

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 2, Número 8 Julio-Agosto 2026



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

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 2, Número 8 Julio-Agosto 2026

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

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

© 2026, 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: 2026.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

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

Tendencias de Enfermería, Volumen 2, Número 8 Julio-Agosto 2026

DOI: 10.56533/NQYR1179

URL: <https://doi.org/10.56533/NQYR1179>

Directora:

Isabel Rosa Galera Pérez

Editor:

SOCISAEU-IDSF

Corrección de estilo y maquetación:

Alberto Sanz Armenteros

Comité Científico Editorial

Isabel Rosa Galera Pérez

Enfermera

Hospital General Universitario Morales Meseguer

Murcia, España

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

Mario William Renny

Fisioterapeuta y Osteópata

Actividad privada

Murcia, España

María Ester Sistach Leal

Enfermera

Hospital Clínico de Barcelona

Barcelona, España

Tamar Blanca Serrano

Farmacéutica

Actividad privada

Málaga, España

Índice

Editorial.....	11
Carta a la Directora El alta no termina con una receta: conciliación de la medicación y seguridad del paciente	
Antonio Fernández Lara	13
Características clínicas preoperatorias y evolución intrahospitalaria de pacientes intervenidos de urgencia por aneurisma de aorta ascendente: estudio descriptivo retrospectivo	
Alberto Ortega Cruz.....	15
Efectividad de la educación enfermera en la prevención de exacerbaciones y reingresos en pacientes con asma: revisión sistemática	
Cristina Serrano Serrano	23

Editorial

Delirium hospitalario: cuando mantener la orientación también forma parte del cuidado

Una persona mayor ingresa en el hospital consciente, orientada y capaz de mantener una conversación normal. Dos días después intenta levantarse de la cama durante la noche porque cree encontrarse en su domicilio. No reconoce la habitación, se muestra inquieta, rechaza la medicación y pregunta repetidamente por familiares que no están presentes. En otro paciente ocurre algo muy distinto: apenas habla, duerme buena parte del día, come poco y parece simplemente cansado. Ambas situaciones pueden corresponder a una misma complicación: el delirium.

La alteración aguda del estado mental continúa siendo uno de esos problemas hospitalarios que pueden quedar ocultos entre diagnósticos considerados más urgentes. Una infección, una intervención quirúrgica, el dolor, la deshidratación, determinados medicamentos, la falta de sueño o una combinación de varios factores pueden precipitar un cambio brusco en la atención y la conciencia, especialmente en personas mayores, frágiles o con deterioro cognitivo previo. Su aparición no debería interpretarse como una consecuencia inevitable de la edad ni como una simple reacción al ingreso.

Uno de los principales problemas es que el delirium no siempre produce agitación. El paciente que grita, intenta retirar una vía o quiere abandonar la habitación llama inmediatamente la atención. En cambio, el delirium hipoactivo puede presentarse mediante apatía, somnolencia, lentitud o disminución de la interacción. Es menos perturbador para el funcionamiento de una unidad, pero precisamente por ello corre un mayor riesgo de pasar inadvertido. Detectarlo exige conocer cómo era el paciente antes y advertir que algo ha cambiado.

Aquí existe un espacio particularmente relevante para la enfermería. Pocos profesionales observan al paciente durante tantos momentos diferentes del día y de la noche. La conversación durante el aseo, la respuesta al administrar un tratamiento, la capacidad para comer de forma autónoma, el comportamiento al levantarse, la orientación al despertarse o una modificación inesperada del patrón habitual pueden proporcionar información clínica difícil de obtener mediante una valoración puntual. Preguntar a la familia «¿lo nota diferente a como estaba en casa?» puede llegar a ser tan importante como revisar una constante.

Prevenir el delirium implica, además, recuperar el valor clínico de intervenciones aparentemente sencillas. Mantener una adecuada hidratación, favorecer la movilización, controlar correctamente el dolor, evitar inmovilizaciones innecesarias, asegurar que el paciente dispone de sus gafas o audífonos, preservar en lo posible el descanso nocturno y facilitar referencias claras de tiempo y espacio forman parte de unos cuidados que pueden influir decisivamente en la evolución. Una ventana abierta durante el día, un reloj visible, explicar repetidamente dónde se encuentra el paciente o procurar que la noche vuelva a parecerse a una noche pueden parecer actuaciones menores frente a la sofisticación tecnológica de un hospital. No lo son.

También merece atención el propio entorno asistencial. Alarmas, conversaciones, luces permanentes, interrupciones nocturnas, cambios frecuentes de habitación y procedimientos realizados sin una explicación comprensible pueden incrementar la desorientación de una persona vulnerable. Algunas de estas circunstancias son inevitables; otras responden simplemente a rutinas organizativas que raramente se

cuestionan. Revisarlas supone preguntarnos si determinadas formas de trabajar están diseñadas únicamente para facilitar el funcionamiento del servicio o también para proteger la orientación y el descanso del paciente.

La familia puede desempeñar asimismo un papel valioso. Una voz conocida, información sobre las costumbres del paciente o la presencia de objetos familiares pueden facilitar la orientación y disminuir la sensación de amenaza que provoca un entorno desconocido. Integrar a los familiares no significa trasladarles la responsabilidad del cuidado, sino aprovechar un conocimiento biográfico que el hospital no posee y que puede resultar especialmente útil cuando la capacidad de comunicación del paciente se altera.

Cuando el delirium aparece, su abordaje exige buscar causas y no limitarse a controlar la conducta. Una persona que intenta levantarse continuamente puede estar desorientada, pero también sentir dolor, necesidad de orinar, sed o miedo. Sedar o restringir el movimiento puede resolver momentáneamente un problema visible sin solucionar aquello que lo origina. La conducta debe interpretarse como información clínica. Detrás de ella existe una persona que está respondiendo, de la manera que puede, a una alteración aguda de su percepción del entorno.

Esta mirada tiene especial importancia para la práctica enfermera porque recuerda que vigilar no consiste solamente en observar monitores. También significa identificar cambios en la cognición, la atención, el comportamiento y la capacidad funcional. Incorporar herramientas sistemáticas de detección, registrar adecuadamente las modificaciones observadas y comunicarlas con rapidez al equipo puede facilitar una valoración precoz y evitar que el deterioro cognitivo agudo se normalice durante la hospitalización.

El delirium pone de manifiesto algo esencial: algunos de los mejores resultados asistenciales no proceden de hacer más, sino de evitar que algo ocurra. Si una persona vulnerable mantiene su orientación, duerme adecuadamente, conserva su movilidad y atraviesa una hospitalización sin desarrollar confusión aguda, difícilmente habrá un procedimiento concreto al que atribuir ese resultado. Sin embargo, detrás pueden existir muchas decisiones enfermeras acertadas.

Quizá por eso la prevención del delirium representa tan bien una parte del cuidado que permanece poco visible. No siempre deja una intervención espectacular en la historia clínica, pero puede evitar caídas, deterioro funcional, sufrimiento y complicaciones añadidas. Reconocerlo supone también reconocer que mantener a una persona conectada con su entorno, con sus capacidades y consigo misma es una intervención sanitaria de primer orden. En ocasiones, cuidar consiste precisamente en conseguir que, en medio de la enfermedad y de un hospital desconocido, el paciente siga sabiendo quién es, dónde está y qué está ocurriendo.

Isabel Rosa Galera Pérez

Directora

Carta a la Directora

El alta no termina con una receta: conciliación de la medicación y seguridad del paciente

Antonio Fernández Lara^a

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

Recibido el 9 de junio de 2026. Aceptado el 16 de junio de 2026.

Disponible en Internet el 31 de agosto de 2026

Sra. Directora:

El alta hospitalaria suele representar una buena noticia: el paciente abandona el hospital porque su situación permite continuar la recuperación fuera de él. Sin embargo, ese momento aparentemente favorable constituye también uno de los puntos más vulnerables del proceso asistencial. Durante un ingreso pueden suspenderse tratamientos previos, modificarse dosis, incorporarse nuevos medicamentos o establecerse pautas temporales. Cuando toda esa información llega al domicilio de forma poco clara, una decisión clínica correctamente adoptada puede convertirse en un problema de seguridad.

La conciliación de la medicación pretende evitar precisamente estas discrepancias. No consiste únicamente en imprimir una lista de fármacos al alta, sino en comprobar qué tomaba realmente el paciente antes del ingreso, qué cambios se han realizado durante la hospitalización, qué tratamientos debe mantener al regresar a casa y si comprende cómo utilizarlos. Las discrepancias farmacológicas durante las transiciones asistenciales son frecuentes y pueden derivar en duplicidades, omisiones, dosis incorrectas o mantenimiento involuntario de tratamientos que deberían haberse retirado^{1,2}.

El riesgo aumenta cuando el paciente es mayor, presenta varias enfermedades crónicas o utiliza múltiples medicamentos. En estas situaciones, instrucciones aparentemente sencillas pueden convertirse en un verdadero rompecabezas: «este ya no lo tome», «este se sustituye por otro», «esta dosis solo durante una semana» o «continúe lo que tomaba antes». Un estudio realizado en personas mayores tras el alta identificó discrepancias farmacológicas en el 14,1% de los pacientes y encontró una mayor proporción de reingresos entre quienes las presentaban³.

Aquí la enfermería dispone de una oportunidad especialmente importante. El profesional que prepara el alta puede detectar algo que una prescripción electrónica no siempre revela: que el paciente llama al mismo medicamento de una forma diferente, que conserva en casa cajas antiguas, que no distingue entre dos inhaladores, que utiliza medicación sin receta o que el cuidador ha interpretado de otra manera las instrucciones. Conciliar requiere, por tanto, preguntar, comparar y comprobar, no simplemente entregar documentación.

También exige verificar la comprensión. Preguntar «¿lo ha entendido?» suele obtener una respuesta afirmativa que ofrece poca información. Resulta más útil solicitar al paciente que explique con sus propias palabras qué medicamentos tomará al llegar a casa, cuáles han cambiado y qué debe hacer si aparece un problema.

