

Retos de salud y cuidados en el siglo XXI



PALMITO BOOKS

Retos de salud y cuidados en el siglo XXI

Palmito Books



Título: Retos de salud y cuidados en el siglo XXI

© Lucía Ballvé García Conde, María del Carmen Sánchez García, Fernando Ezequiel Di Salvo Morales, Yolanda Garrido García, Ignacio Martínez Garrido, Irene Tordesillas Paniagua, 2025

Reservados todos los derechos

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 270 del Código Penal, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Palmito Books®

Publicado en formato digital

1ª edición: septiembre 2025

ISBN: 979-13-88020-18-6

DOI: 10.56533/DAXN4890

URL: <https://doi.org/10.56533/DAXN4890>



Índice

Prefacio.....	9
Educación para la salud y promoción del autocuidado desde la perspectiva enfermera	
Lucía Ballvé García Conde	13
Gestión documental y seguridad de la información en los servicios sanitarios	
María del Carmen Sánchez García	27
Atención al usuario y coordinación administrativa en entornos asistenciales	
María del Carmen Sánchez García	45
Competencias profesionales del auxiliar administrativo ante la digitalización sanitaria	
María del Carmen Sánchez García	67
El papel del técnico en farmacia ante la automedicación y el uso racional del medicamento	
Fernando Ezequiel Di Salvo Morales	87
Gestión y seguridad en la dispensación: trazabilidad, farmacovigilancia y responsabilidad profesional	
Fernando Ezequiel Di Salvo Morales	103
Seguridad del paciente y calidad asistencial: buenas prácticas en cuidados, laboratorio y farmacia	
Yolanda Garrido García	123
Atención integral centrada en la persona: del cuidado básico al seguimiento terapéutico	
Yolanda Garrido García	135
Cuidados específicos en pacientes con limitación funcional: coordinación asistencial y estrategias terapéuticas	
Ignacio Martínez Garrido	151

Protocolos de cuidados específicos en procesos agudos y crónicos: actuación asistencial y rehabilitadora conjunta	
Ignacio Martínez Garrido	167
Prevención del suicidio y conducta autolesiva en Atención Primaria	
Irene Tordesillas Paniagua	183
Ansiedad y depresión en el siglo XXI: abordaje desde la enfermería	
Irene Tordesillas Paniagua	199

Prefacio

Los retos de salud y cuidados en el siglo XXI obligan a mirar la atención sanitaria desde una perspectiva amplia, realista y profundamente humana. La salud ya no puede entenderse únicamente como la ausencia de enfermedad ni la asistencia puede limitarse a la respuesta puntual ante un problema clínico. El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, la digitalización de los servicios, la complejidad farmacoterapéutica, la necesidad de reforzar la seguridad del paciente y la creciente visibilidad de la salud mental han transformado el modo en que profesionales, pacientes, familias e instituciones se relacionan con el cuidado.

Este libro nace con la intención de ofrecer una aproximación práctica y reflexiva a algunos de los grandes desafíos que atraviesan actualmente los entornos sanitarios. A lo largo de sus capítulos se abordan cuestiones que forman parte de la actividad cotidiana de los servicios de salud, pero que a menudo requieren una mirada más detenida: la educación para la salud, la promoción del autocuidado, la gestión documental, la seguridad de la información, la atención al usuario, la coordinación administrativa, la digitalización sanitaria, el uso racional del medicamento, la trazabilidad, la farmacovigilancia, la calidad asistencial, la atención centrada en la persona, la limitación funcional, los procesos agudos y crónicos, la prevención del suicidio y el abordaje enfermero de la ansiedad y la depresión.

El hilo conductor de la obra es claro: cuidar bien exige algo más que aplicar técnicas o seguir procedimientos. Requiere comprender a la persona en su contexto, garantizar información segura y útil, trabajar de forma coordinada, prevenir daños evitables y acompañar los procesos de salud con rigor profesional y sensibilidad. En este sentido, el cuidado se presenta como una responsabilidad compartida en la que intervienen profesionales sanitarios, personal técnico, equipos administrativos, farmacia, laboratorio, atención primaria, servicios especializados, familias y comunidades.

Uno de los aspectos centrales del libro es la importancia de la continuidad asistencial. Muchos problemas de salud no se resuelven en un único acto clínico.

Requieren seguimiento, educación, revisión de tratamientos, adaptación del entorno, apoyo emocional y coordinación entre niveles. La persona que vive con una enfermedad crónica, una limitación funcional, un tratamiento complejo o un malestar psicológico necesita un sistema capaz de acompañarla, no solo de atenderla de forma fragmentada. Por ello, los capítulos insisten en la necesidad de integrar la actuación asistencial, rehabilitadora, educativa y administrativa.

También ocupa un lugar relevante la seguridad del paciente. Cada identificación correcta, cada registro bien realizado, cada medicamento dispensado con prudencia, cada muestra correctamente etiquetada y cada información transmitida de forma clara contribuyen a reducir riesgos. La seguridad no depende únicamente de grandes tecnologías o protocolos extensos, sino también de hábitos cotidianos, comunicación efectiva y cultura profesional. Esta obra defiende que la calidad asistencial empieza en los detalles, precisamente porque esos detalles pueden modificar la experiencia y el resultado del cuidado.

