto.
3. Es un caso único, no generalizable, pero refleja la importancia de la prevención enfermera siguiendo guías de buenas prácticas

Este trabajo es parte del Programa BPSO® de RNAO. Ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de Implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, cuyo desarrollo está parcialmente financiado por el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BIOPSIA RENAL

Autores: Almudena Ríos Cotorruelo, María Mercedes Pérez Colas, María Vaquero González, Silvia Torio Mateos, María Encarnación Gómez Santos, Sonia Sanabria Prieto y Noelia Alonso Blanco. Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora Unidad de Hemodiálisis.

RESUMEN

La biopsia renal es una técnica invasiva clave para el diagnóstico de nefropatías. Su principal complicación es la hemorragia (hematomas o hematuria). Un protocolo estandarizado de enfermería es crucial para minimizar riesgos, detectar precozmente el sangrado y garantizar la seguridad del paciente.



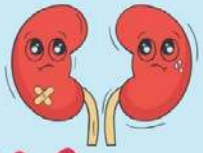
PALABRAS CLAVE

- Biopsia renal
- Cuidados de enfermería
- Seguridad del paciente
- Hemorragia

ANTECEDENTES

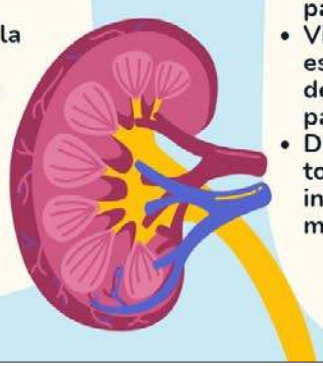


La biopsia renal es la prueba de referencia (patrón de oro) en las unidades de nefrología para diagnosticar, evaluar el pronóstico y guiar el tratamiento de las enfermedades del riñón de causa no aclarada



OBJETIVOS

- Colaborar en la realización de la biopsia renal.
- Vigilar el periodo post-biopsia inmediato para la detección precoz de complicaciones.



MÉTODO

- Seguridad Previa: Es obligatorio confirmar la PA , la coagulación correcta y la suspensión previa de antiagregantes/anticoagulantes.
- Reposo Estricto: El paciente debe mantener 24 horas de reposo absoluto en cama, con las primeras 4 horas en decúbito supino estricto para hacer compresión mecánica.
- Vigilancia Alerta: La monitorización escalonada de constantes y el control visual de la hematuria en cada micción son claves para detectar el sangrado precoz.
- Dieta Pautada: Se debe mantener el ayuno total las primeras 2 horas post-punción, iniciando tolerancia a líquidos a partir de ese momento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- **Biopsia renal:** Prueba clave para diagnosticar y tratar nefropatías de causa desconocida.
- **Rol de enfermería:** Crucial para preparar al paciente, asistir en la técnica y aplicar los cuidados post-biopsia.
- **Cuidados críticos:** El reposo absoluto y la monitorización constante son vitales para evitar sangrados.
- **Complicaciones a vigilar:** Detección precoz de problemas.

CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Autores: Celia Rodríguez Tudero, Ana Vicente García, Manuel Heras Benito

RESUMEN: La enfermedad renal crónica (ERC) es un patología que afecta a más de 10% de la población, su incidencia se incrementa con la edad llegando a afectar al 50% de la población mayor de 80 años. La prevalencia de dolor en este grupo de paciente es alta, situándose en el 61% en pacientes con terapia renal sustitutiva y en el 60% en paciente es situación de prediálisis (Estadio III-V). El dolor es multifactorial, pero el predominante es el nociceptivo con afectación musculoesquelética (osteodistrofia renal, artritis y calcinosis), pero también presentan componente neuropático (neuropatía urémica, diabética y síndrome de piernas inquietas) y dolor vascular de características isquémicas.

ANTECEDENTES: La evaluación clásica del dolor se basa en el uso de escalas unidimensionales para valorar dolor generalizado (escala EVA) o específicamente neuropático (DN4 y LANSS). Sin embargo, en los pacientes con ERC se busca no solo la evaluación del dolor sino el impacto en su día a día para lo cual se dispone de dos escalas la Brief Pain Inventory (BPI) y POS-S Renal (Palliative care Outcome Scale - Renal).
Por otro lado las distintas guías establecen escalas modificadas para el tratamiento del dolor, pasando por distintos escalones en función del grado de dolor.

PALABRAS CLAVE: enfermedad renal crónica, dolor, evaluación dolor, dolor neuropático

OBJETIVOS: Evaluar qué fármacos han conseguido una mayor mejoría del dolor y la funcionalidad en pacientes con ERC con una menor toxicidad.

MÉTODO: Revisión sistemática crítica sobre dolor y ERC. Bases de datos: PubMed/MEDLINE, Cochrane Libray, EMBASE.

RESULTADOS: La evidencia indica que la **Buprenorfina transdérmica** (dosis de **5-10 mcg/h** con cambio cada 7 días) es el fármaco opioide que ha conseguido una mayor mejoría del dolor nociceptivo en pacientes con ERC medido con las escalas multidimensionales BPI y POS-S RENAL, donde se consiguió una mejoría de la funcionalidad del 50% y una disminución del dolor del 65% .
En cuanto al dolor neuropático, se observó que dosis bajas de **Pregabalina entre 25 y 50 mg/24horas**, en pacientes en hemodiálisis, conseguían una reducción de la puntuación en las escalas DN4 y LANSS de más del 50% en el 65% de los pacientes así como una reducción del prurito urémico.

CONCLUSIONES: Los pacientes con ERC presentan dolor en más del 50% de los casos siendo un dolor con componente nociceptivo y neuropático. Las revisiones sistemáticas indican que la combinación de Buprenorfina transdérmica y pregabalina a dosis bajas consiguen la mayor mejoría del paciente sin efectos tóxicos evaluado a través de la escala BPI y POS-S RENAL.

BIBLIOGRAFÍA

LA BRECHA DIGITAL EN LAS PERSONAS MAYORES

Factores de desigualdad, barreras de acceso y oportunidades de inclusión - Revisión narrativa de la literatura

Lucía Pérez Vera, Desirée Ayuso del Puerto y Susana Sánchez Herrera
Universidad de Extremadura

OBJETIVO: Analizar los factores que contribuyen a la brecha digital en las personas mayores, identificando desigualdades en el acceso y uso de las tecnologías, barreras individuales y contextuales, así como medidas que pueden favorecer el inclusión digital.

INTRODUCCIÓN

Internet ha transformado el acceso a la información, la comunicación, los trámites y los servicios, pero sus beneficios no se han distribuido por igual.

La brecha digital en personas mayores incluye la falta de conexión a dispositivos y las dificultades para usar la tecnología de forma autónoma, segura y significativa. Esta brecha se relaciona con condiciones educativas, económicas, territoriales y sociales.

PREGUNTA ORIENTADORA

¿Qué factores explican las desigualdades digitales que afectan a las personas mayores y qué respuestas pueden reducirlas?

METODOLOGÍA

Revisión narrativa de ocho documentos relacionados con la brecha digital, las competencias digitales, la alfabetización mediática y la inclusión tecnológica en personas mayores.

Se consideraron revisiones de la literatura, estudios empíricos y propuestas de intervención.

El análisis se organizó en cuatro ejes: desigualdades de acceso y uso, políticas sociodemográficas y territoriales, barreras políticas y contextuales; competencias institucionales y formativas.

RESULTADOS

1 La brecha digital tiene varias dimensiones

- Acceso: disponibilidad de conexión y dispositivos.
- Uso: frecuencia y diversidad de actividades en línea.
- Competencias: habilidades para usar la tecnología de forma autónoma y segura.
- Resultados: beneficios obtenidos en información, comunicación, trámites y servicios.

2 Desigualdades sociodemográficas y territoriales

Sunkel & Ullmann (2019), indican que influye:

- Sexo
- Etnia
- Nivel educativo
- Residencia rural o urbana

3 Barreras que se refuerzan entre sí

- Falta de experiencia o alfabetización digital.
- Accesibilidad y usabilidad.
- Conocimientos físicos, cognitivos o motores.
- Apoyo familiar, comunitario o institucional.
- La relación entre competencias digitales y el acceso a la justicia señalada por Benavides y Chipana (2021).

RESPUESTAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

1 Alfabetización digital contextualizada

- Centrada en necesidades cotidianas.
- Aprendizaje progresivo que fomente la autonomía personal.

2 Políticas públicas y reducción de desigualdades

- Políticas de reducción e iniciativas de interés, que reduzcan brechas.
- Experiencias como la Universidad de la Tercera Edad en Brasil y el Plan Cebal en Uruguay.

3 Diseño accesible y acompañamiento

- Tecnologías asistivas.
- Asistencia técnica y apoyo social para un uso sostenido y significativo.

DISCUSIÓN

La brecha digital no se explica únicamente por la edad ni se resuelve exclusivamente proporcionando dispositivos. Es un fenómeno multidimensional en el que interactúan los recursos, las habilidades, la accesibilidad, la educación y el contexto territorial. Las intervenciones deben combinar la accesibilidad, la formación útil, el diseño inclusivo y el apoyo continuado.

CONCLUSIONES

1. La brecha digital comprende desigualdades de acceso, uso, competencias y comportamientos.
2. Educación, sexo, origen étnico y residencia también influyen en la diferencia de la relación digital.
3. Las barreras tecnológicas y sociales pueden limitar el acceso a servicios y derechos.
4. La alfabetización contemporánea, las políticas públicas y el diseño accesible son líneas clave de respuesta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abad, L. (2014). Media literacy for older people facing the digital divide: The e-inclusion programmes design [Diseño de programas de e-inclusión para alfabetización mediática de personas mayores]. *Comunicar, 21*(42), 173–180. https://doi.org/10.3916/C42-2014-17
2. Benavides, A. M., & Chipana, Y. M. M. (2021). Competencias digitales en adultos mayores y acceso a la justicia: Una revisión sistemática. *Revista de Derecho, 6*(1), 182–194. https://doi.org/10.47712/rd.2021.v6i1.121
3. Bunbury, E., Pérez, R., & Osuna, S. (2022). Las competencias digitales en personas mayores: De amenaza a oportunidad. Vivat Academia. *Revista de Comunicación, 155*, 173–195. https://doi.org/10.15178/va.2022.155.e1383
4. Colombo, L., & González-González, C. S. (2024). Inclusión tecnológica y competencias digitales en personas mayores: Hacia un envejecimiento activo y conectado. *Campus Virtuales, 13*(2), 199–213. https://doi.org/10.54988/cv.2024.2.1552
5. Kuong, M. A., & Chaparro, J. J. (2025). Competencias digitales e inclusión tecnológica en adultos mayores: Una revisión sistemática. *Revista InveCom, 5*(2), 1–7. https://doi.org/10.5281/zenodo.13851765
6. Martínez-Heredia, N., & Rodríguez-García, A.-M. (2018). Alfabetización y competencia digital en personas mayores: El caso del aula permanente de formación abierta de la Universidad de Granada (España). *Revista ESPACIOS, 39*(10), 37–53.
7. Sunkel, G., & Ullmann, H. (2019). Las personas mayores de América Latina en la era digital: Superación de la brecha digital. *Revista de la CEPAL*, (127), 243–268. https://doi.org/10.18356/db143bd3-es
8. Vizconde, E., Ferreira, S., & Medina, A. (2025). Competencias digitales para la inclusión de personas mayores: Políticas, desafíos, innovaciones tecnológicas y reducción de desigualdades. *Revista DH/ED: Derechos Humanos y Educación, 1*(11), 147–166. https://www.revistaderechoshumanosyeducacion.es/index.php/DHED/article/view/255

LIMITACIONES

Síntesis preliminar basada en ocho artículos de investigación. No permite estimar la prevalencia actual de la brecha digital ni establecer relaciones causales. Se requiere ampliar la búsqueda y verificar los datos bibliográficos en futuros estudios.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL
SILVER ECONOMY
Zamora · 2026

Biomarcadores de la ansiedad en personas mayores: estado actual de la evidencia

Clara Isabel Pérez Movilla[1,2] · **Susana Sánchez Herrera**[2] · **Jorge Guerrero García**[3]

[1] Centro de Psicología Clara Pérez Movilla, Badajoz · [2] Dpto. de Psicología y Antropología, Facultad de Educación y Psicología, Universidad de Extremadura · [3] Dpto. de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura

01 Introducción

La ansiedad es, junto con la depresión, el problema de salud mental más frecuente en la vejez (OMS, 2025), pero se infradiagnostica: sus síntomas se confunden con enfermedad física y las escalas pierden validez cuando hay deterioro cognitivo (Liu et al., 2025).

Los **biomarcadores** ofrecen una medida objetiva que podría complementar la evaluación clínica y orientar el tratamiento.

21,1 %
de la población española tiene 65 años o más (30,9 % en 2076)
INE, 2026

28 %
de las personas mayores presenta síntomas de ansiedad
Shafiee et al., 2025

14,75 %
de los mayores de 70 vive con un trastorno mental, sobre todo ansiedad o depresión
OMS, 2025

g = 0,55
eficacia de la TCC en el TAG de mayores, frente a 0,94 en adultos en edad laboral
Kishita y Laidlaw, 2017

02 Objetivo

Sintetizar la evidencia sobre biomarcadores **neuroendocrinos, autonómicos, neurofisiológicos, inflamatorios y neurotróficos** de la ansiedad en personas mayores y valorar su aplicabilidad clínica.

03 Método

Revisión narrativa de estudios publicados entre 2008 y 2026 en población mayor (≥ 50–65 años) con trastornos o síntomas de ansiedad: casos y controles, cohortes poblacionales, ensayos clínicos y metaanálisis.

Para cada biomarcador se valoró de forma cualitativa la **consistencia de la evidencia**:

●●● consistente ●●○ moderada ●○○ emergente o inconsistente

04 Resultados

NEUROENDOCRINO · EJE HHA

Cortisol salival ●●○ *moderada*

En el TAG de inicio tardío, cortisol basal, pico y área bajo la curva **más elevados** que en controles, y correlacionados con la gravedad (71 vs. 40) (Mantella et al., 2008).

En población general (n = 1.788), la ansiedad crónica se asoció a una **menor respuesta del cortisol al despertar** (Hek et al., 2013).

El tratamiento con ISRS redujo el cortisol en paralelo a la mejoría clínica (Lenze et al., 2011).

AUTONÓMICO

Variabilidad de la frecuencia cardiaca ●●○ *moderada*

En 355 personas mayores, la ansiedad fue factor independiente de ↓ **SDNN, SDANN y LF y ↑ LF/HF**, con efecto sumado cuando coexiste con depresión o insomnio (Liu et al., 2025).

Es barata, portátil y útil cuando el deterioro cognitivo limita las escalas.

HEMODINÁMICO

NIRS prefrontal + fluidez verbal ●○○ *emergente*

A mayor ansiedad, **menor oxigenación** en la corteza prefrontal dorsolateral derecha (n = 366) (Zhao et al., 2024).

Su registro es viable en mayores con trastornos de ansiedad (n = 50) (Sci. Rep., 2026).

NEUROTRÓFICO

BDNF ●○○ *insuficiente*

Muy estudiado en la depresión tardía, con resultados mixtos; apenas hay estudios específicos en ansiedad de personas mayores.

ELECTROFISIOLÓGICO

EEG en reposo ●○○ *emergente*

En el TAG de mayores de 50 años, **más potencia y entropía en la banda beta** que en theta y alfa; un modelo de aprendizaje automático distinguió el TAG por edad con un 99,67 % de precisión (45 vs. 33) (Wang et al., 2022).

INFLAMATORIO

IL-6, PCR y citocinas ●○○ *inconsistente*

En el Sydney Memory and Aging Study, los marcadores inflamatorios se asociaron con síntomas depresivos, **pero no con los de ansiedad** (Baune et al., 2012).

05 Conclusiones

Ningún biomarcador basta por sí solo. El cortisol y la VFC son los más respaldados; NIRS y EEG son prometedores y portátiles; la inflamación y el BDNF aún no discriminan la ansiedad.

Propuesta: un panel multimodal (cortisol + VFC + NIRS) y estudios longitudinales antes y después de la psicoterapia en mayores.

Perspectiva Silver: medidas objetivas y poco invasivas para detectar antes la ansiedad y personalizar la atención en el envejecimiento activo.

Referencias bibliográficas

Baune, B. T. et al. (2012). Psychoneuroendocrinology.
Hek, K. et al. (2013). Psychoneuroendocrinology, 38(2), 300–305.
INE (2026). Proyecciones de población 2026–2076.
Kishita, N. y Laidlaw, K. (2017). Clin. Psychol. Rev., 52, 124–136.
Lenze, E. J. et al. (2011). Am. J. Geriatr. Psychiatry, 19(5).
Liu, W. et al. (2025). Front. Psychiatry, 16, 1485183.
Mantella, R. C. et al. (2008). Psychoneuroendocrinology, 33(6), 773–781.
OMS (2025). Mental health of older adults.
Sci. Rep. (2026). fNIRS in elderly anxiety patients, 16, 7804.
Shafiee, A. et al. (2025). J. Gen. Fam. Med.
Wang, J. et al. (2022). Front. Hum. Neurosci., 16, 1074587.
Zhao, Q. et al. (2024). Psychophysiology, 61(7), e14564.

SOLEDAD NO DESEADA EN LAS PERSONAS MAYORES

Autores: Sofía Villaseñor Manrique
Coautores: Cristina Hernández Postigo; Clara Sánchez Marce; Silvia Bravo Santos; Marta Sánchez Casero; Roberto Sánchez Lozano
Palabras clave: Soledad no deseada; personas mayores; aislamiento social; Atención Primaria; enfermería.

RESUMEN

La soledad no deseada es un problema social y sanitario con **repercusiones en la salud y calidad de vida de las personas mayores.** Se revisan sus factores asociados, consecuencias y estrategias de detección y abordaje desde Atención Primaria, destacando el papel de Enfermería y la coordinación comunitaria.

METODOLOGIA

Revisión narrativa de bibliografía científica y documentos institucionales sobre soledad no deseada en personas mayores. Se analizaron factores asociados, consecuencias, valoración y recursos comunitarios

ANTECEDENTES

Experiencia subjetiva de malestar cuando las relaciones sociales no satisfacen las necesidades de la persona. Se diferencia del aislamiento social, que implica una **red de contactos reducida**. Según el Barómetro 2024, afecta al **20 % de las personas mayores de 75 años.**





RESULTADOS

- **Factores asociados:** viudedad y duelo, enfermedades crónicas, dependencia, problemas sensoriales, depresión y red social limitada.
- **Consecuencias:** ansiedad y depresión, deterioro cognitivo asociado, peor salud física, fragilidad y pérdida de autonomía.
- **Valoración en AP:** entrevista individualizada, exploración de relaciones y apoyos. Escalas ESTE II, UCLA y De Jong Gierveld.
- **Abordaje enfermero**: detección precoz, escucha activa, seguimiento y coordinación con servicios sociales, asociaciones y voluntariado.

OBJETIVOS

Analizar el **impacto de la soledad no deseada** e identificar factores de riesgo, consecuencias y estrategias de detección y abordaje enfermero en Atención Primaria.

CONCLUSIÓN

La soledad no deseada afecta al bienestar integral de las personas mayores. Atención Primaria es clave para detectarla precozmente mediante una valoración individualizada y facilitar la conexión con recursos comunitarios

BIBLIOGRAFIA

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

GENES LARGOS Y ENVEJECIMIENTO

¿Un nuevo mecanismo molecular de la longevidad?

Sergio San Raimundo López · Patricia Manovel González · Sandra Alonso de la Puente · Adela Pérez Figueroa · Ester Montero Fernández · Gema Rodríguez Ferrero · Patricia Santiago Martín

01 RESUMEN

Los genes largos podrían ser más vulnerables al daño del ADN. Su transcripción disminuye con la edad en diversos modelos, lo que puede contribuir al deterioro celular.

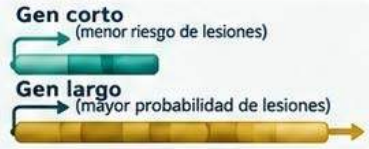
PALABRAS CLAVE

Envejecimiento · genes largos · ADN · transcripción · longevidad

03 ANTECEDENTES

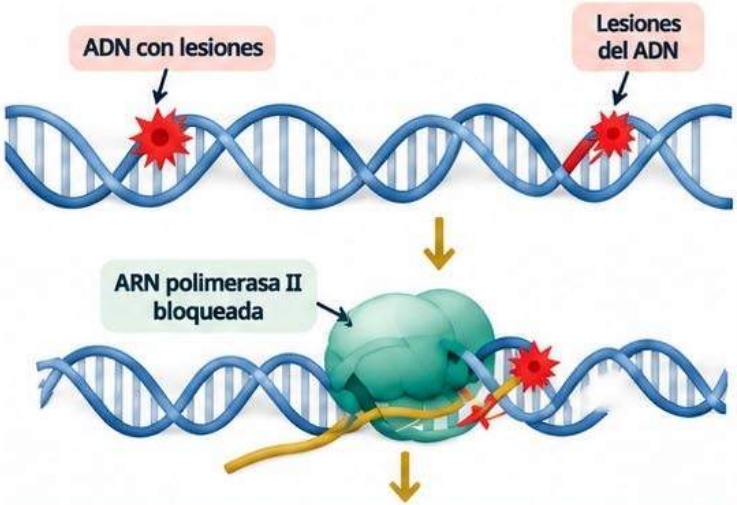
La transcripción de un gen largo recorre más ADN y puede encontrar más lesiones capaces de detener la ARN polimerasa II.

La longitud del gen aumenta la probabilidad de daño y interrumpe la transcripción, lo que puede afectar funciones celulares esenciales.



04 MECANISMO PROPUESTO

DEL DAÑO GENÓMICO A LA FUNCIÓN CELULAR



La acumulación de lesiones en el ADN puede ocurrir con la edad y afectar a los genes largos.

Las lesiones del ADN pueden bloquear la ARN polimerasa II e interrumpir la transcripción de genes largos.

MENOR TRANSCRIPCIÓN DE GENES LARGOS

El bloqueo de la ARN polimerasa II se asocia con un descenso relativo de transcritos largos con la edad.

ALTERACIÓN DE FUNCIONES CELULARES



Función neuronal · Función muscular · Respuesta inmune · Entre otras.

La menor transcripción de genes largos puede afectar funciones celulares esenciales.

05 OBJETIVOS

Examinar la relación entre longitud génica, daño del ADN y envejecimiento.

06 MÉTODO

Revisión narrativa de estudios experimentales y análisis transcriptómicos en modelos animales y tejidos humanos.

07 RESULTADOS

Descenso relativo de transcritos largos con la edad.

Bloqueo de la ARN polimerasa II por lesiones del ADN.

Diferencias entre tejidos y especies.

CONCLUSIÓN

Mecanismo prometedor, pero no demostrado como causa principal del envejecimiento humano.

ReLEx SMILE: técnica mínimamente invasiva y eficaz para el tratamiento de la miopía y el astigmatismo

Patricia Manovel González · Sergio San Raimundo López · Sandra Alonso de la Puente · Adela Pérez Figueroa · Ester Montero Fernández · Gema Rodríguez Ferrero · Patricia Santiago Martín

SUMEN

s una técnica de cirugía
orrige la miopía y el
ediante un láser de
extrayendo un lentículo
s de una pequeña incisión
rear colgajo. Presenta
idad comparables al LASIK,
ntajas en la superficie ocular.

LABRAS CLAVE

miopía; astigmatismo;
va; láser de femtosegundo;
n.

NTECEDENTES

tigmatismo son alteraciones
entes. Técnicas como LASIK
dificando la curvatura corneal
gajo. ReLEx SMILE introduce
olgajo, con una incisión menor
e menos complicaciones.

ReLEx SMILE: ¿cómo se realiza?



1. Láser de femtosegundo que crea un lentículo dentro de la córnea.
2. Pequeña incisión (2–3 mm) para extraer el lentículo.
3. Extracción del lentículo y corrección del defecto refractivo.

- Pequeña incisión (2–3 mm)
- Sin colgajo corneal
- Elevada eficacia visual
- Posible mejor conservación de la superficie ocular

04 OBJETIVOS

- Evaluar la eficacia, segurid ventajas de ReLEx SMILE.
- Comparar sus resultados c de cirugía refractiva, espec

05 MÉTODO

Revisión narrativa de la lite

Se consultaron estudios, rev y metaanálisis.

Análisis de: eficacia visual, predictibilidad refractiva y superficie ocular.

06 RESULTADOS

Eficacia visual
Resultados comparables a LASIK, con alta proporción de buena agudeza visual.

Seguridad
Perfil favorable en pacientes correctamente seleccionados.

Superficie ocular
Posible mejor conservación de la sensibilidad corneal y de la estabilidad lagrimal.

Limitaciones
Sin superioridad universal frente a LASIK; posibles diferencias en la corrección del astigmatismo y en la recuperación visual.

7 CONCLUSIONES

ReLEx SMILE es una alternativa **eficaz y segura** para la corrección de la miopía y el astigmatismo.
Su principal ventaja es la pequeña incisión sin colgajo corneal, con posibles beneficios sobre la superficie ocular.
La selección individualizada del paciente es fundamental para optimizar los resultados.