Autor para correspondencia: Antonio Fernández Lara

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Link artículo: <https://doi.org/10.56533/GIJT1005>

DOI: 10.56533/GIJT1005

Las intervenciones de transición asistencial lideradas por enfermería han incorporado precisamente la revisión de la medicación, la educación individualizada, la participación de los cuidadores y el seguimiento posterior como elementos de continuidad del cuidado⁴.

La conciliación tampoco debería convertirse en responsabilidad aislada de una profesión. Médicos, farmacéuticos y enfermeras aportan perspectivas complementarias, pero la proximidad de enfermería al paciente concede una posición privilegiada para identificar dificultades prácticas y comprobar si el plan terapéutico puede trasladarse realmente a la vida cotidiana. Saber qué debe tomar el paciente es indispensable; saber si podrá hacerlo correctamente es igualmente importante.

Quizá sea necesario revisar también el modo en que entendemos un «alta correcta». No debería considerarse completa únicamente porque se hayan firmado los documentos, solicitado las recetas y programado las revisiones. Un alta segura exige que el paciente o su cuidador salga del hospital sabiendo qué toma, para qué lo toma, qué se ha modificado y qué debe dejar de tomar.

En ocasiones, los errores más importantes no se producen durante una intervención compleja ni ante una situación clínica crítica. Surgen en esos espacios aparentemente sencillos donde la información cambia de manos. La transición del hospital al domicilio es uno de ellos. Convertir la conciliación farmacológica en una práctica sistemática de enfermería supone reconocer que la seguridad del paciente no termina cuando abandona la habitación: también depende de lo que ocurre cuando abre, ya en casa, su primera caja de medicamentos.

Referencias

1. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2012;172(14):1057-69. doi:10.1001/archinternmed.2012.2246.
2. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):397-403. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006.
3. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med.* 2005;165(16):1842-7. doi:10.1001/archinte.165.16.1842.
4. Chan B, Goldman LE, Sarkar U, Schneidermann M, Kessell E, Guzman D, et al. The effect of a care transition intervention on the patient experience of older multi-lingual adults in the safety net: results of a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2015;30(12):1788-94. doi:10.1007/s11606-015-3362-y.

Original

Características clínicas preoperatorias y evolución intrahospitalaria de pacientes intervenidos de urgencia por aneurisma de aorta ascendente: estudio descriptivo retrospectivo

Alberto Ortega Cruz^a

a España

Recibido el 10 de julio de 2026. Aceptado el 21 de julio de 2026.

Disponible en Internet el 31 de agosto de 2026.

Resumen

Introducción: el aneurisma de aorta ascendente que requiere intervención urgente constituye una situación clínica de elevada complejidad, en la que el estado preoperatorio puede condicionar la evolución posterior. La identificación de las características clínicas presentes al ingreso puede contribuir a mejorar la valoración y preparación perioperatoria de estos pacientes. **Objetivos:** describir las características demográficas, clínicas, analíticas y quirúrgicas de los pacientes intervenidos de urgencia por aneurisma de aorta ascendente y explorar su distribución según la supervivencia intrahospitalaria. **Método:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario San Pedro de La Rioja. Se incluyeron 10 pacientes adultos intervenidos con carácter urgente. Se recogieron variables demográficas, antecedentes clínicos, parámetros analíticos, hallazgos de imagen, técnica quirúrgica y evolución intrahospitalaria. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media y desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. **Resultados:** la edad media fue de 68,8 años y el 70% fueron varones. La hipertensión arterial estuvo presente en el 70% y la enfermedad pulmonar en el 60%. La técnica de Bentall fue la más utilizada. La mortalidad intrahospitalaria alcanzó el 60%. Los pacientes fallecidos presentaron valores medios superiores de lactato, troponina y dímero-D respecto a los supervivientes. **Conclusiones:** la serie mostró una elevada mortalidad y una importante carga de comorbilidad. Los resultados deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral, aunque pueden resultar útiles para orientar futuras investigaciones con muestras más amplias.

Palabras clave: aneurisma de aorta; cirugía cardíaca; factores preoperatorios; mortalidad hospitalaria; urgencias.

Abstract

Introduction: Ascending aortic aneurysm requiring urgent intervention represents a highly complex clinical scenario, where the preoperative status can influence the subsequent clinical course. Identifying clinical characteristics present at admission may help improve the perioperative assessment and preparation of these patients. **Objectives:** To describe the demographic, clinical, laboratory, and surgical characteristics of patients undergoing urgent surgery for ascending aortic aneurysm and to examine their distribution in relation to in-hospital survival. **Methods:** A retrospective, descriptive, observational study was conducted in the Cardiovascular Surgery Department of the San Pedro University Hospital in La Rioja. Ten adult patients who underwent urgent surgery were included. Data collected included demographic variables, medical history, laboratory parameters, imaging findings, surgical technique, and in-hospital outcomes. Quantitative variables were expressed as mean and standard deviation, while qualitative variables were expressed as frequencies and percentages. **Results:** The mean age was 68.8 years, and 70% of the patients were male. Hypertension was present in 70% of cases, and pulmonary disease in 60%. The Bentall procedure was the most frequently used technique. In-hospital mortality was 60%. Patients who died exhibited higher mean levels of lactate, troponin, and D-dimer compared to survivors. **Conclusions:** The study cohort showed high mortality and a significant burden of comorbidities. Results should be interpreted with caution due to the small sample size, although they may serve to guide future research involving larger samples.

Keywords: Aortic Aneurysm; Cardiac Surgery; Preoperative Factors; Hospital Mortality; Emergencies.

Introducción

Las enfermedades de la aorta torácica constituyen un grupo de patologías potencialmente graves cuya evolución puede requerir una actuación diagnóstica y terapéutica inmediata. Entre ellas, la afectación aguda de la aorta ascendente representa una situación de especial complejidad debido al riesgo de rotura, taponamiento cardíaco, insuficiencia aórtica aguda, isquemia miocárdica, malperfusión de órganos y shock. Ante la sospecha de un síndrome aórtico agudo tipo A, las recomendaciones actuales establecen la necesidad de una valoración quirúrgica urgente, dado que la evolución sin tratamiento presenta una mortalidad considerablemente superior a la observada tras la intervención quirúrgica¹.

El diagnóstico puede resultar complejo por la variabilidad de la presentación clínica. Aunque el dolor torácico o dorsal de comienzo brusco constituye una manifestación característica, pueden aparecer síncope, síntomas neurológicos, insuficiencia cardíaca, hipotensión o signos derivados de la malperfusión. La evolución de los métodos diagnósticos y de las estrategias terapéuticas ha permitido mejorar progresivamente los resultados, aunque la mortalidad hospitalaria continúa siendo relevante incluso en centros especializados. Los datos del International Registry of Acute Aortic Dissection han mostrado cambios favorables en el diagnóstico y manejo durante las últimas décadas, pero mantienen la cirugía de la afectación aguda de aorta ascendente como un procedimiento de elevado riesgo^{2,3}.

El pronóstico de los pacientes sometidos a cirugía urgente no depende únicamente de las características anatómicas de la lesión aórtica. El estado clínico existente antes de la intervención puede condicionar de manera importante la evolución posterior. La edad, el compromiso hemodinámico, la función renal, la insuficiencia cardíaca, la fracción de eyección ventricular izquierda, la necesidad de ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar previa a la cirugía y la presencia de malperfusión cerebral, mesentérica o periférica se han relacionado con un mayor riesgo de mortalidad hospitalaria en grandes series de pacientes intervenidos por disección aórtica aguda tipo A^{4,5}.

Los parámetros analíticos pueden proporcionar información adicional acerca de la gravedad fisiológica del paciente. Entre ellos, el lactato posee particular interés como indicador indirecto de hipoperfusión y metabolismo anaerobio. Estudios recientes realizados en pacientes sometidos a reparación quirúrgica de disección aórtica tipo A han encontrado concentraciones preoperatorias significativamente superiores entre

los pacientes fallecidos, identificando la hiperlactatemia como un marcador independiente de mayor mortalidad hospitalaria^{6,7}. Su valoración, junto con la función renal, el estado hemodinámico y otros indicadores de daño orgánico, puede contribuir a caracterizar el riesgo perioperatorio.

La identificación precoz de estas alteraciones adquiere relevancia para el conjunto del equipo asistencial y, específicamente, para los cuidados enfermeros. El paciente sometido a una intervención cardiovascular urgente requiere una vigilancia estrecha desde su ingreso, con monitorización hemodinámica y respiratoria, control del dolor, preparación preoperatoria, manejo de accesos y dispositivos y detección inmediata de signos de deterioro. La elevada frecuencia de complicaciones cardíacas, renales, neurológicas y sistémicas descrita después de la cirugía refuerza la necesidad de integrar la valoración preoperatoria con la vigilancia intensiva posterior⁸.

En este contexto, el análisis de las características de los pacientes atendidos en cada centro puede aportar información sobre su perfil clínico y la evolución observada en la práctica asistencial. El Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario San Pedro inició su actividad recientemente, circunstancia que condiciona el reducido número de casos disponibles de cirugía urgente de aorta ascendente. Durante el periodo estudiado se identificaron diez pacientes adultos que cumplieron los criterios establecidos, lo que permitió realizar una primera descripción de sus características demográficas, clínicas, analíticas, quirúrgicas y evolutivas.

Dado el limitado tamaño muestral, las diferencias observadas entre supervivientes y fallecidos no permiten establecer factores pronósticos independientes ni relaciones causales. No obstante, su descripción puede aportar información preliminar para la vigilancia perioperatoria y constituir el punto de partida para posteriores investigaciones con muestras más amplias. En la serie analizada, la mortalidad intrahospitalaria alcanzó el 60%, y se observaron diferencias descriptivas en variables como insuficiencia renal, enfermedad pulmonar, insuficiencia cardíaca y concentraciones de lactato, troponina y dímero-D entre los diferentes resultados evolutivos.