La digitalización sanitaria aparece como otro eje transversal. Las herramientas tecnológicas ofrecen oportunidades evidentes para mejorar la accesibilidad, la coordinación y la trazabilidad, pero también generan nuevos desafíos: brecha digital, protección de datos, sobrecarga informativa, ciberseguridad y necesidad de competencias profesionales actualizadas. La tecnología debe estar al servicio de las personas y no convertirse en una barrera. Por eso, el libro reivindica una digitalización sanitaria segura, inclusiva y humanizada.

Por último, la salud mental se aborda como una dimensión inseparable de la salud general. La ansiedad, la depresión, la conducta autolesiva y el riesgo suicida no pueden quedar al margen de la atención cotidiana. La escucha, la detección precoz, el acompañamiento y la coordinación con recursos especializados son responsabilidades compartidas que deben integrarse en los servicios sanitarios.

Este libro pretende ser una herramienta útil para profesionales, estudiantes y personas interesadas en comprender mejor los cuidados actuales. Su propósito no es cerrar debates, sino abrir una reflexión aplicada sobre cómo cuidar mejor en un sistema sanitario cada vez más complejo. Porque, en último término, la calidad de la atención no se mide solo por la tecnología disponible o por la rapidez de los

procesos, sino por la capacidad de proteger, orientar, aliviar y acompañar a cada persona con seguridad, respeto y humanidad.

Educación para la salud y promoción del autocuidado desde la perspectiva enfermera

Lucía Ballvé García Conde

La educación para la salud constituye una de las funciones más importantes de la enfermería contemporánea. En un contexto sanitario marcado por el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, la digitalización de los servicios, la sobrecarga asistencial y la necesidad de reforzar la participación activa de la ciudadanía en el cuidado de su propia salud, el papel educativo de la enfermera adquiere una relevancia cada vez mayor. Cuidar no significa únicamente atender una necesidad inmediata, administrar un tratamiento o acompañar un proceso de enfermedad, sino también ayudar a que las personas comprendan qué les ocurre, qué factores influyen en su bienestar y qué decisiones pueden adoptar para mejorar su calidad de vida.

Desde la perspectiva enfermera, la educación para la salud no debe entenderse como una transmisión simple de información sanitaria. No basta con indicar a una persona qué debe comer, cómo debe tomar una medicación o qué ejercicio conviene realizar. La educación sanitaria eficaz exige escuchar, valorar el contexto de vida, identificar barreras, adaptar el mensaje, respetar los ritmos de aprendizaje y acompañar el cambio de conducta. En este sentido, la enfermería ocupa una posición privilegiada, ya que mantiene un contacto directo, frecuente y cercano con las personas, las familias y las comunidades. Esta proximidad permite detectar necesidades reales, comprender dificultades cotidianas y diseñar intervenciones educativas más ajustadas.

El autocuidado, por su parte, se ha convertido en un elemento central de los sistemas de salud actuales. La mayor parte de los problemas de salud que afectan a la población requieren una participación activa de la propia persona. La diabetes, la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la obesidad, las

enfermedades cardiovasculares, los trastornos musculoesqueléticos o muchos problemas de salud mental no pueden abordarse solo desde la consulta o el hospital. Requieren hábitos sostenidos en el tiempo, adherencia terapéutica, reconocimiento de signos de alarma, toma de decisiones informada y capacidad para reorganizar la vida diaria. Por ello, promover el autocuidado no implica trasladar la responsabilidad del sistema sanitario al paciente, sino ofrecerle herramientas, conocimientos y apoyo para que pueda participar de manera consciente y segura en su proceso de salud.

La enfermería ha desarrollado históricamente una visión integral del cuidado. Esta mirada permite comprender que la educación para la salud no se dirige únicamente a la enfermedad, sino también a la persona que la vive. Cada paciente posee una historia, unas creencias, una red familiar, unos recursos económicos, un nivel de alfabetización en salud, unas experiencias previas con el sistema sanitario y unas expectativas concretas. Todos estos elementos influyen en la forma en que interpreta las recomendaciones profesionales y en la posibilidad real de aplicarlas. Una persona puede saber que debe seguir una dieta determinada, pero no contar con recursos económicos, apoyo familiar o habilidades culinarias para hacerlo. Otra puede conocer la importancia de la actividad física, pero vivir en un entorno inseguro o tener miedo al dolor. Por esta razón, educar en salud exige ir más allá del consejo general y situar las recomendaciones en la vida concreta de cada persona.

Uno de los principales retos de la educación para la salud es la motivación. Muchas intervenciones sanitarias fracasan no porque la persona desconozca completamente lo que debe hacer, sino porque no encuentra sentido, confianza o posibilidades reales para cambiar. En ocasiones, los mensajes sanitarios se perciben como imposiciones externas, especialmente cuando se presentan de forma rígida o culpabilizadora. Desde la enfermería, resulta esencial evitar una comunicación basada en el reproche. Expresiones como “tiene que cuidarse más” o “si no cambia, será peor” pueden generar resistencia, miedo o desánimo. En cambio, una comunicación comprensible, empática y orientada a objetivos alcanzables favorece una relación terapéutica más efectiva. La persona necesita sentir que el profesional no juzga su conducta, sino que le ayuda a encontrar estrategias posibles.