INCLUSIÓN TECNOLÓGICA PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Oportunidades, apoyos y participación digital de las personas mayores

Desirée Ayuso del Puerto, Susana Sánchez Herrera y Lucía Pérez Vera
Universidad de Extremadura



OBJETIVO

Explorar cómo la inclusión tecnológica puede contribuir al envejecimiento activo, identificando las oportunidades de participación, los beneficios sociales, así como las barreras y condiciones que favorecen un uso significativo de las tecnologías digitales por parte de las personas mayores.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento activo implica mantener la autonomía, la participación y la conexión con la comunidad. En una sociedad cada vez más digital, es fundamental facilitar el acceso a la información, los servicios y las oportunidades de comunicación y participación de las personas mayores.

Sin embargo, los beneficios de la sociedad digital no llegan a todas las personas por igual. Por ello, la inclusión tecnológica requiere adaptar las plataformas y los servicios digitales a las capacidades y necesidades de las personas mayores, favoreciendo su acceso y participación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo puede la inclusión digital favorecer la autonomía, la participación y el bienestar de las personas mayores durante el envejecimiento?

METODOLOGÍA

Revisión narrativa de ocho documentos orientada a identificar estrategias para fomentar la participación y la alfabetización digital de las personas mayores. Se incluyeron revisiones de literatura, estudios empíricos y propuestas de intervención.

2. RESULTADOS

Comunicación y conexión social.

La literatura revisada destaca la comunicación digital como un ámbito clave para favorecer la interacción y la participación de las personas mayores. Sin embargo, su aprovechamiento depende de que dispongan de dispositivos, acceso y apoyo para utilizarlos.

Acceso a información y servicios.

El uso de tecnologías digitales puede facilitar la relación con servicios e instituciones y ampliar las oportunidades de información. Sin embargo, trasladar los procedimientos al entorno digital sin ofrecer alternativas accesibles puede generar nuevas barreras de acceso y participación.

Aprendizaje y acompañamiento.

La tecnología puede contribuir al envejecimiento activo al generar oportunidades de participación y aprendizaje. Para ello, son fundamentales la formación adaptada, la práctica tecnológica, la motivación y el apoyo familiar y social. Asimismo, los servicios educativos y comunitarios pueden facilitar el aprendizaje y reforzar la confianza de las personas mayores en el uso de herramientas digitales.

Tecnología accesible y adaptada.

Las limitaciones físicas, cognitivas o motoras deben considerarse en el diseño y selección de dispositivos. La literatura destaca la importancia de adaptar las herramientas digitales a las necesidades y preferencias de las personas mayores. Así, los teléfonos móviles ofrecen mayor portabilidad, mientras que las tabletas pueden facilitar el uso gracias a sus pantallas de mayor tamaño.

3. PARTICIPACIÓN Y CO-CREACIÓN

Un enfoque inclusivo no considera las personas mayores únicamente como destinatarias de tecnología y formación. También las integra como participantes en la identificación de necesidades, diseño de la usabilidad y diseño de usabilidad y diseño de soluciones.

Bunbury, Pérez y Osuna (2022) describen proyectos participativos en Zaragoza.

8. Se personas mayores de 65 años participan en una página y pruebas de usabilidad de una página web municipal.

DISCUSIÓN

La inclusión tecnológica puede contribuir al envejecimiento activo cuando se traduce en oportunidades reales de comunicación, aprendizaje, autonomía y participación. Para ello, no basta con facilitar dispositivos, es necesario combinar accesibilidad, competencias digitales, apoyo continuido y servicios diseñados desde las necesidades de sus usuarios.

La participación de las personas mayores en la evaluación y corrección de herramientas puede ayudar a detectar aciertos y mejorar su adecuación. La inclusión debe entenderse, por tanto, como un proceso social y tecnológico, no solo como una cuestión de acceso.

CONCLUSIONES

1. La tecnología puede ampliar las oportunidades de comunicación, acceso e información y facilitar la participación.
2. Los beneficios dependen del acceso, las competencias, y la evaluación de los usuarios.
3. La tecnología y adaptada puede favorecer un uso más autónomo y significativo.
4. La participación de las personas mayores en el diseño y evaluación mejora la orientación inclusiva y la inclusión.
5. La educación tecnológica requiere respuestas exclusivas, sociales e institucionales coordinadas.

LIMITACIONES

Síntesis basada en ocho documentos heterogéneos, cuyas limitaciones no permiten establecer relaciones causales entre tecnología y envejecimiento activo ni cuantificar sus efectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abad, L. (2014). Media literacy for older people facing the digital divide: The e-inclusion programmes design. Comunicar, 21(42), 173–180. https://doi.org/10.3916/C42-2014-17
2. Benavides, A. M., & Chipana, Y. M. M. (2021). Competencias digitales en adultos mayores y acceso a la justicia: Una revisión sistemática. Revista de Derecho, 6(1), 182–194. https://doi.org/10.47712/rd.2021.v6i1.121
3. Bunbury, E., Pérez, R., & Osuna, S. (2022). Las competencias digitales en personas mayores: De amenaza a oportunidad. Vivat Academia. Revista de Comunicación, 155, 173–195. https://doi.org/10.15178/va.2022.155.e1383
4. Colombo, L., & González-González, C. S. (2024). Inclusión tecnológica y competencias digitales en personas mayores: Hacia un envejecimiento activo y conectado. Campus Virtuales, 13(2), 199–213. https://doi.org/10.54988/cv.2024.2.1552
5. Kuong, M. A., & Chaparro, J. J. (2025). Competencias digitales e inclusión tecnológica en adultos mayores: Una revisión sistemática. Revista InveCom, 5(2), 1–7. https://doi.org/10.5281/zenodo.13851765
6. Martínez-Heredia, N., & Rodríguez-García, A.-M. (2018). Alfabetización y competencia digital en personas mayores: El caso del aula permanente de formación abierta de la Universidad de Granada (España). Revista ESPACIOS, 39(10), 37–53. https://www.revistaespacios.com/a18v39n10/a18v39n10p37.pdf
7. Sunkel, G., & Ullmann, H. (2019). Las personas mayores de América Latina en la era digital: Superación de la brecha digital. Revista de la CEPAL, (127), 243–268. https://doi.org/10.18356/db143bd3-es
8. Vizconde, E., Ferreira, S., & Medina, A. (2025). Competencias digitales para la inclusión de personas mayores: Políticas, desafíos, innovaciones tecnológicas y reducción de desigualdades. Revista DH/ED: Derechos Humanos y Educación, 1(11), 147–166. https://www.revistaderechoshumanosyeducacion.es/index.php/DHED/article/view/255

RELACIÓN ENTRE FRACTURA DE CADERA Y SARCOPENIA

Merayo V, Barroso C, Colina D, Martínez P, Ramos A, Moya C, Cuervo M, Martín A, López EM, Escrich V, Alonso MG, Ortega A, Magariño B, García D, Manzanedo A, Herrero MD, Portas N, Márquez JM, Martín B, Pérez E, Ramos C, Vidal C, Paniagua A, Fernández Y, Simón S, Ferrero S, Álvarez J, Hinojal J, Chacón M, Pinto R, Rodríguez M, González R, Diez MT, Fernández I, de la Torre M, Silván A, Nicolás D, Campos AP, Sevilla A, Diez E, González J, Luis A, Iglesias N, García C,

RESUMEN

Este estudio determina la prevalencia y los factores de riesgo de la osteosarcopenia en pacientes con fractura de cadera. El total de pacientes han sido sometidos a varias pruebas: absorciometría de rayos X de doble energía (DXA), bioimpedancia y medición de fuerza manual.

ANTECEDENTES

Hoy en día, las fracturas de cadera cada vez son más comunes debido al gran envejecimiento de la población. Ello es derivado de factores de riesgo como la osteosarcopenia y la consecuente discapacidad y riesgo de caídas asociado.

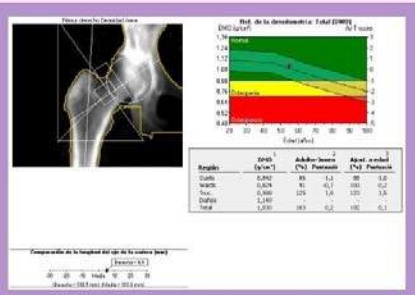
MÉTODO

Base de datos: Pubmed

Revisión sistemática, últimos 5 años, 13 artículos encontrados

PALABRAS CLAVE

Osteosarcopenia, hip fracture, geriatric

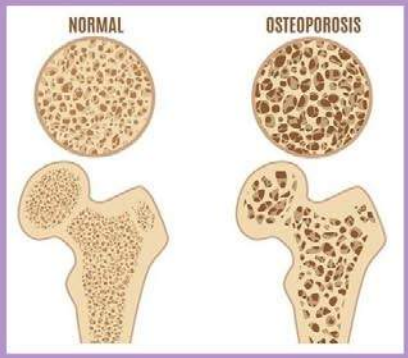


OBJETIVOS

Número de pacientes con fractura de cadera y debilidad ósea.

Número de pacientes con fractura de cadera y pérdida de masa muscular.

Detectar factores de riesgo.



RESULTADOS

Pacientes a estudio: 342

Pacientes con sarcopenia y fractura de cadera: 286 (83,6%)

Pacientes con fractura de cadera y osteopenia/osteoporosis: 335 (97,95%)

Mayor prevalencia: IMC <23kg/m² ; hombres

CONCLUSIONES

El estudio nos muestra una gran prevalencia de osteosarcopenia en fracturas de cadera, especialmente en sexo masculino. En los servicios de radiodiagnóstico, sería aconsejable realizar un mayor seguimiento de las fracturas de cadera, así como de la sarcopenia, evaluando la densidad mineral ósea, controlando el peso corporal y el IMC. Además, sería conveniente estudiar la relación con el sexo masculino.

NUTRIR AÑOS, SUMAR VIDA: La nutrición como herramienta clave para una longevidad saludable.

Autores: Ballesteros Mantecón M., Otero López C., Esteban Hernández V., García Otero C., Pérez Martín S., San Raimundo Marín C, García Álvarez M.M., Miguel Arenal M.O., Otero López A.

RESUMEN

El envejecimiento de la población constituye uno de los principales desafíos sociosanitarios del siglo XXI. La evidencia científica señala que la nutrición es uno de los factores modificables con mayor impacto sobre la esperanza de vida saludable, la prevención de enfermedades crónicas y el mantenimiento de la funcionalidad en las personas mayores. Una alimentación equilibrada, variada y adaptada a las necesidades individuales contribuye a reducir la fragilidad, preservar la masa muscular y mejorar la calidad de vida. Este trabajo analiza el papel de la nutrición como herramienta fundamental para promover un envejecimiento activo y saludable.

Palabras clave: Nutrición; Envejecimiento saludable; Longevidad; Adulto mayor; Calidad de vida

ANTECEDENTES

El aumento de la esperanza de vida plantea el reto de promover años vividos con salud. La evidencia científica relaciona los patrones alimentarios saludables con una mayor longevidad y menor fragilidad.



OBJETIVOS

- **Analizar la influencia de la nutrición en la longevidad saludable.**
- **Identificar sus beneficios sobre la salud y la autonomía de las personas mayores.**

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica narrativa en PubMed, Scopus y BVS.
DeCS: Nutrición, Envejecimiento Saludable, Longevidad, Adulto Mayor, Calidad de Vida.
MeSH: Nutrition,Healthy Aging, Longevity, Aged,Quality of Life.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Artículos publicados en los últimos 10 años.
Estudios en población adulta mayor.
Publicaciones en español e inglés.
Acceso a texto completo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estudios realizados exclusivamente en población institucionalizada.
Artículos duplicados o con información insuficiente

RESULTADOS

- ✔ **Menor riesgo cardiovascular y metabólico.**
- ✔ **Prevención de fragilidad y sarcopenia.**
- ✔ **Mejor funcionalidad física y cognitiva.**
- ✔ **Mayor autonomía y calidad de vida.**
- ✔ **Promoción del envejecimiento activo.**

CONCLUSIONES

La nutrición constituye una herramienta esencial para favorecer un envejecimiento saludable. La adopción de hábitos alimentarios adecuados contribuye a aumentar la esperanza de vida saludable y mejorar el bienestar de las personas mayores.



"CUIDAR DONDE SE VIVE"

EVIDENCIA SOBRE EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA RURAL EN LA POBLACIÓN SILVER

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional y la dispersión geográfica condicionan la atención sanitaria en el medio rural. En este contexto, la enfermería rural desarrolla intervenciones asistenciales, preventivas y comunitarias dirigidas a responder a las necesidades de la población Silver.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos PubMed, CINAHL y CUIDEN. Los estudios seleccionados se analizaron mediante síntesis temática sobre promoción de la salud, autonomía funcional, calidad de vida y envejecimiento saludable

OBJETIVO

Analizar la evidencia científica sobre la contribución de la enfermería rural al envejecimiento saludable, la autonomía funcional y la calidad de vida de la población Silver.

PALABRAS CLAVE

Enfermería rural; Población Silver; Envejecimiento saludable
Calidad de vida.Autonomia funcional

CONCLUSIONES

La evidencia cofirma que la enfermería rural favorece el envejecimiento saludable de la población Silver el seguimiento de la cronicidad, mantenimiento de la autonomía y la mejora de la calidad de vida. No obstante, persisten barreras relacionadas con la accesibilidad, la disponibilidad de recursos y la dispersión geográfica, que requieren modelos asistenciales integrados y adaptados al contexto rural.

BIBLIOGRAFIA

RESULTADOS

- La enfermería rural favorece el envejecimiento saludable de la población Silver.
- Contribuye al mantenimiento de la autonomía funcional y la calidad de vida.
- La atención domiciliaria facilita la permanencia en el entorno habitual.
- Persisten barreras relacionadas con la accesibilidad y los recurso sanitarios.

El índice de Barthel en la valoración enfermera de la rehabilitación geriátrica

Autores: **Manuel Angel Pascual Pascual, Ana Campano Pascual, María Encarnación Gómez Santos, María Trinidad Moreno Ramos.**

RESUMEN

El índice de Barthel (IB) mide la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Revisión narrativa (2016-2026): Su uso por enfermería ofrece una alta fiabilidad, a pesar de presentar limitaciones como el efecto techo o el entrenamiento de los observadores para reducir la variabilidad en la valoración interobservador, resulta una herramienta útil y objetiva para la valoración tanto del proceso como de los resultados del proceso rehabilitador y del plan de cuidados de enfermería.

PALABRAS CLAVE

Indice Barthel; Actividades de la vida diaria; Valoración Geriátrica; Rehabilitación; Atención de Enfermería; Anciano; Plan de cuidados;

ANTECEDENTES

- El IB valora 10 ABVD (0-100 puntos) y se usa desde 1965 (1).
- Fiabilidad entre enfermeras en rehabilitación geriátrica: coeficiente de correlación intraclase (CCI) 0,96 (2). La fiabilidad es superior por observación directa que por entrevista, y menor en personas con deterioro cognitivo (3).
- La versión española del IB está validada (4); en rehabilitación de mayores, su validez discriminante es buena y recoge sobre todo la función física (11).
- En rehabilitación geriátrica, cambios inferiores a ≈15 puntos (3 en la versión 0-20 del estudio) pueden deberse a errores en la valoración (2).
- Efecto techo: al alta, el 22 % de los pacientes alcanzó la puntuación máxima (2 % al ingreso); en ellos el IB ya no puede detectar más mejoría (2). También ocurre con el IB modificado en programas de *cuidados breves de recuperación de autonomía en el domicilio* (12).
- Una pérdida ≥5 puntos entre ingreso y alta define la discapacidad asociada a la hospitalización: 41,88 % de 480 mayores con insuficiencia cardiaca aguda (5).

OBJETIVOS

Sintetizar la evidencia sobre el IB como medida de resultado de la rehabilitación geriátrica y proponer su integración en el proceso enfermero.

MÉTODO

- Diseño: revisión narrativa
- Fuentes: PubMed, SciELO, Dialnet y Cuiden
- Filtros: 2016-2026; español e inglés; ≥65 años; se añadieron dos trabajos anteriores por su relevancia (1,3)
- Criterio: ≥65 años en rehabilitación o recuperación funcional; el IB o la ganancia medida con él como objeto del estudio
- Recuentos: identificados 533 (PubMed 517, SciELO 9, Dialnet 4, Cuiden 3); sin duplicados 529; excluidos por título y resumen 519; incluidos 19 (10 de la búsqueda y 9 por búsqueda manual)

RESULTADOS

Ref.	Población	n	Ganancia en IB (puntos)	Eficiencia
(6)	Unidad de recuperación funcional, mixta	741	29,53	0,95
(7)	Desacondicionamiento hospitalario	94	37,50	1,25
(8)	Fractura de cadera, <85 / ≥85 años	152 / 176	38,2 / 26,1	—
(9)	>85 años: ortogeriatría / deterioro funcional / daño cerebral adquirido	181	24,1 / 24,2 / 19,6	0,6-0,8
(10)	Nonagenarios	235	27,32	0,89
(13)	Unidad geriátrica de agudos (ACE)	114	23,4	—
(14)	Fractura de cadera, rehabilitación hospitalaria	36	11,0	—

GANANCIA Y EFICIENCIA

Ganancia = IB al alta − IB al ingreso; eficiencia = ganancia / días de estancia (9). La ganancia fue menor a más edad, pero clínicamente relevante en mayores de 85 años (8-10).

DOSIS DE REHABILITACIÓN

Más dosis de rehabilitación se asoció a mayor mejora del IB en mayores de 65 años con ictus (15); en rehabilitación domiciliaria, 40 min/semana pueden ser insuficientes (16).

PROPUESTA ENFERMERA

PASO 1
IB previo al ingreso (basal)

PASO 2
IB al ingreso

PASO 3
Diagnóstico de déficit de autocuidado y objetivos por ítem

PASO 4
Reevaluación semanal o quincenal

PASO 5
IB al alta

CONCLUSIONES

El IB es fiable para medir cambios si se tienen en cuenta su cambio mínimo detectable, su efecto techo y el estado cognitivo.

Integrado en el proceso enfermero, el IB pasa de registro a herramienta: su ganancia permite fijar objetivos concretos y evaluar los cuidados.

Bibliografía

1. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-5.
2. Bouwstra H, Smit EB, Wattel EM, van der Wouden JC, Hertogh CMPM, Terluin B, et al. Measurement properties of the Barthel Index in geriatric rehabilitation. J Am Med Dir Assoc. 2019;20(4):420-5.e1. doi:10.1016/j.jamda.2018.09.033
3. Sainsbury A, Seebass G, Bansal A, Young JB. Reliability of the Barthel Index when used with older people. Age Ageing. 2005;34(3):228-32. doi:10.1093/ageing/afi063
4. González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, García-Gutiérrez S, et al. Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel Index. Aging Clin Exp Res. 2018;30(5):489-97. doi:10.1007/s40520-017-0809-5
5. Hao X, Li F, Gu Y, Zhang H, Chen X, Li K. Development and validation of a nomogram for predicting hospitalization-associated disability in older patients with acute heart failure. Front Cardiovasc Med. 2026;13:1770434. doi:10.3389/fcvm.2026.1770434
6. Labrada-Rodríguez YH, Ávila-Tato MR, Cuenca-Zaldívar JN. Variables predictoras de destino al alta en pacientes de una unidad de recuperación funcional en Madrid. Rev Electron Zoilo Marinello Vidaurreta. 2023;48:e3581.
7. Labrada-Rodríguez YH, de-Ory-López E, Minaya-Saiz J, Cuenca-Zaldívar JN, Ávila-Tato MR. Variables predictoras de ganancia funcional en pacientes con síndrome de desacondicionamiento asociado a hospitalización. Rev Méd Electrón. 2024;46:e5485.
8. Mazzola P, Floris P, Picone D, Anzuini A, Tsiantouli E, Haas J, et al. Functional and clinical outcomes of patients aged younger and older than 85 years after rehabilitation post-hip fracture surgery in a co-managed orthogeriatric unit. Geriatr Gerontol Int. 2018;18(8):1194-9. doi:10.1111/ggi.13440
9. Labrada-Rodríguez YH, Cuenca-Zaldívar JN, Gragera-Peña P. Recuperación funcional en pacientes mayores de 85 años ingresados en una unidad de media estancia de Madrid. Rev Electron Zoilo Marinello Vidaurreta. 2023;48:e3308.
10. Labrada Rodríguez YH, Ávila Tato MR, Cuenca Zaldívar JN. Beneficios del ingreso de nonagenarios en unidades de recuperación funcional. Geroinfo. 2025;20:e338.
11. Kaambwa B, Bulamu NB, Mpundu-Kaambwa C, Oppong R. Convergent and discriminant validity of the Barthel Index and the EQ-5D-3L when used on older people in a rehabilitation setting. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(19):10314. doi:10.3390/ijerph181910314
12. Schmidt L, Broszczak D, MacAndrew M, Parker C. Evaluating the Modified Barthel Index for policy and practice in reablement: lessons from Australia's Short-Term Restorative Care Program. Australas J Ageing. 2026;45(1):e70136. doi:10.1111/ajag.70136
13. Chang HC, Lu YY, Kao SL. Association of frailty and functional recovery in an Acute Care for Elders unit: a prospective observational study. BMC Geriatr. 2022;22(1):608. doi:10.1186/s12877-022-03290-2
14. Núñez-Cortés R, López-Bueno L, Besoain-Saldaña Á, Cruz-Montecinos C, Solís-Navarro L, Suso-Martí L, et al. Comorbidity burden and nutritional status are associated with short-term improvement in functional independence and pain intensity after hip fracture surgery in older adults with in-hospital rehabilitation. Geriatr Nurs. 2024;59:223-7. doi:10.1016/j.gerinurse.2024.07.011
15. Tani T, Kazuya W, Onuma R, Fushimi K, Imai S. Age-related differences in the effectiveness of rehabilitation to improve activities of daily living in patients with stroke: a cross-sectional study. Ann Geriatr Med Res. 2024;28(3):257-65. doi:10.4235/agmr.24.0025
16. Tarumi H, Uda K, Komiyama J, Hasegawa M, Tomita M, Kobayashi S, et al. Association between weekly amount of home-visit rehabilitation and changes in activities of daily living: a retrospective cohort study using home-visiting nursing station records. Arch Phys Med Rehabil. 2026;107(8):2008-14. doi:10.1016/j.apmr.2025.12.024

Trabajo multidisciplinar de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional en glioma de bajo grado

AUTORES: Eva Diez Villarroel, Eduardo Diez Villarroel, Paula Diez Ojea e Irene Laguno Baz



Resumen

El glioma de bajo grado es un tumor cerebral de crecimiento lento que puede afectar funciones cognitivas, motoras y del lenguaje. El trabajo multidisciplinar de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional permite abordar de forma integral las secuelas, mejorar la funcionalidad y favorecer la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

Glioma de bajo grado · Neurorehabilitación · Fisioterapia · Logopedia · Terapia ocupacional

Antecedentes

- Los gliomas de bajo grado pueden afectar áreas cerebrales clave (lenguaje, movilidad, cognición).
- La rehabilitación precoz y coordinada mejora el pronóstico funcional y la calidad de vida.
- El abordaje multidisciplinar es fundamental para adaptar la intervención a las necesidades del paciente.

Objetivos

- Analizar los beneficios del trabajo multidisciplinar en el glioma de bajo grado.
- Mejorar la funcionalidad, la comunicación y la autonomía.
- Favorecer la reintegración en su entorno.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Pacientes con glioma de bajo grado.

Intervención
Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional de forma coordinada e individualizada.

Estrategias principales

- Entrenamiento en las AVD y funciones cognitivas.
- Trabajo del lenguaje y comunicación.
- Ejercicio terapéutico y movilización funcional.
- Apoyo en la adaptación del entorno.



Fisioterapia — Movimiento y fuerza

Logopedia — Comunicación

Terapia Ocupacional — Autonomía en la vida diaria

Trabajo en equipo, mayores resultados

Resultados

- Mejora de la función cognitiva
- Mayor movilidad y autonomía
- Mejora del lenguaje
- Mayor participación social
- Adaptación del entorno
- Mejora de la calidad de vida

Conclusiones

- El trabajo multidisciplinar en el glioma de bajo grado permite abordar las secuelas de forma integral.
- La combinación de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional mejora la funcionalidad y la calidad de vida.
- Es clave individualizar la intervención y apoyar al paciente y su familia en todo el proceso.

Juntos por una mejor calidad de vida

Trabajo multidisciplinar de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional en el trastorno del espectro autista

AUTORES: Eva Diez Villarroel, Eduardo Diez Villarroel, Paula Diez Ojea e Irene Laguno Baz



Resumen

El trabajo multidisciplinar de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional es clave en el abordaje integral del trastorno del espectro autista (TEA), favoreciendo el desarrollo de las habilidades comunicativas, motoras y sociales, y mejorando la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

Palabras clave

Autismo (TEA) · Fisioterapia · Logopedia · Terapia ocupacional

Antecedentes

- El TEA es un trastorno del neurodesarrollo que afecta a la comunicación, la interacción social y la conducta.
- La intervención precoz y coordinada por un equipo multidisciplinar mejora las habilidades y la autonomía del paciente.
- Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional aportan estrategias complementarias en el abordaje del TEA.