El objetivo principal de este estudio fue describir las características demográficas, clínicas, analíticas y quirúrgicas de los pacientes intervenidos con carácter urgente por afectación aneurismática de la aorta ascendente en el Hospital Universitario San Pedro. Como objetivos secundarios se planteó describir la distribución de estas características según la técnica quirúrgica empleada y explorar las diferencias observadas entre los pacientes supervivientes y fallecidos durante la hospitalización.

Métodos

Diseño y ámbito del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario San Pedro de La Rioja. El estudio se planteó como una serie descriptiva de los pacientes intervenidos con carácter urgente por aneurisma de aorta ascendente desde la puesta en marcha de la actividad quirúrgica del servicio durante el periodo analizado.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por pacientes atendidos en el Hospital Universitario San Pedro con diagnóstico de aneurisma de aorta ascendente que requirieron tratamiento quirúrgico urgente. Durante el periodo considerado se identificaron 10 pacientes que cumplían los criterios establecidos y que constituyeron la muestra final. El reducido número de casos estuvo condicionado por la reciente implantación del Servicio de Cirugía Cardiovascular y por la baja frecuencia de este tipo de intervención urgente.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años intervenidos con carácter urgente por aneurisma de aorta ascendente mediante resección y sustitución de la aorta ascendente, técnica de Wheat o procedimiento de Bentall-De Bono. Se excluyeron los menores de edad, los pacientes sometidos a cirugía programada o semiprogramada, aquellos que rechazaron la intervención, los afectados por endocarditis, los pacientes fallecidos antes de la cirugía y los intervenidos mediante técnicas diferentes de las contempladas en los criterios de inclusión.

Variables del estudio

Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, de imagen y evolutivas. Entre las variables demográficas se incluyeron edad, sexo, altura, peso e índice de masa corporal. Los antecedentes y variables clínicas comprendieron tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar, infarto agudo de miocardio, dolor torácico e insuficiencia cardíaca.

Las variables analíticas preoperatorias fueron hemoglobina, creatinina, lactato, leucocitos, troponina, glucosa y dímero-D. Asimismo, se recogieron el tamaño del aneurisma de aorta ascendente y la fracción de eyección ventricular izquierda a partir de las pruebas de imagen. Como variables relacionadas con la intervención y la evolución se registraron la técnica quirúrgica empleada y el fallecimiento durante la hospitalización.

Recogida de datos

La información fue obtenida retrospectivamente de la historia clínica electrónica mediante la aplicación Selene del Hospital Universitario San Pedro. Se consultaron los antecedentes clínicos y la anamnesis registrada, los resultados de las pruebas analíticas realizadas antes de la intervención, los estudios de imagen utilizados para el diagnóstico y los informes correspondientes a la evolución intraoperatoria y postoperatoria. Los datos fueron anonimizados antes de incorporarlos a la base utilizada para el análisis.

Análisis estadísticos

El análisis de los datos se realizó con IBM SPSS Statistics versión 25. Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar, mientras que las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Además de la descripción global de la muestra, se exploró la distribución de las características clínicas y analíticas según la técnica quirúrgica empleada y según la supervivencia intrahospitalaria.

Debido al reducido tamaño muestral y al carácter descriptivo del estudio, los resultados se interpretaron de forma exploratoria, sin atribuir causalidad ni establecer factores pronósticos independientes.

Consideraciones éticas

El estudio contó con informe favorable del Comité de Ética de Investigación Médica de La Rioja (CEImLar) y con la autorización del Servicio de Cirugía Cardiovascular. El tratamiento de la información clínica se realizó garantizando la confidencialidad y anonimización de los datos, conforme a la normativa vigente sobre protección de datos personales.

Resultados

Características generales de la muestra

Se analizaron 10 pacientes adultos intervenidos con carácter urgente por aneurisma de aorta ascendente. La edad media fue de $68,8 \pm 9,59$ años y el 70% de la muestra correspondió a varones. La talla media fue de $171 \pm 9,91$ cm y el peso medio de $82,40 \pm 25,87$ kg. En relación con el índice de masa corporal, el 40% presentaba normopeso, el 30% sobrepeso y el 30% obesidad (Tabla 1).

La hipertensión arterial fue el antecedente clínico más frecuente, presente en 7 pacientes (70%), seguida del dolor torácico en 6 (60%). La insuficiencia renal y la enfermedad pulmonar constaban en 5 pacientes (50%) cada una. El tabaquismo, la diabetes mellitus y el antecedente de infarto agudo de miocardio se registraron en 3 pacientes (30%) respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos

Variable	Resultado
Edad, años, media $\pm$ DE	68,8 $\pm$ 9,59
Sexo masculino, n (%)	7 (70)
Sexo femenino, n (%)	3 (30)
Talla, cm, media $\pm$ DE	171 $\pm$ 9,91
Peso, kg, media $\pm$ DE	82,40 $\pm$ 25,87
Normopeso, n (%)	4 (40)
Sobrepeso, n (%)	3 (30)
Obesidad, n (%)	3 (30)
Tabaquismo, n (%)	3 (30)
Hipertensión arterial, n (%)	7 (70)
Diabetes mellitus, n (%)	3 (30)
Insuficiencia renal, n (%)	5 (50)
Enfermedad pulmonar, n (%)	5 (50)
Antecedente de infarto agudo de miocardio, n (%)	3 (30)
Dolor torácico, n (%)	6 (60)

Nota. DE: desviación estándar

Parámetros analíticos y características cardiovasculares

Los valores analíticos preoperatorios mostraron una elevada variabilidad entre pacientes. La hemoglobina media fue de 12,26 $\pm$ 2,21 g/dL y la creatinina de 1,36 $\pm$ 0,43 mg/dL. Los valores medios registrados de lactato, troponina y dímero-D fueron de 54,35 $\pm$ 70,52 mmol/L, 485,09 $\pm$ 1.111,66 ng/mL y 13.847,47 $\pm$ 18.051,58 μ g/mL, respectivamente (Tabla 2).

En las variables obtenidas mediante pruebas de imagen, el 60% de los pacientes presentaba un aneurisma clasificado como moderado, el 30% como ligero y el 10% como severo. La fracción de eyección ventricular izquierda estaba preservada en el 50% de los casos, reducida en el 40% e intermedia en el 10%. En cuanto a la insuficiencia cardíaca, la clase III fue la categoría más frecuente, con el 50% de la muestra; las clases I y IV representaron un 20% cada una y la clase II un 10% (Tabla 2).

Tabla 2. Parámetros analíticos y características cardiovasculares

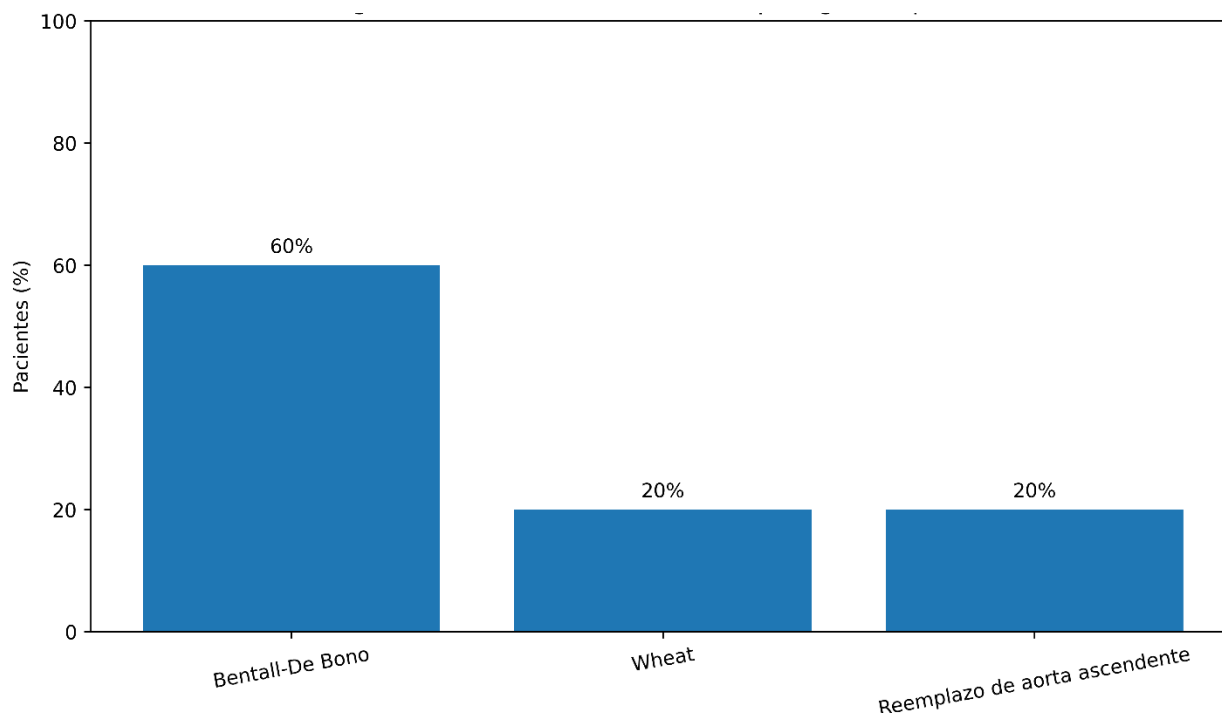
Variable	Resultado
Parámetros analíticos, media $\pm$ DE	
Hemoglobina, g/dL	12,26 $\pm$ 2,21
Creatinina, mg/dL	1,36 $\pm$ 0,43
Lactato, mmol/L	54,35 $\pm$ 70,52
Leucocitos	19,02 $\pm$ 15,50
Troponina, ng/mL	485,09 $\pm$ 1.111,66
Glucosa, mg/dL	167,50 $\pm$ 55,99
Dímero-D, μ g/mL	13.847,47 $\pm$ 18.051,58
Tamaño del aneurisma, n (%)	
Ligero	3 (30)
Moderado	6 (60)
Severo	1 (10)
Fracción de eyección ventricular izquierda, n (%)	
Preservada	5 (50)
Intermedia	1 (10)
Reducida	4 (40)
Insuficiencia cardíaca, n (%)	
Clase I	2 (20)
Clase II	1 (10)
Clase III	5 (50)
Clase IV	2 (20)

Nota. DE: desviación estándar

Técnica quirúrgica y evolución intrahospitalaria

La técnica de Bentall-De Bono fue la intervención quirúrgica más utilizada, aplicada al 60% de los pacientes. La técnica de Wheat y el reemplazo aislado de la aorta ascendente mediante prótesis de Dacron se emplearon en el 20% de los casos cada una (Figura 1).

