

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 1, Número 4 Noviembre-Diciembre 2025



<https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 1, Número 4 Noviembre-Diciembre 2025

<https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

Sociedad Científica Sanitaria Europea para la Investigación, Divulgación, Solidaridad y Formación
SOCISAEU-IDSF

© 2025, de la edición, Tendencias de Enfermería

Calle Pedro García Villalba, 79, La Alberca (Murcia, España)

Teléfono: 672 98 98 18

Revista digital: <https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Primera edición: 2025. Última edición: 2025.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

URL: <https://doi.org/10.56533/HFGZ2280>

Tendencias de Enfermería, Volumen 1, Número 4 Noviembre-Diciembre 2025

DOI: 10.56533/SBUA7110

URL: <https://doi.org/10.56533/SBUA7110>

Directora:

Isabel Rosa Galera Pérez

Editor:

SOCISAEU-IDSF

Corrección de estilo y maquetación:

Alberto Sanz Armenteros

Comité Editorial

Rita Martínez Espinosa

Enfermera

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Murcia, España

César Augusto Loayza Palomino

Médico Cirujano y Cirujano Dentista

Dental C & L Loayza

Lima, Perú

Irvin Zúñiga Almora

Médico Cirujano y Cirujano Dentista

Zaí Salud Integral

Ica, Perú

Antonio Fernández Lara

Enfermero

Hospital General Universitario Morales Meseguer

Murcia, España

Índice

Editorial

Cuidar a quienes cuidan: bienestar, salud mental y sostenibilidad de la profesión enfermera..... 11

Carta a la Directora

Violencia contra las enfermeras: del problema normalizado al riesgo estructural para los cuidados

Antonio Fernández Lara 13

Aplicación de un protocolo de enfermería para el diagnóstico precoz de disfagia mediante test
MECV-V en pacientes neurológicos agudos: estudio prospectivo

María del Carmen Aparicio Lara, Lara Pérez Martos, Tania Peláez Hidalgo, Sandra Armas López, Natalia de Benito

Lopesino, Maviela López Moreno, Ana Isabel Navajo Ortega, Laura Carrasco Yubero..... 15

Neoplasias no definatorias de SIDA asociadas a la infección por VIH. Experiencia en una cohorte
del Hospital Universitario de la Princesa

Marta Bustamante Vega 29

De la construcción del rol profesional a la crisis silenciosa: una revisión narrativa de la
metamorfosis en la educación superior chilena (2011-2026)

Olga Carmelita González Mesa 37

Editorial

Cuidar a quienes cuidan: bienestar, salud mental y sostenibilidad de la profesión enfermera

La enfermería constituye uno de los pilares esenciales de cualquier sistema sanitario. Su presencia continuada junto al paciente, su capacidad para integrar conocimientos técnicos y relacionales, y su papel en la coordinación, la educación para la salud y la vigilancia clínica la sitúan en una posición estratégica dentro de la atención contemporánea. Sin embargo, esa centralidad no siempre se ha traducido en un reconocimiento suficiente de las condiciones reales en las que se ejerce el cuidado. Durante años, el debate profesional se ha centrado en la calidad asistencial, la seguridad del paciente, la innovación clínica o la evidencia científica. Todo ello resulta imprescindible, pero existe una cuestión que ya no puede seguir ocupando un lugar secundario: la necesidad de cuidar a quienes cuidan.

Hablar del bienestar de las enfermeras no supone desplazar el foco del paciente, sino comprender que la calidad del cuidado depende también de la salud física, emocional y moral de quienes lo proporcionan. La profesión enfermera ha sostenido históricamente una enorme carga asistencial, frecuentemente acompañada de alta exigencia emocional, presión organizativa, plantillas insuficientes, turnicidad compleja y exposición constante al sufrimiento, la incertidumbre y la toma de decisiones en contextos clínicos difíciles. A ello se suma, en no pocos entornos, una escasa participación en los espacios estratégicos donde se diseñan políticas, se distribuyen recursos o se establecen prioridades institucionales. El resultado es un escenario en el que el compromiso profesional convive, demasiadas veces, con el agotamiento persistente.

La fatiga emocional, el burnout, el estrés crónico y el denominado sufrimiento moral no son conceptos abstractos ni modas terminológicas. Son realidades que afectan de forma tangible a miles de profesionales y que tienen consecuencias personales, organizativas y asistenciales. Cuando una enfermera trabaja de forma continuada en condiciones de sobrecarga, cuando percibe que no dispone del tiempo necesario para ofrecer el cuidado que considera adecuado, o cuando debe normalizar la presión constante como si fuera parte inevitable del oficio, el sistema no solo compromete su bienestar, también compromete su propia sostenibilidad. Ningún modelo sanitario puede aspirar a ser excelente si se apoya en profesionales exhaustos.

Durante la pandemia esta realidad se hizo especialmente visible, pero sería un error interpretarla como una anomalía ya superada. La crisis sanitaria actuó como amplificador de problemas estructurales previos, no como única causa de los mismos. Tras aquel periodo, lejos de cerrarse el debate, ha quedado más claro que nunca que la resiliencia del sistema depende de la resiliencia de sus profesionales, y que esta no puede entenderse como una responsabilidad individual desligada de las condiciones de trabajo. No basta con pedir adaptación, vocación o fortaleza personal. Resulta necesario revisar de manera crítica las estructuras que generan desgaste y dificultan la permanencia en la profesión.

La sostenibilidad de la enfermería debe abordarse como una prioridad estratégica. Esto implica reconocer que la escasez de personal, la rotación elevada, la precariedad contractual, la limitada conciliación, la escasa autonomía en algunos contextos y la insuficiente valoración social del cuidado forman parte de un mismo problema. También implica asumir que retener talento no depende solo de incorporar nuevos profesionales, sino de crear entornos donde sea posible desarrollar una carrera larga, segura, intelectualmente estimulante

Autor para correspondencia: Isabel Rosa Galera Pérez

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Link artículo: <https://doi.org/10.56533/EEMZ2162>

DOI: 10.56533/EEMZ2162

y emocionalmente sostenible. Formar enfermeras y perderlas después por desgaste, desmotivación o falta de expectativas constituye un fracaso institucional que los sistemas sanitarios ya no pueden permitirse.

En este contexto, el bienestar profesional no debe reducirse a intervenciones aisladas o simbólicas. No se protege la salud mental de las plantillas únicamente con talleres puntuales de manejo del estrés, campañas bienintencionadas o mensajes de reconocimiento en fechas señaladas. Esas acciones pueden resultar útiles, pero son insuficientes si no van acompañadas de medidas estructurales. El bienestar exige ratios seguras, liderazgo cercano y competente, estabilidad laboral, espacios reales de participación, apoyo tras eventos adversos, cultura organizativa respetuosa y políticas que favorezcan el descanso, la formación y la conciliación. Exige, además, comprender que el cuidado emocional del profesional no es un beneficio accesorio, sino una condición para la práctica clínica segura y humanizada.

La enfermería necesita también un marco cultural que abandone definitivamente la idealización del sacrificio como atributo profesional. La vocación no puede utilizarse como argumento para tolerar lo intolerable. El compromiso ético con el paciente no debe convertirse en una coartada para invisibilizar el cansancio, normalizar la sobrecarga o culpabilizar a quien expresa malestar. Cuidar bien no significa cuidarse menos. Al contrario, una profesión fuerte es aquella que puede defender simultáneamente la dignidad de los pacientes y la dignidad de sus profesionales.

Este debate interpela a gestores, responsables políticos, instituciones académicas, colegios profesionales, sociedades científicas y equipos directivos. La respuesta no puede recaer solo en las enfermeras, porque el problema desborda la esfera individual. Se requiere una visión de sistema capaz de traducir el reconocimiento discursivo en decisiones concretas. Invertir en enfermería no es únicamente ampliar plantillas, aunque eso sea decisivo, también es construir entornos clínicos donde el juicio profesional sea escuchado, la experiencia sea aprovechada y el desgaste no se convierta en el precio silencioso del cuidado.

La profesión enfermera ha demostrado, una y otra vez, competencia, capacidad de adaptación y una enorme responsabilidad social. Precisamente por ello, ha llegado el momento de situar su bienestar en el centro del debate científico, asistencial y político. Cuidar a quienes cuidan no es una consigna emotiva, es una exigencia ética, organizativa y sanitaria. De esa decisión depende no solo el futuro de la profesión, sino también la solidez de los cuidados que toda sociedad necesita.

Isabel Rosa Galera Pérez

Directora

Carta a la Directora

Violencia contra las enfermeras: del problema normalizado al riesgo estructural para los cuidados

Antonio Fernández Lara^a

a Enfermería, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

Recibido el 3 de noviembre de 2025. Aceptado el 7 de noviembre de 2025.

Disponible en Internet el 19 de diciembre de 2025

Sra. Directora:

La violencia contra las enfermeras continúa tratándose en demasiados entornos como un fenómeno habitual, casi inherente al trabajo asistencial. Sin embargo, normalizar insultos, amenazas, humillaciones, agresiones físicas o episodios de violencia entre compañeros implica asumir como tolerable un riesgo laboral que nunca debería formar parte del cuidado profesional. Esta mirada trivializadora resulta especialmente preocupante en servicios de alta presión asistencial, como urgencias, donde la violencia ejercida por pacientes y acompañantes aparece de forma recurrente, pero también en unidades donde persisten formas menos visibles de violencia horizontal, acoso o intimidación entre profesionales. Lejos de ser incidentes aislados, estos episodios reflejan fallos organizativos, déficits preventivos y culturas institucionales que todavía no han situado la seguridad del profesional en el mismo nivel de prioridad que la seguridad del paciente^{1,2}.

La relevancia del problema no radica únicamente en su frecuencia, sino en sus consecuencias. La evidencia disponible muestra que la exposición a violencia laboral incrementa de manera significativa el riesgo de burnout y de síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático en enfermería. En una revisión sistemática con metaanálisis, las enfermeras expuestas presentaron más del doble de probabilidad de informar síntomas de PTSD y burnout que aquellas no expuestas. Estos datos obligan a abandonar la lectura simplista de la violencia como un conflicto puntual o una situación “difícil de manejar” y a entenderla como un determinante directo del deterioro psicológico, del desgaste profesional y de la pérdida de bienestar en quienes sostienen buena parte de la atención sanitaria cotidiana¹.

Su impacto tampoco termina en la esfera individual. La violencia contra las enfermeras compromete la calidad asistencial. Un estudio multicéntrico realizado en hospitales halló que la violencia laboral se asociaba con mayor burnout, menor satisfacción laboral, peor percepción de seguridad del paciente y más acontecimientos adversos, actuando además el agotamiento emocional y la insatisfacción como mediadores de ese efecto. Esto significa que proteger a las enfermeras no constituye solo una obligación ética o preventiva frente al daño laboral, sino también una intervención indirecta sobre la seguridad clínica. Cuando el profesional cuida bajo amenaza, miedo, humillación o cansancio extremo, el sistema entero se vuelve más frágil³.

A ello se añade una consecuencia estratégica para cualquier sistema sanitario: la dificultad para retener profesionales. La violencia horizontal, ejercida entre iguales o desde posiciones jerárquicas cercanas, ha mostrado una correlación positiva con la intención de abandonar el puesto o incluso la profesión. Se trata de

Autor para correspondencia: Antonio Fernández Lara

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Link artículo: <https://doi.org/10.56533/SWTB3612>

DOI: 10.56533/SWTB3612

una dimensión especialmente grave porque erosiona la cohesión de los equipos, deteriora la confianza, empobrece el clima laboral y favorece la salida de profesionales valiosos. En un contexto marcado por escasez de enfermeras, envejecimiento de plantillas y crecientes necesidades asistenciales, seguir considerando estas conductas como problemas relacionales menores supone un error de gestión con consecuencias a medio y largo plazo².