Objetivos

- Analizar los beneficios del trabajo multidisciplinar en el TEA.
- Mejorar la comunicación, la interacción social y las habilidades motoras.
- Favorecer la autonomía y la inclusión del paciente.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Niños con TEA y sus familias.

Intervención
Trabajo coordinado de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional.

Estrategias principales

- Intervención en habilidades comunicativas y sociales.
- Trabajo en habilidades motoras (gruesas y finas).
- Apoyo en las actividades de la vida diaria.
- Adaptación del entorno y refuerzo positivo.



Movimiento y función · Comunicación · Autonomía en la vida diaria

Trabajo en equipo, grandes avances

Resultados

- Mejora de la comunicación
- Mayor interacción social
- Avances en las habilidades motoras
- Aumento de la autonomía
- Mejor adaptación al entorno
- Mejora de la calidad de vida

Conclusiones

- El trabajo multidisciplinar de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional es fundamental en el abordaje del TEA.
- Permite potenciar el desarrollo global del niño, mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social.
- La coordinación entre profesionales y la implicación familiar son claves para el éxito de la intervención.

Juntos por una infancia con más oportunidades

Trabajo multidisciplinar de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional en el meduloblastoma

AUTORES: Eva Diez Villarroel, Eduardo Diez Villarroel, Paula Diez Ojea e Irene Laguno Baz



Resumen

El meduloblastoma es el tumor cerebral maligno más frecuente en la infancia. El abordaje multidisciplinar (fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional) resulta fundamental para minimizar las secuelas funcionales, mejorar la calidad de vida y favorecer el desarrollo integral del paciente, tanto en el tratamiento como en la fase de rehabilitación.

Palabras clave

Meduloblastoma · Fisioterapia · Logopedia · Terapia ocupacional

Antecedentes

- El meduloblastoma requiere tratamiento multimodal: cirugía, quimioterapia y/o radioterapia.
- Puede generar secuelas motoras, cognitivas, comunicativas y en las AVD.
- El trabajo conjunto de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional es clave en la recuperación funcional y la reintegración del niño.

Objetivos

- Analizar la importancia del trabajo multidisciplinar en el meduloblastoma.
- Mejorar la función motora, comunicativa y ocupacional.
- Favorecer la participación del niño en su entorno.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Niños con meduloblastoma y sus familias.

Intervención
Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional de forma coordinada e individualizada.

Estrategias principales

- Control motor y equilibrio.
- Comunicación y lenguaje.
- Entrenamiento en AVD.
- Apoyo emocional y adaptación escolar.
- Seguimiento continuo.



Trabajo en equipo, grandes beneficios

Resultados

- Mejora del control motor y equilibrio
- Avance en el lenguaje y la comunicación
- Mayor independencia en las AVD
- Mejora del rendimiento cognitivo
- Mayor calidad de vida
- Apoyo a la familia

Conclusiones

- El abordaje multidisciplinar en el meduloblastoma permite reducir las secuelas y mejorar la función.
- La coordinación entre fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional es esencial para el desarrollo integral del paciente.
- Una intervención precoz y personalizada favorece la autonomía y la calidad de vida.

Juntos, por un futuro con más posibilidades

Alimentar la longevidad:
el papel de la nutrición en un envejecimiento saludable

Patricia Santiago, Rubén Santiago, Noelia Sánchez, Verónica Franco, Sandra Alonso, Ester Montero, Patricia Manovel y Sergio San Raimundo

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

Revisión sistemática que analiza la evidencia científica sobre la relación entre los patrones dietéticos saludables y la longevidad, la prevención de la fragilidad, la salud cardiometabólica y el mantenimiento de la función física y cognitiva en personas mayores.

ANTECEDENTES

- El envejecimiento de la población plantea el reto de aumentar los años de vida con salud y autonomia.
- La evidencia científica sugiere que una alimentación de calidad, como la dieta mediterránea, puede reducir el riesgo de enfermedades crónicas, fragilidad y deterioro funcional.

OBJETIVOS

- Analizar, de forma sistemática, la relación entre los patrones dietéticos saludables y la longevidad, la fragilidad, la salud cardiometabólica y la función física y cognitiva.
- Sintetizar la evidencia disponible para extraer recomendaciones aplicables.

MÉTODO

Diseño	Revisión sistemática de la literatura según la guia PRISMA 2020.
Fuentes	PubMed/MEDLINE, Scopus y Cochrane Library.
Periodo	Enero 2016 – marzo 2026.
Población	Adultos ≥ 60 años.
Criterios	**Inclusión:** ensayos clínicos, estudios de cohortes y revisiones sistemáticas/meteanálisis que evalúen patrones dietéticos y resultados de salud. Exclusión: estudios en población < 60 años, sin datos relevantes o de baja callidad metodológica.
Evaluación	Calidad de la evidencia: escalas Newcastle–Ottawa (observacionales) y RoB 2 (ensayos clínicos).

PALABRAS CLAVE

Nutrición; dieta mediterránea; longevidad; envejecimiento saludable; fragilidad.



RESULTADOS

Se incluyeron 21 estudios (13 cohortes, 4 ensayos clínicos y 4 revisiones sistemáticas/meteanálisis), con más de 1,1 millones de participantes.

Mayor adherencia a patrones dietéticos saludables (dieta mediterránea, dietas ricas en alimentos de origen vegetal) se asoció con mayor longevidad y probabilidad de envejecimiento saludable (OR 1,45 – 1,86; IC 95 %).[1]

La **dieta mediterránea** se relacionó con una reducción del riesgo de fragilidad (OR 0,95; IC 95 %: 0,93 – 0,97) y con mejores resultados en función física, cognitiva y calidad de vida.[2]

Además, se observó una menor incidencia de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 y deterioro cognitivo en quienes siguen patrones dietéticos saludables.

Diagrama PRISMA 2020



CONCLUSIONES

- La evidencia respalda que una alimentación saludable, especialmente la dieta mediterránea, se asocia con mayor longevidad, menor fragilidad y mejor salud cardiometabólica, física y cognitiva en la vejez.
- La nutrición constituye una herramienta clave para un envejecimiento saludable y con mayor calidad de vida.
- Se recomienda promover patrones dietéticos saludables, con énfasis en la dieta mediterránea, como estrategia efectiva en la prevención de la fragilidad y el mantenimiento de la autonomia.

REFERENCIAS

1. Tessier AJ et al. A healthy dietary pattern and health outcomes at older ages. Nat Med. 2025;31:1644–1652. doi: 10.1038/s41591-025-03570-5.
2. Cotroneo A et al. Mediterranean diet and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. Nutrients. 2026;18:912. doi: 10.3390/nu18030912.
3. Page MJ et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA PREVIA A LA INCORPORACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Rebeca Rodríguez Bailón · Sara Fernández Sánchez · Cristina Miguel Gómez · María Isabel Urones Hernández · Cristina Garcia López

Una medida preventiva individualizada para proteger al profesional y favorecer una atención segura

¿POR QUÉ VALORAR?



El trabajo sanitario puede implicar alta demanda emocional, turnos, sobrecarga, exposición al sufrimiento, violencia y responsabilidad clínica.

OBJETIVOS



- Identificar necesidades de apoyo;
- detectar factores que puedan requerir adaptación;
- orientar medidas preventivas;
- favorecer bienestar y seguridad asistencial.

¿CÓMO REALIZARLA?



1. **Analizar** riesgos y funciones esenciales del puesto.
2. **Entrevista profesional individual.**
3. **Instrumentos psicológicos** validados, pertinentes y proporcionales.
4. **Informe funcional** y recomendaciónes preventivas.

GARANTÍAS ÉTICAS



- Confidencialidad y protección de datos;
- respeto a dignidad y no discriminación;
- evaluación por profesionales cualificados;
- comunicar a la organización solo conclusiones de aptitud y medidas preventivas, no datos clínicos.

RESULTADO: APTO • APTO CON ADAPTACIONES • VALORACIÓN COMPLEMENTARIA

No debe utilizarse como filtro discriminatorio ni sustituye la evaluación de riesgos psicosociales del puesto.



MARCO LEGAL EN ESPAÑA:

La vigilancia de la salud del art. 22 de la Ley 31/1995 es, como regla general, **voluntaria**. Solo cabe **excepción** en los supuestos legalmente previstos, con necesidad, proporcionalidad y garantías. No existe una obligación general de evaluación psicológica previa para todo el personal sanitario.

REFERENCIAS (ESTILO VANCOUVER)

1. España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE. 1995;269:32590-32611. Art. 22.
2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Síntesis de la evidencia sobre factores de riesgo psicosocial y salud mental en el personal sanitario. Madrid: INSST; 2025.
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Evaluación de riesgos psicosociales [Internet]. Madrid: INSST; [citado 10 nov 2026].

Trabajo multidisciplinar de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional en la parálisis cerebral

AUTORES: Eva Diez Villarroel, Eduardo Diez Villarroel, Paula Diez Ojea e Irene Laguno Baz



Resumen

La parálisis cerebral supone una alteración neurológica que puede afectar al movimiento, la comunicación y el desempeño en las actividades de la vida diaria. El trabajo conjunto de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional permite abordar de forma integral las necesidades del niño y su familia, favoreciendo el desarrollo de sus capacidades y mejorando su calidad de vida.

Palabras clave

Parálisis cerebral · Fisioterapia · Logopedia · Terapia ocupacional

Antecedentes

- La parálisis cerebral es la causa más frecuente de discapacidad motora en la infancia.
- El abordaje multidisciplinar se considera clave para maximizar el potencial funcional del niño.
- Cada disciplina aporta estrategias complementarias: la fisioterapia trabaja el movimiento, la logopedia la comunicación y la terapia ocupacional la autonomia en las actividades diarias.

Objetivos

- Analizar la eficacia del trabajo interdisciplinar en la parálisis cerebral.
- Mejorar las habilidades motoras, comunicativas y funcionales del niño.
- Favorecer la participación en su entorno familiar y social.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Niños con parálisis cerebral y sus familias.

Intervención
Trabajo coordinado entre fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, con objetivos individualizados.

Estrategias principales

- Fisioterapia: trabajo de control postural, equilibrio y marcha.
- Logopedia: estimulación del lenguaje y la deglución.
- Terapia ocupacional: entrenamiento en AVD y habilidades funcionales.
- Coordinación continua entre profesionales y familia.



Trabajo en equipo, mayores oportunidades

Resultados

Mejora motora
- Mayor control postural y movilidad.
- Más independencia en la marcha.

Mejora comunicativa
- Mayor intención comunicativa.
- Mejor comprensión y expresión.

Mayor autonomía
- Más participación en AVD.
- Mayor calidad de vida.

Bienestar emocional
- Mayor autoestima.
- Menor frustración.

Participación social
- Mayor interacción con su entorno.

Satisfacción familiar
- Mayor confianza en el proceso.

Conclusiones

- El trabajo multidisciplinar de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional resulta clave en la parálisis cerebral.
- Permite abordar de forma global las necesidades del niño, potenciando sus capacidades y su participación.
- Es fundamental mantener una coordinación efectiva entre profesionales y familia.

Juntos, avanzamos

Avances en la medicina preventiva:

Estrategias para mejorar la calidad del sueño

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Resumen

El sueño es esencial para la salud física, mental y emocional. La medicina preventiva identifica factores que lo alteran y promueve estrategias para mejorarlo. Este trabajo analiza los principales avances y medidas preventivas en la calidad del sueño, mediante una revisión bibliográfica. Se destaca la importancia de hábitos saludables, la terapia cognitivo-conductual y el uso de nuevas tecnologías. En conclusión, una estrategia integral y preventiva mejora el descanso, previene trastornos y favorece el bienestar general.

Palabras clave

Medicina preventiva; calidad del sueño; higiene del sueño; trastornos del sueño; terapia cognitivo-conductual; salud digital; bienestar integral.

Antecedentes

- El sueño es un proceso biológico esencial para la recuperación y el buen funcionamiento del organismo.
- La mala calidad del sueño se asocia con problemas de salud como hipertensión, obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- En España, el insomnio afecta aproximadamente al 14 % de la población adulta.
- La medicina preventiva propone un enfoque integral basado en la detección temprana, la modificación de factores de riesgo y la adopción de hábitos saludables.

Objetivos

Objetivo general

Analizar los avances en medicina preventiva y las estrategias para mejorar la calidad del sueño.

Objetivos específicos

- Identificar factores que influyen en el sueño.
- Describir sus consecuencias en la salud.
- Examinar intervenciones preventivas eficaces.
- Analizar la utilidad de las nuevas tecnologías.
- Valorar la educación sanitaria y la detección precoz.

Método

- Revisión bibliográfica narrativa.
- Fuentes: PubMed, CDC, AASM, SES y NIH.
- Periodo: 2016–2026.
- Tipos de documentos: revisiones, metaanálisis, guías y recomendaciones.
- Análisis: síntesis cualitativa de las estrategias con mayor evidencia.



Resultados

La evidencia científica respalda diversas estrategias para mejorar la calidad del sueño:

Higiene del sueño
Horarios regulares, entorno adecuado, menos cafeína y menor uso de pantallas.

Terapia cognitivo-conductual
Intervención de primera elección para el insomnio crónico.

Actividad física
Mejora la calidad del sueño y el bienestar emocional.

Nuevas tecnologías
Aplicaciones y programas digitales de TCC-I con resultados positivos; los dispositivos de seguimiento son útiles, aunque con limitaciones.

Detección temprana
Identificación de síntomas (insomnio, somnolencia diurna, ronquidos) para una valoración y tratamiento adecuados.

Conclusiones

- La calidad del sueño es un componente clave de la salud y debe ser una prioridad en la medicina preventiva.
- La combinación de hábitos saludables, terapia cognitivo-conductual, actividad física y nuevas tecnologías mejora el descanso.
- La educación para la salud y la detección precoz ayudan a prevenir trastornos del sueño y sus consecuencias.
- Un enfoque integral y preventivo favorece la calidad de vida y el bienestar integral de la población.

Autores

Ester Montero, Sandra Alonso, Patricia Santiago, Patricia Manovel, Sergio San Raimundo y Rubén Santiago.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES: INTERVENCIONES DESDE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Laura Esperanza Gómez Valderrama Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria - Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Zamora.

Resumen

La fragilidad es un síndrome geriátrico asociado a mayor vulnerabilidad, deterioro funcional y pérdida de autonomía. Esta revisión narrativa analiza las estrategias de detección precoz y prevención desde Enfermería Familiar y Comunitaria. La evidencia respalda los beneficios del ejercicio multicomponente y las intervenciones combinadas con apoyo nutricional para mejorar la fragilidad física. La valoración integral, el cribado y el seguimiento individualizado permiten orientar intervenciones preventivas y promover una atención centrada en la persona.

Palabras Clave

Fragilidad; Personas mayores; Atención Primaria; Enfermería Familiar y Comunitaria; Prevención; Ejercicio físico.

Antecedentes

- La fragilidad es un síndrome geriátrico multidimensional caracterizado por una mayor vulnerabilidad y riesgo de deterioro funcional, caídas, hospitalización y pérdida de autonomía.
- Su detección precoz permite identificar situaciones de riesgo e iniciar intervenciones preventivas. La evidencia destaca los beneficios del ejercicio multicomponente y el apoyo nutricional combinado.
- Enfermería Familiar y Comunitaria desempeña un papel fundamental mediante la valoración integral, la educación sanitaria, la promoción de hábitos saludables y el seguimiento individualizado en Atención Primaria.

Objetivos

Objetivo general

Analizar las estrategias de Enfermería Familiar y Comunitaria para la detección precoz, prevención y abordaje de la fragilidad en personas mayores.

Objetivos específicos

- Identificar herramientas de cribado y valoración funcional.
- Examinar intervenciones preventivas basadas en ejercicio físico y nutrición.
- Describir las actuaciones enfermeras de educación sanitaria y planificación de cuidados.
- Analizar el papel del seguimiento individualizado en Atención Primaria.

Métodos

- Revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2021 y 2026, mediante consulta de publicaciones en PubMed/MEDLINE y Cochrane Library.
- Consulta complementaria del consenso del Ministerio de Sanidad (2026) y la guía ICOPE de la OMS (2025), centrados en prevención, valoración funcional y atención comunitaria.
- Síntesis descriptiva de la evidencia sobre cribado, ejercicio multicomponente, nutrición e intervenciones enfermeras.

Bibliografía

Resultados

La detección precoz desde Atención Primaria, mediante herramientas como SPPB, velocidad de la marcha y FRAIL, permite identificar personas con probable fragilidad y orientar su valoración.

El ejercicio multicomponente, especialmente el entrenamiento de fuerza, mejora indicadores de fragilidad, fuerza muscular, equilibrio y capacidad funcional.

Las intervenciones que combinan ejercicio y apoyo nutricional muestran beneficios sobre la fragilidad física, con resultados menos concluyentes para la nutrición aislada.

La valoración integral y la planificación individualizada permiten abordar factores de riesgo, prevención de caídas, medicación y necesidades sociosanitarias, conforme a las recomendaciones clínicas.

Enfermería Familiar y Comunitaria participa en la captación, educación sanitaria, promoción de intervenciones preventivas y seguimiento, contribuyendo a trasladar las recomendaciones basadas en evidencia a la práctica asistencial.

Conclusiones

- La detección precoz de la fragilidad facilita identificar situaciones de vulnerabilidad y orientar intervenciones preventivas.
- El ejercicio multicomponente, especialmente combinado con apoyo nutricional, presenta beneficios sobre la fragilidad física y la función.
- Enfermería Familiar y Comunitaria tiene un papel relevante en la valoración, educación sanitaria y seguimiento individualizado para promover la autonomía y prevenir la discapacidad.

Enfermería y cooperación comunitaria en la atención a la soledad

1. Resumen

La soledad no deseada constituye un problema de **salud pública** que afecta al bienestar físico, psicológico y social, especialmente en las personas mayores. El objetivo de este trabajo es analizar el papel de enfermería en su detección y prevención, así como la importancia de la cooperación comunitaria. Se concluye que la colaboración entre enfermería y comunidad mejora el bienestar y reduce la soledad.

2. Palabras clave

Enfermería comunitaria, soledad no deseada, cooperación, apoyo social, atención sociosanitaria y personas mayores.

3. Antecedentes

La soledad no deseada es un problema de salud pública que afecta al bienestar físico, psicológico y social. Enfermería comunitaria desempeña un papel fundamental en su detección y prevención.



4. Objetivos

- Analizar el papel de enfermería en la atención a la soledad.
- Identificar modelos de cooperación comunitaria.
- Promover redes de apoyo y acompañamiento social.

5. Métodos

Revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre 2018 y 2026 en bases de datos como PubMed, CINAHL y SciELO, utilizando términos relacionados con enfermería, soledad y cooperación comunitaria.

6. Resultados

Se identifican diferentes estrategias de intervención:

- Detección precoz desde Atención Primaria.
- Coordinación entre enfermería y servicios sociales.
- Programas de acompañamiento y voluntariado.
- Actividades comunitarias e intergeneracionales.
- Redes de apoyo social.

7. Conclusiones

La cooperación entre enfermería, profesionales sociosanitarios y comunidad permite mejorar la prevención y atención de la soledad no deseada. El trabajo en red favorece el bienestar, la integración social y la calidad de vida de las personas.

Trabajo multidisciplinar de logopedia y fisioterapia en el Alzheimer

AUTORES: Irene Laguno, Eduardo Diez Villarroel, Eva Diez Villarroel





Resumen

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que afecta de manera significativa la comunicación, el lenguaje, la deglución y la funcionalidad física, lo que deteriora la calidad de vida de la persona y su entorno.

El trabajo multidisciplinar entre logopedia y fisioterapia permite abordar de forma integral las necesidades del paciente, combinando estrategias para mantener la comunicación, la seguridad en la alimentación y la movilidad, favoreciendo la autonomía y el bienestar durante todo el proceso de la enfermedad.

Palabras clave

Alzheimer · Logopedia · Fisioterapia

Antecedentes

- El Alzheimer es la forma más frecuente de demencia, afectando a la memoria, el lenguaje y la funcionalidad.
- La alteración de la comunicación puede generar aislamiento social y problemas emocionales.
- La pérdida de la movilidad y el riesgo de disfagia favorecen complicaciones como caídas, desnutrición y neumonías.
- La evidencia científica respalda la eficacia de intervenciones no farmacológicas, especialmente cuando se aplican de forma conjunta y coordinada.

Objetivos

- Mejorar la comunicación y el lenguaje.
- Mantener la función deglutoria y prevenir la disfagia.
- Conservar la movilidad, el equilibrio y la funcionalidad.
- Favorecer la autonomía y la calidad de vida.

Método

Diseño
Revisión bibliográfica y experiencia clínica.

Participantes
Personas con Alzheimer en fases leves y moderadas.

Intervención
Trabajo coordinado entre logopedia y fisioterapia, con plan de tratamiento individualizado.

Estrategias principales

- Ejercicios de estimulación del lenguaje y comunicación.
- Terapia miofuncional y entrenamiento de la deglución.
- Ejercicio terapéutico y entrenamiento del equilibrio.
- Educación y apoyo a cuidadores.



LOGOPEDIA
Comunicación, lenguaje, deglución

FISIOTERAPIA
Movilidad, equilibrio, funcionalidad

Una intervención conjunta, más beneficios

Resultados

Comunicación y lenguaje
- Mejora de la comprensión y expresión.
- Mayor interacción social.

Deglución
- Menor riesgo de aspiración.
- Mejor ingesta y estado nutricional.

Funcionalidad y movilidad
- Mayor estabilidad y equilibrio.
- Reducción del riesgo de caídas.

Bienestar y calidad de vida
- Mayor autonomía.
- Menor ansiedad y aislamiento.

La combinación de logopedia y fisioterapia potencia los resultados y permite un abordaje más completo y personalizado.

Conclusiones

- El abordaje conjunto de logopedia y fisioterapia en el Alzheimer ofrece resultados más eficaces que las intervenciones aisladas.
- La coordinación entre ambos profesionales permite una atención más completa, personalizada y centrada en la persona.
- Es fundamental fomentar este trabajo multidisciplinar en todos los niveles asistenciales, con el fin de mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente y su entorno.

Comunicar, moverse, seguir siendo uno mismo

Rejuvenecimiento Celular mediante Modificaciones del ARN:
Nuevas Fronteras Moleculares para la Regeneración y la Longevidad

Sandra Alonso, Patricia Santiago, Patricia Manovel, Sergio San Raimundo, Ester Montero, Héctor Girón, Lidia Casado, Adela Pérez, Gema Rodríguez, Elba Gallego, Teresa Luis, Sergio Sánchez, Ascensión Rodríguez y Rubén Santiago

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Resumen

El envejecimiento celular es un proceso biológico natural que provoca cambios progresivos en el funcionamiento de las células, la expresión genética y la capacidad de regeneración de los tejidos. Las modificaciones del ARN, especialmente m6A y los microARN, se perfilan como una vía prometedora para comprender y revertir algunos de estos cambios. Estas modificaciones regulan la estabilidad y traducción del ARN, influyendo en la inflamación, la senescencia, la función mitocondrial y la actividad de las células madre. La reprogramación celular parcial y las terapias basadas en ARN abren nuevas posibilidades para promover un envejecimiento saludable. Aunque aún en fase experimental, la epitranscriptómica representa una estrategia clave para la medicina regenerativa.



Conclusiones

1. Las modificaciones del ARN representan una vía prometedora para el **rejuvenecimiento celular.**
2. m6A y los **microARN** destacan por su capacidad para regular procesos clave del **envejecimiento.**
3. La reprogramación celular parcial y las terapias basadas en ARN ofrecen nuevas oportunidades para la medicina regenerativa.
4. Aún se requieren más estudios para garantizar su seguridad y eficacia en humanos.

El futuro del envejecimiento podría pasar por aprender a regular la expresión genética a través del ARN.

Palabras clave

Rejuvenecimiento celular, ARN, modificaciones epitranscriptómicas, m6A, microARN, senescencia celular, regeneración, longevidad y medicina regenerativa.

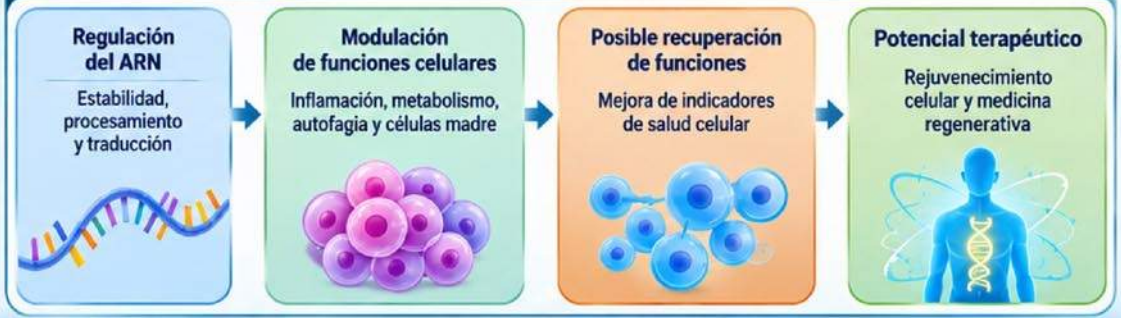
Objetivos

- Analizar el papel de las modificaciones del ARN en el envejecimiento.
- Evaluar su potencial en la regeneración y la longevidad.