Figura 1. Distribución de la técnica quirúrgica empleada



La mortalidad intrahospitalaria fue del 60%, mientras que el 40% de los pacientes sobrevivió hasta el alta o final del periodo hospitalario considerado.

Al explorar descriptivamente las características según supervivencia, los pacientes fallecidos presentaron valores medios superiores de lactato ($80,67 \pm 82,63$ frente a $14,87 \pm 8,87$ mmol/L), troponina ($674,05 \pm 1.438,98$ frente a $201,65 \pm 278,84$ ng/mL) y dímero-D ($16.313,72 \pm 19.821,54$ frente a $10.148,11 \pm 17.098,09$ µg/mL) respecto a los supervivientes (Tabla 3).

También se observaron diferencias descriptivas según la situación clínica. Los cinco pacientes clasificados con insuficiencia cardíaca clase III fallecieron, mientras que los pacientes pertenecientes a las clases I y II sobrevivieron. Entre los dos pacientes clasificados como clase IV se registró un fallecimiento y un superviviente. Respecto al tamaño aórtico, el único paciente incluido en la categoría severa sobrevivió, mientras que en las categorías ligera y moderada la supervivencia fue del 33,3% (Tabla 3).

La serie se caracterizó por una elevada carga de comorbilidad, predominio de hipertensión arterial, frecuente deterioro de la función cardíaca y una mortalidad intrahospitalaria elevada. No se realizaron inferencias sobre factores pronósticos independientes debido al carácter descriptivo y al tamaño muestral del estudio.

Tabla 3. Características seleccionadas según supervivencia intrahospitalaria

Variable	Fallecidos	Supervivientes
Lactato, mmol/L, media $\pm$ DE	80,67 $\pm$ 82,63	14,87 $\pm$ 8,87
Troponina, ng/mL, media $\pm$ DE	674,05 $\pm$ 1.438,98	201,65 $\pm$ 278,84
Dímero-D, μ g/mL, media $\pm$ DE	16.313,72 $\pm$ 19.821,54	10.148,11 $\pm$ 17.098,09
Insuficiencia cardíaca clase I, n	0	2
Insuficiencia cardíaca clase II, n	0	1
Insuficiencia cardíaca clase III, n	5	0
Insuficiencia cardíaca clase IV, n	1	1
Aneurisma ligero, n (%)	2 (66,7)	1 (33,3)
Aneurisma moderado, n (%)	4 (66,7)	2 (33,3)
Aneurisma severo, n (%)	0	1 (100)

Nota. DE: desviación estándar

Discusión

Los resultados muestran una elevada mortalidad intrahospitalaria (60%) en los pacientes intervenidos de urgencia por patología de la aorta ascendente, junto con una importante carga de comorbilidad. La hipertensión arterial fue el antecedente más frecuente, seguida de la insuficiencia renal y la enfermedad pulmonar. Este perfil coincide con el descrito en series de cirugía aórtica urgente, en las que el estado clínico previo, la edad avanzada, la inestabilidad hemodinámica y la afectación multiorgánica se han relacionado con una peor evolución perioperatoria^{9,10}.

La edad media de 68,8 años y el predominio masculino observado son también concordantes con la epidemiología descrita en pacientes sometidos a cirugía urgente de aorta ascendente. No obstante, variables como la edad o el sexo deben interpretarse conjuntamente con la gravedad clínica y las comorbilidades, ya que por sí solas no permiten explicar el pronóstico individual^{11,12}.

Entre los hallazgos analíticos, los pacientes fallecidos presentaron valores medios superiores de lactato, troponina y dímero-D. Especialmente relevante fue la diferencia en las concentraciones de lactato, un marcador relacionado con hipoperfusión tisular y gravedad sistémica. Estudios realizados en pacientes sometidos a cirugía de disección aórtica tipo A han encontrado igualmente una asociación entre hiperlactatemia preoperatoria y mayor mortalidad hospitalaria^{13,14}. Sin embargo, debido al reducido tamaño de la muestra, estos resultados deben considerarse exploratorios.

También se observaron diferencias según la situación cardiovascular. La insuficiencia cardíaca clase III fue frecuente y todos los pacientes incluidos en esta categoría fallecieron, mientras que los correspondientes a las clases I y II sobrevivieron. Aunque este patrón podría reflejar la influencia del deterioro funcional cardíaco sobre la tolerancia a una cirugía urgente, no permite establecer una relación causal ni una capacidad predictiva independiente.

Desde la perspectiva enfermera, estos resultados subrayan la importancia de una valoración perioperatoria exhaustiva y de la vigilancia estrecha de la situación hemodinámica, respiratoria, renal y metabólica. La detección precoz de signos de hipoperfusión, deterioro cardíaco o disfunción orgánica puede facilitar la priorización de cuidados y la identificación de pacientes con mayor complejidad clínica.

La principal limitación del estudio es el reducido tamaño muestral y su carácter unicéntrico y retrospectivo, lo que limita la generalización de los resultados e impide realizar análisis inferenciales robustos. Futuras investigaciones deberían incluir cohortes más amplias y multicéntricas que permitan determinar el verdadero valor pronóstico de las variables clínicas y analíticas observadas.

Conclusiones

La serie analizada presentó una elevada mortalidad intrahospitalaria, junto con una alta frecuencia de hipertensión arterial, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar y deterioro funcional cardíaco. Los pacientes fallecidos mostraron, además, valores medios superiores de lactato, troponina y dímero-D.

Estos hallazgos sugieren que la valoración clínica, hemodinámica, renal y metabólica previa a la cirugía puede ser relevante para identificar pacientes de mayor complejidad. No obstante, debido al reducido tamaño muestral y al carácter retrospectivo y unicéntrico del estudio, los resultados deben interpretarse de forma exploratoria y confirmarse en investigaciones con muestras más amplias.

Financiación

El autor no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

5. Isselbacher EM, Preventza O, Black JH 3rd, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the diagnosis and management of aortic disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2022;80(24):e223-e393. doi:10.1016/j.jacc.2022.08.004.
6. Pape LA, Awais M, Woznicki EM, Suzuki T, Trimarchi S, Evangelista A, et al. Presentation, diagnosis, and outcomes of acute aortic dissection: 17-year trends from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(4):350-358. doi:10.1016/j.jacc.2015.05.029.
7. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Di Eusanio M, Sechtem U, et al. Insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection: a 20-year experience of collaborative clinical research. *Circulation*. 2018;137(17):1846-1860. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031264.
8. Conzelmann LO, Weigang E, Mehlhorn U, Abugameh A, Hoffmann I, Blettner M, et al. Mortality in patients with acute aortic dissection type A: analysis of pre- and intraoperative risk factors from the German Registry for Acute Aortic Dissection Type A (GERAADA). *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016;49(2):e44-e52. doi:10.1093/ejcts/ezv356.
9. Inoue Y, Matsuda H, Uchida K, Komiya T, Koyama T, Yoshino H, et al. Analysis of acute type A aortic dissection in Japan Registry of Aortic Dissection (JRAD). *Ann Thorac Surg*. 2020;110(3):790-798. doi:10.1016/j.athoracsur.2019.12.051.
10. Biancari F, Nappi F, Gatti G, Perrotti A, Hervé A, Rosato S, et al. Preoperative arterial lactate and outcome after surgery for type A aortic dissection: the ERTAAD multicenter study. *Heliyon*. 2023;9(10):e20702. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e20702.
11. Gemelli M, Di Tommaso E, Chivasso P, Sinha S, Ahmed EM, Rajakaruna C, et al. Blood lactate predicts mortality after surgical repair of type A acute aortic dissection. *J Card Surg*. 2022;37(5):1206-1211. doi:10.1111/jocs.16324.
12. Nappi F, Singh SSA, Gambardella I, Alzamil A, Salsano A, Santini F, et al. Surgical strategy for the repair of acute type A aortic dissection: a multicenter study. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2023;10(6):253. doi:10.3390/jcdd10060253.
13. Boening A, Karck M, Conzelmann LO, Easo J, Krüger T, Ryłski B, et al. German Registry for Acute Aortic Dissection Type A: structure, results, and future perspectives. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2017;65(2):77-84. doi:10.1055/s-0036-1572436.
14. Yamaguchi T, Nakai M, Sumita Y, Miyamoto Y, Matsuda H, Inoue Y, et al. Current status of the management and outcomes of acute aortic dissection in Japan: analyses of nationwide Japanese Registry of All Cardiac and Vascular Diseases-Diagnostic Procedure Combination data. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020;9(3 Suppl):S21-S31. doi:10.1177/2048872619872847.
15. Hemli JM, Pupovac SS, Gleason TG, Sundt TM, Desai ND, Pacini D, et al. Management of acute type A aortic dissection in the elderly: an analysis from IRAD. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2022;61(4):838-846. doi:10.1093/ejcts/ezab546.
16. Lawrence KW, Yin K, Connelly HL, Datar Y, Brydges H, Balasubramaniyan R, et al. Sex-based outcomes in surgical repair of acute type A aortic dissection: a meta-analysis and meta-regression. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2024;167(1):76-85.e13. doi:10.1016/j.jtcvs.2022.02.005.
17. Nappi F, Alzamil A, Salsano A, Singh SSA, Gambardella I, Santini F, et al. Lactate-based difference as a determinant of outcomes following surgery for type A acute aortic dissection: a multi-centre study. *J Clin Med*. 2023;12(19):6177. doi:10.3390/jcm12196177.
18. Lin Y, Tao Y, Peng Y, Ni H, Chen L. Postoperative lactate predicts in-hospital death in patients with acute type A aortic dissection. *Int Heart J*. 2023;64(4):717-723. doi:10.1536/ihj.22-290.