Por ello, la respuesta no puede limitarse a recomendar resiliencia individual o habilidades de afrontamiento. La literatura reciente insiste en que la prevención efectiva exige programas integrales que incluyan evaluación del riesgo, formación específica, sistemas accesibles de notificación, apoyo institucional tras el incidente, revisión periódica de las medidas implantadas y compromiso explícito de los responsables organizativos. También resulta imprescindible combatir el subregistro, porque lo que no se declara deja de existir en los indicadores, aunque siga dañando a los profesionales. La política de tolerancia cero debe traducirse en circuitos operativos claros, respaldo visible a la víctima y una cultura donde denunciar no implique estigmatización ni sensación de inutilidad⁴.

La violencia contra las enfermeras no puede seguir interpretándose como un peaje inevitable del trabajo clínico. Es un problema de salud laboral, de gestión, de seguridad del paciente y de sostenibilidad del sistema. Nombrarlo con claridad, medirlo adecuadamente y actuar de forma estructural ya no es una opción secundaria. Defender entornos libres de violencia equivale, en última instancia, a defender cuidados más seguros, equipos más estables y una práctica enfermera más digna.

Referencias

1. Wang J, Zeng Q, Wang Y, Liao X, Xie C, Wang G, Zeng Y. Workplace violence and the risk of post-traumatic stress disorder and burnout among nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Nurs Manag.* 2022 Oct;30(7):2854-2868. doi: 10.1111/jonm.13809
2. Zhang Y, Yin R, Lu J, Cai J, Wang H, Shi X, et al. Association between horizontal violence and turnover intention in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2022 Oct 6;10:964629. doi: 10.3389/fpubh.2022.964629
3. Liu J, Zheng J, Liu K, Liu X, Wu Y, Wang J, et al. Workplace violence against nurses, job satisfaction, burnout, and patient safety in Chinese hospitals. *Nurs Outlook.* 2019 Sep-Oct;67(5):558-566. doi: 10.1016/j.outlook.2019.04.006
4. Fricke J, Siddique SM, Douma C, Ladak A, Burchill CN, Greysen R, Mull NK. Workplace Violence in Healthcare Settings: A Scoping Review of Guidelines and Systematic Reviews. *Trauma Violence Abuse.* 2023 Dec;24(5):3363-3383. doi: 10.1177/15248380221126476

Original

Aplicación de un protocolo de enfermería para el diagnóstico precoz de disfagia mediante test MECV-V en pacientes neurológicos agudos: estudio prospectivo

María del Carmen Aparicio Lara^a, Lara Pérez Martos^b, Tania Peláez Hidalgo^b, Sandra Armas López^b, Natalia de Benito Lopesino^b, Maviela López Moreno^b, Ana Isabel Navajo Ortega^b, Laura Carrasco Yubero^b

a Supervisora, Unidad Neurociencias, Hospital Universitario Virgen de la Princesa, Madrid, España

b Enfermera Asistencial, Unidad Neurociencias, Hospital Universitario Virgen de la Princesa, Madrid, España

Recibido el 15 de diciembre de 2025. Aceptado el 19 de diciembre de 2025.

Disponible en Internet el 31 de diciembre de 2025.

Resumen

Introducción: la disfagia es un síntoma frecuente en pacientes con ictus, que conlleva riesgos significativos como desnutrición, deshidratación y neumonía aspirativa. La Formación Continuada permite identificar y manejar esta condición, de alta prevalencia en pacientes neurológicos. Estudios demuestran que el 50% de los pacientes con ictus y disfagia desarrollan neumonía aspirativa, de ahí la importancia de una evaluación temprana. La implementación del test MECV-V es fundamental para el diagnóstico y manejo de la disfagia. Este test evalúa la seguridad durante la deglución y ayuda a identificar el tipo de alimentos con menor riesgo para el paciente. La evidencia sugiere que la atención integral y la intervención temprana son esenciales para mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones. **Objetivos:** describir un protocolo de disfagia que permita un diagnóstico precoz y una adaptación personalizada de dieta, para reducir complicaciones y mejorar el pronóstico. **Método:** estudio descriptivo prospectivo en el Hospital Universitario de La Princesa, analizando la evolución de los pacientes tras la implementación de este protocolo. **Resultados:** el ictus isquémico fue predominante (83%) en una muestra de pacientes entre 66-75 años y estancia media de 10 días. El test MECV-V detectó disfagia en el 35,5% de los pacientes. El 11% precisó nutrición enteral y el 84% dieta adaptada. La reevaluación permitió progresión positiva de dieta en el 90% de casos. **Conclusiones:** los hallazgos refuerzan la importancia del cribado precoz por Enfermería mediante el test MECV-V, que previene complicaciones, optimiza la recuperación funcional y reduce la estancia hospitalaria.

Palabras clave: disfagia; enfermería, test MECV-V; neurología.

Abstract

Introduction: Dysphagia is a common symptom in stroke patients, carrying significant risks such as malnutrition, dehydration, and aspiration pneumonia. Continuing education enables the identification and management of this condition, which is highly prevalent in neurological patients. Studies show that 50% of stroke patients with dysphagia develop aspiration pneumonia, highlighting the importance of early assessment. Implementation of the MECV-V test is fundamental for the diagnosis and management of dysphagia. This test evaluates swallowing safety and helps identify the types of food that pose the least risk to the patient. Evidence suggests that comprehensive care and early intervention are essential to improve quality of life and prevent complications. **Objectives:** To describe a dysphagia protocol that allows for early diagnosis and personalized dietary adaptation to reduce complications and improve prognosis. **Method:** A prospective descriptive study was conducted at La Princesa University Hospital, analyzing patient outcomes after the implementation of this protocol. **Results:** Ischemic stroke was predominant (83%) in a sample of patients aged 66–75 years with a mean hospital stay of 10 days. The MECV-V test detected dysphagia in 35.5% of patients. 11% required enteral nutrition and 84% required an adapted diet. Re-evaluation resulted in positive dietary progression in 90% of cases. **Conclusions:** These findings reinforce the importance of early screening by nursing staff using the MECV-V test, which prevents complications, optimizes functional recovery, and reduces hospital stay.

Keywords: Dysphagia; Nursing, MECV-V test; Neurology.

La disfagia es un síntoma común en pacientes con trastornos neurológicos, como ictus. Estos pacientes pueden experimentar dificultades en diferentes etapas del proceso de deglución, lo que provocaría complicaciones graves, como la desnutrición, la deshidratación y el riesgo de aspiración¹.

La fisiopatología de la disfagia en pacientes neurológicos se relaciona con la alteración de los mecanismos neuromusculares que controlan la deglución, dificultando la capacidad para tragar de manera segura. Por lo tanto, es esencial que el profesional de enfermería esté capacitado para identificar y manejar esta condición².

En el año 2005, un metaanálisis sobre los factores de riesgo asociados a la disfagia determinó la prevalencia en pacientes con ictus, proporcionando una base para el manejo de esta condición y concluyendo que prácticamente el 50% de los pacientes ingresados por ictus con disfagia en unidades de hospitalización, sufrían una neumonía aspirativa³.

La incidencia en España de disfagia en pacientes hospitalizados puede variar dependiendo de la enfermedad neurológica específica, pero se estima que entre el 30%-80% de estos pacientes pueden experimentar disfagia. La neumonía broncoaspirativa se estima en un riesgo tres veces superior en los pacientes con disfagia, respecto a los que no presentan clínica, y en 11 veces superior en los pacientes con signos severos de alteración de la deglución⁴.

Es importante la valoración precoz de la disfagia en los pacientes neurológicos hospitalizados, aunque no podía concluir que los protocolos actuales fueran eficaces, concluyendo que la valoración precoz de la disfagia es de vital importancia para adaptar la dieta a la condición del paciente⁵.

Donohue y Coyle, en el año 2016, evaluaron cómo la disfagia afectaba la calidad de vida de los pacientes neurológicos, precisando un abordaje de esta condición en el contexto de la atención integral del paciente⁶.

El rol de la enfermera para el diagnóstico de la disfagia es fundamental en las primeras horas de ingreso del paciente tras su estabilización y que es posible el manejo adecuado preservando la vida del paciente⁷.

Por tanto, resulta fundamental la aplicación de protocolos para mejorar la metodología de trabajo enfermero. El test MECV-V recoge la alteración de los parámetros de seguridad (cambio del tono de voz, tos durante o tras la ingesta o desaturación superior al 3% respecto a la pulsioximetría basal) y eficacia (residuos orales, deglución fraccionada, alteración en cierre labial).

El test se realiza con el paciente en sedestación, administrando bolos de diferentes viscosidades (líquidos finos, néctar y pudding) a volúmenes crecientes (5, 10 y 20 ml) que se preparan mezclando agua y espesante. La exploración se inicia a viscosidad néctar y se observa si aparece algún parámetro de seguridad/eficacia alterado. En caso afirmativo, se continúa la exploración con la viscosidad pudding y si ésta no está alterada, puede procederse a la administración de líquidos finos.

Clavé et al. reportan una sensibilidad del 100% y una especificidad del 88% para el diagnóstico de aspiración (paso de alimento a las vías respiratorias) y, una sensibilidad del 83% y especificidad del 64,7% para el diagnóstico de penetración (presencia de alimento por encima de las cuerdas vocales)⁸.

La desnutrición y la deshidratación son complicaciones importantes en estos pacientes, lo que puede llevar a un deterioro importante de su salud y a un aumento de la morbilidad que puede prolongar la estancia hospitalaria y aumentar la mortalidad.

La identificación y el manejo adecuados de la disfagia son esenciales para mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones asociadas, mejorando el pronóstico del paciente.

Un estudio noruego del año 2022, evidencia que, en los centros Sociosanitarios, el problema de disfagia en las personas mayores adultas, que además presentan condición neurológica, supera el 80% de los residentes y que el cribado y manejo por enfermería para la modificación de patrones de conducta y dietas, no es suficiente debido a la falta de aplicación de protocolos establecidos y la falta de conocimiento por esos profesionales en manejo de disfagia⁹.

Por tanto, la implementación de estrategias de intervención temprana puede ayudar a prevenir complicaciones y mejorar la recuperación funcional, justificando el desarrollo de este proyecto.

El objetivo de este estudio es describir la puesta en marcha de un protocolo de diagnóstico precoz de disfagia, a través de la utilización del test MECV-V que conlleva una adaptación personalizada de dieta para reducir complicaciones asociadas y una mejora del pronóstico del paciente neurológico agudo hospitalizado en la Unidad de Neurociencias del Hospital Universitario de La Princesa.

Objetivos secundarios:

1. Describir la población de pacientes incluidos en el estudio (sexo, edad, motivo de ingreso, días de estancia hospitalaria).
2. Describir el riesgo de desnutrición de los pacientes incluidos en el estudio a través de escala MUST y cuántos de ellos, precisan de suplementación nutricional.
3. Describir el riesgo de disfagia de los pacientes incluidos en el estudio a través de test MECV-V.
4. Referir los grupos de pacientes que precisan de adaptación de dieta por viscosidad y volumen.
5. Describir los grupos de pacientes que precisan adaptación de alimentación con dispositivo de nutrición enteral.
6. Describir los grupos de pacientes a los que se les reevalúa con el test MECV-V, para progresar en la adaptación de la dieta.
7. Evidenciar las complicaciones asociadas a la disfagia en el grupo de pacientes (broncoaspiración, desnutrición, deshidratación).