Método

Revisión bibliográfica de estudios recientes en bases de datos como PubMed y Nature, centrada en modificaciones del ARN, senescencia celular, células madre y terapias regenerativas.

Resultados



El Abordaje del IAM Extrahospitalario

Rol clave de Enfermería en la atención inmediata

Autor(es): Carlos Granados Quintanar, Miguel Garcia Mostaza, Laura Braña Garcia, María Alonso Gutiérrez, Alejandro de la Fuente Ruiz, José Bódalo Lozano

Resumen

El IAM extrahospitalario es una emergencia cardiovascular de alta mortalidad que requiere una respuesta rápida y coordinada. El personal de enfermería desempaña un papel esencial en su abordaje, desde el reconocimiento precoz de síntomas hasta la activación del sistema de emergencias y el inicio de medidas de soporte vital. Este póster resume la evidencia actual sobre las estrategias clave para mejorar la atención extrahospitalaria del IAM y reducir sus consecuencias.

Palabras clave

Infarto de miocardio; atención prehospitalaria; enfermería; reanimación cardiopulmonar; triage; tiempo puerta-balón.

Antecedentes

- El IAM es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, con una alta incidencia en el ámbito extrahospitalario.
- La demora en el reconocimiento y tratamiento incrementa el daño miocárdico y la mortalidad.
- La enfermería es clave en la cadena de supervivencia, promoviendo la identificación de síntomas, la activación del SEM y el inicio de maniobras básicas (RCP) cuando sea necesario.
- Las guías actuales recomiendan un abordaje rápido y protocolizado, desde el primer contacto con el paciente.



Objetivos

Objetivo general:
Analizar el abordaje del IAM extrahospitalario y su impacto en la supervivencia del paciente.

Objetivos específicos:

- Identificar las acciones clave de enfermería en la atención inicial.
- Conocer las recomendaciones actuales para el manejo prehospitalario.
- Evalaur la importancia del tiempo en la atención.

Metodología

Diseño: Revisión bibliográfica descriptiva.

Fuentes: Bases de datos (PubMed, Scielo, OMS, AHA).

Periodo: Útlimos 5 años.

Criterios: Estudios sobre el abordaje prehospitalario del IAM, rol de enfermería y resultados en salud.

Análisis: Síntesis de la evidencia y recomendaciones actuales.

Resultados

Tiempo de respuesta
La atención en los primeros 10 minutos puede reducir la mortalidad hasta en un 50%. **50%**

Activación del SEM
Mejora el pronóstico y permite un tratamiento más oportuno.

RCP temprana
Duplica o triplica las posibilidades de supervivencia.

Terapia inicial
El uso precoz de antiagregantes y anticoagulantes es seguro y efectivo en el entorno prehospitalario.

Impacto global
Un abordaje integral puede reducir la mortalidad del IAM extrahospitalario en **20–30%**

Conclusiones

- El abordaje del IAM extrahospitalario requiere reconocimiento precoz, activación inmediata del SEM e inicio de medidas de soporte vital.
- La enfermería tiene un rol fundamental en cada eslabón de la cadena de supervivencia.
- Aplicar protocolos basados en evidencia y reducir los tiempos de respuesta mejora el pronóstico y salva vidas.

Referencias bibliográficas

1. Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., et al. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 44(38), 3720–3826. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191
2. Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., et al. (2018). Fourth Universal Definction of Myocardial Infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*, 72(18), 2231–2264.
3. Ibáñez, B., James, S., Agewall, S., et al. (2017). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177.

Sexualidade na Mulher Climatérica: Estratégias não Farmacológicas para Melhorar a Qualidade de Vida

Liliana João Carrapiço Morais - ULSAC, Serviço de Urgência Polivalente, Évora, Portugal
Ana Isabel Ramalho Galhanas - Professora Adjunta, Universidade de Évora, Évora, Portugal

Resumo

O climatério caracteriza-se pela **diminuição dos níveis de estrogénio**, que afeta a **sexualidade e a qualidade de vida** da mulher. Esta revisão narrativa, procurou identificar estratégias de intervenção para melhorar a sexualidade e a qualidade de vida da mulher nesta fase. O **exercício físico**, o **Pilates** e a **aromaterapia** surgem como estratégias promissoras. A **abordagem individualizada** e a intervenção dos profissionais de saúde são fundamentais para promover a função sexual e o bem-estar da mulher.

Palavras-Chave: Climatério; Disfunção sexual fisiológica; Enfermeiros obstétricos; Qualidade de vida; Sexualidade

Antecedentes

O **climatério** é uma fase de transição marcada por alterações hormonais que podem afetar o bem-estar físico, psicológico e sexual.

A **diminuição dos níveis de estrogénio** pode manifestar-se na secura vaginal, dor nas relações sexuais e alterações da função sexual, com impacto na autoestima e qualidade de vida.

O **Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica** poderá combater o estigma, a vergonha e a falta de privacidade que, assim como indicar estratégias não farmacológicas.

Objetivo

Identificar estratégias de intervenção que possam contribuir para melhorar a **sexualidade e a qualidade de vida** da mulher climatérica, que possam ser integradas na prática dos **Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.**

Metodologia

Bases de dados
PubMed e Bases Indexadas em EBSCOhost

Data de Pesquisa
20 de setembro

Equação Booleana
(Sexuality) AND (Climacteric) AND (Sexual Dysfunction, Physiological) AND (Quality of life).

59 Artigos identificados → **3** Artigos Selecionados

Critérios de Inclusão: mulheres no climatério/menopausa; sexualidade, qualidade de vida; estratégias não farmacológicas.
Critérios de Exclusão: População masculina; outras patologias; intervenções farmacológicas

Resultados

Exercício físico e Pilates

Um programa de Pilates de oito semanas associou-se à redução dos sintomas climatéricos e à melhoria da qualidade de vida e da função sexual.



Profissionais de Saúde

Avaliação da função sexual, instrumentos estruturados, comunicação sensível, planos individualizados, decisão partilhada, privacidade, colaboração interdisciplinar, referenciação e telemedicina.

Terapias Complementares

Aromaterapia - lavanda ou neroli associadas a melhoria do desejo e da função sexual;
Estratégias nutricionais - dieta rica em fitoestrogénios (funcho, soja, hipericão, trevo-vermelho e pólen de tâmara) associados a redução da secura vaginal e dispareunia.

Conclusão

O **exercício físico**, como o Pilates, a **aromaterapia** e as **estratégias nutricionais** podem contribuir para melhorar a função sexual e a qualidade de vida da mulher climatérica. Os **Enfermeiros Especialistas** têm um papel relevante na **abordagem ativa e individualizada** da sexualidade, na **comunicação empática**, na **decisão partilhada**, na garantia de **privacidade** e na **referenciação** adequada.

São necessários estudos com maior rigor metodológico e amostras mais amplas.

Referências Bibliográficas

IMPORTANCIA DE LOS TCAE EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN EL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

Teodora González López · Sara Fernández Sánchez · Alexia Lorenzo González

Introducción

Las lesiones por presión (LPP) son un problema frecuente en el paciente institucionalizado, especialmente en personas mayores, y suponen un importante impacto en su salud, calidad de vida y costes sanitarios.

Los TCAE desempeñan un papel clave en su prevención, mediante una atención continuada, la aplicación de medidas adecuadas y la detección precoz de riesgos.



Objetivos

- Analizar la importancia de los TCAE en la prevención de LPP en el paciente institucionalizado.
- Identificar las principales estrategias de prevención y el papel de estos profesionales en su aplicación.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (PubMed, SciELO, CINAHL, Cochrane, Dialnet) y en guías clínicas (GNEAUPP, NICE), seleccionando artículos publicados en los últimos 10 años, en español e inglés, relacionados con la prevención de LPP y el papel del TCAE.



Formación, observación y cuidados continuados

Resultados

- Los TCAE, bien formados, reducen significativamente la incidencia de LPP mediante la aplicación correcta de medidas preventivas.
- Sus funciones incluyen: valorar el riesgo, mantener la piel hidratada, prevenir la fricción y la humedad, y fomentar la movilización del paciente.
- La detección precoz por parte del TCAE permite una intervención temprana y evita la progresión de las lesiones.
- La formación continua y el trabajo en equipo mejoran la eficacia de las estrategias preventivas.

Conclusiones

- Los TCAE son piezas clave en la prevención de LPP en el paciente institucionalizado.
- Su actuación, basada en la valoración, el cuidado integral y la vigilancia constante, contribuye a reducir la incidencia de estas lesiones y a mejorar la calidad de vida.
- Es imprescindible potenciar su formación y el trabajo en equipo multidisciplinar para garantizar cuidados seguros y de calidad.

Bibliografía

- GNEAUPP. Guía de prevención y tratamiento de las LPP. 2019.
- NICE. Pressure ulcers: prevention and management. 2019.
- Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cuidados de Enfermería. 2022.
- Cochrane Library. Pressure ulcer prevention. 2021.

El papel del TCAE, clave en un envejecimiento activo y saludable

SARCOPENIA EN PERSONAS MAYORES: PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

RESUMEN

La sarcopenia es la perdida progresiva de fuerza y masa muscular asociada al envejecimiento. Aumenta el riesgo de caídas, fragilidad y dependencia.

Enfermería desempeña un papel esencial en su detección precoz y prevención para preservar la autonomia y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Sarcopenia, Enfermería, Fragilidad, Nutrición, Prevención, Autonomía

ANTECEDENTES

El envejecimiento, el sedentarismo, la malnutrición y las enfermedades crónicas favorecen la pérdida muscular.
La detección temprana permite intervenir y reducir sus consecuencias sobre la salud y la independencia de las personas mayores.



OBJETIVOS

Identificar la importancia de la detección precoz de la sarcopenia

Describir las intervenciones de Enfermería para su prevención.

Destacar su papel en el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida.

MÉTODO

Detección: cuestionario SARC-F.

Valoración: fuerza, nutrición y movilidad.

Intervención: educación, prevención y derivación.

Seguimiento: autonomía y calidad de vida.

RESULTADOS

La evidencia destaca la importancia de Enfermería en:
Detección del riesgo mediante el cuestionario SARC-F.
Valoración de fuerza muscular, movilidad y estado nutricional.
Educación sobre alimentación adecuada y actividad física.
Prevención de caídas y seguimiento funcional.
Coordinación con otros profesionales sanitarios.
Estas intervenciones pueden contribuir a conservar la fuerza, la autonomía y la calidad de vida.

CONCLUSIONES

Enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención y detección precoz de la sarcopenia.

La valoración integral, la educación sanitaria y el seguimiento permiten identificar sitiaciones de riesgo y favorecer un envejecimiento saludable, reduciendo la pérdida de autonomía y dependencia.



AUTORES

Silvia Torío Mateos, María Vaquero González, María Mercedes Pérez Colás, Almudena Ríos Cotorruelo, María Encarnación Gómez Santos, Noelia Alonso Blanco, Sonia Sanabria Prieto.
Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora.

DIPUTACIÓN DE ZAMORA

SILVER ECONOMY

ALFABETIZACIÓN DIGITAL EN SALUD EN PERSONAS MAYORES: INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

ANA VICTORIA BLANCO FRAILE · JESÚS GONZÁLEZ PEDRAZA

RESUMEN

El envejecimiento de la población aumenta la demanda de servicios de salud, pero la brecha digital dificulta que muchas personas mayores usen con autonomía los recursos en línea. Esta revisión de revisiones en atención primaria sintetiza la evidencia sobre cómo mejorar su alfabetización digital en salud.

PALABRAS CLAVE

Alfabetización digital; personas mayores; atención primaria; enfermería; brecha digital.

ANTECEDENTES

Las personas mayores se encuentran entre los usuarios más reticentes a la salud digital, por barreras de uso, emocionales y de percepción.

Los obstáculos de salud, la falta de redes de apoyo, la facilidad de uso, el conocimiento y la percepción limitan el acceso a servicios esenciales.

La citación online y la carpeta de salud exigen competencias que la enfermería comunitaria puede reforzar.

OBJETIVOS

Sintetizar la evidencia sobre intervenciones en atención primaria e identificar componentes, barreras y papel de enfermería.

MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa de 4 revisiones. Búsqueda: 1 de noviembre de 2026. Fuentes: PubMed Central, JMIR, SciELO y Social Science & Medicine.

Descriptores: personas mayores, alfabetización en salud, salud digital y atención primaria. Últimos 10 años, español e inglés; lectura crítica.

RESULTADOS

DME 0,47

El metaanálisis de 23 estudios, con 3.702 personas mayores, muestra una mejora moderada de la alfabetización digital en salud respecto al grupo control (DME 0,47; IC 95 %: 0,08-0,86).

Integrar conocimientos digitales y de salud supera la formación solo digital.

Programas estructurados, individualizados, prácticos, culturalmente adaptados y sostenidos. La autoeficacia es el concepto teórico más utilizado.

Limitaciones: muestras pequeñas, pocos ensayos aleatorizados, medidas heterogéneas y seguimiento corto.



CONCLUSIONES

La formación práctica mejora la alfabetización digital en salud. Enfermería de atención primaria puede cribar y formar en talleres breves y personalizados. Faltan estudios rurales y de seguimiento prolongado.

Referencias Barriers to digital health adoption in older adults: Scoping review informed by innovation resistance theory. (2026). *JMIR*. https://www.jmir.org/2026/1/e75591/PDF Digital health literacy interventions for older adults: A systematic review and meta-analysis of effects and intervention components. (2026). *Social Science & Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2026.119897 Key challenges and barriers to digital literacy for older adults: Scoping review. (2026). PubMed Central. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12991319/ Theory-based e-health literacy interventions in older adults: A systematic review. (2020). *Archives of Public Health*. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7418312/

Edadismo en Atención Primaria: un reto para los cuidados enfermeros centrados en la persona mayor

Jesús González Pedraza · Ana Victoria Blanco Fraile



Resumen

El edadismo condiciona la calidad de la atención y limita el envejecimiento saludable. Esta revisión narrativa analiza la evidencia publicada entre 2020 y 2026 sobre su impacto sanitario y el papel de la enfermería de Atención Primaria. La cercanía y continuidad del cuidado comunitario sitúan a la enfermería en una posición clave para prevenirlo.

Palabras clave

Edadismo · Atención Primaria · Enfermería · Personas mayores · Envejecimiento saludable

Antecedentes

La OMS reconoce el edadismo como barrera para el envejecimiento saludable: estereotipos, prejuicios y discriminación por edad en los niveles individual, interpersonal e institucional. En salud se manifiesta al atribuir síntomas a lo "normal por la edad", limitar opciones diagnósticas o terapéuticas y comunicarse con paternalismo. La Atención Primaria, puerta de entrada y seguimiento continuado, es clave para detectarlo.

Método

Revisión narrativa de literatura científica en PubMed y Scopus y de documentos de la OMS (2020-2026), centrada en edadismo, enfermería y Atención Primaria. Los hallazgos se organizaron en manifestaciones, consecuencias e intervenciones.

Objetivos

El objetivo general es analizar la evidencia científica disponible sobre el edadismo en la atención sanitaria y describir estrategias enfermeras para reducirlo.

Los objetivos específicos son conocer sus manifestaciones en Atención Primaria, identificar sus consecuencias en la salud y la experiencia asistencial de las personas mayores, y recopilar intervenciones que la enfermería comunitaria pueda incorporar a su práctica.

Resultados

El edadismo se asocia a peores resultados en salud física y mental, menor participación y peor experiencia asistencial. La formación y la comunicación centrada en la persona son intervenciones eficaces.

Estrategias enfermeras para reducir el edadismo

- Revisar los propios sesgos y formarse en envejecimiento y trato no discriminatorio.
- Practicar la escucha activa, con lenguaje respetuoso, tiempo suficiente y explicaciones claras y adaptadas.
- Compartir las decisiones del plan de cuidados con la persona mayor y respetar sus preferencias.
- Realizar una valoración integral de capacidades y déficits, promoviendo autonomía, actividad y participación.
- Impulsar el contacto intergeneracional y las actividades comunitarias que rompan estereotipos.
- Detectar conductas edadistas en el equipo y el sistema, con lenguaje y protocolos inclusivos.

Conclusiones

La enfermería comunitaria es clave para detectar conductas edadistas y promover la autonomía y una atención centrada en la persona. Combinar formación, comunicación respetuosa, decisiones compartidas y trabajo comunitario transforma la práctica. Reducir el edadismo mejora la experiencia y los resultados en salud.

Referencias: World Health Organization (2021). Global report on ageism; Chang et al. (2020). PLOS ONE, 15(1), e0220857; Araújo et al. (2023). Rev Latino-Am Enfermagem, 31:e4020; Fernández-Puerta et al. (2024). Nursing Reports, 14(4), 4039-4059.

Nuevas tecnologías para favorecer el envejecimiento en el domicilio

Autonomía, seguridad y calidad de vida en las personas mayores

RESUMEN

Las nuevas tecnologías favorecen la autonomía, seguridad y calidad de vida de las personas mayores, facilitando su permanencia en el domicilio.

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional impulsa la necesidad de soluciones tecnológicas que permitan una atención domiciliaria segura y personalizada.

OBJETIVOS

Analizar las principales tecnologías domiciliarias, sus beneficios y las barreras para su utilización en personas mayores.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica narrativa sobre tecnologías aplicadas al envejecimiento domiciliario en bases de datos científicas (PubMed, Scopus y SciELO).

RESULTADOS

Teleasistencia
Atención y apoyo ante emergencias.

Telemedicina
Seguimiento sanitario remoto.



Dispositivos inteligentes
Monitorización de la salud y la actividad.

Domótica
Seguridad, accesibilidad y adaptación del hogar.

CONCLUSIONES

Las nuevas tecnologías pueden favorecer un **envejecimiento más autónomo y seguro.**

Su implantación requiere **accesibilidad, formación digital y atención individualizada.**

Deben **complementar,** y no sustituir, la atención humana y sociosanitaria.



LA SOLEDAD EN LA VEJEZ

INTRODUCCIÓN

La soledad no deseada constituye un importante problema sociosanitario que afecta a la calidad de vida de las personas mayores. Puede aparecer como consecuencia de la pérdida de seres queridos, la jubilación, el deterioro funcional, las enfermedades crónicas o la disminución de las relaciones sociales. No es lo mismo vivir solo que sentirse solo. La soledad puede repercutir negativamente en la salud física, emocional y cognitiva, aumentando la vulnerabilidad de las personas mayores.

MÉTODO

Se plantea una revisión narrativa de publicaciones e informes sobre la soledad no deseada en personas mayores. Se consultan fuentes institucionales y bibliografía científica relacionadas con el envejecimiento, la salud comunitaria y los cuidados de Enfermería



OBJETIVOS

- Identificar los principales factores asociados a la soledad en la vejez.
- Analizar sus consecuencias sobre la salud y el bienestar.
- Destacar el papel de Enfermería en la detección precoz.
- Promover estrategias de acompañamiento, participación e integración social.

RESULTADOS

Principales factores de riesgo:

- Viudedad y pérdida de seres queridos.
- Aislamiento social y familiar.
- Jubilación y cambios en el estilo de vida.
- Dependencia y limitaciones de movilidad.
- Enfermedades crónicas y deterioro cognitivo.
- Brecha digital y dificultades de participación social.

Consecuencias para la salud:

- Mayor riesgo de ansiedad y depresión.
- Deterioro de la calidad de vida.
- Alteraciones del sueño.
- Mayor vulnerabilidad física y emocional.
- Disminución de la participación social.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Valorar periódicamente la situación emocional y social.
- Escuchar activamente y ofrecer apoyo emocional.
- Identificar situaciones de aislamiento y riesgo social.
- Fomentar la participación en actividades comunitarias.
- Facilitar el contacto con familiares y redes de apoyo.
- Coordinarse con trabajadores sociales y otros profesionales.
- Promover programas de acompañamiento y envejecimiento activo.

CONCLUSIONES

La soledad no deseada en la vejez es un problema que requiere una atención integral y multidisciplinar. Enfermería desempeña un papel fundamental en su prevención, detección y abordaje, mediante cuidados humanizados, escucha activa y promoción de las relaciones sociales.

Acompañar también es cuidar. Prevenir la soledad es mejorar la calidad de vida y favorecer un envejecimiento saludable, digno y activo.



AUTORES

Cristina García López · Rebeca Rodríguez Bailón · Cristina Miguel Gómez · Sara Fernández Sánchez · María Isabel Urones Hernández



INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se asocia a cambios en el sistema musculoesquelético y a una mayor carga de enfermedad. La artrosis, la osteoporosis, las enfermedades inflamatorias articulares y las fracturas por fragilidad pueden producir dolor, rigidez, limitación funcional y pérdida de autonomía.
La valoración enfermera integral permite identificar necesidades, prevenir complicaciones y coordinar intervenciones orientadas a mantener la movilidad, la participación y la calidad de vida.

OBJETIVOS

- Identificar las principales patologías osteoarticulares en las personas mayores.
- Reconocer su impacto sobre la movilidad, el dolor y las actividades de la vida diaria.
- Describir medidas de prevención y cuidados enfermeros basados en la evidencia.
- Promover autonomía, autocuidado y envejecimiento activo

RESULTADOS - PATOLOGIAS

ARTROSIS
Dolor relacionado con la actividad, rigidez y limitación del movimiento.
OSTEOPOROSIS
Disminución de la resistencia ósea y mayor riesgo de fracturas vertebrales, de cadera y muñeca.
ARTRITIS INFLAMATORIA
Procesos como la artritis reumatoide pueden causar sinovitis, dolor, tumefacción y daño articular.
FRACTURAS POR FRAGILIDAD
Fracturas tras traumatismos de baja energía, asociadas a pérdida de masa y calidad ósea.



DISCUSIÓN

La atención no debe limitarse al tratamiento farmacológico. El ejercicio terapéutico, la educación, la adaptación del entorno y la rehabilitación son
componentes esenciales del abordaje.
Enfermería ocupa una posición estratégica para detectar precozmente el deterioro funcional, evaluar barreras para el autocuidado y favorecer decisiones
compartidas.
La Silver Economy incorpora oportunidades en productos de apoyo, tecnologías accesibles, servicios comunitarios y soluciones que facilitan la vida

- independiente. La intervención debe individualizarse según fragilidad, comorbilidad y preferencias.

PROBLEMAS OSTEOARTICULARES EN EL ANCIANO

RESULTADOS-CUIDADOS

FA**CTORES ASOCIADOS**
Edad, antecedentes de fractura o caídas, inactividad física, sarcopenia, malnutrición, déficit de vitamina D y determinados tratamientos o enfermedades.
CUIDADOS E INTERVENCIONES ENFERMERAS
- Valorar dolor, marcha, equilibrio, fuerza y actividades diarias.
- Identificar riesgo de caídas y adaptar el entorno.
- Fomentar ejercicio multicomponente y de fuerza adaptado.
- Promover alimentación suficiente, con aporte adecuado de calcio y vitamina D según necesidades.
- Reforzar adherencia terapéutica, educación sanitaria y seguimiento.
- Coordinar atención con medicina, fisioterapia y terapia ocupacional.



- Las enfermedades osteoarticulares pueden comprometer la independencia y la calidad de vida.
- La prevención de caídas y fracturas, junto con el mantenimiento de la fuerza y la movilidad, es prioritaria.
- La valoración integral y el seguimiento enfermero permiten detectar necesidades y prevenir complicaciones.
- Un abordaje interdisciplinar y centrado en la persona favorece un envejecimiento activo, seguro y digno.

CONCLUSIONES



AUTORES
CRISTINA GARCIA LOPEZ, REBECA RODRIGUEZ BAILON, SARA FERNANDEZ SANCHEZ, CRISTINA MIGUEL GOMEZ, MARIA ISABEL URONES HERNANDEZ

Fuerza antes de la menopausia: invertir hoy en el hueso de mañana

Revisión bibliográfica · Entrenamiento de fuerza e impacto y densidad mineral ósea en mujeres premenopáusicas

Autores: Campos Moreno AP, Sevilla López A, Diez Villarroel E, González Martínez J, Luis Ros A, Iglesias García N, García Mulas C, Merayo Domínguez V, Barroso Fernández C, Colina Fernández D, Martínez Barreda P, Ramos Martínez A, Moya Bahamonde C, Cuervo Díez M, Martín Martínez A, López Domínguez EM, Escrich Iturbe V, Alonso González MG, Ortega Plaza A, Magariño Álvarez B, García Gallego D, Manzanedo Juárez A, Herrero Sánchez MD, Portas Castellanos N, Márquez Pérez JM, Martín García B, Pérez Jiménez E, Ramos Alvarez C, Vidal Aparicio C, Paniagua Gómez A, Fernández Grande Y, Simon Cascón S, Ferrero Valle S, Alvarez Rodríguez J, Hinojal Tejido J, Chacón Martínez M, Pinto Peñuelas R, Rodríguez Barrientos M, González Gómez R, Díez Alonso MT, Fernández Pérez I, de la Torre Sánchez M, Silvan Díaz A, Nicolás Laso D.