Revisión

Efectividad de la educación enfermera en la prevención de exacerbaciones y reingresos en pacientes con asma: revisión sistemática

Cristina Serrano Serrano^a

^a Enfermería, Unidad de Neumología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 20 de mayo de 2026. Aceptado el 16 de junio de 2026.

Disponible en Internet el 31 de agosto de 2026.

Resumen

Introducción: el asma requiere un adecuado autocuidado para prevenir exacerbaciones, visitas urgentes y hospitalizaciones. La educación enfermera puede mejorar conocimientos, adherencia, técnica inhalatoria y capacidad para reconocer precozmente el empeoramiento clínico. **Objetivos:** analizar la efectividad de las intervenciones educativas lideradas por enfermería para disminuir exacerbaciones, visitas no programadas y reingresos en pacientes con asma. **Métodos:** revisión sistemática siguiendo PRISMA 2020. Se consideraron estudios publicados entre enero de 2015 y el 28 de febrero de 2026 en pacientes con asma de cualquier edad. Se incluyeron ensayos clínicos y estudios cuasiexperimentales en los que la intervención educativa fuera desarrollada o coordinada por enfermería y se evaluaran control del asma, exacerbaciones, utilización urgente de servicios o reingresos. **Resultados:** se incluyeron 11 estudios desarrollados en ámbitos hospitalarios, ambulatorios, domiciliarios y escolares. Las intervenciones que combinaron educación estructurada, entrenamiento en técnica inhalatoria, planes de acción, seguimiento y apoyo telefónico o digital mostraron los resultados más favorables. Se observaron mejoras consistentes en control del asma y conocimientos, mientras que la reducción de exacerbaciones, urgencias y reingresos fue más variable. La efectividad parece depender de intervenciones educativas continuadas, individualizadas y vinculadas al autocuidado, más que de sesiones aisladas. **Conclusiones:** la educación enfermera constituye una estrategia útil para mejorar el control del asma y puede reducir la utilización sanitaria no programada, especialmente cuando incorpora seguimiento y refuerzo educativo.

Palabras clave: asma; educación en salud; enfermería; exacerbación; reingreso hospitalario.

Abstract

Introduction: Asthma requires adequate self-care to prevent exacerbations, urgent care visits, and hospitalizations. Nurse-led education can improve knowledge, adherence, inhaler technique, and the ability to recognize clinical worsening at an early stage. **Objectives:** To analyze the effectiveness of nurse-led educational interventions in reducing exacerbations, unscheduled visits, and readmissions among patients with asthma. **Methods:** A systematic review following PRISMA 2020 guidelines. Studies published between January 2015 and February 28, 2026, involving asthma patients of any age were considered. Clinical trials and quasi-experimental studies were included if the educational intervention was developed or coordinated by nurses and assessed asthma control, exacerbations, use of urgent care services, or readmissions. **Results:** Eleven studies conducted in hospital, outpatient, home, and school settings were included. Interventions combining structured education, inhaler technique training, action plans, follow-up, and telephone or digital support yielded the most favorable results. Consistent improvements were observed in asthma control and knowledge, whereas reductions in exacerbations, urgent care visits, and readmissions were more variable. Effectiveness appears to depend on continuous, individualized educational interventions linked to self-care, rather than isolated sessions. **Conclusions:** Nurse-led education is a useful strategy for improving asthma control and can reduce unscheduled healthcare utilization, particularly when it incorporates follow-up and educational reinforcement.

Keywords: Asthma; Health Education; Nursing; Exacerbation; Hospital Readmission.

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias caracterizada por síntomas variables y limitación del flujo aéreo. Su evolución incluye periodos de estabilidad alternados con episodios de empeoramiento que pueden requerir tratamiento urgente, administración de corticosteroides sistémicos o ingreso hospitalario. Aunque los tratamientos disponibles permiten alcanzar un buen control en una proporción elevada de pacientes, las exacerbaciones continúan representando una causa importante de morbilidad y utilización de recursos sanitarios¹.

El control de la enfermedad depende no solo de la prescripción farmacológica, sino también de la capacidad del paciente para manejar adecuadamente su tratamiento. Las recomendaciones actuales insisten en la necesidad de proporcionar educación para el autocuidado, entrenamiento en técnica inhalatoria, identificación de factores desencadenantes, valoración periódica de la adherencia y planes de acción individualizados que permitan reconocer y responder precozmente al deterioro de los síntomas^{1,2}.

La educación resulta especialmente relevante porque los errores en el uso de los inhaladores continúan siendo frecuentes. Una revisión sistemática mostró que la mayoría de las intervenciones educativas orientadas a mejorar la técnica inhalatoria consiguen cambios significativos, aunque el mantenimiento del beneficio depende de la repetición y del seguimiento, dado que la técnica puede deteriorarse con el tiempo³. Esta circunstancia convierte la educación en un proceso continuado y no en una actuación puntual realizada en el momento de la prescripción.

El autocuidado apoyado constituye igualmente uno de los elementos con mayor respaldo. Una amplia revisión de revisiones encontró que las estrategias que combinan educación, un plan de acción y revisión profesional regular reducen hospitalizaciones, asistencias a urgencias y consultas no programadas, al tiempo que mejoran el control y la calidad de vida⁴. Los beneficios parecen ser superiores cuando el apoyo al autocuidado se integra en la atención habitual y existe una relación continuada con los profesionales.

Los planes de acción escritos constituyen una herramienta habitual para facilitar la toma de decisiones ante un empeoramiento. Su eficacia depende, sin embargo, de que formen parte de una estrategia educativa más amplia. La evidencia disponible muestra que determinados planes individualizados pueden reducir las recaídas y el uso de atención urgente, especialmente cuando especifican claramente cómo modificar el tratamiento y cuándo solicitar asistencia sanitaria⁵.

La enfermería dispone de una posición especialmente adecuada para desarrollar estas intervenciones. El contacto mantenido con pacientes y familias en atención primaria, consultas especializadas, hospitalización, centros escolares y seguimiento domiciliario permite identificar dificultades en la adherencia, comprobar la técnica inhalatoria, reforzar conocimientos y adaptar la información al nivel de comprensión y circunstancias de cada persona. Además, la educación enfermera puede prolongarse más allá del alta mediante llamadas telefónicas, plataformas digitales y consultas de seguimiento.

La evidencia específicamente centrada en intervenciones lideradas por enfermería muestra resultados prometedores. Los programas educativos estructurados pueden mejorar el control, la calidad de vida y el uso adecuado de inhaladores, además de reducir determinadas formas de utilización no programada de servicios sanitarios⁶. Sin embargo, la magnitud de estos efectos varía según el entorno, población, duración y componentes de la intervención.

La heterogeneidad es especialmente evidente cuando se analizan exacerbaciones y reingresos. Algunas intervenciones reducen de manera significativa las visitas urgentes y las hospitalizaciones, mientras que otras consiguen mejoras en conocimientos y control sin modificar claramente estos desenlaces. Las revisiones de estrategias de autocuidado sugieren que la intensidad, frecuencia del contacto y modalidad de apoyo pueden influir notablemente en su efectividad^{7,8}.

El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar la efectividad de las intervenciones educativas desarrolladas o lideradas por enfermería para prevenir exacerbaciones, consultas urgentes y reingresos hospitalarios en pacientes con asma, así como valorar su influencia sobre el control de la enfermedad, el autocuidado y la utilización de servicios sanitarios.

Métodos

Diseño

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020⁹. La revisión incluyó investigaciones publicadas entre el 1 de enero de 2015 y el 28 de febrero de 2026.

Estrategia de búsqueda

Se efectuó una búsqueda en PubMed/MEDLINE, complementada mediante revisión manual de las referencias bibliográficas de los estudios y revisiones relevantes.

La estrategia se estructuró en cuatro bloques conceptuales: asma, educación, intervención enfermera y exacerbaciones/utilización sanitaria. Se combinaron descriptores controlados y términos libres mediante los operadores booleanos AND y OR.

La ecuación principal adaptada a PubMed fue:

("Asthma"[Mesh] OR asthma[tiab]) AND ("Patient Education as Topic"[Mesh] OR education[tiab] OR "self-management"[tiab] OR "self care"[tiab] OR "action plan"[tiab] OR "inhaler technique"[tiab]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] OR nurs*[tiab] OR "nurse-led"[tiab]) AND ("Asthma Exacerbation"[tiab] OR exacerbation*[tiab] OR readmission*[tiab] OR hospitalization[tiab] OR "emergency department"[tiab] OR "unscheduled care"[tiab])

Se limitaron los resultados a estudios realizados en humanos y publicados durante el periodo establecido.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, estudios controlados y estudios cuasiexperimentales realizados en niños, adolescentes o adultos con diagnóstico de asma. La intervención debía incluir un componente educativo desarrollado, dirigido o supervisado de forma explícita por enfermería y abordar alguno de los siguientes contenidos: conocimiento de la enfermedad, uso de medicación, técnica inhalatoria, reconocimiento de síntomas, factores desencadenantes, plan de acción, adherencia o autocuidado.

Los estudios debían informar al menos uno de los siguientes resultados: exacerbaciones, visitas a urgencias, consultas no programadas, hospitalización, reingreso, uso de corticosteroides sistémicos o control del asma.

Se excluyeron estudios exclusivamente descriptivos, protocolos, intervenciones sin participación enfermera identificable, programas centrados únicamente en tratamiento farmacológico y estudios que no proporcionaban resultados relacionados con el control clínico o utilización sanitaria.

Proceso de selección de estudios y extracción de datos

Los registros recuperados fueron sometidos inicialmente a cribado mediante título y resumen y posteriormente a lectura a texto completo. La elegibilidad se determinó mediante los criterios previamente establecidos. Para cada estudio se extrajeron autor y año, objetivo, diseño, participantes, características de la intervención y del grupo comparador, duración del seguimiento, resultados principales y conclusiones.

Debido a la heterogeneidad de las poblaciones, intervenciones y medidas de resultado, se realizó una síntesis narrativa.