Métodos

Diseño de investigación

Estudio descriptivo prospectivo en relación a la evolución de los pacientes neurológicos agudos ingresados en la Unidad de Neurociencias del Hospital Universitario de La Princesa, incluidos en el protocolo de diagnóstico precoz de disfagia, durante el periodo del 1 de marzo al 31 de julio de 2025.

Mediante este diseño se pone a prueba la siguiente hipótesis:

La instauración del protocolo de disfagia que incluye la realización precoz del test MECV-V y la adaptación de la dieta de forma personalizada en los pacientes neurológicos agudos permite hacer un cribado de los pacientes con riesgo de complicaciones relacionadas con la disfagia.

Muestra

El universo de participantes se configura con el total de pacientes que ingresan en la Unidad de Neurociencias del Hospital Universitario de La Princesa, que cumplen los criterios de inclusión establecidos entre el 1 de marzo y el 31 de julio del año 2025.

Para determinar el tamaño muestral de este estudio descriptivo, se calculó teniendo en cuenta una prevalencia esperada del 40%, un nivel de confianza del 99%, un margen de error del 8%, y una población finita de 395 pacientes, ingresados en la unidad durante el año previo, excluyendo fallecimientos, y considerando un 5% de pérdidas esperadas, el tamaño muestral ajustado es de 161 sujetos.

El total de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus durante el año 2024 es de 430 individuos, de los cuales 32 fueron exitus y 3 se trasladaron. Tomando como referencia este dato, se estimó que, durante 5 meses se llegaría a saturación de tamaño muestral.

Los criterios de inclusión fueron: a) edad ≥ 18 años; b) diagnóstico de ictus isquémico o hemorrágico. Se excluyeron los siguientes pacientes: a) estado epiléptico; b) pacientes programados para procedimientos neurológicos (embolizaciones, angioplastias).

Instrumentos y medidas

Se ha aplicado el Método de Exploración Clínica Volumen Viscosidad, MECV V, que es una prueba estandarizada de cribaje y valoración clínica de la disfagia orofaríngea. Se administran bolos por vía oral con volúmenes crecientes, habitualmente 5, 10 y 20 mL, y con distintas viscosidades, líquido, néctar, miel y pudding, mientras se monitoriza la seguridad y la eficacia de la deglución. Se registran signos de alteración de la seguridad, tos, voz húmeda y desaturación de oxígeno, y signos de ineficacia, residuos orales o faríngeos y degluciones múltiples. Con los hallazgos se determina la viscosidad y el volumen más seguros, y se orientan recomendaciones dietéticas.

También se aplicó la Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), un instrumento breve y validado para el cribaje del riesgo de desnutrición en adultos en ámbito comunitario y hospitalario. Integra tres dominios: índice de masa corporal, pérdida de peso no intencional en los últimos 3 a 6 meses y efecto de enfermedad aguda, cuando se prevé ingesta nula o muy reducida durante más de 5 días. Cada componente se puntúa y la suma clasifica el riesgo como bajo, moderado o alto. La escala incluye recomendaciones de actuación asociadas a cada categoría, como monitorización, intervención dietética y derivación a nutrición clínica. Puede aplicarse de forma rápida por personal sanitario entrenado, facilitando decisiones tempranas y estandarizadas.

Se registró la evolución de la disfagia durante el proceso de hospitalización y aparición de complicaciones asociadas con la disfagia.

Se registraron las intervenciones de enfermería para el manejo correcto de la disfagia (realización test cribado, adaptación de la dieta, medidas higiénico- dietéticas, progresión de dieta).

Se evaluaron variables sociodemográficas: género, edad, fecha de ingreso y alta, estancia hospitalaria.

Las variables clínicas y de protocolo fueron: diagnóstico neurológico (ictus isquémico/hemorrágico), IMC, riesgo nutricional (escala MUST), riesgo de disfagia (test MECV-V), adaptación de dieta inicial, reevaluación con test MECV-V, progresión de la dieta.

Las variables de resultado fueron neumonía por aspiración, atragantamientos documentados, necesidad de SNG/PEG, alta/éxitos.

Intervención, recogida de datos y fuentes de información

El profesional de enfermería de la Unidad realiza una valoración inicial: revisión en historia clínica, identificación de síntomas de disfagia y la observación de la capacidad de deglución a través de la realización del test MECV-V.

Posteriormente, el profesional de enfermería planifica la dieta adaptada y personalizada basada en la evaluación, en función de las características del paciente y que minimice el riesgo de aspiración, modificando la textura de los alimentos y la viscosidad de los líquidos, implementando técnicas de alimentación seguras.

A continuación, el profesional de enfermería realiza seguimiento y monitorización de la ingesta del paciente, su estado nutricional, aparición de complicaciones, ajustando el plan de cuidados si precisa.

Por último, se realiza Educación al Paciente y la Familia sobre la disfagia, sus riesgos y su manejo.

La realización del test MECV-V, la adaptación de la dieta y medidas higiénico-dietéticas se realizan por los profesionales de enfermería y se registra en la Historia Digital del paciente.

El test de disfagia se registra en HCIS: Test de disfagia orofaríngea.

Todos los datos fueron codificados en una base de datos y anonimizados para su análisis posterior.

Análisis estadísticos

El análisis de los datos se realizó con el software SPSS, r. 29 de IBM. Se calculó la media, mediana y desviación típica para las variables cuantitativas, así como la frecuencia y porcentaje de las categorías de las variables cualitativas. Dado el pequeño tamaño de la muestra se aplicó una estadística no paramétrica. Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para calcular la asociación entre IMC y MUST, así como entre edad y NIHSS. La relación entre sexo y edad se llevó a cabo mediante la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes. Se estableció un nivel de significación del 5%.

Aspectos éticos y calidad

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Virgen de la Princesa antes de iniciar la recogida de datos. Se ha cumplido con la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Reglamento Europeo (UE) 2016/679, con la ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, así como con el código de buenas prácticas clínicas establecidas en la Declaración de Helsinki (octubre 2024) y con la ley 14/ 2007 del 3 de julio, la investigación con seres humanos. Todos los participantes han sido informados mediante el correspondiente formulario y han firmado el consentimiento informado (ver Anexo).

Resultados

En relación con la descripción clínica y sociodemográfica de la muestra sometida a estudio, el 83,23% (n = 134) de los participantes tenían ictus isquémico mientras que el 16,77% (n = 27) tenían ictus hemorrágico. En la Tabla 1 se presenta la distribución de los participantes por edades, con más de la mitad de los casos entre los 66 y 85 años. La mediana de edad del grupo sometido a estudio se encuentra entre 66-75 años.

Tabla 1. Distribución de la edad de los participantes

Edad	n	%
25-35	3	1,86
36-45	7	4,35
46-55	11	6,83
56-65	29	18,01
66-75	45	27,95
76-85	43	26,71
86-95	23	14,29
N	161	100,00

n: frecuencia absoluta; N: tamaño muestra; %: porcentaje

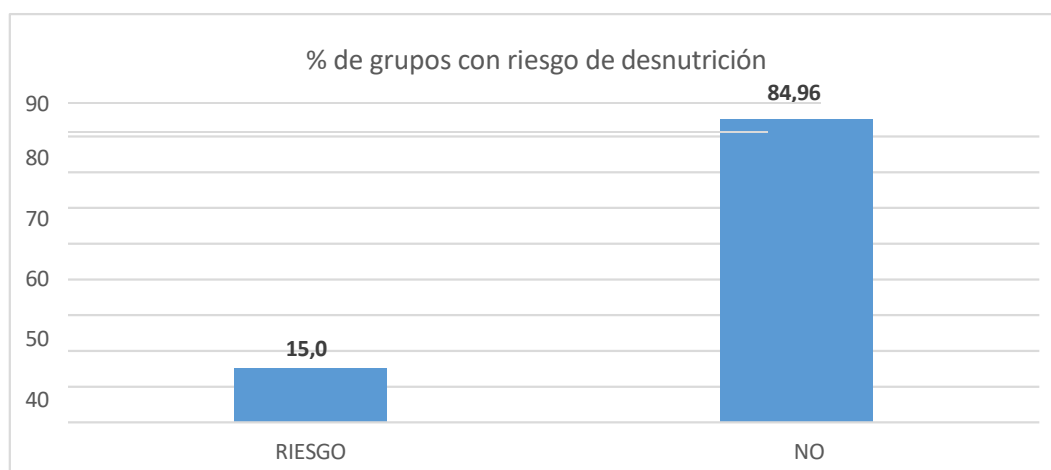
Respecto al género, el 55,9% de la muestra eran hombres frente al 44,1% de mujeres.

En relación con la estancia hospitalaria, medida en número de días de ingreso desde su llegada hasta el alta o exitus, el promedio de días de estancia es de 10,25 días.

En cuanto al índice de masa corporal (IMC), no se recogen datos de pacientes que ingresan con nefasto pronóstico vital. Sólo un 0,63% presentó bajo peso al ingreso; un 41,14%, normopeso y un 58,23% tenía sobrepeso/obesidad.

En relación con los resultados de la escala MUST se observa que el 15,04% de los pacientes tienen riesgo desnutrición (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de grupos con riesgo de desnutrición



Las variables de IMC al ingreso y la desnutrición diagnosticada a través de escala MUST, no muestran una relación de dependencia presentando un p-valor no significativo ($p = 0,272$) según el coeficiente de correlación.

AL 11% de los pacientes que presentaban desnutrición, además de adaptación de dieta por consistencia, se le añade suplementación nutricional.

Respecto a la descripción del riesgo de disfagia a través del test MECV-V, se aplicó al 76,40% ($n = 123$) de los participantes. En 34 casos (21,12%) no se pudo aplicar el test y en 4 casos (2,48%) ya tenían disfagia diagnosticada.

En relación con registro correcto del test MECV-V, el 88% de los pacientes lo tienen perfectamente cumplimentado. El promedio de días desde el ingreso en la unidad hasta la realización del test MECV-V, se sitúa en 1,34 días.

El 35,50 % ($n = 43$) de los pacientes evaluados presenta disfagia orofaríngea, frente al 64,50% ($n = 80$) de los pacientes que no presentan disfagia.

La relación entre variable adaptación de dieta con riesgo de disfagia, muestra que el 100% de los pacientes que presentaron un test positivo, se les adecuó una dieta específica.

En relación con la variable colocación de dispositivo de NE en aquellos pacientes con riesgo de disfagia, el 11,63% precisó sonda de alimentación; el resto, 84,37%, se manejó con adaptación de dieta.

De los pacientes que precisaron dispositivo, el 80% fue diagnosticado de broncoaspiración.

En cuanto a la reevaluación con el test MECV-V (46,52%), el 90% progresó hacia texturas y viscosidades menos restrictivas y volúmenes mayores sin aparición de broncoaspiración.

Se ha calculado la relación entre variables sexo y edad, edad y valor del NIHSS, no encontrando significación.

Respecto a las complicaciones relacionadas con el riesgo de disfagia: el 9,30% de los pacientes fueron excluidos por presentar broncoaspiración previa al ingreso en la unidad; el 13,90% presentaron broncoaspiración dentro de la unidad (Tabla 2).