Resumen

Antecedentes: la osteoporosis afecta al 22,6 % de las españolas ≥50 años y la pérdida ósea se acelera en la transición menopáusica. **Objetivo:** analizar el efecto del entrenamiento de fuerza y de impacto sobre la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres premenopáusicas. **Método:** revisión bibliográfica en PubMed, PEDro y Cochrane (noviembre 2026); calidad según la escala PEDro.
Resultados: se incluyeron 15 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y 4 metaanálisis. El impacto (saltos), solo o combinado con fuerza, aumentó la DMO de cadera hasta un 2,7 % en 4–24 meses; la fuerza sola a intensidad moderada mantuvo la DMO en 6 de 7 ensayos. **Conclusión:** combinar fuerza e impacto es la estrategia más eficaz para proteger el hueso antes de la menopausia.

Palabras clave: Osteoporosis · Premenopausia · Entrenamiento de fuerza · Densidad ósea · Fisioterapia

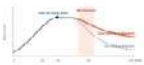
Antecedentes

- En España, el 22,6 % de las mujeres ≥50 años tiene osteoporosis; en 2019 hubo 289.000 fracturas por fragilidad, con un coste de 4.300 M€ [1].
- En la transición menopáusica la DMO cae un 1,6–2 %/año en columna y un 1–1,4 %/año en cadera [2].
- Antes de la menopausia el hueso aún responde a la carga mecánica: es la ventana para "ahorrar" masa ósea.
- La evidencia se centra en la posmenopausia; en premenopausia el efecto del ejercicio es pequeño pero significativo [3].

Objetivos

General: analizar el efecto del entrenamiento de fuerza y de impacto sobre la DMO en mujeres premenopáusicas.

Específico: identificar qué tipo, intensidad, frecuencia y duración del programa se asocian a mejores resultados.



Esquema ilustrativo, no basado en datos.

Método

P	I	C	O
Mujeres premenopáusicas sanas	Fuerza y/o impacto	Control u otro programa	DMO por DXA

- **Bases de datos:** PubMed (filtros: ECA y metaanálisis), PEDro (ensayos clínicos) y Cochrane Library (Trials) · búsqueda: noviembre 2026
- **Inclusión:** ECA y metaanálisis en mujeres premenopáusicas, DMO por DXA, inglés o español, sin límite de fecha
- **Exclusión:** peri o posmenopausia, cáncer u otra patología, análisis secundarios, programas sin fuerza ni impacto
- **Calidad:** escala PEDro (0–10)

Diagrama de flujo PRISMA 2020

Registros identificados: **152** (PubMed 26 · PEDro 43 · Cochrane 83) + otras fuentes: **2**

↓

Cribado por título y resumen: **91** — Duplicados: 63 · Excluidos: 68

↓

Texto completo evaluado: **23** — Excluidos: 4 (perimenopausia, pre + posmenopausia, análisis secundario, HIIT aeróbico)

↓

Incluidos: 19 (15 ECA + 4 metaanálisis)

Qué dicen los metaanálisis

- Impacto + fuerza ↑ DMO de columna y cuello femoral; solo impacto ↑ cuello femoral [4].
- Impactos breves (6 ECA, 256 mujeres) ↑ cuello femoral y trocánter [5].
- Saltos (6 ECA) ↑ cuello femoral y trocánter, sin efecto en columna [6].
- Ejercicio en general (7 ECA, 521 mujeres): efecto pequeño, cuello femoral g = 0,34; columna g = 0,20 [3].

La dosis que funciona · mantener ≥ 12 meses; si solo son saltos breves, a diario

3 días	70–85 %	+50–100
por semana	de 1RM en fuerza	saltos por sesión

Resultados: 15 ECA

Estudio	n	Programa	Efecto sobre la DMO	PEDro
Fuerza				
Lohman 1995 [7]	56	70–80 % 1RM · 3×/sem · 18 m	↑ columna +1,9 %, trocánter +2,0 %	4
Warren 2008 [8]	148	Fuerza progresiva · 2×/sem · 24 m	= DMO	6
Singh 2009 [9]	58	Fuerza · 2×/sem · 39 sem	= DMO	5
Vanni 2010 [10]	27	Lineal vs. ondulante · 3×/sem · 28 sem	= DMO en ambos	—*
Impacto (saltos)				
Heinonen 1996 [11]	98	Saltos progresivos · 3×/sem · 18 m	↑ cuello femoral +1,6 % (C +0,6 %)	5
Vainionpää 2005 [12]	80	Impacto · 3×/sem + casa · 12 m	↑ cuello femoral +1,1 % (C −0,4 %)	4
Bailey 2010 [13]	61	50 saltos · 0–7 días/sem · 6 m	↑ cuello femoral +1,8 % solo a diario	4
Niu 2010 [14]	67	≥50 saltos en la oficina · 12 m	↑ cuello femoral +0,0 % (C −1,0 %)	4
Tucker 2015 [15]	60	10–20 saltos · 2 veces/día · 16 sem	↑ cadera	4
Sánchez-Trigo 2023 [16]	46	App: 60 impactos/día · 6 m	↑ cuello femoral, trocánter y cadera	6
Fuerza + impacto				
Friedlander 1995 [17]	63	Aeróbic + pesas · 3×/sem · 24 m	↑ cuello femoral +2,4 %, trocánter +2,3 %	—*
Winters-Stone 2006 [18]	59	100 saltos + fuerza · 3×/sem · 12 m	↑ trocánter +2,2–2,7 % (C +0,7 %)	4
Fuerza frente a impacto o potencia				
Liang 2011 [19]	51	Step de impacto vs. fuerza · 12 m	Impacto ↑ talón +4,4 %; fuerza =	5
Dutto 2022 [20]	69	Step vs. fuerza 65–85 % 1RM · 6 m	Impacto ↑ talón, pierna, L2; fuerza =	5
Gray 2013 [21]	19	Potencia vs. fuerza 70 % 1RM · 48 sem	**Sin diferencias: ambos mantienen**	4

C: control · m: meses · * sin puntuación en PEDro · ↑ aumento significativo · = sin cambios

Conclusiones

- El impacto aumenta la DMO de cadera y, combinado con fuerza, también la de columna.
- La fuerza sola a intensidad moderada sobre todo mantiene la DMO; solo aumentó con 70–80 % 1RM durante 18 meses.
- **Contraste:** potencia y fuerza logran resultados equivalentes para mantener el hueso [21], lo que permite adaptar el programa a cada mujer.
- Calidad metodológica moderada (PEDro 4–6) y muestras pequeñas: hacen falta ECA más largos y actuales.
- **Para fisioterapia: fuerza + saltos, 3 días/semana, durante al menos un año. Invertir en el hueso antes de la menopausia es invertir en un envejecimiento sin fracturas.**

Referencias bibliográficas: 1. Willers C, Norton N, Harvey NC, Jacobson T, Johansson H, Lorentzon M, et al. Osteoporosis in Europe: a compendium of country-specific reports. Arch Osteoporos. 2022;17(1):23. 2. Finkelstein JS, Brockwell SE, Mehta V, Greendale GA, Sowers MR, Ettinger B, et al. Bone mineral density changes during the menopause transition in a multiethnic cohort of women. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93(3):861-8. 3. Kelley GA, Kelley KS, Kohrt WM. Exercise and bone mineral density in premenopausal women: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Endocrinol. 2013;2013:741639. 4. Martyn-St James M, Carroll S. Effects of different impact exercise modalities on bone mineral density in premenopausal women: a meta-analysis. J Bone Miner Metab. 2010;28(3):251-67. 5. Babatunde OO, Forsyth JJ, Gidlow CJ. A meta-analysis of brief high-impact exercises for enhancing bone health in premenopausal women. Osteoporos Int. 2012;23(1):109-19. 6. Zhao R, Zhao M, Zhang L. Efficiency of jumping exercise in improving bone mineral density among premenopausal women: a meta-analysis. Sports Med. 2014;44(10):1393-402. 7. Lohman T, Going S, Pamenter R, Hall M, Boyden T, Houtkooper L, et al. Effects of resistance training on regional and total bone mineral density in premenopausal women: a randomized prospective study. J Bone Miner Res. 1995;10(7):1015-24. 8. Warren M, Petit MA, Hannan PJ, Schmitz KH. Strength training effects on bone mineral content and density in premenopausal women. Med Sci Sports Exerc. 2008;40(7):1282-8. 9. Singh JA, Schmitz KH, Petit MA. Effect of resistance exercise on bone mineral density in premenopausal women. Joint Bone Spine. 2009;76(3):273-80. 10. Vanni AC, Meyer F, da Veiga AD, Zanardo VP. Comparison of the effects of two resistance training regimens on muscular and bone responses in premenopausal women. Osteoporos Int. 2010;21(9):1537-44. 11. Heinonen A, Kannus P, Sievänen H, Oja P, Pasanen M, Rinne M, et al. Randomised controlled trial of effect of high-impact exercise on selected risk factors for osteoporotic fractures. Lancet. 1996;348(9038):1343-7. 12. Vainionpää A, Korpelainen R, Leppäluoto J, Jämsä T. Effects of high-impact exercise on bone mineral density: a randomized controlled trial in premenopausal women. Osteoporos Int. 2005;16(2):191-7. 13. Bailey CA, Brooke-Wavell K. Optimum frequency of exercise for bone health: randomised controlled trial of a high-impact unilateral intervention. Bone. 2010;46(4):1043-9. 14. Niu K, Ahola R, Guo H, Korpelainen R, Uchimaru J, Vainionpää A, et al. Effect of office-based brief high-impact exercise on bone mineral density in healthy premenopausal women: the Sendai Bone Health Concept Study. J Bone Miner Metab. 2010;28(5):568-77. 15. Tucker LA, Strong JF, LeCheminant JD, Bailey BW. Effect of two jumping programs on hip bone mineral density in premenopausal women: a randomized controlled trial. Am J Health Promot. 2015;29(3):158-64. 16. Sánchez-Trigo H, Maher C, Godino JG, Sanudo B. Effects of an mHealth physical activity intervention to prevent osteoporosis in premenopausal women. A randomized controlled trial. J Sci Med Sport. 2023;26(10):545-52. 17. Friedlander AL, Genant HK, Sadowsky S, Byl NN, Gluer CC. A two-year program of aerobics and weight training enhances bone mineral density of young women. J Bone Miner Res. 1995;10(4):574-85. 18. Winters-Stone KM, Snow CM. Site-specific response of bone to exercise in premenopausal women. Bone. 2006;39(6):1203-9. 10. Liang MT, Braun W, Bassin SL, Dutto D, Pontello A, Wong ND, et al. Effect of high-impact aerobics and strength training on BMD in young women aged 20–35 years. Int J Sports Med. 2011;32(2):100-8. 20. Dutto DJ, Liang MTC, Braun WA, Bassin SL, Wong ND, Arnaud SB. Effect of 6-month high-impact step aerobics and resistance training on BMD and tibial bending strength in sedentary premenopausal women. Osteoporos Int. 2022;33(3):695-701. 21. Gray M, Di Brezzo R, Fort IL. The effects of power and strength training on bone mineral density in premenopausal women. J Sports Med Phys Fitness. 2013;53(4):428-36.

Bibliografía: Méndez-Sánchez L, Clark P, Winzenberg TM, Tugwell P, Correa-Burrows P, Costello R. Calcium and vitamin D for increasing bone mineral density in premenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2023;(1):CD012664. · Riancho JA, Peris P, González-Macías J, Pérez-Castrillón JL. Executive summary clinical practice guideline of postmenopausal, glucocorticoid-induced and male osteoporosis (2022 update). Rev Clin Esp. 2022;222(7):432-9.

1 Resumen

La actividad física adaptada,la nutrición y la participación social pueden apoyar el bienestar durante la diálisis, favoreciendo un envejecimiento activo y una mejor calidad de vida.

2 Palabras clave

Envejecimiento activo
Diálisis
Autonomía
Funcionalidad
Calidad de vida

3 Antecedentes

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada limita la movilidad y la participación social. El aumento de la esperanza de vida ha elevado la edad media de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo.

4 Objetivos

Preservar la fuerza muscular y la movilidad funcional.
Fomentar la participación social y la autonomía diaria.
Disminuir el riesgo de caídas y complicaciones.



ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN PACIENTES EN DIÁLISIS

Actividad, nutrición y participación para una vida con más bienestar.

5 Método

Valoración inicial individualizada.
Ejercicio adaptado y progresivo.
Orientación nutricional personalizada.
Seguimiento periódico con ajustes.

6 Resultados

Mejor conservación de fuerza y movilidad.
Mayor autonomía cotidiana.
Reducción de la fatiga.
Mejor participación social.

7 Conclusiones

Fomentar la actividad física adaptada y el acompañamiento social mejora la funcionalidad y la calidad de vida en personas en diálisis.

Autores

María Vaquero González
Silvia Torio Matcos
Almudena Ríos Cotorruelo
María Mercedes Pérez Colás
Noelia Alonso Blanco
Sonia Sanabria Prieto
María Encarnación Gómez Santos
Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN HERIDAS COMPLEJAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORA: Cristina Hernández Postigo
COAUTORES: Sofía Villaseñor Manrique, Clara Sánchez Marcé, Silvia Bravo Santos, Marta Sánchez Casero, Roberto Sánchez Lozano

Palabras claves: dolor; heridas complejas; práctica enfermera; escalas de valoración; calidad asistencial; evaluación sistemática; humanización

ANTECEDENTES

El dolor asociado a las heridas complejas es un fenómeno común, multifactorial e infravalorado.

Su presencia interfiere tanto en la cicatrización como en la calidad de vida.



RESUMEN

La evidencia científica recomienda visibilizar y medir de forma sistemática el dolor, incorporándolo como indicador de calidad asistencial y humanización. Por ello, su valoración es fundamental en la práctica clínica, al mismo nivel que otros parámetros de seguimiento.

OBJETIVOS

- Revisar la evidencia científica sobre la evaluación del dolor en heridas complejas para la mejora de la calidad asistencial
- Describir las principales escalas de valoración del dolor y su realización de forma sistemática
- Promover la integración de la evaluación del dolor en la práctica enfermera habitual, así como su humanización.

METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Mayo – Agosto 2026
- PubMed, Scopus, Cochrane, revista SEHER, JWMR (Journal of Wound Management Research), EWMA, GNEAUPP

POBLACIÓN

Pacientes con heridas complejas atendidos en cualquier ámbito asistencial

MeSH/DeCS

"Pain", "Chronic Wounds", "Pain Measurement", "Nursing Care", "Quality of Health Care", "Humanization of Care"

- Estudios de cohortes, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis
- Últimos 5 años, en inglés o español,
- Intervenciones enfermeras en control del dolor en heridas crónicas

- Estudios pediátricos,
- Casos clínicos aislados
- Estudios que no utilizaron escalas validadas de valoración del dolor o no describieron el método de evaluación.
- Artículos de opinión.

RESULTADOS

Se identificaron y estudiaron diferentes escalas de valoración, validadas y reconocidas, así como su aplicación de forma sistemática

Escalas para pacientes conscientes	**Escala Visual Analógica (EVA)** **Escala Numérica (EN)**	Herramientas estándar para comunicación directa del dolor 
Escalas para pacientes con deterioro cognitivo	**Escala FPS-R:** población geriátrica	**Escala PAINAD:** demencia avanzada
Escala de enfoque multidimensional	**Escala de Dolor de McGill**	Aporta un análisis más profundo Visión cualitativa del dolor

La evidencia revisada destaca la importancia de evaluar el dolor en diferentes momentos del proceso asistencial, especialmente antes, durante y después de las curas, con el fin de identificar cambios en su intensidad y valorar la respuesta a las medidas terapéuticas.

La valoración debe acompañarse de un registro sistemático y de una reevaluación posterior a las intervenciones, favoreciendo la continuidad asistencial, la individualización de los cuidados y la detección de necesidades no cubiertas.

CONCLUSIÓN

- Realizar una evaluación del dolor es considerado un indicador de calidad asistencial.
- El uso de escalas de valoración del dolor debe realizarse de forma sistemática y rutinaria
- La evaluación del dolor debe integrarse en la práctica clínica para un abordaje holístico y humanizado de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Documento Técnico GNEAUPP Nº VI: El dolor en las heridas. 2ª ed. Logroño: GNEAUPP [Internet]; 2021 [citado el 23 de julio de 2026]. Disponible en: https://gneaupp.info/documento-tecnico-gneaupp-no-vi-el-dolor-en-las-heridas-2a-edicion-noviembre-2021/
2. Sociedad Española de Heridas (SEHER). Heridas y Cicatrización. Vol. 15, Nº 1. Madrid: SEHER [Internet]; 2025 [citado el 1 de agosto de 2026]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/698901
3. Kim Y, Park H, Lee J. Wound Pain Management. J Wound Manag Res [Internet] 2024 [citado el 1 de agosto de 2026];20(1):1–9. Disponible en: https://www.jwmr.org/upload/pdf/jwmr-2024-03153.pdf
4. European Wound Management Association (EWMA). Holistic management of wound-related pain. Copenhagen: EWMA [Internet] 2023 [citado el 21 de julio 2026]. Disponible en: https://ewma.org/resources/holistic-management-of-wound-related-pain/
5. Pose Pérez N, González Gómez É, Pallas Queijo C. Humanizando el impacto emocional en pacientes con heridas complejas. Gerokomos [Internet]. 2024 [citado el 1 de agosto de 2026]; 35(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2024000200010

Edad metabólica estimada mediante bioimpedancia eléctrica: relación con indicadores de salud y envejecimiento saludable

Autores: Fermoso Palmero MJ, García Sánchez B, Moldón Ballesteros E, Rodrigo Gonzalo MJ, Carrera Pérez V, Martínez Fidalgo M, Fernández Fincias D. **Sánchez Iglesias AI.
Afiliación: *Equipo Proyectos Intergeneracionales. **Servicio de Emprendimiento y Fondos Europeos de la Excma. Diputación de Zamora.
Contacto: euemjfer@usal.es

Palabras clave: **Edad metabólica; bioimpedancia eléctrica; composición corporal; riesgo cardiometabólico; envejecimiento saludable.**

Antecedentes

El **envejecimiento** se acompaña de cambios en la **composición corporal y el metabolismo energético**, relacionados con variaciones en la masa muscular, la grasa corporal y el gasto energético (Fernández-Verdejo et al., 2024).

La **bioimpedancia eléctrica** permite estimar la composición corporal y, en determinados dispositivos, proporciona indicadores derivados, como la denominada **edad metabólica**, calculada mediante algoritmos específicos que incorporan variables antropométricas y de composición corporal (Son et al., 2025; Prado et al., 2026).

Su **posible utilidad como herramienta complementaria** abre nuevas líneas de investigación, aunque requiere una mayor validación científica (Prado et al., 2026).

Objetivos

Analizar la **evidencia científica sobre la edad metabólica estimada mediante bioimpedancia eléctrica** y su relación con la **composición corporal, los estilos de vida, el riesgo cardiometabólico y la fragilidad** en el contexto del envejecimiento saludable.

Método

Revisión bibliográfica narrativa → Bases de datos → Estrategia de búsqueda

Búsqueda realizada:
octubre de 2026
Periodo de publicación:
2016–2026
Población:
adultos (≥18 años)

PubMed · CINAHL · Scopus

Idiomas: español, inglés y portugués
Términos: *metabolic age, bioelectrical impedance, bioimpedance, body composition..*

Estudios analizados: 6

Resultados

Composición corporal

En un estudio de 414 adultos sometidos a seguimiento nutricional durante seis meses, se observaron asociaciones entre las variaciones de la **edad metabólica estimada mediante bioimpedancia** y los cambios en la **relación músculo-grasa, la adiposidad visceral y la masa protelca** (Hatır et al., 2026).

Estilos de vida y riesgo cardiometabólico

En estudios realizados sobre una cohorte de 8.590 trabajadores españoles, una edad metabólica elevada se asoció con la **inactividad física, menor adherencia a la dieta mediterránea y distintos indicadores de riesgo cardiometabólico**, incluidos índices indirectos de resistencia a la insulina (Ramírez-Gallegos et al., 2024, 2025, 2026).

Fragilidad y riesgo cardiovascular en personas mayores

En 107 pacientes atendidos en una consulta de caídas se identificó una asociación entre **edad metabólica y fragilidad física en mujeres** (Martínez-Gómez et al., 2025). En 55 personas mayores institucionalizadas, una edad metabólica elevada se asoció con **mayor riesgo cardiovascular y síndrome metabólico** (Durán-Gómez et al., 2026).

Conclusiones

La **edad metabólica estimada mediante bioimpedancia** presenta asociaciones con la **composición corporal y determinados indicadores de riesgo cardiometabólico y fragilidad**, aunque se requieren nuevos estudios que permitan establecer su utilidad clínica.

Su utilización podría constituir un **recurso complementario en la educación para la salud**, orientado a promover la concienciación sobre la importancia de los hábitos de vida saludables y el autocuidado.

Bibliografía



Neuroinmunología y nutrición: *el eje intestino-cerebro-inmunidad* como nueva frontera en la *prevención y promoción de la salud*

Ester Montero Fernández · Sandra Alonso de la Puente · Patricia Santiago Martín · Patricia Manovel González · Sergio San Raimundo López

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

La neuroinmunología nutricional estudia la relación entre la alimentación, el sistema nervioso y el sistema inmunitario. Las investigaciones recientes destacan la importancia del eje intestino-cerebro-inmunidad, en el que la microbiota intestinal desempeña un papel clave. Una alimentación equilibrada, especialmente la dieta mediterránea, puede favorecer la regulación de los procesos inflamatorios y contribuir al bienestar general. Asimismo, los probióticos, prebióticos y determinados nutrientes presentan efectos prometedores, aunque se necesitan más investigaciones para confirmar sus beneficios clínicos. La enfermería desempeña un papel esencial en la prevención de enfermedades mediante la educación nutricional y la promoción de hábitos saludables.

PALABRAS CLAVE

Neuroinmunología, nutrición, microbiota intestinal, eje intestino-cerebro, inflamación, prevención, enfermería.

ANTECEDENTES

La **microbiota** intestinal interviene en la comunicación entre el cerebro y el sistema inmunitario mediante mecanismos neuronales, hormonales y metabólicos. Su alteración se ha asociado con procesos inflamatorios y diversas enfermedades. La alimentación constituye uno de los principales factores modificables que influyen en su composición y funcionamiento.





RESULTADOS

Dieta mediterránea
Puede reducir determinados marcadores inflamatorios.

Fibra alimentaria
Favorece la producción de ácidos grasos de cadena corta, con efectos inmunomoduladores.

Omega-3
Participa en mecanismos relacionados con la inflamación y la salud cerebral.

Polifenoles
Contribuyen a la regulación de la inflamación y al estrés oxidativo.

Probióticos y prebióticos
Muestran resultados prometedores en determinados síntomas psicológicos, aunque con limitaciones.



OBJETIVOS

- Analizar la influencia de la alimentación sobre el eje intestino-cerebro-inmunidad.
- Identificar estrategias nutricionales con potencial preventivo.
- Destacar la importancia de las intervenciones de enfermería en la promoción de la salud.

MÉTODO

Revisión bibliográfica narrativa de publicaciones científicas, priorizando estudios recientes, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos (PubMed). Se analizaron las relaciones entre microbiota, nutrición, inflamación y salud cerebral, y sus aplicaciones preventivas.

CONCLUSIONES

- La **nutrición** desempeña un papel importante en la interacción entre el sistema nervioso, la microbiota intestinal y la respuesta inmunitaria.
- La adopción de patrones **alimentarios saludables** representa una estrategia preventiva de interés, aunque todavía se necesitan más investigaciones que confirmen sus efectos específicos sobre las enfermedades **neuroinmunológicas**.
- La **enfermería** constituye **un pilar fundamental** en la educación nutricional, la prevención de enfermedades y la promoción de una salud integral basada en la evidencia cientifica.

Cuidar sin limitar: buenas prácticas enfermeras en Atención Primaria para un envejecimiento autónomo y saludable

Noelia Sánchez | Patricia Santiago | Verónica Franco | Rubén Santiago

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

El envejecimiento poblacional plantea nuevos retos para Atención Primaria, donde Enfermería desempeña un papel esencial en la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía. Esta revisión bibliográfica aborda las buenas prácticas enfermeras dirigidas a personas mayores de 65 años, destacando la valoración integral, la detección precoz de la fragilidad, la prevención de caídas, la educación sanitaria y el fomento del autocuidado. La evidencia científica respalda especialmente las intervenciones multicomponente y el abordaje individualizado para preservar la capacidad funcional y favorecer un envejecimiento saludable.

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria; Enfermería; envejecimiento saludable; fragilidad; autonomía personal; prevención de la dependencia.

ANTECEDENTES

El incremento de la esperanza de vida se acompaña de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y limitaciones funcionales.

La Atención Primaria constituye un entorno fundamental para detectar precozmente estas situaciones y desarrollar intervenciones preventivas.

La consulta de Enfermería permite realizar una valoración integral y establecer estrategias individualizadas orientadas a mantener la independencia, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las buenas prácticas enfermeras desarrolladas en Atención Primaria para favorecer la autonomía y prevenir la dependencia en personas mayores.

Objetivos específicos

- Identificar intervenciones eficaces para prevenir la fragilidad y las caídas.
- Describir estrategias de promoción del autocuidado y mantenimiento de la capacidad funcional.
- Analizar la importancia de la valoración geriátrica integral y el seguimiento enfermero.
- Promover una atención individualizada, humanizada y centrada en la persona.