Análisis del riesgo de sesgo

La calidad de los ensayos clínicos se valoró mediante RoB 2, atendiendo a la aleatorización, desviaciones respecto a las intervenciones previstas, datos incompletos, medición de los resultados y selección de resultados comunicados. Para los estudios no aleatorizados se consideraron los dominios de ROBINS-I, especialmente confusión, selección de participantes y medición de resultados.

Resultados

Resultados de la búsqueda y estudios seleccionados

La búsqueda realizada en PubMed/MEDLINE identificó 97 registros correspondientes al periodo comprendido entre enero de 2015 y el 28 de febrero de 2026. Al tratarse de una única base de datos, no fue necesario eliminar registros duplicados. Tras el cribado por título y resumen se excluyeron 74 publicaciones, por lo que 23 artículos fueron seleccionados para su evaluación a texto completo. Todos los textos pudieron recuperarse. Durante la fase de elegibilidad se excluyeron 12 estudios: cuatro porque la intervención educativa no estaba liderada o desarrollada de forma suficientemente identificable por enfermería, cuatro por no presentar resultados relacionados con exacerbaciones o reingresos, tres por no cumplir los criterios de diseño establecidos y uno por otros motivos. Finalmente, 11 estudios cumplieron los criterios de inclusión y fueron incorporados a la síntesis cualitativa (Figura 1).

Los estudios seleccionados fueron publicados entre 2018 y 2025 y comprendieron tanto población pediátrica como adulta con diagnóstico de asma. Las investigaciones se desarrollaron en diferentes contextos asistenciales, incluidos hospitales, consultas ambulatorias, centros escolares y el domicilio, lo que permitió analizar distintas modalidades de educación enfermera. Predominaron los ensayos clínicos aleatorizados, aunque también se incluyeron estudios cuasiexperimentales y diseños prospectivos cuando cumplían los criterios establecidos.

Las intervenciones presentaron una notable diversidad en cuanto a contenido, intensidad y modalidad de seguimiento. Incluyeron programas educativos estructurados sobre la enfermedad, entrenamiento y comprobación de la técnica inhalatoria, educación para el autocuidado, utilización de planes de acción, entrevista motivacional, seguimiento tras el alta, programas de enfermería escolar y estrategias de apoyo mediante herramientas digitales o telemedicina. Algunas intervenciones se desarrollaron mediante sesiones presenciales únicas o repetidas, mientras que otras incorporaron seguimiento durante varios meses y refuerzo educativo a distancia.

Los principales resultados evaluados fueron la frecuencia de exacerbaciones, visitas a urgencias, consultas no programadas, hospitalizaciones y reingresos, junto con variables relacionadas con el control del asma. Asimismo, varios estudios analizaron resultados secundarios como conocimientos sobre la enfermedad,

adherencia terapéutica, técnica inhalatoria, autoeficacia, calidad de vida y capacidad para el autocuidado (Tabla 1).

Figura 1. Diagrama de flujo modelos PRISMA 2020

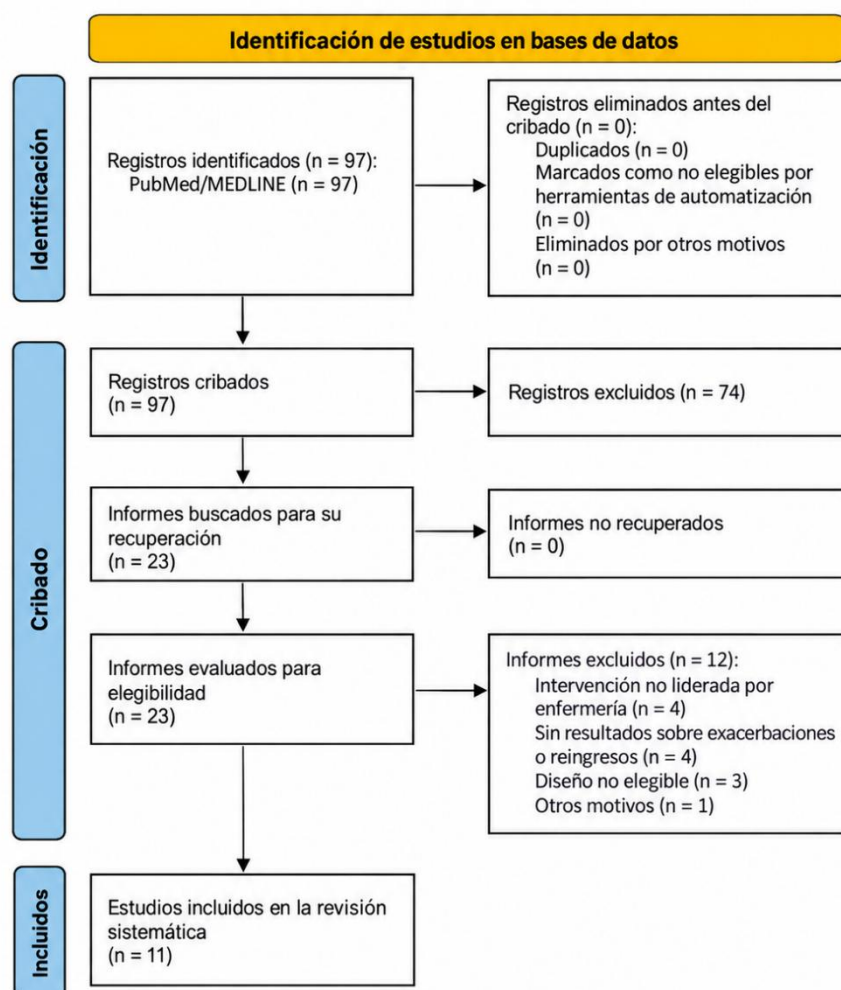


Tabla 1. Síntesis de los estudios incluidos

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes y grupos	Resultados	Conclusiones
Trivedi et al. ¹⁰ (2018)	Evaluar un programa escolar supervisado por enfermería en niños con asma persistente y baja adherencia.	Estudio retrospectivo pre-post	n=84 niños incluidos en un programa de administración supervisada de corticosteroides inhalados.	Las visitas a urgencias disminuyeron un 37,5% y los ingresos relacionados con asma descendieron de una media de 0,3 a 0 por paciente; p<0,001.	La supervisión enfermera escolar se asoció con una reducción importante de utilización sanitaria.
Guo et al. ¹¹ (2020)	Evaluar una vía educativa estructurada liderada por enfermería desde la consulta hasta el domicilio.	ECA	n=180 niños; programa educativo progresivo frente a cuidados habituales.	Mejor calidad de vida y técnica inhalatoria a 3 meses, mayor control a 6 meses y menos consultas médicas no programadas.	La educación enfermera estructurada mejoró autocuidado, control y utilización sanitaria.
Isik et al. ¹² (2021)	Analizar una intervención escolar dirigida por enfermería para mejorar el autocuidado.	ECA	Escolares de 7-12 años asignados a intervención educativa o control.	Menores síntomas y mejoras significativas en uso del medidor de flujo y actividades cotidianas a 6 y 12 semanas.	La intervención escolar mejoró competencias de autocuidado y control de síntomas.
Chan et al. ¹³ (2021)	Determinar la efectividad de educación domiciliar web dirigida por enfermería tras ingreso por exacerbación.	ECA	n=112 díadas niño-cuidador; educación web + cuidados habituales frente a cuidados habituales.	Mejor conocimiento, actitud y práctica de los cuidadores y reducción significativa de visitas no programadas durante el seguimiento.	La educación digital enfermera facilita continuidad educativa tras el alta.
Ozoh et al. ¹⁴ (2022)	Analizar la viabilidad y efecto de educación individualizada dirigida por una enfermera.	Cuasiexperimental	n=80 al inicio; 42 completaron seguimiento.	Mejoraron conocimiento, control, adherencia y calidad de vida. En pacientes inicialmente no controlados, el ACT mejoró de forma clínicamente relevante.	La educación integrada en consultas habituales fue factible y beneficiosa.
Lee et al. ¹⁵ (2022)	Evaluar un programa escolar breve de educación sobre asma.	Cohorte prospectiva	n=2.066 alumnos en evaluación educativa; n=110 para visitas de enfermería escolar.	Aumentó significativamente el conocimiento y disminuyeron las visitas relacionadas con asma a enfermería escolar.	La educación breve puede reducir episodios escolares que requieren asistencia.
Jayaram et al. ¹⁶ (2023)	Evaluar un equipo enfermero de transición hospital-	ECA piloto	n=60 adultos; atención habitual frente a atención	Mayor mejoría del control, mayor utilización de planes de acción y tendencia a menor	El seguimiento enfermero postalta puede reforzar

	domicilio en adultos ingresados por asma.		habitual + revisiones enfermeras a 1 y 6 semanas.	reingreso a 6 meses.	autocuidado y reducir riesgo de nuevas hospitalizaciones.
Douwes et al. ¹⁷ (2022)	Evaluar educación y ECA por valoración respiratoria conglomerados dirigidas por enfermería en preescolares.		n=675 niños de 171 centros; programa enfermero frente a educación general.	No hubo reducción significativa de eventos agudos no programados, aunque mejoraron de forma sostenida el control y los síntomas.	La educación mejoró el control, pero no redujo claramente los episodios agudos.
Karhan y Soyler ¹⁸ (2024)	Evaluar educación mediante entrevista motivacional impartida por enfermería a madres de niños con asma.	ECA	n=76 madres; intervención n=38 y control n=38.	El C-ACT aumentó de 14,29±4,27 a 21,37±1,57 y mejoró significativamente el conocimiento; p<0,001.	La entrevista motivacional puede mejorar control y conocimientos familiares.
Wu et al. ¹⁹ (2024)	Evaluar un programa digital gestionado por enfermeras especialistas.	ECA	n=108 niños; 81 completaron 6 meses. Gestión habitual frente a gestión habitual + WeChat.	Mejor C-ACT y menor frecuencia de exacerbaciones a los 3 y 6 meses; p<0,05.	El seguimiento digital enfermero mejoró control y redujo exacerbaciones.
Frey et al. ²⁰ (2025)	Analizar la viabilidad de educación mediante telemedicina después de hospitalización infantil por asma.	ECA piloto	n=26 niños hospitalizados; TEACHH frente a atención estandarizada.	Alta realización de sesiones y seguimiento virtual; ambos grupos mejoraron síntomas y calidad de vida. El pequeño tamaño impidió establecer efectos concluyentes sobre utilización urgente.	La educación híbrida hospital-domicilio fue factible y aceptada, aunque requiere ensayos de mayor tamaño.