La supervivencia en relación con las complicaciones por disfagia en la unidad es del 95,35%.

Tabla 2. Complicaciones en 43 pacientes con disfagia

	n	%
Broncoaspiración	5	11,6
Solo atragantamiento	1	2,3
Broncoaspiración previa	4	9,4
Desnutrición	0	0
Deshidratación	0	0
Sin broncoaspiración	33	76,7

n: frecuencia absoluta; %: porcentaje

Discusión

Los resultados del presente estudio permiten caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes con ictus, lo que resulta esencial para orientar las intervenciones de enfermería, especialmente en el diagnóstico precoz y manejo de la disfagia.

En primer lugar, se confirma que el ictus isquémico representa más del 80% de los casos. Según el metaanálisis de Soto en el año 2022, aproximadamente el 80% de los ictus en Europa son de tipo isquémico¹⁰. Esta prevalencia se mantiene estable en los registros nacionales, como el Atlas del Ictus en España, que también destaca el predominio del ictus isquémico en todas las franjas etarias¹¹.

Respecto a la distribución por edad, se observa una concentración en los grupos de 66 a 85 años, que representan más del 50% de los pacientes. Este hallazgo es coherente con los datos del estudio IBERICTUS¹¹. El envejecimiento poblacional en España y Europa está directamente relacionado con el aumento de casos, lo que refuerza la necesidad de estrategias preventivas y de atención especializada en geriatría.

La distribución por género muestra una paridad general, aunque en los grupos de edad media (46-65 años), las mujeres son minoritarias. López Espuela et al, analizan diferencias de género en la calidad de vida post-ictus y señalan que las mujeres presentan mayor afectación funcional en edades avanzadas, mientras que los hombres predominan en edades medias¹².

En cuanto a la estancia hospitalaria media, el estudio muestra una duración de aproximadamente 10 días. Este dato es relevante, ya que estudios como el de Gaspari et al. reportan estancias más prolongadas (13,7 días), especialmente en casos de ictus hemorrágico o con comorbilidades como diabetes y obesidad¹³.

La menor duración observada en este estudio podría estar relacionada con una gestión eficiente del alta hospitalaria. Esto se relaciona con una evaluación precoz del test de deglución a los 1,34 días del ingreso hospitalario.

La disfagia post-ictus afecta entre el 20% y el 70% de los pacientes, dependiendo del método de evaluación¹⁴. Su detección temprana mediante herramientas como el test MECV-V es fundamental para prevenir complicaciones graves, que puede triplicar la mortalidad en estos pacientes¹⁵. En el presente estudio la mortalidad asociada a la broncoaspiración no llega al 5% de los pacientes con disfagia relacionada con el ictus.

La enfermería desempeña un papel clave¹⁶ en el cribado de la disfagia, evaluación, seguimiento y educación del paciente y su entorno, mejorando el pronóstico y reduciendo la morbimortalidad asociada.

La escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) es muy utilizada para evaluar la gravedad del ictus y orientar decisiones terapéuticas. El NIHSS no evalúa directamente las funciones relacionadas con la deglución, sino la gravedad de un ictus agudo. Por tanto, pacientes con ictus que afectan áreas cerebrales específicas implicadas en la deglución (como el tronco encefálico o la corteza motora orofaríngea) pueden presentar disfagia significativa incluso con puntuaciones NIHSS bajas¹⁷.

La intervención enfermera mediante el MECV-V mejora la seguridad del paciente y optimiza los recursos hospitalarios al reducir la necesidad de pruebas como la videofluoroscopia.

Los resultados obtenidos reflejan una evolución positiva en la mayoría de los pacientes con disfagia, evidenciando la eficacia del protocolo de intervención basado en la reevaluación funcional mediante el test MECV-V. El hecho de que solo un 11,63% de los pacientes haya requerido un dispositivo de nutrición enteral para garantizar una alimentación segura indica que la intervención precoz y el seguimiento personalizado permiten evitar medidas invasivas en la mayoría de los casos.

La recuperación funcional de la musculatura orofaríngea en casi el 90% de los pacientes permitió avanzar hacia texturas menos restrictivas y volúmenes mayores, repercutiendo en la mejora la calidad de vida del paciente y favoreciendo una ingesta más eficaz y un mejor estado nutricional. Este hallazgo subraya la importancia de la rehabilitación activa y del ajuste dinámico de la dieta según la evolución clínica.

En cuanto a las complicaciones asociadas, el bajo porcentaje de aspiraciones con infecciones respiratorias (menos del 12%) y la mínima incidencia de atragantamientos son indicadores de que el protocolo aplicado es seguro y efectivo. La prevención de complicaciones graves y el seguimiento estricto, refuerza la necesidad de mantener una vigilancia continua y multidisciplinar en estos pacientes.

Clavé y García Peris, en su Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea, destacan que la adaptación de texturas y viscosidades, junto con la rehabilitación deglutoria, permite evitar complicaciones como la desnutrición y la broncoaspiración¹⁸.

En línea con esto, Calvo Izaguerri et al. señalan que intervenciones como la adaptación de texturas, ajustes posturales, técnicas de deglución y supervisión durante las comidas reducen significativamente el riesgo de aspiración (hasta un 25%) y mejoran el estado nutricional en adultos mayores con disfagia¹⁹.

Es fundamental la formación del profesional sanitario en la detección precoz de disfagia y en la aplicación de protocolos estandarizados que permitan una intervención rápida y eficaz, guiando la toma de decisiones clínicas de forma objetiva y previniendo complicaciones graves como neumonía por aspiración, deshidratación y desnutrición.

Por otro lado, el estudio exploratorio realizado por Zulueta et al. revela que la falta de equipos interdisciplinarios y de estandarización en las dietas adaptadas representa un riesgo para los pacientes con disfagia²⁰.

Respecto al uso de nutrición enteral, Mondéjar et al. advierten que, aunque es una herramienta útil en pacientes críticos, su aplicación está limitada por la alta frecuencia de complicaciones gastrointestinales²¹. Esto refuerza la importancia de evitar su uso innecesario, como se logró en nuestro estudio, donde solo un pequeño porcentaje de pacientes la necesitó.

En relación con las limitaciones del estudio, el registro incompleto en la historia clínica dificulta la recolección de datos necesarios para el análisis. Otro factor que ha limitado la validez de nuestros hallazgos es la ausencia de un grupo control para evaluar el impacto real de las intervenciones realizadas, por lo que se plantea como estudio de continuidad comparar los resultados con una cohorte histórica.

Conclusiones

En relación con la descripción de la población de pacientes incluidos en el estudio, el ictus isquémico es mayoritario superando más del 80% respecto al hemorrágico. En relación con los grupos de edad, casi el 28% del total tienen una edad comprendida entre 66 y 75 años, seguido con poca diferenciación por el grupo de 76 a 85 años, impactando con más del 50% con respecto al resto de edades. La distribución del género es prácticamente paritaria, aunque en los grupos de media edad que incluye desde 46 a 65 años, el género mujer es minoritario.

La estancia hospitalaria media fue de apenas 10 días con mínima variabilidad en función de la gravedad clínica y las complicaciones asociadas. Estos datos permiten contextualizar el perfil de los pacientes a estudio y orientar las intervenciones de enfermería.

Los resultados obtenidos mediante la escala MUST evidencian que más del 80% no presentan riesgo de desnutrición. Al mismo tiempo se ha evaluado el IMC de este grupo de pacientes, evidenciando que más de la mitad ingresan con normopeso. El estado ponderal no es suficiente para descartar desnutrición en pacientes neurológicos agudos.

En relación con la descripción del riesgo de disfagia a través de test MECV-V, más del 75% de los pacientes han sido evaluados al ingreso. Más de un tercio de los pacientes presenta disfagia, de los cuales más del 80% precisa dieta adaptada, siendo un grupo minoritario el que requiere dispositivo de nutrición enteral.

Del total de pacientes que presentaron disfagia, sólo uno de cada diez precisó alimentación con dispositivo de nutrición enteral.

Del total de pacientes en seguimiento de su disfagia que inicialmente estaban con dietas adaptadas en consistencia y viscosidad, tras una recuperación funcional en la musculatura orofaríngea, el 90% progresaron hacia texturas y viscosidades menos restrictivas y volúmenes mayores sin aparición de signos de broncoaspiración, favoreciendo una ingesta más eficaz.

Respecto a las complicaciones asociadas a la disfagia, un porcentaje inferior al 12% sufrieron aspiraciones con infecciones respiratorias asociadas a este motivo, siendo mínimo el porcentaje de atragantamiento. Otras complicaciones, como desnutrición y deshidratación, no llegaron a producirse gracias al seguimiento del protocolo que incluye, en caso necesario, suplementos nutricionales.

Financiación

Las autoras no han recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

- Mao L, Wang J, Li Y, Zheng J, Fan D, Wei S, et al. Risk factors for dysphagia in patients with acute and chronic ischemic stroke: A retrospective cohort study. *Heliyon*. 2024 Jan 17;10(2):e24582. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e24582
- Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005 Dec;36(12):2756-63. doi: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb
- Ershov VI. Dysphagia associated with neurological disorders. In Bernardo Filho M, Taiar R, da Cunha de Sá Caputo D, Seixas A (eds.), *Therapy Approaches in Neurological Disorders*. IntechOpen, 2021. doi: 10.5772/intechopen.96165
- Guillén-Solà A, Martínez-Orfila J, Boza Gómez R, Monleón Castelló S, Marco E. Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia. *Rehabilitación*. 2011 Oct;45(4):292-300. doi:10.1016/j.rh.2011.06.006.
- Langmore SE, Krisciunas GP, Warner H, White SD, Dvorkin D, Fink D, McNally E, Scheel R, Higgins C, Levitt JE, McKeehan J, Deane S, Siner JM, Vojnik R, Moss M. Abnormalities of Aspiration and Swallowing Function in Survivors of Acute Respiratory Failure. *Dysphagia*. 2021 Oct;36(5):831-41. doi: 10.1007/s00455-020-10199-8. Epub 2020 Nov 6. Erratum in: *Dysphagia*. 2021 Oct;36(5):842-853. doi: 10.1007/s00455-020-10226-8
- Donohue C, Coyle JL. Application of meta-therapy to dysphagia rehabilitation. *Perspect ASHA Special Interest Groups*. 2023;8(4):631-9. doi:10.1044/2022_PERSP-22-00082.
- Hines S, Wallace K, Crowe L, Finlayson K, Chang A, Pattie M. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *Int J Evid Based Healthc*. 2011 Jun;9(2):148-50. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00211.x
- Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*. 2008 Dec;27(6):806-15. doi: 10.1016/j.clnu.2008.06.011
- Engh MCN, Speyer R. Management of Dysphagia in Nursing Homes: A National Survey. *Dysphagia*. 2022 Apr;37(2):266-76. doi: 10.1007/s00455-021-10275-7
- Soto Á, Guillén-Grima F, Morales G, Muñoz S, Aguinaga-Ontoso I, Fuentes-Aspe R. Prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metaanálisis. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2022 [citado 10 nov 2025];45(1):e0979. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272022000100012&lng=es
- Sociedad Española de Neurología. Atlas del ictus: España 2019. Madrid: SEN; 2020.
- López Espuela F, Portilla Cuenca JC, Leno Díaz C, Párraga Sánchez JM, Gamez-Leyva G, Casado Naranjo I. Diferencias de género en la calidad de vida a largo plazo tras un ictus: influencia del estado funcional y el estado de ánimo. *Neurología*. 2020;35(7):470-8. doi:10.1016/j.nrl.2017.10.002