MÉTODO

- **Diseño:** Revisión bibliográfica narrativa.
- **Fuentes:** PubMed, Cochrane Library y Organización Mundial de la Salud (OMS).
- **Periodo:** Publicaciones de 2016 a 2026.
- **Selección:** Revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica.
- **Ámbito:** Intervenciones enfermeras en personas mayores (≥ 65 años) en Atención Primaria: prevención de fragilidad, caídas, promoción de la autonomía y atención centrada en la persona.

RESULTADOS

La literatura científica identifica cinco áreas prioritarias de intervención aplicables a la consulta de Enfermería de Atención Primaria:

Valoración integral y detección de fragilidad

Identificación precoz del riesgo de deterioro funcional.

Promoción del ejercicio de fuerza y equilibrio

Mejora de la capacidad física y reducción de caídas.

Educación sanitaria y autocuidado

Mayor participación en el manejo de la salud.

Revisión de medicación y seguimiento de crónicos

Detección de problemas relacionados con los tratamientos.

Atención centrada en la persona

Respeto a las preferencias y decisiones del paciente.

EVIDENCIA CIENTÍFICA DESTACADA

- El ejercicio multicomponente reduce la fragilidad y las caídas (19–26 estudios)[1].
- Las intervenciones comunitarias multidimensionales mejoran la independencia (129 estudios; 74.946 participantes).
- La toma de decisiones compartida favorece la participación y la adherencia.



CONCLUSIONES

- La Enfermería de Atención Primaria desempeña un papel fundamental en la promoción del envejecimiento saludable y la prevención de la dependencia.
- La detección precoz de la fragilidad, el fomento del ejercicio físico, la educación sanitaria y el seguimiento individualizado constituyen buenas prácticas prioritarias para mantener la autonomía.
- La atención enfermera debe orientarse no solo a cuidar, sino también a preservar las capacidades y favorecer la participación activa de las personas mayores en su propio cuidado.



Dormir bien para envejecer mejor:

estrategias preventivas para mejorar la calidad del sueño en personas mayores



Verónica Franco | Noelia Sánchez | Patricia Santiago | Rubén Santiago

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Resumen

El sueño de calidad es un pilar del envejecimiento saludable. Esta revisión analiza la evidencia disponible sobre estrategias preventivas y terapéuticas no farmacológicas para mejorar la calidad del sueño en personas mayores, con especial énfasis en su aplicación desde la Atención Primaria.

Autores

Verónica Franco, Noelia Sánchez, Patricia Santiago, Rubén Santiago.

Palabras clave

Sueño, insomnio, envejecimiento, prevención, Atención Primaria, terapia cognitivo-conductual.



Antecedentes

Las alteraciones del sueño son frecuentes en la población mayor, se asocian a deterioro cognitivo, síntomas depresivos, caídas, mayor comorbilidad y peor calidad de vida, y constituyen un problema de salud relevante en Atención Primaria.

Objetivos

Identificar y sintetizar la evidencia científica sobre estrategias eficaces para mejorar la calidad del sueño en personas mayores y promover su aplicación en Atención Primaria.

Método

- Revisión bibliográfica narrativa de guías clínicas, revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre intervenciones no farmacológicas en adultos mayores.
- Síntesis cualitativa de la evidencia publicada; sin recuento propio de artículos.

Resultados

- Un metaanálisis publicado en 2026 reunió 34 ensayos aleatorizados, 3.078 participantes de 60 años o más y 21 intervenciones; 11 mejoraron significativamente la calidad del sueño, con certeza global baja.
- La terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) es primera línea.
- El ejercicio físico ofrece beneficios; relajación y luz pueden ser complementarias.
- La higiene del sueño no debe utilizarse como único tratamiento del insomnio crónico.

TCC-I	Ejercicio físico	Relajación	Luz natural	Higiene del sueño
Primera línea en insomnio crónico (evidencia sólida).	Beneficios en la calidad del sueño.	Puede ser complementaria.	Puede mejorar los ritmos circadianos.	Útil como apoyo, no como único tratamiento.

Conclusiones

- La valoración individualizada, educación sanitaria, ejercicio adaptado y acceso a TCC-I constituyen oportunidades preventivas desde Atención Primaria.
- Interpretar con cautela comparaciones indirectas entre tratamientos.

Referencias: Edinger et al. J Clin Sleep Med. 2021;17:255–262. doi:10.5664/jcsm.8986 | BMC Medicine (2026). doi:10.1186/s12916-026-04682-6



Abordaje de la senescencia celular: avances científicos y nuevas perspectivas en medicina preventiva

Ester Montero Fernández y Sandra Alonso de la Puente

Revisión científica | Medicina preventiva | Envejecimiento saludable

Zamora Territorio Silver SILVER ECONOMY

Resumen

La senescencia celular es un mecanismo fundamental del envejecimiento y se relaciona con enfermedades crónicas, inflamación persistente y deterioro funcional. Aunque inicialmente actúa como respuesta protectora frente al daño celular, su acumulación favorece disfunción tisular y envejecimiento patológico. Los avances cientificos han impulsado nuevas estrategias terapéuticas, como los tratamientos senolíticos y senomórficos. Aunque la evidencia preclínica es prometedora, aún se requieren estudios clínicos de mayor alcance para confirmar su eficacia y seguridad. Desde la medicina preventiva, este campo abre nuevas oportunidades para promover un envejecimiento saludable mediante intervenciones personalizadas y hábitos de vida saludables.

Palabras clave

Senescencia celular · Envejecimiento saludable · Medicina preventiva · Senolíticos · Inflamación crónica · Longevidad

Antecedentes

- La **senescencia celular** implica detención estable del ciclo celular ante daño o estrés.
- Actúa como mecanismo protector, pero su acumulación contribuye a **inflamación crónica** y disfunción tisular.
- Se relaciona con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, neurodegenerativas y fibróticas.
- Forma parte de los mecanismos biológicos clave del **envejecimiento**.

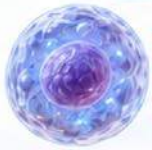
Objetivos

- Analizar los mecanismos implicados en la senescencia celular.
- Explorar su relación con el envejecimiento y las enfermedades crónicas.
- Revisar avances terapéuticos, especialmente senolíticos y senomórficos.
- Valorar su interés en medicina preventiva y envejecimiento saludable.

Método

- Revisión narrativa de la literatura científica.
- Fuentes: PubMed/MEDLINE y revistas biomédicas de alto impacto.
- Periodo revisado: 2019–2026.
- Selección de revisiones, estudios traslacionales y ensayos clínicos relevantes.
- Síntesis cualitativa diferenciando evidencia preclínica y clínica.

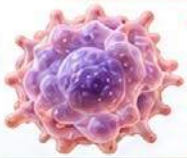
Célula sana



- ✓ Ciclo celular activo
- ✓ Función tisular normal
- ✓ Baja secreción inflamatoria

Daño / Estrés Envejecimiento (↑ acumulación)

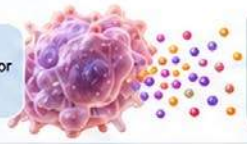
Célula senescente



- ✓ Detención del ciclo celular
- ✓ Secreción de SASP
- ✓ ↑ Inflamación
- ✓ Disfunción tisular

SASP

(fenotipo secretor asociado a la senescencia)



- Citoquinas (p. ej., IL-6, TNF-α)
- Quimiocinas
- Factores de crecimiento
- Proteasas

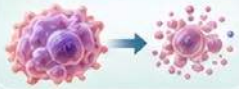
Efectos en el tejido

- Inflamación crónica
- Disfunción tisular
- Remodelado y fibrosis
- Deterioro funcional

Estrategias terapéuticas

Senolíticos

Eliminan selectivamente las células senescentes.





- ✓ ↓ Carga de células senescentes
- ✓ ↓ Inflamación (SASP)
- ✓ ↑ Función y reparación tisular

Senomórficos

Modulan los efectos de las células senescentes (p. ej., reducen el SASP).



Resultados

- Los tratamientos senolíticos buscan eliminar células senescentes; los senomórficos modulan sus efectos inflamatorios.
- Estudios experimentales muestran mejoría en biomarcadores de senescencia y función tisular.
- Los primeros ensayos clínicos describen señales preliminares de beneficio, pero la evidencia aún es limitada.
- No existe todavía un biomarcador único y universal de senescencia con aplicación clínica consolidada.
- La actividad física, la alimentación saludable y el control de factores de riesgo siguen siendo pilares preventivos fundamentales.

Hallazgos clave

- Papel central en el envejecimiento biológico.
- Nuevas dianas terapéuticas en estudio.
- Potencial aplicación futura en prevención.

Conclusiones

- La senescencia celular representa una diana innovadora en investigación del envejecimiento.
- Los tratamientos dirigidos a células senescentes son prometedores, pero precisan más evidencia clínica.
- La medicina preventiva debe integrar estos avances con educación sanitaria y promoción de hábitos saludables.
- El objetivo final es aumentar los años de vida con buena salud y calidad de vida.

Mensaje final

La comprensión y el abordaje de la senescencia celular pueden abrir nuevas vías para prevenir enfermedad, preservar la capacidad funcional y favorecer un envejecimiento saludable.

Abordaje de la senescencia celular: avances científicos y nuevas perspectivas en medicina preventiva

Ester Montero Fernández y Sandra Alonso de la Puente

Revisión científica | Medicina preventiva | Envejecimiento saludable

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Resumen

La senescencia celular es un mecanismo fundamental del envejecimiento y se relaciona con enfermedades crónicas, inflamación persistente y deterioro funcional. Aunque inicialmente actúa como respuesta protectora frente al daño celular, su acumulación favorece disfunción tisular y envejecimiento patológico. Los avances cientificos han impulsado nuevas estrategias terapéuticas, como los tratamientos senolíticos y senomórficos. Aunque la evidencia preclínica es prometedora, aún se requieren estudios clínicos de mayor alcance para confirmar su eficacia y seguridad. Desde la medicina preventiva, este campo abre nuevas oportunidades para promover un envejecimiento saludable mediante intervenciones personalizadas y hábitos de vida saludables.

Palabras clave

Senescencia celular · Envejecimiento saludable · Medicina preventiva · Senolíticos · Inflamación crónica · Longevidad

Antecedentes

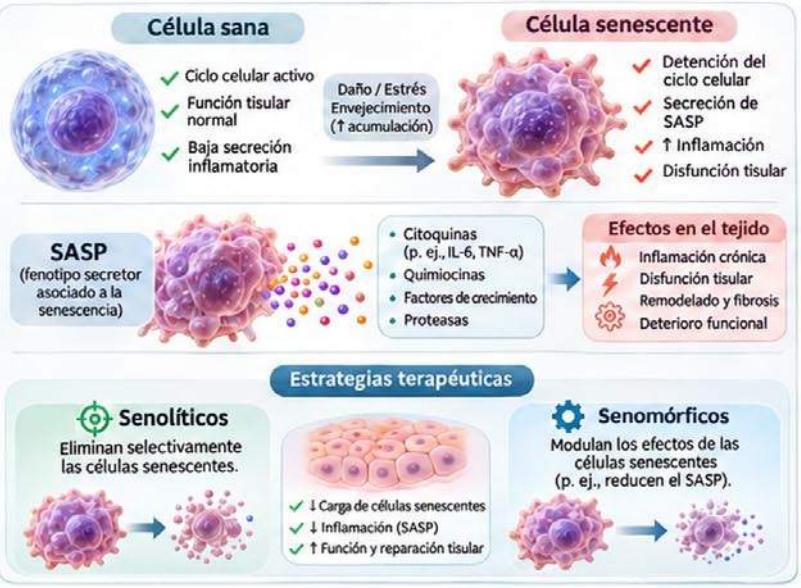
- La **senescencia celular** implica detención estable del ciclo celular ante daño o estrés.
- Actúa como mecanismo protector, pero su acumulación contribuye a **inflamación crónica** y disfunción **tisular**.
- Se relaciona con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, neurodegenerativas y fibróticas.
- Forma parte de los mecanismos biológicos clave del **envejecimiento**.

Objetivos

- Analizar los mecanismos implicados en la senescencia celular.
- Explorar su relación con el envejecimiento y las enfermedades crónicas.
- Revisar avances terapéuticos, especialmente senolíticos y senomórficos.
- Valorar su interés en medicina preventiva y envejecimiento saludable.

Método

- Revisión narrativa de la literatura científica.
- Fuentes: PubMed/MEDLINE y revistas biomédicas de alto impacto.
- Periodo revisado: 2019–2026.
- Selección de revisiones, estudios traslacionales y ensayos clínicos relevantes.
- Síntesis cualitativa diferenciando evidencia preclínica y clínica.



Resultados

- Los tratamientos senolíticos buscan eliminar células senescentes; los senomórficos modulan sus efectos inflamatorios.
- Estudios experimentales muestran mejoría en biomarcadores de senescencia y función tisular.
- Los primeros ensayos clínicos describen señales preliminares de beneficio, pero la evidencia aún es limitada.
- No existe todavía un biomarcador único y universal de senescencia con aplicación clínica consolidada.
- La actividad física, la alimentación saludable y el control de factores de riesgo siguen siendo pilares preventivos fundamentales.

Hallazgos clave

- Papel central en el envejecimiento biológico.
- Nuevas dianas terapéuticas en estudio.
- Potencial aplicación futura en prevención.

Conclusiones

- La senescencia celular representa una diana innovadora en investigación del envejecimiento.
- Los tratamientos dirigidos a células senescentes son prometedores, pero precisan más evidencia clínica.
- La medicina preventiva debe integrar estos avances con educación sanitaria y promoción de hábitos saludables.
- El objetivo final es aumentar los años de vida con buena salud y calidad de vida.

Mensaje final

La comprensión y el abordaje de la senescencia celular pueden abrir nuevas vías para prevenir enfermedad, preservar la capacidad funcional y favorecer un envejecimiento saludable.

ENFERMERÍA EN PRURITO ASOCIADO A PACIENTE RENAL

Autores: Alba Funcia González, Ana Campano Pascual, Vicenta Martín García, Isabel Zurita Fradejas

INTRODUCCIÓN

El prurito es la sensación desagradable de picor en la piel, provoca un rascado intenso. Aparece de forma discontinua y simétrica, siendo mas intenso por la noche. Las zonas mas comunes de aparición son : espalda, brazos,cara hombros, cabeza , pecho, abdomen y piernas.
Un 25% de pacientes refieren aumento de prurito durante o tras la sesión de diálisis.

PALABRAS CLAVE

Prurito, diálisis, inflamación, enfermedad renal crónica, calidad de vida , cuidados de enfermería .



ANTECEDENTES

El Prurito Urémico asociado a Enfermedad Renal Crónica(Pa ERC), es una complicación frecuente en el paciente nefrológico, especialmente en aquellos con tratamiento de hemodiálisis. Se relaciona con: Acumulación de toxinas urémicas(desechos del organismo) , inflamación crónica, hiperparatiroidismo secundario y alteración de la respuesta inmune. Produciendo alteraciones como sequedad en la piel y alterando la calidad de vida y el patrón de sueño.
Se considera un síntoma infra diagnosticado, por etiopatogenia compleja y falta de conocimientos.

OBJETIVOS

1. Identificar las causas, síntomas y localización frecuente del prurito asociado a enfermedad renal.
2. Conocer cómo afecta a la calidad de vida del paciente.
3. Cuidados de enfermería , medidas de prevención y tratamiento para reducir las molestias del picor .
4. Educación del paciente por parte del profesional de enfermería en hábitos de cuidado e hidratación de la piel.

METODOLOGÍA

Busqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas , revistas y guíasde sociedades científicas.



RESULTADOS

- La enfermera deberá valorar la intensidad y localización del picor.
- Observar el estado de la piel del paciente y detectar posibles lesiones cutaneas por rascado.
- Recomendarle al paciente una higiene e hidratación adecuadas
- Evitar el rascado
- Administrar el tratamiento prescrito y evaluar su eficacia.
- Factores desencadenantes: frío,calor, estrés,actividad física.

CONCLUSIÓN

Es importante ofrecer una atención individualizada a los pacientes que presentan prurito, adaptando los cuidados a sus necesidades individuales. La detección temprana y una correcta actuación de los profesionales de enfermeria pueden prevenir complicaciones y lograr una mejor calidad de vida.
Un tratamiento adecuado de hemodiálisis(HD expandida), el acceso vascular(fistula arteriovenosa) o el trasplante renal puede reducir la sintomatología.

APRENDIZAJE INTERGENERACIONAL EN ENTORNOS EDUCATIVOS

Conectando generaciones para promover el envejecimiento activo y prevenir el aislamiento social de nuestros mayores.

Autora: Ana Belén Aceituna Márquez

RESUMEN

Experiencia intergeneracional desarrollada en la etapa de Educación Infantil de un centro educativo extremeño, que combina transmisión cultural, alfabetización digital y aprendizaje compartido. Los abuelos y abuelas transmitieron juegos tradicionales, cuentos y recuerdos escolares a los niños, mientras que el alumnado les expuso el funcionamiento de la biblioteca digital y los audiocuentos. Esta reciprocidad permitió generar oportunidades de participación social, aprendizaje digital y fortalecimiento de vínculos afectivos, poniendo de manifiesto el potencial educativo y preventivo de las relaciones intergeneracionales frente a la soledad no deseada de nuestros mayores.

PALABRAS CLAVE

Aprendizaje recíproco e intergeneracional;
Abuelos;
Alumnos de educación infantil;
Transmisión cultural;
Alfabetización digital;
Soledad no deseada.

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población plantea importantes desafíos sociales, entre ellos la necesidad de promover la participación, las relaciones sociales y el bienestar de las personas mayores. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) destaca la participación social como uno de los pilares fundamentales del envejecimiento activo.

En este contexto, los programas intergeneracionales constituyen una oportunidad para favorecer el encuentro entre generaciones, el reconocimiento mutuo y la transmisión de conocimientos, experiencias y valores. Newman y Sánchez Martínez (2007) destacan el potencial de estos programas para fortalecer las relaciones entre personas de distintas edades y avanzar hacia una sociedad para todas las generaciones.

La escuela, como institución abierta a su entorno, puede convertirse en un espacio privilegiado para impulsar estos encuentros, promoviendo experiencias de convivencia, cooperación y aprendizaje mutuo entre niños y personas mayores.

Asimismo, Puig et al. (2011) señalan que el Aprendizaje-Servicio (ApS) integra los aprendizajes curriculares con acciones dirigidas a responder a necesidades reales de la comunidad, favoreciendo una educación participativa y comprometida con el bien común.

OBJETIVOS

- Favorecer la participación social de las personas mayores en la comunidad educativa en pro de un estilo de vida activo.
- Promover el intercambio recíproco intergeneracional de conocimientos y experiencias en la era digital.
- Estimular la actividad cognitiva a través de la lectura, la memoria, el diálogo y el aprendizaje de nuevas herramientas.
- Promover el envejecimiento activo y el bienestar emocional de nuestros mayores.
- Desarrollar en la infancia empatía, respeto, solidaridad y compromiso social.

METODOLOGÍA

Experiencia educativa intergeneracional de carácter cualitativo y descriptivo, desarrollada mediante actividades participativas en el aula.

- **Participantes:** alumnado de Educación Infantil y abuelos y abuelas de 60-80 años.
- **Enfoque:** aprendizaje experiencial, cooperación y participación comunitaria, tomando el Aprendizaje-Servicio como marco pedagógico.
- **Actividades:** juegos de ayer (los abuelos enseñan juegos tradicionales),lecturas compartidas (participación de los mayores en la narración de cuentos), memoria escolar (relatos sobre cómo era la escuela en su infancia), aprendizaje digital (los niños enseñan el funcionamiento de su biblioteca digital y el uso de audiolibros),diálogo intergeneracional (reflexión conjunta sobre la escuela de antes y la actual).
- **Evaluación:** observación directa, participación, interacciones y testimonios espontáneos de los participantes.

RESULTADOS

PERSONAS MAYORES

Felicidad, satisfacción y sentimiento de utilidad; reconocimiento de sus conocimientos y experiencias; algunos participantes expresaron que la actividad les ayudaba a salir de casa.

ALUMNADO

Atención e implicación activa; interés por conocer la historia escolar de sus abuelos; participación espontánea y actitud colaborativa; protagonismo como transmisores de conocimientos digitales.

INTERCAMBIO GENERACIONAL

Transmisión de memoria, cultura y tradiciones; aprendizaje digital compartido; fortalecimiento de vínculos afectivos y sociales.

CONCLUSIONES

- El Aprendizaje-Servicio ofrece un marco metodológico para vincular la escuela con las necesidades de su comunidad, en este caso, los mayores.
- La reciprocidad convierte a niños y mayores en protagonistas del aprendizaje: unos transmiten memoria y experiencia; otros comparten nuevas formas de acceder al conocimiento.
- La participación de las personas mayores en el aula favorece su reconocimiento social y genera oportunidades de relación y pertenencia.
- La Educación Infantil puede contribuir desde edades tempranas a construir una cultura de respeto, solidaridad y compromiso intergeneracional.

BIBLIOGRAFÍA

- Puig Rovira, J. M., Gijón Casares, M., Martín García, X., & Rubio Serrano, L. (2011). Aprendizaje-servicio y educación para la ciudadanía. Revista de Educación, (número extraordinario), 45–67. https://hdl.handle.net/20.500.12799/1000
- World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Newman, S., & Sánchez Martínez, M. (2007). Los programas intergeneracionales: concepto, historia y modelos. En M. Sánchez Martínez (Dir.), Programas intergeneracionales: hacia una sociedad para todas las edades (pp. 37–69). Fundación "la Caixa".

Los mayores transmiten la memoria; los niños acercan el futuro digital. Cuando ambas generaciones comparten lo que saben, todos aprenden y la comunidad se enriquece.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN UNA BIOPSIA RENAL

Autores: Alba Funcia González, Ana Campano Pascual, Vicenta Martínez García, Isabel Zurita Fradejas.

1 RESÚMEN

La biopsia renal, es una prueba invasiva que consiste en la extracción de una muestra de tejido renal mediante punción transcutánea para estudio anatomopatológico . Actualmente se acompaña del uso de la ecografía , lo cual disminuye el riesgo para el paciente, ya que antes se realizaba a ciegas.

2 PALABRAS CLAVE

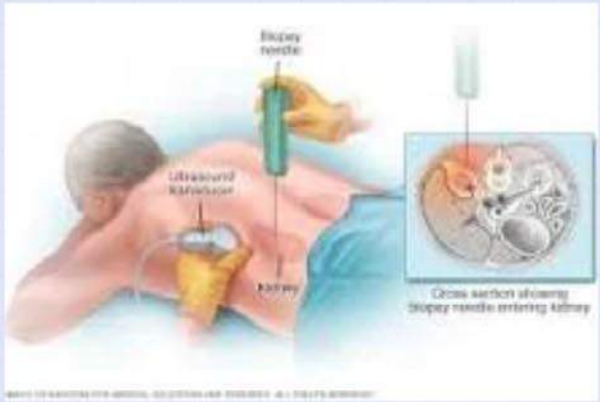
Biopsia renal, cuidados enfermería, diálisis, nefrología

3 ANTECEDENTES

La biopsia renal, es una prueba frecuente en el servicio de nefrología. Ayuda al conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal. Se incluye en la practica clínica a finales de los años 80 y junto con la ecografía garantiza una mayor seguridad para el paciente, aunque no esta exenta de riesgos. Se establecen requisitos mínimos: Coagulación normal, suprimir antiagregantes y AINES una semana ántes,TA inferior a 140/90 mm/hg y cultivo de orina negativo.

4 OBJETIVOS

- Conocer la importancia de la realización de la biopsia para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal.
- Resaltar y definir el papel de la enfermería en todas las fases del proceso.



5 MÉTODO

Búsqueda bibliográfica sistematizada en bases de datos científicas, protocolos y revistas de sociedades científicas

6 RESULTADOS

Hay que destacar la función enfermera:

Fase-prebiopsia: Tranquilizar al paciente, asegurarse que ha firmado el consentimiento, garantizar ayunas, canalizar vía periférica y extraer analítica para coagulación. Preparar campo estéril. Colocar al paciente en decúbito supino(Injerto renal) o decúbito prono(riñón propio).

Fase recogida muestra: Colabora con el médico,control de constantes, mantener la muestra en suero salino.

Fase post-biopsia: Compresión en zona de punción durante 10 minutos y colocación de apósito, vigilancia de sangrado y control hemodinámico. Indicar al paciente reposo absoluto durante 24 horas y prestar atención ante posible hematuria.

7 CONCLUSIÓN

La biopsia renal es una técnica invasiva que ha mejorado su seguridad gracias a la inclusión de la ecografía. No esta exenta de riesgos por lo que antes hay que realizar otras pruebas no invasivas. Es necesario un equipo multidisciplinar, en el cual la enfermería tiene un papel importante durante todo el proceso.

La biopsia renal permite conocer la enfermedad renal así como enfocar el diagnóstico y tratamiento.

MARCAPASOS Y DEPORTE:
ACTIVIDAD FÍSICA SEGURA EN PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS.