Nota. ACT: *Asthma Control Test*; C-ACT: *Childhood Asthma Control Test*; ECA: ensayo clínico aleatorizado.

Evaluación del riesgo de sesgo

La calidad metodológica fue variable. Los ensayos aleatorizados de mayor tamaño presentaron, en general, un riesgo bajo o algunas preocupaciones, principalmente por imposibilidad de cegar a los participantes y profesionales. Los estudios cuasiexperimentales y pre-post presentaron mayor riesgo de confusión y sesgo temporal (Tabla 2).

Los principales factores que redujeron la certeza fueron los tamaños muestrales pequeños de algunos ensayos, las pérdidas durante el seguimiento, el uso de variables autoinformadas y la ausencia de cegamiento. Los trabajos observacionales aportaron información relevante sobre utilización sanitaria, pero sus resultados deben interpretarse con mayor cautela.

Tabla 2. Evaluación del riesgo de sesgo

Estudio	Diseño/herramienta	Aleatorización o confusión	Datos incompletos	Medición de resultados	Valoración global
Trivedi et al. ¹⁰ (2018)	Pre-post / ROBINS-I	Moderado	Bajo	Bajo	Moderado
Guo et al. ¹¹ (2020)	ECA / RoB 2	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Isik et al. ¹² (2021)	ECA / RoB 2	Algunas preocupaciones	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Chan et al. ¹³ (2021)	ECA / RoB 2	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Ozoh et al. ¹⁴ (2022)	Cuasiexperimental / ROBINS-I	Moderado	Moderado	Bajo	Moderado
Lee et al. ¹⁵ (2022)	Cohorte prospectiva / ROBINS-I	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado
Jayaram et al. ¹⁶ (2023)	ECA piloto / RoB 2	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Douwes et al. ¹⁷ (2022)	ECA conglomerados / RoB 2	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Karhan y Soylar ¹⁸ (2024)	ECA / RoB 2	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones
Wu et al. ¹⁹ (2024)	ECA / RoB 2	Bajo	Moderado	Bajo	Algunas preocupaciones
Frey et al. ²⁰ (2025)	ECA piloto / RoB 2	Bajo	Bajo	Algunas preocupaciones	Algunas preocupaciones

Principales hallazgos

- Exacerbaciones y utilización de atención urgente

La reducción de exacerbaciones y contactos sanitarios urgentes presentó resultados favorables en varios estudios, aunque no de forma uniforme. El programa escolar supervisado por enfermería evaluado por Trivedi et al. se asoció con una disminución del 37,5% de las visitas a urgencias y con una reducción significativa de ingresos hospitalarios durante el año posterior a la incorporación al programa¹⁰.

Guo et al. encontraron también un menor número de consultas médicas no programadas durante los seis meses posteriores a una intervención educativa estructurada que continuaba desde la consulta hasta el

domicilio¹¹. De forma similar, el programa web dirigido por enfermería de Chan et al. redujo significativamente los contactos hospitalarios no programados después del alta de niños ingresados por una exacerbación¹³.

El estudio de Wu et al. mostró uno de los hallazgos más directamente relacionados con el objetivo principal de esta revisión. Los niños que utilizaron un programa digital administrado por enfermería especialista presentaron menor frecuencia de exacerbaciones a los tres y seis meses que quienes recibieron únicamente seguimiento convencional¹⁹.

Sin embargo, los resultados no fueron universales. En el ensayo por conglomerados desarrollado en población preescolar, el programa dirigido por enfermería mejoró control y síntomas, pero no redujo significativamente la proporción de niños que requirieron atención médica urgente durante el año de seguimiento¹⁷.

- Reingresos hospitalarios

Los reingresos fueron evaluados con menor frecuencia que el control clínico o las visitas urgentes. Trivedi et al. observaron una reducción significativa de hospitalizaciones después de implantar un programa escolar supervisado por enfermería¹⁰.

En adultos recientemente hospitalizados, Jayaram et al. encontraron una tendencia hacia una menor tasa de reingresos a los seis meses en el grupo que recibió seguimiento por un equipo enfermero de transición, aunque el carácter piloto y el reducido tamaño de la muestra limitaron la significación estadística¹⁶. La intervención incorporaba revisión precoz después del alta, refuerzo del plan de acción, comprobación de técnica inhalatoria y apoyo telefónico.

El programa de educación domiciliaria web de Chan et al. incluyó también los reingresos entre sus variables de seguimiento y mostró una evolución favorable de la utilización sanitaria global¹³. En cambio, otros trabajos se centraron en control y exacerbaciones sin aportar resultados específicos de hospitalización.

- Control del asma y síntomas

La mejoría del control fue uno de los hallazgos más consistentes. Guo et al. observaron mejores puntuaciones de control a los seis meses en niños sometidos a una trayectoria educativa estructurada¹¹. Isik et al. encontraron menores síntomas y mejor capacidad de autocontrol después de una intervención impartida por enfermería escolar¹².

En el estudio nigeriano de Ozoh et al., los participantes inicialmente mal controlados experimentaron una mejoría clínicamente relevante del ACT después del programa educativo¹⁴. Jayaram et al. describieron una mayor mejoría del control tras el alta en el grupo atendido por el equipo enfermero de transición¹⁶.

Los resultados de Karhan y Soyler mostraron igualmente una mejora marcada del control infantil después de educar a las madres mediante técnicas de entrevista motivacional¹⁸. Wu et al. confirmó resultados favorables mediante seguimiento digital, con puntuaciones de C-ACT significativamente superiores tanto a los tres como a los seis meses¹⁹.

- Conocimientos, técnica inhalatoria y autocuidado

Las intervenciones educativas produjeron mejoras especialmente consistentes en variables intermedias relacionadas con el autocuidado. Guo et al. encontraron una mejor técnica inhalatoria y calidad de vida¹¹, mientras que Ozoh et al. observaron aumentos significativos del conocimiento y mejoras en adherencia y calidad de vida¹⁴.

Karhan y Soyler encontraron un incremento significativo del conocimiento de las madres después de la intervención basada en entrevista motivacional¹⁸. El programa Asthma Smarts evaluado por Lee et al. produjo asimismo mejoras significativas en conocimientos y una reducción de las visitas al servicio de enfermería escolar¹⁵.

La modalidad digital también mostró utilidad. Chan et al. observaron mejores conocimientos, actitudes y prácticas entre los cuidadores mediante educación web domiciliaria¹³, mientras que la intervención TEACHH mostró elevada aceptación de materiales visuales, demostraciones de medicación y sesiones virtuales después del alta²⁰.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión indican que la educación enfermera puede mejorar de manera consistente el control del asma, los conocimientos y las capacidades de autocuidado, mientras que su efecto sobre exacerbaciones y reingresos parece depender en mayor medida de las características de la intervención. Los resultados más favorables se observaron cuando la educación no se limitó a proporcionar información, sino que incorporó seguimiento, entrenamiento práctico, plan de acción y contacto continuado.

La eficacia de la educación parece aumentar cuando, además de transmitir conocimientos, incorpora técnicas orientadas al cambio de comportamiento. La fijación de objetivos dentro de los programas de autocuidado se ha relacionado con mejoras potenciales del control de los síntomas, la calidad de vida y la autoeficacia, aunque la heterogeneidad y calidad de los estudios aconsejan interpretar estos resultados con prudencia²¹.

La educación enfermera tiene especial potencial en el momento posterior a una exacerbación. Los pacientes que han requerido urgencias o ingreso constituyen una población de mayor riesgo y, al mismo tiempo, pueden mostrar una mayor receptividad para revisar el manejo de su enfermedad. El estudio de Jayaram et al. refleja este planteamiento mediante revisiones precoces tras el alta. La continuidad entre hospital y domicilio permite comprobar si el paciente ha obtenido la medicación prescrita, utiliza correctamente el inhalador y dispone de un plan para responder ante nuevos síntomas.

Los resultados pediátricos muestran también la importancia de implicar a padres y cuidadores. En este grupo, el autocuidado depende de la capacidad familiar para reconocer síntomas, administrar correctamente la medicación y decidir cuándo solicitar asistencia. La educación mediante entrevista motivacional, programas web y seguimiento digital produjo mejoras importantes en conocimientos y control^{13,18,19}. Estas modalidades pueden resultar especialmente útiles cuando la distancia, los horarios familiares o la disponibilidad de consultas dificultan el seguimiento presencial.

Los centros escolares representan otro escenario relevante. Las intervenciones de enfermería escolar permiten actuar sobre la adherencia, los síntomas y la respuesta ante episodios durante una parte considerable del día. Trivedi et al. observaron reducciones relevantes de urgencias e ingresos mediante administración supervisada de tratamiento preventivo¹⁰. No obstante, otras intervenciones escolares mejoraron síntomas y autocuidado sin conseguir efectos concluyentes sobre utilización sanitaria^{12,17}. Esta interpretación coincide con una revisión sistemática de intervenciones enfermeras desarrolladas en el ámbito escolar y comunitario, en la que los programas educativos dirigidos a niños y sus familias mejoraron de forma general los conocimientos y las habilidades necesarias para el autocuidado del asma. Estos resultados respaldan el papel de la enfermería escolar como elemento de continuidad entre el niño, la familia y los servicios sanitarios²².

La técnica inhalatoria constituye un mecanismo intermedio especialmente importante. Los beneficios educativos difícilmente pueden traducirse en reducción de exacerbaciones si el tratamiento se administra incorrectamente. Por ello, demostrar el uso del dispositivo y pedir al paciente que reproduzca la técnica debería formar parte de las intervenciones educativas. La simple entrega de información escrita resulta insuficiente cuando existen errores prácticos que requieren observación y corrección.