13. Gaspari AP, Cruz EDA, Batista J, Alpendre FT, Zétola V, Lange MC. Predictores de una estancia hospitalaria prolongada en una Unidad Integral para Atención de Accidente Cerebrovascular. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 Oct 14 [citado 10 nov 2025];27:e3197. Disponible en: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/184253>
14. Song W, Wu M, Wang H, Pang R, Zhu L. Prevalence, risk factors, and outcomes of dysphagia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurol*. 2024 Jul 17;15:1403610. doi: 10.3389/fneur.2024.1403610
15. Madu CS, Ajibade VM. Acute Stroke Management and Nursing Intervention. *Cureus*. 2025 Jun 26;17(6):e86820. doi: 10.7759/cureus.86820
16. Melgaard D, Westergren A, Skrubbeltrang C, Smithard D. Interventions for Nursing Home Residents with Dysphagia—A Scoping Review. *Geriatrics*. 2021; 6(2):55. doi: 10.3390/geriatrics6020055
17. Garavelli F, Ghelfi AM, Kilstein JG. Utilidad del score NIHSS como predictor de complicaciones intrahospitalarias no neurológicas en ictus isquémico. *Med Clin (Barc)*. 2021 Nov 12;157(9):434-7. doi:10.1016/j.medcli.2020.07.034.
18. Clave Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Glosa; 2011.
19. Calvo Izaguerri R, Rodríguez Delgado C, López Vicente AM, Ruiz Contreras E, López Blanco A, Torres Zamorano F. Análisis sistemático de las intervenciones de Enfermería en adultos mayores con disfagia orofaríngea. *Ocronos* [Internet]. 2025;8(8):834 [citado 10 nov 2025]. Disponible en: <https://revistamedica.com/analisis-intervenciones-enfermeria-mayores-disfagia-orofaringea/>
20. Gabriela-Zulueta M, Ferreira ML, Rainieri MD, Freijo MS, Chaves CA, Sosa R, et al. Abordaje dietético de la disfagia orofaríngea en establecimientos de salud públicos y privados de la República Argentina, año 2021: estudio exploratorio. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [Internet]. 2023 Mar [citado 10 nov 2025];27(1):63-71. Epub 2024 Apr 01. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452023000100007&lng=es
21. Mondéjar JC, Jiménez J, Ordóñez J, Caparrós T, García A, Ortiz C, López J, Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC. Complicaciones gastrointestinales de la nutrición enteral en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 2001 Apr;25(4):152-60. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-complicaciones-gastrointestinales-nutricion-enteral-el-articulo-13013585>

Anexo

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE. V2.

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DISFAGIA MEDIANTE TEST MECV-V EN PACIENTES NEUROLÓGICOS AGUDOS: ESTUDIO PROSPECTIVO

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 1090/2015 de 4 de diciembre y el Reglamento Europeo 536/2014 de 16 de abril, por los que se regulan los ensayos clínicos.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Descripción del estudio:

El objetivo del estudio es describir la aplicación de un protocolo de disfagia para el paciente neurológico agudo, que permite realizar un diagnóstico precoz a través del test MECV-V y adaptar de forma personalizada el tipo de alimentación y dieta para reducir el número de complicaciones relacionadas con la alimentación y mejorar su pronóstico.

El test MECV-V recoge la alteración de los parámetros de seguridad (cambio del tono de voz, tos durante o tras la ingesta o bajada de oxígeno en sangre. Se realiza con el paciente en sedestación y se administran bolos alimentarios de diferentes viscosidades (líquidos finos, néctar y pudding) a volúmenes crecientes (5,10 y 20 ml) que se preparan mezclando agua y espesante. La exploración se inicia a viscosidad néctar y se observa si aparece algún parámetro de seguridad alterado. En caso afirmativo, se continúa la exploración con la viscosidad pudding y si ésta no está alterada, puede procederse a la administración de líquidos finos.

Esta intervención se realiza en todos los pacientes ingresados en la Unidad de Neurociencias e Ictus de forma habitual por sus enfermeras.

Para el estudio de las variables, se tendrá en cuenta el registro en Historia Clínica de la evolución de su disfagia, si es que la tuviera a consecuencia de alguna enfermedad neurológica.

Debe saber que su **participación es totalmente gratuita**, debe saber además que el promotor del estudio son los profesionales de enfermería de la Unidad donde está ingresado y en cualquier momento es libre, por propia voluntad, de abandonar el estudio sin ningún tipo de perjuicio en su cuidado, ya que es **totalmente voluntario**. Es usted libre de rechazar colaborar en este estudio.

Todos los datos se mantendrán estrictamente confidenciales, incluso si hay una transferencia de datos a países no seguros, en este caso se hará siempre bajo condiciones contractuales que garanticen la protección de los sujetos participantes cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Además de los derechos que ya conoce (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase a:

María del Carmen Aparicio Lara

mariadelcarmen.aparicio@salud.madrid.org

No quedará ningún registro personal, ya que sólo se tomarán datos de su Historia Clínica Electrónica del Hospital.

Los resultados del estudio no identificarán a ningún individuo, pero pueden ser presentados en reuniones científicas o publicarse en revistas científicas. Los investigadores conservarán todos los registros relacionados con el estudio en un lugar seguro, durante un período de tiempo de 5 años tras la finalización del estudio, según la legislación actual.

Al firmar este consentimiento por duplicado autorizo la recopilación, uso y divulgación de los datos recogidos.

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DISFAGIA MEDIANTE TEST MECV-V EN PACIENTES NEUROLÓGICOS AGUDOS: ESTUDIO PROSPECTIVO

Yo, en calidad de paciente _____.

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con _____.

(Nombre y apellidos del participante)

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Revocando este consentimiento.
- Sin que ello repercuta en mi actividad profesional.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Yo, en calidad de representante del paciente _____.

- He leído la hoja de información que se me ha entregado. ▪
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con _____.

(Nombre y apellidos del participante)

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Revocando este consentimiento.
- Sin que ello repercuta en mi actividad profesional.
- *Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.*

Firma del participante

Firma del investigador

En....., a..... de.

de 20....

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

(Nombre y apellidos del participante)

En este momento con mi firma, revoco el consentimiento que anteriormente había prestado.

Firma del participante

Firma del investigador

En....., a de

de 20

Original

Neoplasias no definatorias de SIDA asociadas a la infección por VIH. Experiencia en una cohorte del Hospital Universitario de la Princesa

Marta Bustamante Vega^a

^a Facultativo especialista Medicina Interna, Servicio Urgencias, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Recibido el 10 de diciembre de 2025. Aceptado el 12 de diciembre de 2025.

Disponible en Internet el 18 de diciembre de 2025.

Resumen

Introducción: la terapia antirretroviral ha disminuido la morbimortalidad en pacientes con VIH, especialmente por causas relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), lo que ha puesto de manifiesto que las causas de morbimortalidad han cambiado, aumentando las asociadas a enfermedades crónicas relacionadas con la edad, apareciendo el concepto de “tumores no definatorios de SIDA” (TNDS).

Objetivos: estimar la prevalencia e incidencia de los TNDS en una cohorte de pacientes con infección por VIH, y describir las características clínicas y la mortalidad de estas neoplasias. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en una cohorte de 412 pacientes con VIH. Se incluyeron pacientes diagnosticados de TNDS entre 2017-2020. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, inmunológicas y virológicas de los pacientes con TNDS y se estimó la prevalencia y la incidencia. **Resultados:** la prevalencia global de tumores entre 2017-2020 fue de 5,9% siendo mayor la proporción de TNDS que de TDS (86,9% VS 13,1%), coincidiendo con un aumento de incidencia de los TNDS (1291 por cada 100.000 pacientes-año) y un descenso de la incidencia de los TDS (194 por cada 100.000 pacientes año). El TNDS más prevalente ha sido el cáncer anal en estadio precoz. La causa de mortalidad más frecuente (50,5%) ha sido TNDS. **Conclusiones:** la incidencia de TNDS es ligeramente mayor de lo descrito en otros registros. La neoplasia con mayor incidencia fue el carcinoma escamoso anal debido a la alta prevalencia de hombres que tienen sexo con hombres en nuestra cohorte. Los TNDS fueron la primera causa de mortalidad.

Palabras clave: VIH; tumores no definatorios de SIDA; neoplasias; incidencia; mortalidad.

Abstract

Introduction: Antiretroviral therapy has reduced morbidity and mortality in HIV-positive patients, especially from causes related to acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). This has highlighted a shift in the causes of morbidity and mortality, with an increase in those associated with age-related chronic diseases, leading to the emergence of the concept of "non-AIDS-defining tumors" (NATs). **Objectives:** To estimate the prevalence and incidence of NATs in a cohort of HIV-positive patients and to describe the clinical characteristics and mortality of these neoplasms. **Methods:** An observational, descriptive, and retrospective study was conducted in a cohort of 412 HIV-positive patients. Patients diagnosed with NATs between 2017 and 2020 were included. Demographic, clinical, laboratory, immunological, and virological variables were collected from patients with NATs, and prevalence and incidence were estimated. **Results:** The overall prevalence of tumors between 2017 and 2020 was 5.9%, with a higher proportion of non-surgical squamous cell carcinomas (NSCs) than non-surgical cancers (NCCs) (86.9% vs. 13.1%). This coincided with an increase in the incidence of NSCs (1291 per 100,000 patient-years) and a decrease in the incidence of NCCs (194 per 100,000 patient-years). The most prevalent NSC was early-stage anal cancer. The most frequent cause of death (50.5%) was NSCs. **Conclusions:** The incidence of NSCs is slightly higher than that reported in other registries. The most frequent neoplasm was anal squamous cell carcinoma due to the high prevalence of men who have sex with men in our cohort. NSCs were the leading cause of death.

Keywords: HIV; non-AIDS-defining tumors; neoplasms; incidence; mortality.

La infección por VIH se asocia a un mayor riesgo de desarrollar algunos tumores llamados oportunistas o tumores definitorios de sida (TDS). Se consideran como tales el sarcoma de Kaposi (SK), los linfomas no Hodgkin (LNH) (linfoma cerebral primario, linfoma tipo Burkitt, inmunoblásticos,...) y desde 1993 el carcinoma de cérvix. Tras la introducción del TAR ha disminuido drásticamente la morbimortalidad asociada a la infección por VIH gracias a la disminución de eventos definitorios (infecciones oportunistas y TDS)¹. El aumento de la supervivencia y el envejecimiento de esta población parece haber traído como consecuencia la aparición de otras comorbilidades y causas de mortalidad más similares a las de la población general (enfermedades cardiovasculares y cáncer) surgiendo el concepto de tumores no definitorios de sida (TNDS)^{1,2}. Se trata de un grupo muy heterogéneo y cuya incidencia está aumentando. La etiopatogenia no queda del todo clara, se especula fundamentalmente con la mayor presencia de hábitos tóxicos y de virus oncogénicos (VPH, VHB, VHC y VEB) respecto a la población general. Se ha descrito que pueden aparecer en edades más tempranas, en estadios más avanzados, con un crecimiento más rápido y recidivante; lo que condiciona un peor pronóstico que en la población general². Actualmente los TNDS son la primera causa de mortalidad en países de alta renta².