M.J. GARCIA MANGAS, J.R. FERNÁNDEZ MAGAZ, M. T. PRIETO HERRERO, N. GARCIA SANTA BASILIA, , M. CATALINA COELLO.
jgarciamang@saludcastillayleon.es



Resumen
La mayoría de los pacientes con marcapasos pueden realizar ejercicio físico de forma segura. El deporte mejora la capacidad funcional y calidad de vida cuando existe valoración individualizada y correcta programación del dispositivo.

KeyWords Marcapasos; actividad física; deporte; enfermería; rehabilitación cardíaca; cardiología.

Antecedentes
Los marcapasos modernos incorporan sistemas de adaptación al esfuerzo. La actividad física aporta beneficios cardiovasculares y psicológicos. Las recomendaciones deben individualizarse según la cardiopatía y el tipo de deporte.

Objetivos
Analizar las recomendaciones actuales sobre deporte en pacientes con marcapasos y el papel de enfermería en el seguimiento y educación sanitaria.

Método
Revisión narrativa de literatura científica y guías de cardiología y electrofisiología sobre ejercicio, rehabilitación cardíaca y dispositivos implantables.



Resultados
- Ejercicio recomendado: caminar, ciclismo, natación y actividad aeróbica moderada.
- Factores clave: conocer la cardiopatía de base, y llevar la ficha de programación del dispositivo entre su documentación personal.
- Evitar deportes con riesgo de traumatismo.

Conclusiones
La presencia de un marcapasos no contraindica la práctica deportiva. La seguridad depende de una valoración clínica individualizada, una programación adecuada del dispositivo y la educación sanitaria. Enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción del ejercicio seguro, el autocuidado y la mejora de la calidad de vida.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA DURANTE LA MENOPAUSIA: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Laura Esperanza Gómez Valderrama , Sonia Caballero Vara. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Zamora.

Resumen

La menopausia constituye una etapa fisiológica que puede repercutir en la salud y calidad de vida de las mujeres. Esta revisión narrativa analiza las estrategias de intervención desde Enfermería Familiar y Comunitaria, centradas en la **educación sanitaria, el autocuidado y la prevención de factores de riesgo**. La evidencia destaca los **beneficios de las intervenciones educativas** y la importancia de promover estilos de vida saludables, abordar la salud sexual y emocional y realizar un seguimiento individualizado, favoreciendo una atención integral durante el climaterio.

Palabras clave

Menopausia · Climaterio · Promoción de la Salud · Enfermería de Atención Primaria · Autocuidado · Calidad de Vida

Antecedentes

- La menopausia constituye una **etapa fisiológica del ciclo vital femenino**, asociada a cambios hormonales que pueden **repercutir en la salud física, emocional, sexual y en la calidad de vida**.
- La transición menopáusica representa una oportunidad para desarrollar **intervenciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del autocuidado.**
- En este contexto, Enfermería Familiar y Comunitaria desempeña un papel relevante mediante la **valoración integral, la educación sanitaria individualizada, el acompañamiento emocional y la identificación precoz de factores de riesgo.**

Objetivos

General:

Analizar las estrategias de Enfermería Familiar y Comunitaria para **promover la salud, el autocuidado y la calidad de vida** durante la menopausia.

Específicos:

- Identificar **intervenciones educativas y hábitos saludables.**
- Describir **estrategias de prevención y detección precoz.**
- Examinar **actuaciones** sobre **salud sexual, urogenital y emocional.**
- Explorar **herramientas de valoración y seguimiento enfermero.**

Métodos

- **Revisión narrativa de la literatura científica** publicada entre 2019 y 2026, mediante búsqueda en PubMed/MEDLINE, Cochrane Library y Scopus.
- Consulta complementaria de **guías de práctica clínica y publicaciones de enfermería** sobre promoción de la salud, prevención y cuidados durante el climaterio.
- Descriptores MeSH/DeCS: Menopause, Health Promotion, Nursing Care, Primary Health Care, Self Care y Quality of Life, combinados mediante operadores booleanos AND/OR.

Resultados

- Las intervenciones educativas **aumentan los conocimientos sobre la menopausia, favorecen el autocuidado** y contribuyen a **mejorar la calidad de vida.**
- La educación sanitaria **promueve hábitos saludables** relacionados con la alimentación, la actividad física y la reducción de hábitos tóxicos.
- La valoración enfermera facilita la **identificación precoz de factores de riesgo cardiovascular, metabólico y de osteoporosis**.
- El **abordaje integral de la salud sexual, urogenital y emocional** favorece la atención individualizada y el bienestar de las mujeres.
- La utilización de herramientas de valoración y el seguimiento enfermero permiten **identificar necesidades y adaptar las intervenciones** durante el climaterio.

Conclusiones

- La transición menopáusica constituye una etapa de cambios fisiológicos y posibles necesidades de salud que requieren una **atención individualizada.**
- Las **intervenciones educativas** desde Enfermería Familiar y Comunitaria pueden favorecer el **conocimiento, el autocuidado y la calidad de vida**, así como contribuir a la **identificación precoz de factores de riesgo**.
- La integración de **estrategias preventivas, apoyo emocional y seguimiento enfermero** permite abordar el climaterio desde una **perspectiva integral y centrada en la mujer.**



1. McFeeters C, Pedlow K, McGinn D, McConnell K. A rapid review of menopausal education programmes. Arch Womens Ment Health. 2024;27(6):975-983.
2. Keye C, Varley J, Patton D. The impact of menopause education on quality of life among menopausal women: a systematic review with meta-analysis. Climacteric. 2023;26(5):419-427.
3. Hossein Mirzaee Beni Z, Maasoumi R, Pashaeypoor S, Haghani S. The effects of self-care education based on the health literacy index on self-care and quality of life among menopausal women: a randomized clinical trial. BMC Womens Health. 2022;22:452.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: identification and management. NICE guideline NG23. Actualizada el 15 de abril de 2026

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE DESEQUILIBRIO DIALÍTICO

Autores: Alba Funcia González,Ana Campano Pascual, Vicenta Martínez García, Isabel zurita Fradejas, Teodora González López

01 RESÚMEN

EL Síndrome de Desequilibrio Dialitico(SDD), se define como un conjunto de síntomas neurológicos que aparecen en el paciente con tratamiento de hemodiálisis(HD).Se produce por una eliminación brusca de la urea en sangre, lo cual disminuye la osmolaridad plasmática y aumenta la presión del líquido cefaloraquídeo, produciendo edema cerebral.

02 PALABRAS CLAVE

Complicaciones hemodiálisis, cuidados de enfermería, síndrome dialítico

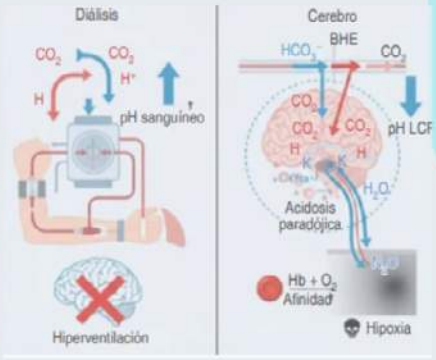
03 ANTECEDENTES

Dentro del Síndrome de desequilibrio dialítico hay una serie de factores favorecedores :Edad avanzada, falta de adherencia al tratamiento de HD, Urea preHD elevada, alteraciones neurológicas, de la barrera hematoencefálica y edema cerebral.

Puede producir síntomas leves:nauseas, vómitos, cefalea,somnolencia, calambres, intranquilidad o vision borrosa. Tambien puede evolucionar a estados mas graves : Convulsiones, disminucion severa del nivel de conciencia.

04 OBJETIVOS

- Prevención y deteccion temprana de síntomas asociados al síndrome dialítico.
- Tratamiento precoz para revertir dicho estado.



05 MÉTODO

Búsqueda bibliográfica sistematizada en bases de datos científicas, protocolos y guías de sociedades científicas

06 RESULTADOS

Actuación enfermera en el síndrome de desequilibrio dialítico:

- Colocar al paciente en posición segura y verificar sintomatología de SDD.
- Disminuir la ultrafiltración, monitorización de signos vitales y administración de O2 si precisa.
- Alivio de los síntomas mediante administración de tratamiento prescrito(analgesia, sueroterapia).
- En el baño del liquido de diálisis :
- Aumentaremos 10 mEq/l el sodio en caso de urea muy elevada.
- Se disminuirá a 30 mmol/L el bicarbonato si retención de CO2, para evitar el aumento de la presión intracraneal y prevenir la depresión respiratoria.

07 CONCLUSIONES

En las primeras sesiones de HD, se debe establecer una pauta suave de tratamiento, con el fin de evitar cambios bruscos de osmolaridad sanguínea y que aparezca el SDD.

Para ello, se establecerán un tiempo de tratamiento de 2-3 horas con ultrafiltación mínima y flujo sanguíneo bajo de unos 200-250 ml/h. Esto fomentará una mejor tolerancia del organismo a la hora de recibir las siguientes sesiones de HD , que se establecen siguiendo la pauta habitual de 4 h de duración y flujos más elevados. En todo ello es fundamenta el profesional de enfermería, para la prevención, detección precoz y actuación inmediata; así como en el acompañamiento al paciente.



ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR:

ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Ester Montero Fernández y Sandra Alonso de la Puente

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

Las patologías osteoarticulares constituyen una de las principales causas de dolor crónico, discapacidad y pérdida de autonomía, especialmente en personas mayores. Su abordaje requiere cuidados integrales basados en la evidencia científica, orientados al control del dolor, la conservación de la movilidad, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida. Enfermería desempeña un papel esencial mediante la valoración individualizada, la educación sanitaria y el seguimiento continuado.

PALABRAS CLAVE

- Patología osteoarticular
- Cuidados de enfermería
- Dolor crónico
- Movilidad
- Autocuidado
- Calidad de vida

ANTECEDENTES

Las enfermedades osteoarticulares, como la artrosis, la artritis reumatoide y la osteoporosis, representan un importante problema de salud pública. Provocan dolor, rigidez, limitación funcional y dependencia, afectando al bienestar físico y emocional. El envejecimiento poblacional y el sedentarismo incrementan su impacto sociosanitario.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar las estrategias de atención integral del paciente con patología osteoarticular, destacando las intervenciones enfermeras dirigidas al control del dolor, la mejora de la movilidad, la prevención de complicaciones y el fomento de la autonomía personal.

Objetivos específicos:

- Identificar las principales necesidades asistenciales.
- Examinar intervenciones para el control del dolor y la mejora de la movilidad.
- Promover la educación sanitaria, el ejercicio terapéutico y los hábitos saludables.
- Analizar estrategias de prevención de caídas y fracturas.
- Destacar la importancia del seguimiento y la atención multidisciplinar.

MÉTODO



Revisión bibliográfica narrativa de guías clínicas y publicaciones científicas de organismos como la OMS, EULAR, ACR y NICE. Se analizaron recomendaciones sobre manejo del dolor, ejercicio terapéutico, educación sanitaria, autocuidado y prevención de complicaciones, sintetizando las intervenciones respaldadas por la evidencia disponible.

RESULTADOS

La evidencia científica respalda un abordaje multidisciplinar basado en intervenciones individualizadas:



VALORACIÓN INTEGRAL

Identifica dolor, limitaciones funcionales, necesidades y factores de riesgo.



CONTROL DEL DOLOR

Combinación de tratamiento farmacológico y medidas no farmacológicas que mejoran el bienestar y la actividad diaria.



EJERCICIO TERAPÉUTICO

Programas adaptados de fortalecimiento, actividad aeróbica y funcional que mejoran el dolor y la movilidad.



EDUCACIÓN SANITARIA

Favorece el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica y el autocuidado.



PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Valoración del riesgo de caídas, adaptación del entorno y entrenamiento del equilibrio, reduciendo caídas y fracturas.



HÁBITOS SALUDABLES

Control del peso, alimentación equilibrada, actividad física regular y reducción del sedentarismo.



SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR

Coordinación entre enfermería, medicina, fisioterapia y otros profesionales, que facilita la continuidad asistencial.

CONCLUSIONES

- ✓ El cuidado integral del paciente con patología osteoarticular es fundamental para preservar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida.
- ✓ La evidencia científica destaca la importancia de combinar el control del dolor, el ejercicio terapéutico, la educación sanitaria y la prevención de complicaciones.
- ✓ Enfermería desempeña un papel esencial en la valoración, planificación y continuidad de los cuidados, fomentando el autocuidado y la autonomía personal.

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

Más allá del dolor: cuidados integrales para mejorar la calidad de vida del paciente con patología osteoarticular

Síntesis narrativa de recomendaciones clínicas sobre artrosis

Rubén Santiago · Patricia Santiago · Noelia Sánchez · Verónica Franco



RESUMEN

La artrosis puede provocar dolor, limitación funcional y pérdida de autonomía. Se sintetizan las recomendaciones clínicas actuales para orientar cuidados integrales, centrados en el alivio del dolor, la mejora de la función y la calidad de vida.

ANTECEDENTES

La artrosis de rodilla y cadera es una de las patologías osteoarticulares más prevalentes en la población adulta y mayor, con un importante impacto en la función, la participación social y la calidad de vida.

OBJETIVOS

- Identificar intervenciones no farmacológicas recomendadas para aliviar los síntomas y preservar la función en la artrosis de rodilla y cadera.
- Sintetizar las principales recomendaciones clínicas basadas en la evidencia.

MÉTODO

Diseño: síntesis narrativa.

Fuentes: guías de práctica clínica de la EULAR (actualización 2023, publicada en 2024) y del ACR/Arthritis Foundation (2019, publicada en 2020).

Procedimiento: revisión, análisis y síntesis de las recomendaciones sobre el manejo no farmacológico de la artrosis de rodilla y cadera.

PALABRAS CLAVE

Artrosis; cuidados; ejercicio; autocuidado; calidad de vida.

RESULTADOS

Las guías clínicas revisadas coinciden en recomendar un abordaje multidisciplinar, en el que destacan:

Ejercicio adaptado
De forma regular y progresiva (fuerza, aeróbico y movilidad), según preferencias y comorbilidades.

Educación y autocuidado
Información sobre la enfermedad, manejo del dolor y promoción de hábitos saludables.

Control del peso
Reducción ponderal en caso de sobrepeso u obesidad para disminuir la carga articular.

Ayudas técnicas
Uso de bastones, ortesis, calzado adecuado y otras adaptaciones según necesidad.

Decisiones compartidas
Plan de cuidados individualizado, acorde a los objetivos, preferencias y capacidad funcional de la persona.

CONCLUSIONES

- La combinación individualizada de ejercicio, educación y autocuidado constituye un pilar fundamental del tratamiento de la artrosis de rodilla y cadera.
- Un abordaje centrado en la persona favorece el control del dolor, la función y la participación en las actividades de la vida diaria.
- Las recomendaciones deben adaptarse a las características, necesidades y comorbilidades de cada paciente.



BIBLIOGRAFÍA

1. Moseng T, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis: 2023 update. Ann Rheum Dis. 2024;83:730–740. doi:10.1136/ard-2023-225041.
2. Kolasinski SL, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis Care Res. 2020;72:149–162. doi:10.1002/acr.24131.

Fractura de cadera patológica, una condición frecuente

Juan Cuesta Miyares, Alma María Ramos Allende

Complejo Asistencial de Zamora

1. Resumen

La fractura de cadera presenta una morbimortalidad asociada al proceso de un 30% durante el siguiente año. Se trata de una patología frecuente en población anciana, siendo necesario descartar causas secundarias.

2. Palabras claves

Fractura patológica, sarcoma, cadera.

3. Antecedentes

La fractura de cadera presenta una morbimortalidad asociada al proceso de un 30% durante el siguiente año. Se trata de una patología frecuente en población anciana, siendo necesario descartar causas secundarias. Las principales causas asociadas a fractura patológica son las metástasis, osteoporosis, mieloma múltiple, la enfermedad de Paget ósea, la osteomielitis y las displasias óseas.

4. Objetivos

- Subrayar la importancia del diagnóstico diferencial en fracturas de cadera sin traumatismo previo en pacientes mayores.
- Identificar los signos de alarma clínicos y radiológicos que sugieren patología neoplásica subyacente.
- Destacar el papel de la sospecha clínica precoz para modificar el pronóstico vital del paciente.

5. Método

Se trata de un varón de 85 años, sin antecedentes de interés, valorado por fractura subtrocantérea de fémur izquierdo sin traumatismo previo. Refiere notar un chasquido con posterior caída e impotencia funcional. A estudio por su médico de familia por episodios de lumbociática.



6. Resultados

El paciente es derivado a urgencias, donde ingresa en traumatología para intervención quirúrgica mediante enclavado endomedular largo. Ante el aspecto parcheado del hueso adyacente a la fractura en las radiografías, se toman muestras de hueso durante la cirugía para envío a anatomía patológica, objetivándose sarcoma indiferenciado de alto grado.

Es estudiado por medicina interna, realizándose Tomografía Axial Computarizada en el que se aprecia ausencia de consolidación de a nivel de extremo proximal y distal de la fractura y múltiples áreas líticas en la cortical adyacente a la fractura compatible con osteomielitis aguda. Se inicia ciclo antibiótico con piperacilina-tazobactam con mala evolución, fiebre y empeoramiento progresivo hasta causar finalmente éxitus.

7. Conclusiones

Es fundamental descartar causas neoplásicas secundarias a procesos de fractura de cadera sin traumatismo, siendo importante el papel del médico de familia al objetivar imágenes patológicas del hueso adyacente a la fractura, puesto que un tratamiento precoz de la patología neoplásica subyacente puede modificar el pronóstico vital del paciente.

Los signos de alarma más importantes son el dolor óseo persistente sin traumatismo intenso, fracturas sin traumatismo, pérdida de peso inexplicable, fiebre o imágenes radiográficas líticas o con corticales adelgazadas.

Bibliografía consultada:

Weber KL, Lewis VO, Randall RL, Lee AK, Springfield D. An Aproach to the management of the patient with metastatic bone disease. Instr Course Lect. 2022;53:663-76

Chavarro-Carvajal DA, Dueñas-Orejuela MF, Aruachan-Torres SA, Caicedo Correa SM, Segura Valencia AI, Cano-Gutierrez CA. Mortalidad al año y factores asociados en pacientes llevados a cirugía por fractura de cadera. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2023;67(3):202-9.

Prescripción de ejercicio de impacto y carga progresiva en la mediana edad: El rol del fisioterapeuta en la prevención de la osteopenia

Autores: María Teresa Diez Alonso · Henar Maraña Rodríguez · Sara Díez Fernández · Marta Villadangos García · Beatriz Durán Salgado · Judit García Castro
Mercedes Fernández Alzola · Daniel Domínguez Centeno · Ana Belén Álvarez Pellitero · Nuria Fuertes Mayo · Alicia Fernández García

Palabras clave: Osteopenia · Densidad mineral ósea · Ejercicio de impacto · Fuerza progresiva · Fisioterapia · Silver Economy

1 Resumen:

La pérdida ósea en la mediana edad (45-65 años) requiere estrategias preventivas eficientes. Este póster analiza la eficacia de un programa de **fisioterapia que incluye ejercicios de impacto controlado y carga progresiva para prevenir la osteopenia.** Se busca demostrar su impacto socioeconómico y clínico.

2 Antecedentes:



Tradicionalmente, la fisioterapia se enfoca en personas mayores frágiles. Sin embargo, la intervención temprana en la mediana edad es crucial para la Silver Economy.

La mecanotransducción ósea, mediante estímulos mecánicos intensos, es clave para la salud ósea.



3 Objetivos:



General: Evaluar la eficacia y seguridad de ejercicios de carga e impacto para preservar la DMO.

Específico: Analizar el impacto socioeconómico y la reducción de la fragilidad futura.

4 Método



5 Resultados:

- **Preservación DMO** (1-2.4% ganancia neta critical areas).
- **Mejora funcional musculoesquelética.**
- **Cero eventos adversos.**



6 Conclusiones:

Estrategia clínica eficaz y segura, ROI Sanitaria demostrado por retraso de dependencia.

Fisioterapeuta como consultor estratégico de longevidad activa.

ROI Sanitaria

Cada €1 en prevención reduce €X en fracturas futuras.

Ahorro potencial en costes de salud y dependencia

Videojuegos serios en la Silver Economy. Innovación socioeducativa para un envejecimiento saludable

Alicia Murciano Hueso · Antonio Víctor Martín García | Universidad de Salamanca

RESUMEN

Diseño y prueba piloto de un videojuego serio social y cultural dirigido a personas mayores de 60 años ("Los Tesoros Ocultos de Salamanca") diseñado por educadores para fomentar el bienestar social, el entrenamiento cognitivo y el envejecimiento activo y saludable. Se analiza su valoración, los beneficios percibidos y la intención de incorporarlo al ocio cotidiano.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, Videojuegos, Aprendizaje a lo largo de la vida, Sociedad futura, Tecnologías de la información y la comunicación

ANTECEDENTES



Los videojuegos serios amplían las oportunidades de aprendizaje y ocio en la vejez. Frente al predominio de propuestas centradas en el ejercicio físico o cognitivo, este proyecto integra patrimonio, cultura, entretenimiento y participación.

OBJETIVO

Conocer cómo valoran las personas mayores el diseño del juego, sus aportaciones percibidas al envejecimiento activo y su intención de uso.

MÉTODO

Estudio piloto cuantitativo descriptivo con 45 personas mayores sanas (18 hombres y 27 mujeres), de 60 a 78 años (M = 68,78; DT = 4,75), vinculadas al Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Salamanca. Muestreo por conveniencia. Cuestionario de 55 ítems, escala Likert de 5 puntos (α = 0,957).

TESOROS OCULTOS DE SALAMANCA · INTERFAZ ORIGINAL 00/2024/1387

Videojuego de estrategia ambientado en Salamanca, cuyo mapa se divide en 14 zonas de interés histórico y cultural que se deben conquistar superando minijuegos de habilidad, conocimiento y estimación. Permite personalizar el perfil con avatares inspirados en personajes históricos y literarios y elegir entre tres niveles de dificultad: Forastero, Turista y Salmantino. Ofrece modalidades individual y competitiva, presencial como en línea, combinando entretenimiento, aprendizaje e interacción social.



PERFIL Y PERSONALIZACIÓN



TABLERO · MAPA DE SALAMANCA



SELECCIÓN DE MINIJUEGOS



SOPA DE LETRAS



BUSCA LA IMAGEN

Capturas originales del videojuego Tesoros Ocultos de Salamanca

Obra registrada en el Registro de la Propiedad Intelectual. NÚMERO DE ASIENTO: 00/2024/1387

RESULTADOS · VALORACIÓN Y USO

Valoración global del diseño

4,16/5

Tema 4,38 · Interfaz 4,69 · Minijuegos 4,30 · Tablero 4,26

Intención de uso en la vida diaria

4,29/5

Intención general de jugar a videojuegos serios: 3,91/5

BENEFICIOS PERCIBIDOS

Media global · 4,19 / 5

Razonamiento	4,40
Seguir aprendiendo	4,38
Concentración	4,36
Entretenimiento y diversión	4,36
Enriquecimiento cultural	4,31
Habilidad óculo-manual	4,31
Memoria	4,29
Mejora del estado de ánimo	4,20

CONCLUSIONES

Se percibe como una alternativa de ocio que permite divertirse, aprender y enriquecerse culturalmente. Los resultados reflejan aceptación y beneficios percibidos para fomentar el bienestar social, el entrenamiento cognitivo y el envejecimiento activo y saludable

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY. Resultados del Proyecto EDU-SENIORGAMES Ref. PID2024-160462NB-I00



El lenguaje químico del cerebro:
el papel de los neurotransmisores en la función cerebral

Ester Montero Fernández y Sandra Alonso de la Puente

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

Los neurotransmisores son sustancias químicas esenciales para la comunicación neuronal y la regulación de las funciones cerebrales. Participan en procesos como la memoria, el aprendizaje, las emociones, el movimiento, la atención y el sueño. Las alteraciones en los sistemas de neurotransmisión se relacionan con diferentes enfermedades neurológicas y psiquiátricas. Comprender su funcionamiento permite mejorar el conocimiento de la fisiología cerebral y sus aplicaciones clínicas.

PALABRAS CLAVE

Neurotransmisores; función cerebral; comunicación neuronal; neurociencia; plasticidad sináptica; enfermería.

ANTECEDENTES

El cerebro funciona mediante complejas redes neuronales que transmiten información a través de señales eléctricas y químicas. Neurotransmisores como la dopamina, serotonina, acetilcolina, glutamato, GABA y noradrenalina regulan múltiples procesos fisiológicos.
Las alteraciones en su actividad pueden contribuir al desarrollo de enfermedades neurológicas y trastornos neuropsiquiátricos.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la función de los principales neurotransmisores y su participación en los procesos cerebrales.