La efectividad de la educación también depende de que los propios profesionales dispongan de competencias y recursos para apoyar el autocuidado. Una revisión sistemática sobre formación de profesionales encontró que las intervenciones más eficaces tendían a estar vinculadas a las guías clínicas, incorporar componentes interprofesionales y abordar factores organizativos y conductuales, lo que sugiere que la educación del paciente debe acompañarse de estrategias dirigidas al entorno asistencial²³.

Las tecnologías digitales amplían las posibilidades de continuidad. El programa WeChat redujo exacerbaciones y mejoró el control, mientras que la educación web domiciliaria disminuyó contactos no programados. Sin embargo, el ensayo TEACHH mostró que la factibilidad y aceptación de una intervención digital no implica necesariamente que exista potencia suficiente para demostrar reducción de hospitalizaciones. El componente tecnológico debe entenderse como un canal para mantener el apoyo educativo, no como el elemento terapéutico principal.

Un aspecto importante de esta revisión es que mejorar el control no siempre equivale inmediatamente a reducir reingresos. Los ingresos hospitalarios son eventos relativamente poco frecuentes y dependen de múltiples factores, como gravedad basal, acceso a atención primaria, tratamiento prescrito, condiciones

sociales y criterios de hospitalización. Los estudios de pequeño tamaño pueden mostrar cambios clínicamente relevantes en control sin disponer de suficiente potencia para detectar diferencias en reingresos.

Desde la perspectiva enfermera, los resultados respaldan un modelo educativo basado en valoración inicial, identificación de necesidades individuales, entrenamiento práctico, plan de acción y seguimiento. Las sesiones deberían incluir reconocimiento de síntomas de alarma, diferencias entre medicación de mantenimiento y rescate, técnica inhalatoria, adherencia, factores desencadenantes y criterios para buscar atención urgente. La educación debe comprobarse mediante demostración y retroalimentación en lugar de asumir que la información ha sido comprendida.

La revisión presenta varias limitaciones. Existió heterogeneidad importante en edad, gravedad del asma, escenario asistencial, duración y contenido de las intervenciones. Los estudios utilizaron diferentes definiciones de exacerbación y medidas de utilización sanitaria, lo que impidió realizar un metaanálisis. Algunos trabajos fueron pilotos o incluyeron muestras reducidas, y los estudios pre-post no permiten excluir completamente regresión a la media u otros cambios temporales. También predominó la investigación pediátrica, por lo que la evidencia específica en adultos resulta más limitada.

Futuros ensayos deberían definir de manera homogénea exacerbación, atención urgente y reingreso, mantener seguimientos de al menos 6-12 meses y describir detalladamente los componentes educativos. Resultaría especialmente útil determinar qué frecuencia de seguimiento produce el mayor beneficio, qué pacientes requieren una intervención más intensiva y qué combinación de atención presencial y digital resulta más eficiente.

Conclusiones

La educación enfermera mejora de forma consistente el conocimiento, el autocuidado y el control del asma y puede contribuir a reducir exacerbaciones, visitas urgentes y reingresos.

Los mejores resultados se observan cuando la educación es estructurada, individualizada y continuada, incorpora entrenamiento en técnica inhalatoria y planes de acción y se mantiene mediante seguimiento presencial, telefónico o digital.

La evidencia sobre reducción de hospitalizaciones es menos uniforme que la existente para control y utilización no programada, por lo que se necesitan estudios de mayor tamaño y seguimiento prolongado. La integración sistemática de la educación enfermera en hospitalización, atención ambulatoria y ámbito comunitario constituye una estrategia relevante para prevenir nuevas descompensaciones.

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. Reddel HK, Bacharier LB, Bateman ED, Brightling CE, Brusselle GG, Buhl R, et al. Global Initiative for Asthma Strategy 2021: executive summary and rationale for key changes. *Am J Respir Crit Care Med.* 2022;205(1):17-35. doi:10.1164/rccm.202109-2205PP.
2. Cloutier MM, Baptist AP, Blake KV, Brooks EG, Bryant-Stephens T, DiMango E, et al. 2020 focused updates to the asthma management guidelines: a report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;146(6):1217-70. doi:10.1016/j.jaci.2020.10.003.
3. Klijn SL, Hilgsmann M, Evers SMAA, Román-Rodríguez M, van der Molen T, van Boven JFM. Effectiveness and success factors of educational inhaler technique interventions in asthma & COPD patients: a systematic review. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2017;27(1):24. doi:10.1038/s41533-017-0022-1.

4. Pinnock H, Parke HL, Panagioti M, Daines L, Pearce G, Epiphaniou E, et al. Systematic meta-review of supported self-management for asthma: a healthcare perspective. *BMC Med.* 2017;15(1):64. doi:10.1186/s12916-017-0823-7.
5. Villa-Roel C, Voaklander B, Ospina MB, Nikel T, Campbell S, Rowe BH. Effectiveness of written action plans for acute asthma: a systematic review. *J Asthma.* 2018;55(2):188-95. doi:10.1080/02770903.2017.1318142.
6. Babineau-Therrien J, Boulet LP, Gagné M. Self-management support provided by trained asthma educators result in improved quality of life and asthma control compared to usual care: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2020;103(8):1498-506. doi:10.1016/j.pec.2020.02.040.
7. Dhipayom T, Wateemongkollert A, Mueangfa K, Im H, Dilokthornsakul P, Devine B. Comparative efficacy of strategies to support self-management in patients with asthma: a systematic review and network meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2022;10(3):803-14. doi:10.1016/j.jaip.2021.09.049.
8. Hodkinson A, Bower P, Grigoroglou C, Zghebi SS, Pinnock H, Kontopantelis E, et al. Self-management interventions to reduce healthcare use and improve quality of life among patients with asthma: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2020;370:m2521. doi:10.1136/bmj.m2521.
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
10. Trivedi M, Patel J, Lessard D, Kremer T, Byatt N, Phipatanakul W, et al. School nurse asthma program reduces healthcare utilization in children with persistent asthma. *J Asthma.* 2018;55(10):1131-7. doi:10.1080/02770903.2017.1396473.
11. Gao G, Liao Y, Mo L, Gong Y, Shao X, Li J. A randomized controlled trial of a nurse-led education pathway for asthmatic children from outpatient to home. *Int J Nurs Pract.* 2020;26(3):e12823. doi:10.1111/ijn.12823.
12. Isik E, Fredland NM, Young A, Schultz RJ. A school nurse-led asthma intervention for school-age children: a randomized control trial to improve self-management. *J Sch Nurs.* 2021;37(6):480-90. doi:10.1177/1059840520902511.
13. Ng JKS, Chau JPC, Chan AWK, Lui JKC, Cheng JWH. A nurse-led web-based home asthma education program for children and their families: a randomized controlled trial. *J Pediatr Nurs.* 2021;59:158-63. doi:10.1016/j.pedn.2021.04.014.
14. Ozoh OB, Akinbolagbe Y, Tekobo A, Dede SK, Dania MG, Adeyeye O. The feasibility and effect of a nurse-led, patient-centered asthma education program in a Nigerian context. *J Asthma.* 2022;59(8):1670-9. doi:10.1080/02770903.2021.1942040.
15. Lee E, Grayson M, Klaver D, Fuller B, Dasgupta M, Steinberg J, et al. Asthma Smarts Education: increased disease knowledge and reduced school nurse visits. *Prog Community Health Partnersh.* 2022;16(2):193-203. doi:10.1353/cpr.2022.0023.
16. Jayaram L, Gillman A, Casanelia S, Yee V, Hocking V, Wasgeewatta S, et al. A nurse-led Asthma Care Team transitioning patients from hospital to home improves asthma control: a pilot study exploring an alternative model of care. *Health Promot J Austr.* 2023;34(2):429-36. doi:10.1002/hpja.620.
17. Walker N, von Blaraberg T, Mackay J, McNaughton W, Strickland J, Van Mil J, et al. Effectiveness of a preschool asthma education programme, compared to usual care, on the frequency of acute asthma events: a community-based cluster randomised trial. *N Z Med J.* 2022;135(1554):80-92.
18. Karhan ER, Soylar P. The effect of motivational interviewing techniques on the knowledge level of asthma control among mothers of children with allergic asthma. *J Pediatr Nurs.* 2024;78:44-50. doi:10.1016/j.pedn.2024.05.038.
19. Wu JM, Yang TH, Qin X, Liu D, He Y. Effectiveness of specialist nurse-led WeChat mini program management for disease control in asthma: a randomized controlled study. *J Pediatr Nurs.* 2024;79:e93-e99. doi:10.1016/j.pedn.2024.10.004.
20. Frey SM, Sanchez I, Fagnano M, Milne Wenderlich A, Mammen JR, Halterman JS. The Telehealth Education for Asthma Connecting Hospital and Home (TEACHH) pilot study. *J Asthma.* 2025;62(3):416-26. doi:10.1080/02770903.2024.2408304.
21. Liao Y, Gao G, Peng Y. The effect of goal setting in asthma self-management education: a systematic review. *Int J Nurs Sci.* 2019;6(3):334-42. doi:10.1016/j.ijnss.2019.04.003.
22. Isik E, Fredland NM, Freysteinson WM. School and community-based nurse-led asthma interventions for school-aged children and their parents: a systematic literature review. *J Pediatr Nurs.* 2019;44:107-14. doi:10.1016/j.pedn.2018.11.007.
23. McCleary N, Andrews A, Buelo A, Captieux M, Morrow S, Wiener-Ogilvie S, et al. IMP²ART systematic review of education for healthcare professionals implementing supported self-management for asthma. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2018;28(1):42. doi:10.1038/s41533-018-0108-4.

© Sociedad Científica Sanitaria Europea para la Investigación, Divulgación, Solidaridad y Formación, 2026

SOCISAEU-IDSF

© 2026, 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: 2026.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

Tendencias de Enfermería, Volumen 2, Número 8 Julio-Agosto 2026

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.