Los principales objetivos de este estudio son determinar la prevalencia, incidencia y mortalidad de los TNDS en una cohorte de pacientes con infección por VIH del Hospital Universitario de la Princesa (HUP) y describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes.

Métodos

Diseño y escenario

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Participantes

Cohorte de 412 pacientes con infección por VIH del Hospital Universitario de la Princesa. Se revisaron todos los pacientes que fueron diagnosticados de un TNDS durante el periodo comprendido entre 2017 y 2020. En este periodo, 25 pacientes abandonaron el seguimiento por lo que finalmente se revisaron 387 pacientes.

Instrumentos y medidas

Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, inmunológicas y virológicas de los pacientes con TNDS y se estimaron la incidencia y prevalencia de estas neoplasias. Se consideraron TDS el sarcoma de Kaposi, los linfomas no hodgkianos (LNH) y el carcinoma cervical invasivo. Se consideraron TNDS el resto de las neoplasias malignas no citadas previamente. Como referencia temporal diagnóstica se recogió la fecha de la anatomía patológica del tumor.

Procedimientos de evaluación

Se recogieron intensidad sintomática, frecuencia y duración de los episodios, estrés percibido con escala numérica y calidad de vida específica mediante cuestionario validado en español para dispepsia o calidad de vida gastrointestinal, con exploración física orientada a postura, movilidad cervicodorsal, respuesta cutánea y hallazgos somáticos relacionados. Para calidad de vida se utilizaron instrumentos validados en español en este campo, como el DRHS y la versión española del GIQLI en función de disponibilidad práctica^{9,10}.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se ha realizado con SPSS-versión-21.0. Se calculó la frecuencia y porcentaje de las categorías de las variables cualitativas. En las variables cuantitativas se ofrece la media y la desviación típica. En las variables analíticas, además de la media se ofrecen los valores mínimo y máximo.

Aspectos éticos

El tratamiento de la información se ajustó a la Ley 41/2002, a la Ley Orgánica 3/2018 y al Reglamento (UE) 2016/679, garantizando confidencialidad, minimización de datos y acceso restringido únicamente al equipo investigador. Los datos fueron utilizados exclusivamente con fines científicos, mediante procedimientos de seudonimización que impidieron la identificación directa de los participantes. Los resultados se presentan de forma agregada, preservando en todo momento la privacidad y los derechos de los pacientes afectados siempre.

Resultados

Se revisaron 412 pacientes, de los cuales 25 abandonaron el seguimiento en el Hospital de la Princesa durante el periodo del estudio (2017-2020), 13 de los cuales han alegado cambio de comunidad autónoma el último año por la pandemia covid-19. Así pues, se analizaron un total de 387 pacientes, en los que se calculó la prevalencia, incidencia y mortalidad de los TNDS.

Se estudiaron un total de 387 pacientes con infección por VIH, describiéndose sus características basales en la tabla 1. El 84% de la muestra eran hombres, con edad media actual de 54 años (Dt = 11), diagnosticados de infección por VIH con 36 años de media (Dt = 10) y con inicio del tratamiento antirretroviral a los 38 años de media (Dt = 10). El tiempo de seguimiento medio de esta cohorte fue de 18 años (tiempo mínimo 1 año, máximo 36, Dt = 8,3). La vía de adquisición mayoritaria fue la sexual (83%), concretamente hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (57,4%). El 28% habían tenido enfermedades definitorias de SIDA. El 40% eran fumadores activos y el 32% presentaban algún otro factor de riesgo cardiovascular (FRCV) como hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y diabetes; habiéndose documentado únicamente eventos cardiovasculares en 11 pacientes (2,6%). El 12% estaban coinfectados por VHC. El 100% de los pacientes

recibía TAR y la mayoría tenía un buen control inmunoviroológico de la infección por VIH (CD4 medios de 757/mm³ y CVP < 50 copias/ml en más del 92%).

La prevalencia global de neoplasias en esta cohorte fue del 16,8%, siendo la prevalencia de TNDS del 9,3% y de TDS del 7,5%. En la tabla 2 se recogen las características de los pacientes según la presencia o no de neoplasia. Los pacientes con TNDS habían sido diagnosticados de más eventos SIDA que los que no tenían neoplasias (38,9% vs 22,2% respectivamente), su nadir de CD4 era significativamente menor (media de 191/mm³ vs 306/mm³ respectivamente) y su mortalidad durante el seguimiento fue mayor (25% vs 1,6% respectivamente).

Tabla 3. Características basales

	Estadístico
Sexo	
Hombres n (%)	323 (83,5)
Mujeres n (%)	64 (16,5)
Edad actual M (Dt)	54 (11,0)
Edad diagnóstico M (Dt)	36 (10,0)
Edad inicio TAR M (Dt)	38 (10,0)
Procedencia	Estadístico
Europa n (%)	306 (79,8)
<i>España n (%)</i>	<i>294 (76,0)</i>
América n (%)	77 (19,1)
África n (%)	4 (1,0)
Vía de transmisión	Estadístico
Parenteral (consumo drogas) n (%)	36 (9,3)
Homosexualidad hombres n (%)	222 (57,4)
Heterosexualidad n (%)	97 (25,1)
Transfusión n (%)	1 (0,3)
Desconocido n (%)	31 (8,0)
SIDA (comorbilidades)	Estadístico
FRCV n (%)	125 (32,3)
<i>Evento cardiovascular n (%)</i>	<i>11 (2,6)</i>
Renal n (%)	6 (1,4)
Pulmonar n (%)	14 (3,4)
Psiquiátrica n (%)	44 (11,4)
Hábitos tóxicos	Estadístico
Tabaco n (%)	155 (40,0)
Alcohol n (%)	27 (7,0)
Coinfección VIH	46 (11,9)
Variables analíticas	Estadístico
CD4/mm ³ al diagnóstico VIH M (mín, máx)	387 (2, 1734)
CD4/mm ³ nadir M (mín, máx)	288 (2, 1204)
CD4/mm ³ última revisión M (mín, máx)	757 (54, 2400)
CVP < 50 copias última revisión n (%)	357 (92,2)
CVP < 20 copias última revisión n (%)	331 (85,5)
Fracaso virológico n (%)	35 (9,0)
Buena adherencia TAR n (%)	368 (95,1)

n: frecuencia; %: porcentaje; M: media; Dt: desviación típica; mín: mínimo; máx: máximo; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; CD4: linfocitos T CD4; VIH: virus inmunodeficiencia humana; VHC: virus hepatitis C; SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; TAR: tratamiento antirretroviral; CVP: carga viral plasmática

Un total de 23 pacientes fueron diagnosticados de un tumor durante el periodo de seguimiento (2017-2020), siendo la prevalencia global de eventos neoplásicos durante este periodo del 5,94% (23/387 pacientes), 5,17% (20/387 pacientes) de TNDS y 0,77% (3/387 pacientes) de TDS. La incidencia anual de neoplasias fue de 1485 por cada 100.000 pacientes/año: 1291 por cada 100.000 pacientes/año de TNDS y 194 por cada 100.000 pacientes-año de TDS.

La mortalidad global (ver tabla 2) fue de un total de 15 pacientes (3,87%): 6 (40%) por causas no tumorales (2 cirrosis, 1 suicidio, 1 demencia, 1 evento cardiovascular, 1 Covid-19) y 9 (60%) como consecuencia directa

o indirecta (sepsis tras administración de quimioterapia) de un proceso oncológico. De estos 9 pacientes, 8 estaban diagnosticados de un TNDS y 1 de un TDS.

Tabla 4. Características de los pacientes según la presencia de neoplasia

	Total	Sin neoplasia	TNDS	TDS
Total	387 (100,0)	318 (82,2)	40 (10,3)	29 (7,5)
Hombres n (%)	323 (85,5)	264 (83)	37 (91,7)	25 (89,3)
Mujeres n (%)	64 (15,5)	54 (17)	3 (8,3)	4 (10,7)
Procedencia				
Europa n (%)	306 (79,0)	243 (76,4)	35 (50,7)	28 (54,9)
España n (%)	286 (73,4)	235 (73,9)	29 (42,0)	22 (43,1)
América n (%)	77 (19,9)	71 (22,3)	5 (7,3)	1 (2,0)
África n (%)	4 (1,0)	4 (1,3)	0	0
Vía de transmisión				
Parenteral (consumo drogas) n (%)	36 (9,3)	30 (9,4)	5 (12,5)	1 (3,4)
Homosexualidad hombres n (%)	222 (57,4)	186 (58,5)	21 (52,5)	15 (51,7)
Heterosexualidad n (%)	97 (25,1)	78 (24,5)	8 (20,0)	11 (37,9)
Transfusión n (%)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)
Desconocido n (%)	31 (8,0)	24 (7,6)	5 (12,5)	1 (3,4)
SIDA (comorbilidades)				
FRCV n (%)	125 (32,3)	99 (31,8)	14 (38,9)	9 (32,1)
Evento cardiovascular n (%)	11 (2,6)	8 (2,6)	2 (5,6)	1 (3,6)
Renal n (%)	6 (1,4)	3 (1)	3 (8,3)	0 (0,0)
Pulmonar n (%)	14 (3,4)	10 (3,2)	0 (0,0)	1 (3,6)
Psiquiátrica n (%)	44 (11,4)	35 (11,3)	6 (16,7)	1 (3,6)
Hábitos tóxicos				
Tabaco n (%)	155 (40,0)	54 (17,4)	20 (55,5)	4 (14,3)
Alcohol n (%)	27 (7,0)	20 (6,4)	6 (16,6)	1 (3,5)
Coinfección VIH n (%)	46 (11,2)	39 (12,5)	3 (8,3)	3 (10,7)
Variables analíticas				
CD4/mm ³ al diagnóstico VIH M (mín, máx)	387 (2, 1734)	414 (2, 1737)	259 (2, 964)	232 (14, 913)
CD4/mm ³ nadir M (mín, máx)	288 (2, 1204)	306 (2, 1202)	191 (2, 571)	224 (21, 603)
CD4/mm ³ al diagnóstico neoplasia M (mín, máx)	-	-	451 (98, 1200)	160 (28, 356)
CD4/mm ³ última revisión M (mín, máx)	757 (54, 2400)	787 (54, 2400)	588 (90, 1356)	682 (147, 1237)
CVP < 50 copias última revisión n (%)	357 (92,2)	287 (92,2)	35 (97,2)	25 (89,3)
CVP < 20 copias última revisión n (%)	331 (85,5)	270 (86,8)	30 (83,3)	21 (75,0)
Mortalidad global n (%)	15 (3,9)	5 (1,6)	9 (25,0)	1 (3,5)
Tumoral n (%)	9 (60%)	-	8 (89%)	1 (100%)
No tumoral n (%)	6 (40%)	5 (100)	1 (11%)	-

n: frecuencia; %: porcentaje; M: media; mín: mínimo; máx: máximo; TNDS: tumores no definitorios de SIDA; TDS: tumores definitorios de SIDA; SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; VIH: virus inmunodeficiencia humana; CD4: linfocitos T CD4; TAR: tratamiento antirretroviral; CVP: carga viral plasmática

En la tabla 3 se especifican las características clínicas e inmunoviroológicas por cada tipo de neoplasia, así como su prevalencia, incidencia y mortalidad durante el periodo del estudio. De los 23 pacientes, sólo 3 fueron diagnosticados de un tumor definitorio de sida (Linfoma No Hodgkin), mientras que los otros 20 fueron diagnosticados de TNDS, curiosamente 2 de ellos ya habían sobrevivido a un TDS (LNH) siendo el evento neoplásico actualmente descrito su segunda neoplasia. La neoplasia con mayor incidencia fue el carcinoma escamoso anal (incidencia de 258 pacientes/año). En segundo lugar figuran las neoplasias pulmonares, linfomas no hodgkianos y tumores cutáneos no melanocíticos (incidencia de 194 pacientes/año cada una de ellas). Se ha de señalar que en esta tabla 3 sólo figuran tres *éxitus* y la razón es que esta tabla hace referencia únicamente a los *éxitus* de las neoplasias diagnosticadas en el periodo del estudio y no antes.