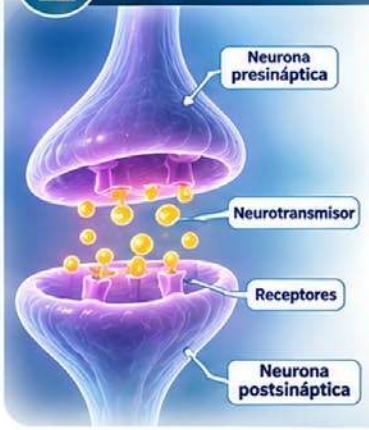
Objetivos específicos

- Identificar los principales neurotransmisores.
- Describir su papel en la memoria, las emociones, el aprendizaje, el movimiento y el sueño.
- Relacionar sus alteraciones con patologías neurológicas y psiquiátricas.
- Destacar su relevancia para la práctica clínica y los cuidados de enfermería.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica narrativa y descriptiva.
- Fuentes: PubMed, NCBI y literatura académica.
- Publicaciones priorizadas: 2022–2025.
- Términos: neurotransmisores, función cerebral, transmisión sináptica, dopamina, serotonina, GABA, glutamato, acetilcolina y trastornos neurológicos.
- Síntesis cualitativa de la evidencia.

RESULTADOS



Principales neurotransmisores y sus funciones

Neurotransmisor	Funciones principales	Relevancia clinica
Dopamina	Control del movimiento, motivación, recompensa y aprendizaje.	Enfermedad de Parkinson y trastornos de la conducta adictiva.
Serotonina	Estado de ánimo, sueño, apetito y modulación del dolor.	Trastornos afectivos (depresión, ansiedad) y del sueño.
Acetilcolina	Atención, memoria, aprendizaje y transmisión neuromuscular.	Enfermedad de Alzheimer y trastornos neuromusculares.
GABA	Principal neurotransmisor inhibidor. Regula la excitabilidad neuronal.	Epilepsia y acción de fármacos sedantes (ansiolíticos, hipnóticos).
Glutamato	Principal neurotransmisor excitador. Aprendizaje y plasticidad sináptica.	Epilepsia, excitotoxicidad y daño neuronal.
Noradrenalina	Atención, vigilancia y respuesta al estrés.	Alteraciones de la atención, del sueño y de la regulación autonómica.

Otros hallazgos relevantes

- **Memoria y aprendizaje:** glutamato, acetilcolina y dopamina.
- **Emociones y conducta:** serotonina, dopamina y noradrenalina.
- **Sueño y vigilia:** serotonina, noradrenalina y GABA.
- **Equilibrio neuronal:** interacción glutamato–GABA, (excitación–inhibición).
- **Enfermedades asociadas:** Parkinson (dopamina), Alzheimer (acetilcolina) y epilepsia (glutamato/GABA).

CONCLUSIONES

- Los **neurotransmisores** son esenciales para la comunicación neuronal y el equilibrio funcional del cerebro.
- Su **interacción regula procesos cognitivos, emocionales y motores fundamentales.**
- Las **alteraciones en su actividad** participan en la fisiopatología de diversas enfermedades neurológicas y psiquiátricas.
- Su conocimiento facilita la interpretación clínica, la comprensión de los tratamientos y mejora la atención de enfermería, favoreciendo una valoración integral, la vigilancia farmacológica y la educación sanitaria.

Más allá del ADN: ingeniería genética y epigenética como pilares de la medicina del futuro

Ester Montero Fernández y Sandra Alonso de la Puente

Zamora Territorio Silver
SILVER ECONOMY

RESUMEN

La ingeniería genética y la epigenética representan avances fundamentales en la medicina moderna, ofreciendo nuevas posibilidades para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. La edición genética, como CRISPR-Cas9, permite modificar de forma precisa el ADN, mientras que la epigenética estudia los mecanismos que regulan la expresión génica sin alterar su secuencia. La evidencia científica reciente muestra resultados clínicos relevantes en determinadas enfermedades hereditarias y un creciente potencial en oncología, enfermedades neuromusculares y cardiovasculares. No obstante, su aplicación generalizada requiere mayor evidencia sobre seguridad y eficacia a largo plazo, así como abordar sus implicaciones éticas y de acceso.

PALABRAS CLAVE

Ingeniería genética, epigenética, CRISPR-Cas9, edición genómica, terapia génica, medicina de precisión, regulación de la expresión génica, medicina personalizada.

ANTECEDENTES

Los avances en biología molecular y genética han transformado el conocimiento de numerosas enfermedades, permitiendo pasar de un abordaje sintomático a estrategias dirigidas a sus mecanismos moleculares. La ingeniería genética ha evolucionado desde las técnicas de ADN recombinante hasta herramientas de alta precisión, como CRISPR-Cas9, la edición de bases y la edición de precisión (prime editing). Paralelamente, la epigenética ha demostrado que la actividad de los genes puede regularse mediante la metilación del ADN, las modificaciones de histonas y la organización de la cromatina, abriendo nuevas posibilidades terapéuticas.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar los avances en ingeniería genética y epigenética y su impacto en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades.

Objetivos específicos:

- Describir las principales tecnologías de edición genética y regulación epigenética.
- Identificar sus aplicaciones clínicas actuales y líneas de investigación.
- Examinar la evidencia científica disponible sobre eficacia y seguridad.
- Analizar sus limitaciones, riesgos e implicaciones bioéticas.
- Valorar su contribución al desarrollo de la medicina de precisión.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica, mediante la consulta de publicaciones indexadas en PubMed y de documentación de organismos oficiales (FDA, EMA y OMS). Se analizaron estudios y revisiones publicadas entre 2021 y noviembre de 2026, priorizando ensayos clínicos, artículos revisados por pares y documentos regulatorios sobre edición genética, regulación epigenética y sus aplicaciones terapéuticas. La información se organizó en cuatro áreas: tecnologías emergentes, aplicaciones clínicas, eficacia y seguridad, y desafíos futuros.

RESULTADOS

La evidencia científica identifica avances significativos en la edición genética y la epigenética, con aplicaciones clínicas en aumento:

Edición genética y enfermedades hereditarias	• La tecnología CRISPR-Cas9 ha demostrado eficacia clínica en hemoglobinopatías. • En un ensayo de fase III (2024), 29 de 30 pacientes (97 %) tratados con exagamglogene autotemcel permanecieron libres de crisis vasooclusivas graves durante ≥ 12 meses. • En julio de 2026, la FDA amplió la autorización de esta terapia a pacientes desde los 2 años con indicaciones específicas de anemia falciforme y beta-talasemia dependiente de transfusiones.
Medicina personalizada	• En 2025 se comunicó el tratamiento experimental de un lactante con deficiencia de carbamoil-fosfato sintetasa 1 mediante edición de bases adaptada a su variante genética, con mejoras clínicas iniciales. • Este enfoque permite diseñar terapias individualizadas según el perfil genético del paciente.
Epigenética y nuevas terapias	• La edición epigenética dirigida permite modificar la actividad de genes sin cambiar la secuencia del ADN. • Investigaciones preclínicas han demostrado un silenciamiento prolongado del gen PCSK9. • En 2026 se comunicaron resultados preliminares de un ensayo de fase I/II en distrofia muscular facioescapulohumeral, con una respuesta prometedora.
Limitaciones y desafíos	• Posibles modificaciones genéticas no deseadas (efectos off-target). • Dificultades en la administración a tejidos específicos y posibles efectos adversos. • Incertidumbre sobre la seguridad y eficacia a largo plazo. • Altos costes, desigualdades en el acceso y relevantes implicaciones éticas y regulatorias.

CONCLUSIONES

- La ingeniería genética y la epigenética constituyen herramientas clave para una medicina más precisa, individualizada y orientada a los mecanismos moleculares de la enfermedad.
- La edición genética ya ha demostrado beneficios clínicos relevantes en determinadas patologías hereditarias, mientras que la edición epigenética presenta un alto potencial terapéutico en fase de desarrollo clínico.
- Su integración supone un cambio de paradigma hacia tratamientos más eficaces y personalizados.
- No obstante, es imprescindible continuar investigando su seguridad y eficacia a largo plazo, establecer marcos éticos y regulatorios rigurosos y garantizar un acceso equitativo.

LA ESPECIALIZACIÓN ENFERMERA EN SALUD MENTAL: UN VALOR AÑADIDO ANTE LOS RETOS DEL ENVEJECIMIENTO

AIDA SÁNCHEZ PRIETO (1), JAIME FERRÍN FRANCO (1), PAULA GUTIÉRREZ BÁEZ (2), DANIEL GARCÍA SANGRADOR (2), LAURA VAQUERO VELERDAS (2), ALEXIA FUERTES SANTIAGO (3)

(1.) ENFERMERA R2 SALUD MENTAL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA.

(2.) ENFERMERA ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA.

(3). ENFERMERA R1 SALUD MENTAL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA.

RESUMEN

Las enfermeras especialistas, y particularmente las especialistas en Salud Mental aportan competencias avanzadas para la prevención, detección precoz y abordaje integral de problemas como la depresión, la ansiedad, la soledad no deseada o el deterioro cognitivo. La inversión en formación y especialización enfermera contribuye a mejorar los resultados en salud, favorecer la autonomía y calidad de vida de las personas mayores y dar respuesta a los retos derivados del envejecimiento poblacional.

ANTECEDENTES



El envejecimiento poblacional plantea nuevos retos sanitarios y sociales, con un aumento de la cronicidad y de las necesidades de atención complejas. La salud mental es un componente esencial del envejecimiento saludable y puede verse afectada por factores como la soledad, las pérdidas o la pérdida de autonomía. En este contexto, la Enfermera Especialista en Salud Mental aporta competencias específicas en la valoración, relación terapéutica, atención familiar e intervenciones psicosociales.

OBJETIVOS

- Destacar la importancia de la especialización enfermera para dar respuesta a las necesidades de salud de una población envejecida.
- Visibilizar la aportación de las enfermeras especialistas en Salud Mental en la promoción, prevención y atención de la salud mental de las personas mayores.
- Reflexionar sobre la necesidad de impulsar la formación y el reconocimiento de las especialidades enfermeras como estrategia para mejorar la calidad asistencial.



MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus y CUIDEN, complementada con la consulta de fuentes normativas nacionales.

La búsqueda se efectuó mediante los términos «Mental Health Nursing», «Psychiatric Nursing», «Nursing Specialization», «Nursing Competence» y «Mental Health Care», así como sus equivalentes en español, combinados con los operadores booleanos AND y OR.

Se incluyeron artículos relacionados con las competencias y cuidados de la Enfermera Especialista en Salud Mental y su aportación a la atención de personas con necesidades complejas. Se excluyeron artículos duplicados y quellos no relacionados con el obejtivo del estudio.





BIBLIOGRAFÍA

RESULTADOS

La Enfermera Especialista en Salud Mental aporta una formación específica y avanzada en la valoración de las necesidades de salud mental, la relación terapéutica y la atención centrada en la persona y su familia.

Sus principales aportaciones incluyen la detección y gestión de riesgos, las intervenciones individuales, familiares y grupales, la educación para la salud, la promoción de la autonomía y la rehabilitación psicosocial, así como la coordinación y continuidad de los cuidados.

Estas competencias complementan la formación de la enfermera generalista y permiten abordar con mayor especificidad situaciones de salud mental de elevada complejidad.

CONCLUSIONES



- Ante el envejecimiento de la población y el aumento de la complejidad de las necesidades de salud, potenciar la presencia y el desarrollo de las enfermeras especialistas puede contribuir a ofrecer una atención más individualizada, integral y adaptada a las necesidades de las personas mayores.
- La especialización enfermera debe entenderse como un valor añadido para los sistemas sanitarios, favoreciendo cuidados de mayor especificidad y reforzando la calidad de la atención en salud mental.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY · PÓSTER

El consumidor sénior como oportunidad estratégica para la empresa española

Hilario Molina Sánchez · Graduado en Administración y Dirección de Empresas · Universidad Carlos III de Madrid

1 de cada 3 personas en España tiene 55 años o más • pero realiza **6 de cada 10 €** del gasto en consumo • y aporta **1/4** del PIB

1 RESUMEN

El envejecimiento demográfico suele leerse como una carga. Este trabajo lo analiza desde la dirección de empresas, como un mercado. A partir de fuentes estadísticas e informes institucionales (INE, Comisión Europea y Fundación MAPFRE), se cuantifica el peso económico de la población sénior en España y en la UE, y se identifican implicaciones para la estrategia comercial, la segmentación y la gestión del talento. Los mayores de 55 años son un tercio de la población, pero concentran cerca del 60 % del gasto y en torno al 25 % del PIB. Pese a ello, siguen infrarrepresentados en la oferta y la comunicación empresarial.

2 PALABRAS CLAVE

economía plateada · *consumidor sénior* · *estrategia empresarial* · *segmentación de mercado* · *envejecimiento demográfico*

3 ANTECEDENTES

La Comisión Europea (2018) define la *silver economy* como las oportunidades económicas que surgen del gasto público y privado ligado al envejecimiento y a las necesidades de las personas mayores de 50 años. En España, el 20,7 % de la población tiene 65 años o más (INE, 2025). Sin embargo, buena parte de la literatura de gestión sigue tratando al sénior como un nicho asistencial, y no como un segmento de consumo amplio y heterogéneo.

4 OBJETIVOS

- **General:** analizar la economía plateada como oportunidad estratégica para la empresa española.
- Cuantificar el peso demográfico y económico del segmento sénior en España y en la UE.
- Identificar sectores y palancas de gestión (producto, marketing, talento) con mayor potencial.

5 MÉTODO

Estudio descriptivo basado en revisión documental y análisis de fuentes secundarias: INE (Censo y Proyecciones de Población), informe *The Silver Economy* de la Comisión Europea (Technopolis y Oxford Economics, 2018) y *Barómetro del Consumidor Sénior* del Centro Ageingnomics de Fundación MAPFRE (2022–2024). Los indicadores se compararon y se sintetizaron desde un enfoque de dirección estratégica.

6 RESULTADOS

34% de la población española tiene 55 años o más (más de 16 millones)

60% del gasto en consumo en España lo realizan los mayores de 55

25% del PIB español lo aporta el colectivo sénior

5,7 bill. € consumo previsto de la *silver economy* en la UE en 2025 (3,7 en 2015)

PESO DEL COLECTIVO SÉNIOR

Población española (55+)	34 %
Gasto en consumo en España (55+)	60 %
PIB de la UE previsto para 2025 (*silver economy*)	32 %
Empleo de la UE (88 millones de puestos)	38 %

7 CONCLUSIONES

- El segmento sénior concentra un poder de gasto muy superior a su peso demográfico: es un mercado prioritario, no un nicho.
- Conviene segmentar dentro del colectivo (55–65, 66–79 y 80+), porque necesidades, renta y hábitos digitales difieren de forma notable.
- Los sectores con mayor potencial son:

Salud y bienestar · Vivienda adaptada · Turismo · Servicios financieros · Tecnología accesible

- En gestión de personas, retener y atraer talento sénior es una ventaja competitiva frente al edadismo.
- Se recomienda integrar el criterio de edad en el plan estratégico y de marketing, con diseño inclusivo y una comunicación libre de estereotipos.

REFERENCIAS

European Commission, Technopolis Group y Oxford Economics. (2018). *The Silver Economy: Final report*. Publications Office of the EU.

Fundación MAPFRE, Centro de Investigación Ageingnomics. (2022). *III Barómetro del Consumidor Sénior*. Fundación MAPFRE.

Fundación MAPFRE, Centro de Investigación Ageingnomics. (2024). *V Barómetro del Consumidor Sénior*. Fundación MAPFRE.

Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Censo Anual de Población 2025 y Proyecciones de Población*. INE.

DUALIDAD Y AFRONTAMIENTO DEL ENVEJECIMIENTO EN LA PAREMIOLOGÍA ESPAÑOLA

Carolina Portilla Ramos[1] • Mercedes Arias Pastor[2] • Ángela Del Barrio Fernández[3]

[1] Universidad de Burgos | [2] Universidad de Cantabria | [3] I.E.S. Augusto González Linares (Santander)

RESUMEN

Este estudio analiza la representación psicológica de la vejez en la paremiología tradicional española mediante un corpus de 50 refranes. Los hallazgos revelan una profunda ambivalencia colectiva que equilibra la admiración hacia la sabiduría práctica (40%) con la inquietud ante el deterioro físico y afectivo (30%), promoviendo simultáneamente el autocuidado (18%) y la afectividad tardía (12%) como recursos adaptativos.

PALABRAS CLAVE: Cultura española; psicología cultural; refranes; sabiduría popular; tercera edad; vejez.

ANTECEDENTES

- **La paradoja vital:** La vejez condensa la tensión fundamental de la condición humana entre la maduración del juicio interior y el inevitable declive corporal.
- **Mediación simbólica y cultura:** Desde la psicología cultural, los proverbios actúan como mediadores entre la vivencia individual y la memoria colectiva, articulando esquemas cognitivos y de conducta en torno a la ancianidad (Pelechano Barberá, 1990).
- **Dualidad histórica:** Coexistencia constante en el imaginario social entre la veneración de la autoridad moral y el rechazo o temor a la decrepitud y la muerte (Quevedo Aparicio, 1994; Rodríguez Rioboo, 1998).

OBJETIVOS

- **Objetivo General:** Analizar la representación psicológica de la vejez y las emociones colectivas en el refranero tradicional español.
- **1:** Diferenciar las dimensiones de sabiduría frente a la vulnerabilidad física y afectiva.
- **2:** Identificar los mecanismos de autopercepción y afrontamiento psicológico presentes en el corpus.
- **3:** Valorar los refranes como recursos cognitivos adaptativos para resignificar el ciclo vital.

MÉTODO

- **Enfoque:** Cualitativo y hermenéutico, triangulando paremiología, psicología cultural y gerontología.
- **Corpus:** 50 refranes seleccionados del *Refranero general español* (Sbarbi, 1875) y compilaciones contemporáneas.
- **Fases:** 1) Clasificación temática; 2) Interpretación simbólica; 3) Análisis de constructos (resiliencia, afrontamiento y sabiduría práctica).

RESULTADOS



- **Sabiduría y exp. (40%):** Sabiduría práctica y guía moral («*A la vejez más juicio*»; «*Cada viejo lleva un libro en el pecho*»).
- **Deterioro físico (30%):** Fragilidad y humor como regulación emocional y afrontamiento («*Viejo pelele, todo le duele*»).
- **Autocuidado y resiliencia (18%):** Afrontamiento activo y autorregulación de la propia salud frente al determinismo biológico («*Camina como viejo y llegarás como joven*»; «*Viejo el cuero, y aún cruje*»).
- **Afectividad tardía (12%):** Selectividad socioemocional y vínculos duraderos de complicidad afectiva («*Amor viejo, ni te olvido ni te dejo*»).

CONCLUSIONES

- **Ambivalencia funcional:** La dualidad entre sabiduría y declive no es una contradicción, sino el reflejo fiel de la complejidad afectiva que el envejecimiento suscita en el imaginario social.
- **Valor terapéutico del lenguaje:** La ironía paremiológica desdramatiza la finitud corporal y permite asimilar las pérdidas asociadas a la longevidad mediante el distanciamiento cognitivo.
- **Ética de la moderación y autocuidado:** Se promueve un modelo de aceptación activa donde el bienestar tardío depende de la actitud adaptativa individual y la perseverancia.

BIBLIOGRAFÍA

Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338.

Pelechano Barberá, V. (1990). La psicología de los refranes: un recurso soslayado por la evaluación psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 46-47, 51–58.

Quevedo Aparicio, T. (1994). La gerontología en los refraneros español y francés. *Paremia*, 3, 77–81.

Rodríguez Rioboo, F. (1998). La vejez y la muerte en el refranero popular español. *Anales de Psicología*, 14(1), 127–135.

Sbarbi, J. M. (1875). *El refranero general español, parte recopilado, y parte compuesto*. Imprenta de A. Gómez Fuentenebro.

A PROPOSITO DEL SELLADO DE VIAS PICC. ¿HEPARINIZAMOS O SALINIZAMOS?

VIII CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY ZAMORA. 26, 27 Y 28 DE NOVIEMBRE

Fernández De La Vega, Elisabet, Blanco Alberca Mª Angeles, Alberca Guerrero Elena, Coco Barba Mª Paz

Resumen

Realizamos una revisión sistemática que comparase la eficacia y seguridad del sellado con suero salino al 0,9% frente a la tradicional heparina, en vias PICC. Tras analizar estudios de diferentes bases de datos, los resultados demuestran similitud respecto a la permeabilidad en ambos grupos. Por su lado el suero salino, resulta más seguro y económico, siempre que se aplique mediante lavado pulsado y presión positiva, posicionándose como el estándar recomendado.

Antecedentes

La PICC es una vía muy utilizada en la administración de tto oncológico, siendo su correcto mantenimiento y permeabilidad de suma importancia. La práctica estándar ha sido el sellado con solución de heparina, pero la evidencia actúal, cuestiona sus beneficios frente al uso de solución salina al 0.9%. Además genera dudas sobre posibles complicaciones asiciadas a su uso, como trombocitopenia o sangrado.

Palabras Clave

VIA PICC | SOLUCION SALINA 0.9% | HEPARINA

Resultados



	Heparina	Suero Salino 0,9%
Permeabilidad del PICC	Eficaz para prevenir obstrucciones luminales.	Igual de eficaz.
Seguridad Hematológica	Riesgo de sangrados en pacientes trombocitopénicos.	Máxima seguridad.
Tasa de Infección	Sin diferencias significativas	Sin diferencias significativas.
Impacto Económico	Coste elevado.	Reducción drástica de costes

Las 3 Reglas de Oro del sellado Salino

Recomendaciones para el mantenimiento del PICC

1 Jeringa de 10 ml o más

Utilizar jeringas de 10 ml o superiores para el lavado del PICC, según las instrucciones del fabricante para no elevar la presión intraluminal



2 Técnica Push-Pause

Administrar el suero salino mediante impulsos cortos, alternando empuje y pausa, favorece la eliminacion de residuos



3 Cierre con Presión Positiva

Mantener la presión durante la desconexión y realizar el pinzado en la secuencia indicada para el conector utilizado, para evitar reflujo



Metodología

Busqueda sistemática en bases de datos: CUIDEN, PubMed, Cochrane

Criterios de Inclusión: Ingles y Español, desde 2022.

P: Paciente portador de Cateter Central de inserción Perferica (PICC)

I : Sellado del cateter con solución salina 0.9%

C: Sellado del cateter tradicional con solución de heparina.

O: Permeabilidad, complicaciones asociadas y gasto economico.

Objetivos

- Evaluar la eficacia del sellado de vias PICC con solución salina 0.9% frente a la heparinización.
- Comparar complicaciones asociadas e impacto económico.

Conclusiones

El sellado con suero salino al 0,9% constituye el estándar de elección para las vías PICC demostrando igual eficacia que la heparina con mayor seguridad y menor coste. La permeabilidad del catéter depende de una técnica enfermera rigurosa mediante lavado pulsado y presión positiva, haciendo prioritario actualizar los protocolos clínicos basándose en la evidencia.

IMPORTANTE
Adaptar el volumen de lavado, la técnica y la secuencia de pinzado al tipo de PICC, conector, fabricante y protocolo institucional.

LA TECNOLOGIA EN LAS PERSONAS MAYORES.

Cristina Miguel Gómez; Sara Fernández Sánchez; Rebeca Rodríguez Bailon; Cristina García López; María isabel Urones Hernández.

RESUMEN

Envejecer en casa es la elección prioritaria de las personas mayores, sobre todo en las personas sin problemas de salud o funcionales. Es la opción elegida por el 96% de las personas mayores de 65 años en España y Europa. Pero para envejecer en casa (bien) es necesario que la casa sea accesible y que exista una red de cuidado y apoyo disponible. La Inteligencia Artificial ofrece grandes oportunidades para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, facilitando el acceso a la salud, la seguridad, la comunicación y el aprendizaje.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores,inteligencia artificial,envejecimiento activo,brecha digital.

OBJETIVOS

- Conocer cómo la IA puede beneficiar las personas mayores.
- Identificar aplicaciones de la IA útiles.
- Analizar beneficios para la autonomía, bienestar y calidad de vida.
- Identificar los principales desafíos en su uso.
- Proponer recomendaciones para un uso seguro, accesible y ético.

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional y el aumento de los servicios digitales hacen necesario que las personas mayores puedan acceder a las tecnologías inclusivas. La IA puede apoyar la vida diaria, pero se necesitan superar barreras como el acceso ,habilidades y confianza.

CONCLUSIONES

La IA puede ser una aliada clave para un envejecimiento activo y saludable.
Es fundamental reducir la brecha digital mediante formación y apoyo.
Se debe garantizar un uso ético, seguro e inclusivo de la IA para que todas las personas mayores puedan beneficiarse de sus ventajas.

METODO

Revisión bibliográfica en bases de datos científicas: Pubmed, Google Scholar, Medline.

RESULTADOS

La IA puede mejorar la autonomía y bienestar de las personas mayores ,por ejemplo, mediante asistencia de voz, recordatorios de medicación, o síntomas de alerta.
Favorece la comunicación y reduce el aislamiento
los principales obstáculos son la brecha digital y el temor a la tecnología
se requiere formación, acompañamiento y políticas inclusivas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2021). ETHICS AND GOVERNANCE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE FOR HEALTH. GINEBRA: OMS.
2. MEHTA, S. P., ET AL. (2023). NEW HORIZONS IN ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN THE HEALTHCARE OF OLDER PEOPLE.
3.MARTÍNEZ-PEROMINGO, J., LUEJE ALONSO, E., Y ROSSELLÓ-JIMÉNEZ, D. (2025). LA INTEGRACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ATENCIÓN GERIÁTRICA: OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS EN LA ERA DIGITAL. REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, 60(5).