Tabla 5. Incidencia, prevalencia, mortalidad y características analíticas por neoplasia durante el período de estudio (2017-2020)

Tipo de neoplasia	Total	2017-2020	Prevalencia (2017-2020)	Incidencia (2017-2020)	Tumor		Analíticas			CVP actual copias/ml	FV	Mortalidad (2017-2020)		
					Local	Avanzado	CD4/mm ³ dx nadir	CD4/mm ³ dx tumor	CD4/mm ³ actual			CVP inicial	n	%
Tumores no definitorios de SIDA														
Cutáneos no melanoma	5	3	7,7	194	3		301	196	763	270000	< 50	2		
Melanoma	1													
Cabeza y cuello	3	2	5,2	129	2	0	80	147	260	750000	< 50	0		
Ca pulmón	6	3	7,7	194	2	1	258	480	748	182600	< 50	0	1	33,0
Ca colorrectal	3	1	2,6	65	0	1	308	378	771	161000	< 50	1		
Ca escamoso anal	8	4	10,0	258	3	1	294	468	760	226000	< 50	4		
Ca esófago	1	1	2,6	65		1	450		938	189000	< 50	0	1	100,0
Hepatocarcinoma	2	2	5,2	129	2		270	568	754			0		
Colangio-carcinoma	1	1	2,6	65		1	20	20	260	260	< 50	0	1	100,0
Ca mama	2	1	2,6	65	1		270	1200	757	750000	< 50	0		
Linfoma Hodgkin	1													
Ca vesical	2													
Ca próstata	3	1	2,6	65	1		235	459	463	64000	< 50	0		
Meningioma	1	1	2,6	65	1		23		1144	780000	< 50	0		
Ca testicular	1													
TOTAL	40	20		1291	15	5								
Tumores definitorios de SIDA														
Linfoma no Hodgkin	10	3	7,7				289	200	755	108000	< 50	3		
Ca cérvix	3													
Sarcoma Kaposi	16													
TOTAL	29	3		194								3		
TOTAL	69	23		1485								10	3	13,0

n: frecuencia; %: porcentaje; CD4: linfocitos T CD4; dx: diagnóstico; CVP: carga viral plasmática; FV: fracaso virológico; Ca: antígenos de cáncer

Discusión

De los 387 pacientes revisados se han encontrado 69 eventos neoplásicos, de los cuales 23 han acontecido en el periodo 2017-2020. Por tanto, la prevalencia global es de 16,8% (9,3% de TNDS y 7,5% de TDS). Si nos centramos en el periodo del estudio, la prevalencia de tumores fue de 5,9% siendo significativamente mayor la proporción de TNDS que de TDS (86,9% Vs 13,1%), coincidiendo con un aumento de incidencia de los TNDS (1291 por cada 100.000 pacientes-año) y un descenso de la incidencia de los TDS (194 por cada 100.000 pacientes año). Este cambio epidemiológico concuerda con lo descrito en otras cohortes españolas 3,4 y europeas⁵. Si comparamos los resultados con los descritos en otras cohortes, quizás la incidencia de TNDS (1291 por cada 100.000 pacientes-año) es algo mayor que en otros estudios. En el registro de la CoRIS⁴ la incidencia de TNDS fue de 664 por cada 100.000 pacientes año y en un estudio más reciente³ fue de 974 por cada 100.000 pacientes-año. Una de las causas es que, en este estudio, a diferencia de los anteriores, sí que hemos incluido los tumores epidérmicos no melanocíticos. Otra razón puede ser que el periodo de nuestro estudio es posterior a los mencionados, entre 5 y 10 años aproximadamente, por lo que simplemente estemos observando que la incidencia sigue aumentando y aún no hemos alcanzado unas cifras definitivas que probablemente no alcanzaremos hasta que el total de la población infectada por VIH actualmente fallezca.

Las características de la población son similares a la de otros registros³⁻⁷: 84% hombres, de edad media actual de 54 años (Dt = 11), que tienen relaciones sexuales con hombres en su mayoría (57,4%), coinfectados con VHC un 12% y fumadores activos un 40%. El 100% de los pacientes recibía TAR y la mayoría tenía un buen control inmunoviroológico de la infección por VIH (CD4 medios de 757/mm³ y CVP < 50 copias/ml en más del 92%). No obstante, un 28% del global había presentado algún evento SIDA. Es necesario señalar, al igual que en otros estudios⁸, los pacientes con TNDS habían sido diagnosticados de más eventos SIDA que los que no tenían neoplasias (38,9% vs 22,2% respectivamente), su nadir de CD4 era significativamente menor (media de 191/mm³ vs 306/mm³ respectivamente) y su mortalidad durante el seguimiento fue mayor (25% vs 1,6% respectivamente).

La neoplasia con mayor incidencia fue el carcinoma escamoso anal (incidencia de 258 pacientes-año) debido a la alta presencia en el estudio de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)⁹. El cáncer de canal anal (CCA) es una neoplasia poco incidente en la población general (1,5 casos por 100.000 habitantes/año) al contrario que en la población VIH, y fundamentalmente HSH, que está en aumento habiéndose descrito diferentes desde 55 hasta 144 casos/100.000 pacientes/año. Esto se debe a que tienen una prevalencia muy alta de coinfección por virus potencialmente oncogénicos⁴ como el VPH, VHB, VHC y VEB cuyo control puede ser más deficiente dado el compromiso inmune existente. Es por este hecho que algunos autores dividen los TNDS en relacionados o no con infecciones virales¹⁰.

En segundo lugar figuran las neoplasias pulmonares, linfomas no hodgkianos y tumores cutáneos no melanocíticos (incidencia de 194 pacientes-año cada una de ellas). En el caso de las neoplasias pulmonares se trata del TNDS que más mortalidad asocia y parece que su mayor incidencia está relacionada tanto por la inmunosupresión crónica asociada al como por el patrón de hábito tabáquico (inicio a edades más tempranas, consumo más compulsivo, mayor dificultad para su abandono)¹¹. Respecto a los LNH, mantienen su incidencia estable pese a la introducción del TAR3 y su incidencia continúa siendo mayor que en la población general^{3,12}.

Por último, la mortalidad global asciende a 15 (3,87%): 6 (40%) por causas no tumorales, ninguna de ellas por infección oportunista, y 9 (60%) por causa tumoral. De estos 9 pacientes, 8 estaban diagnosticados de un TNDS y 1 de un TDS. De nuevo, estos datos concuerdan con otros registros³⁻⁵ y la mortalidad es menor a 1/1000 pacientes año, por lo que se cumplen los objetivos de calidad de las guías GeSIDA¹³.

Las principales limitaciones del estudio derivan de su diseño observacional, retrospectivo y unicéntrico, lo que limita la posibilidad de establecer relaciones causales y reduce la extrapolación de los hallazgos a otras cohortes con diferente perfil epidemiológico. Además, el número de pacientes diagnosticados de neoplasia durante el periodo analizado fue reducido, especialmente en algunos subtipos tumorales, lo que disminuye la solidez de las comparaciones. El uso de historias clínicas como fuente de información puede haber introducido sesgos por registros incompletos o heterogéneos. A ello se suma la pérdida de seguimiento de 25 pacientes, varios de ellos en el contexto de la pandemia, circunstancia que podría haber infraestimado la incidencia o la mortalidad reales. Finalmente, la inclusión de tumores cutáneos no melanocíticos dificulta la comparación

directa con otras series, ya que no todos los estudios aplican los mismos criterios diagnósticos y de clasificación.

Conclusiones

La neoplasia no definitiva de SIDA más prevalente en nuestro estudio ha sido el cáncer anal en estadio precoz. La causa de mortalidad más frecuente (50,5%) ha sido debido a TNDS.

Financiación

La autora no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Valencia Ortega ME. Tumores no definitorios de sida o el gigante dormido: actualización. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(5):319-27. doi: 10.1016/j.eimc.2012.03.015
2. Santos J, Valencia E, Panel de Expertos de GeSIDA. Guía de práctica clínica sobre los tumores no definitorios de sida e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 2014; 32(8), 515-22. doi: 10.1016/j.eimc.2014.04.008
3. Cañas-Ruano E, Martín-Castillo M, Raventós B, Burgos J, Curran A, Navarro J, et al. Incidencia de neoplasias en una cohorte española de pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(7):288-94. doi: 10.1016/j.medcli.2019.12.001
4. García-Abellán J, del Río L, García JA, Padilla S, Vivancos MJ, del Romero J, et al. Riesgo de cáncer en personas con VIH en España, 2004-2015. Estudio de la cohorte CoRIS. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;37(8):493-556. doi: 10.1016/j.eimc.2018.11.011
5. Vandenhende M-A, Roussillon C, Henard S, Morlat P, Oksenhendler E, Aumaitre H, et al. (2015) Cancer-Related Causes of Death among HIV- Infected Patients in France in 2010: Evolution since 2000. *PLoS ONE* 10(6): e0129550. doi:10.1371/journal.pone.0129550
6. Billa O, Chalouni M, Salmon D, Poizot-Martin I, Gilbert C, Katlama C, et al. (2018) Factors associated with non- AIDS-defining cancers and non HCV-liver related cancers in HIV/HCV-coinfected patients- ANRS-CO13 HEPAVIH cohort. *PLoS ONE* 13(12): e0208657. doi: 10.1371/journal.pone.0208657
7. Chichetto NE, Polanka BM, So-Armah KA, Sung M, Stewart JC, Koethe JR, et al. Contribution of Behavioral Health Factors to Non-AIDS-Related Comorbidities: an Updated Review. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2020 Aug;17(4):354-372. doi: 10.1007/s11904-020-00498-y. PMID: 32314325; PMCID: PMC7363585
8. Reekie J, Kosa C, Engsig F, Monforte Ad, Wiercinska-Drapalo A, Domingo P, et al. Relationship between current level of immunodeficiency and non-acquired immunodeficiency syndrome-defining malignancies. *Cancer*. 2010 Nov 15;116(22):5306-15. doi: 10.1002/cncr.25311. PMID: 20661911.
9. D'Souza G, Wiley DJ, Li X, Chmiel JS, Margolick JB, Cranston RD, et al. Incidence and epidemiology of anal cancer in the multicenter AIDS cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008 Aug 1;48(4):491-9. doi: 10.1097/QAI.0b013e31817aebfe. PMID: 18614927; PMCID: PMC3991563.
10. Yarchoan R, Uldrick TS. HIV-Associated Cancers and Related Diseases. *N Engl J Med*. 2018 Mar 15;378(11):1029-1041. doi: 10.1056/NEJMra1615896. PMID: 29539283; PMCID: PMC6890231.
11. Sigel K, Wisnivesky J, Crothers K, Gordon K, Brown ST, Rimland D, et al. Immunological and infectious risk factors for lung cancer in US veterans with HIV: a longitudinal cohort study. *Lancet HIV*. 2017 Feb;4(2):e67-e73. doi: 10.1016/S2352-3018(16)30215-6. Epub 2016 Dec 2. PMID: 27916584; PMCID: PMC5444465.
12. Chirlaque MD, Salmerón D, Galceran J, Ameijide A, Mateos A, Torrella A, et al. Cancer survival in adult patients in Spain. Results from nine population-based cancer registries. *Clin Transl Oncol*. 2018 Feb;20(2):201-211. doi: 10.1007/s12094-017-1710-6. Epub 2017 Jul 17. PMID: 28718071.
13. Von Wichmann MA, Locutura J, Blanco JR, Riera M, Suárez-Lozano I, Saura RM, et al. Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida. *Enferm Infecc Microbiol Clín*. 2010;28(S5):1-88. doi: 10.1016/S0213-005X(10)70048-3

Tendencias de Enfermería

De la construcción del rol profesional a la crisis silenciosa: una revisión narrativa de la metamorfosis en la educación superior chilena (2011-2026)

Olga Carmelita González Mesa^a

a Profesora titular Facultad de Psicología, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

Recibido el 17 de enero de 2026. Aceptado el 5 de febrero de 2026.

Disponible en Internet el 28 de febrero de 2026.

Resumen

Introducción: el presente artículo ofrece una revisión narrativa que actualiza y profundiza la investigación doctoral sobre el Modelo Formativo y la construcción del Rol Profesional en la educación superior chilena. **Objetivos:** examinar el tránsito desde una brecha de competencias y una identidad estudiantil pasiva — identificada originalmente en 2011— hacia una "metamorfosis ontológica" del sistema analizando el periodo 2011-2026. **Métodos:** se ha aplicado una metodología de Scoping Review. **Resultados:** se evidencia cómo la promulgación de la Ley 21.091 y la irrupción de la Inteligencia Artificial han reconfigurado el escenario, desplazando la tensión pedagógica hacia una crisis de salud mental y cuestionando la viabilidad de los modelos de evaluación tradicionales. **Conclusión:** pese a la robustez regulatoria actual, persiste una desconexión sistémica que exige un nuevo pacto educativo.

Palabras clave: Educación Superior; Rol Profesional; Ley 21.091; Inteligencia Artificial; Salud Mental; Scoping Review.

Abstract

Introduction: This article offers a narrative review that updates and expands upon doctoral research on the Educational Model and the construction of the Professional Role in Chilean higher education. **Objectives:** To examine the transition from a skills gap and a passive student identity—originally identified in 2011—toward an "ontological metamorphosis" of the system by analyzing the period 2011–2026. **Methods:** A Scoping Review methodology was applied. **Results:** The article demonstrates how the enactment of Law 21.091 and the emergence of Artificial Intelligence have reconfigured the landscape, shifting the pedagogical tension toward a mental health crisis and questioning the viability of traditional assessment models. **Conclusion:** Despite current regulatory robustness, a systemic disconnect persists, demanding a new educational pact.

Keywords: Higher Education; Professional Role; Law 21.091; Artificial Intelligence; Mental Health; Scoping Review.

Introducción

La evolución de una promesa inconclusa

Hace quince años, la investigación doctoral titulada "El Modelo Formativo como concreción de la construcción del Rol Profesional"¹ diagnosticó una tensión crítica en la educación superior: la discrepancia entre las promesas de los Perfiles de Egreso —basados en competencias y autonomía— y una realidad áulica que perpetuaba al estudiante en un rol pasivo y dependiente¹. En aquel entonces, el desafío radicaba en transitar de un "rol de alumno" a un "Rol Profesional" dentro de un modelo pedagógico declarado pero no operativizado.

Observando el panorama desde la atalaya actual, el sistema de educación superior chileno presenta una fisonomía radicalmente distinta. No nos enfrentamos simplemente a una evolución lineal de indicadores, sino a una "metamorfosis estructural y subjetiva"². Si en 2011 la preocupación era la coherencia pedagógica, hoy la crisis es ontológica: ¿qué significa formar profesionales cuando la Inteligencia Artificial (IA) desafía los fundamentos de la evaluación cognitiva y una crisis de salud mental pone en jaque el rendimiento académico como medida de éxito?². Este artículo sistematiza esta transformación mediante una revisión narrativa que integra la evidencia original con los nuevos escenarios regulatorios y tecnológicos.

Métodos

Para abordar la naturaleza multifacética de esta evolución, se ha transitado desde el diseño de Teoría Fundamentada utilizado en 2011 hacia una metodología de Scoping Review (Revisión de Alcance). Siguiendo el marco de Arksey y O'Malley³ y las actualizaciones de Tricco et al.⁴, esta aproximación permitió "mapear" la amplitud de un campo donde las definiciones y límites conceptuales son difusos².

La revisión integra fuentes dispares: desde el análisis documental de perfiles de egreso y entrevistas en profundidad de la tesis original, hasta el análisis de nuevas normativas como la Ley 21.091, informes técnicos de organismos públicos y literatura reciente sobre salud mental y tecnologías emergentes².

Resultados y discusión

Extracción de datos

La arquitectura regulatoria: de la desregulación a la sobrecarga

En 2011, el sistema navegaba bajo una lógica de mercado con una acreditación voluntaria que a menudo se percibía como un fin burocrático más que pedagógico¹. El análisis longitudinal revela que el sistema se ha vuelto más robusto y transparente gracias a la Ley 21.091 sobre Educación Superior.

Sin embargo, esta estructura ha generado nuevas tensiones. Se ha pasado de una "desregulación de mercado" a una fiscalización centralizada por la Superintendencia de Educación Superior (SES). Si bien esto garantiza la fe pública y la estabilidad financiera, ha desplazado el foco: la acreditación, que en 2011 era una aspiración de calidad, hoy es integral y obligatoria, exigiendo bidireccionalidad e impacto medible en la Vinculación con el Medio². La paradoja persiste: la estructura se ha fortalecido, pero la experiencia formativa en el aula sigue mostrando fracturas.

La subjetividad del estudiante: del "oficio de alumno" a la crisis de salud mental

La tesis de 2011 identificó que los estudiantes no se autodefinían como "profesionales en formación", sino que mantenían una identidad pasiva, ratificada por prácticas docentes tradicionales¹. Quince años después, esta pasividad ha mutado hacia una fragilidad sistémica.

La evidencia actual, respaldada por informes del Ministerio de Salud⁵, indica que nos enfrentamos a una crisis de salud mental sin precedentes. El "rendimiento académico" como única medida de éxito ha quedado obsoleto frente a una realidad estudiantil marcada por la ansiedad y la incertidumbre. La construcción del Rol Profesional ya no solo implica competencias técnicas (saber hacer), sino el desarrollo de "metacompetencias" emocionales y adaptativas que el currículum tradicional no logra contener².

La brecha de competencias y la disrupción tecnológica

Originalmente, se abogaba por competencias basadas en los proyectos DeSeCo y Tuning para fomentar la autonomía¹. Hoy, la "ilusión de la pertinencia" se ve desafiada por factores externos no previstos. La irrupción de la Inteligencia Artificial ha cuestionado los fundamentos mismos de la evaluación cognitiva y la producción de conocimiento académico⁶.

La brecha ya no es solo entre lo que la universidad enseña y lo que la empresa pide; es una brecha epistemológica sobre qué constituye el aprendizaje auténtico en un mundo donde la IA puede simular competencias cognitivas complejas. El modelo formativo, que en 2011 fallaba en su implementación orgánica, hoy corre el riesgo de volverse irrelevante si no integra la alfabetización digital crítica y la ética tecnológica como ejes transversales².

Conclusiones

Al concluir este análisis longitudinal (2011-2026), es evidente que la educación superior chilena ha recorrido un largo camino desde las preocupaciones iniciales sobre la coherencia curricular. Se ha construido un sistema más regulado y transparente, pero se enfrenta a una "crisis silenciosa" que afecta la subjetividad de sus actores.

La construcción del Rol Profesional, categoría central de nuestro estudio, requiere hoy una relectura urgente. Ya no basta con alinear el discurso institucional con la práctica docente; es necesario un Nuevo Pacto Educativo que:

1. Supere la tecnocracia de la acreditación para centrarse en la experiencia vital del estudiante.
2. Incorpore la salud mental como una dimensión estructural de la calidad y no como un servicio periférico.
3. Replantee la evaluación de competencias ante la omnipresencia de la IA, valorando la creatividad humana y el pensamiento crítico ético.

La metamorfosis del sistema exige dejar de mirar la educación superior solo como una fábrica de capital humano avanzado para entenderla como un espacio de construcción de sujetos complejos en un entorno de incertidumbre radical.

Financiación

La autora no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. González Mesa OC. El modelo formativo como concreción de la construcción del rol profesional, declarado en los perfiles de egreso en una institución de nivel superior [tesis doctoral]. Universidad de Aconcagua; 2011.
2. González Mesa OC. La metamorfosis estructural y subjetiva de la educación superior chilena (2011-2026): la arquitectura de una crisis silenciosa y la necesidad de una reconceptualización. Revisión narrativa. 2026.
3. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19-32. doi:10.1080/1364557032000119616.
4. 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.
5. Ministerio de Salud. Primer diagnóstico de la salud mental en la educación superior chilena. Gobierno de Chile; 2022.
6. Universidad de Chile. Encuesta única de admisión 2025: uso de inteligencia artificial en estudiantes de primer año. Dirección de Análisis Institucional; 2025.

© Sociedad Científica Sanitaria Europea para la Investigación, Divulgación, Solidaridad y Formación, 2025

SOCISAEU-IDSF

© 2025, de la edición, Tendencias de Enfermería

Calle Pedro García Villalba, 79, La Alberca (Murcia, España)

Teléfono: 650 16 12 52

Revista digital: <https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Primera edición: 2025. Última edición: 2025.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

Tendencias de Enfermería, Volumen 1, Número 4 Noviembre-Diciembre 2025

Tendencias de Enfermería es una revista científica de enfermería cuya misión es servir de instrumento de comunicación de la actividad de los profesionales de esta disciplina, incluidos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, en los campos de la investigación, los cuidados, la asistencia, la gestión y la docencia. Dado el carácter multidisciplinar de los cuidados, la asistencia y la investigación en enfermería *Tendencia de Enfermería* es un medio de divulgación abierto a la participación de otros profesionales de las ciencias de la salud cuya actividad sea aplicable a la enfermería.

Los objetivos de *Tendencias de Enfermería* son promover la investigación de los profesionales de enfermería y disciplinas aliadas, difundir la evidencia de los cuidados basada en la práctica clínica de acuerdo con la estrategia EBE (Enfermería Basada en la Evidencia), la investigación original y la síntesis de dicha evidencia, así como divulgar la experiencia de las enfermeras en la asistencia, la gestión y la docencia.

La revista *Tendencias de Enfermería* es una revista con sistema de revisión por pares que acepta artículos originales en los que se realiza la comunicación de los resultados de una investigación cuantitativa, cualitativa o mixta. También se aceptan revisiones narrativas, sistemáticas, incluidos los metaanálisis, scoping reviews, así como planes de cuidados de enfermería y síntesis de la EBE a partir de la revisión de guías de práctica clínica que contribuyan a una mejora en la toma de decisiones clínicas. Esta revista acepta artículos que son una adaptación a las normas de la revista de trabajos académicos o de partes de ellos, como trabajos fin de grado (TFG), trabajos fin de máster (TFM) y tesis doctorales. Por último, se admiten cartas al director.