La promoción del autocuidado requiere también reconocer que los cambios de hábitos no se producen de manera inmediata. Dejar de fumar, modificar la alimentación, incorporar ejercicio físico, controlar la glucemia o mejorar la higiene del sueño son procesos complejos. Implican factores emocionales, familiares, laborales y culturales. La enfermera debe acompañar estos procesos desde una perspectiva gradual, ayudando a establecer metas pequeñas y realistas. En muchos casos, es más útil pactar un primer cambio concreto que ofrecer una lista extensa de recomendaciones difíciles de cumplir. Por ejemplo, en una persona sedentaria puede ser más eficaz comenzar con caminatas breves tres veces por semana que insistir desde el inicio en objetivos demasiado ambiciosos. El éxito inicial refuerza la autoeficacia y facilita la continuidad.

La autoeficacia es un concepto clave en el autocuidado. Hace referencia a la percepción que tiene una persona sobre su capacidad para realizar una conducta determinada. Si alguien cree que no será capaz de controlar su alimentación, usar correctamente un inhalador o realizar una cura en casa, es probable que abandone o dependa completamente del profesional. La intervención enfermera debe orientarse a reforzar esa confianza mediante demostraciones prácticas, repetición de instrucciones, resolución de dudas y reconocimiento de los avances conseguidos. No se trata solo de explicar, sino de comprobar que la persona sabe hacer. En este punto, la técnica de retorno de información resulta especialmente útil: la enfermera pide al paciente que explique con sus palabras lo que ha entendido o que realice delante de ella el procedimiento aprendido. Esta estrategia permite detectar errores sin culpabilizar y corregirlos de forma inmediata.

La educación para la salud tiene una dimensión individual, familiar y comunitaria. En el ámbito individual, la intervención se adapta a las necesidades concretas de cada paciente. En el ámbito familiar, se reconoce que muchas decisiones de salud se toman dentro del hogar. La alimentación, la actividad física, el descanso, la adherencia terapéutica o el cuidado de personas dependientes dependen con frecuencia de la organización familiar. Por ello, incluir a cuidadores y familiares puede mejorar la eficacia de las recomendaciones. Sin embargo, esta participación debe realizarse respetando siempre la autonomía y la confidencialidad de la persona atendida. En el ámbito comunitario, la educación para la salud se dirige a

grupos y poblaciones, con el objetivo de mejorar conocimientos, modificar entornos y promover estilos de vida saludables.

La perspectiva comunitaria es especialmente importante en el siglo XXI. Muchos problemas de salud no pueden explicarse únicamente por decisiones individuales. Los determinantes sociales, como el nivel económico, la vivienda, la educación, el empleo, el género, el apoyo social o el acceso a recursos sanitarios, influyen de forma decisiva en la capacidad de autocuidado. Una recomendación sanitaria que no tenga en cuenta estos determinantes puede resultar injusta o poco realista. Por ejemplo, promover una alimentación saludable en una familia con dificultades económicas exige orientar sobre opciones asequibles, planificación de menús y aprovechamiento de recursos comunitarios. Recomendar ejercicio físico en personas mayores requiere valorar barreras arquitectónicas, miedo a caídas, disponibilidad de espacios seguros y apoyo social. La enfermera, especialmente en atención primaria y salud comunitaria, puede actuar como puente entre las necesidades de la población y los recursos disponibles.

La alfabetización en salud es otro aspecto fundamental. Muchas personas tienen dificultades para comprender informes médicos, etiquetas de medicamentos, instrucciones de tratamiento o resultados de pruebas. Estas dificultades no siempre se relacionan con el nivel educativo general, ya que el lenguaje sanitario puede resultar complejo incluso para personas con formación. La enfermería debe favorecer una comunicación clara, ordenada y adaptada, evitando tecnicismos innecesarios y comprobando la comprensión. La educación para la salud no debe medir su calidad por la cantidad de información ofrecida, sino por la utilidad real que esa información tiene para la persona. Un mensaje breve, concreto y bien comprendido puede tener más impacto que una explicación larga y confusa.

En la promoción del autocuidado, la enfermera también desempeña un papel esencial en la prevención. La prevención primaria busca evitar la aparición de enfermedades mediante vacunación, alimentación saludable, ejercicio físico, higiene, salud sexual, prevención de accidentes o reducción del consumo de sustancias nocivas. La prevención secundaria se centra en la detección precoz, mediante cribados, controles periódicos y reconocimiento temprano de signos de alarma. La prevención terciaria pretende reducir complicaciones, mejorar la adaptación a la enfermedad y evitar recaídas. En todos estos niveles, la educación

para la salud es imprescindible. La persona debe saber por qué se recomienda una medida, qué beneficios puede aportar y cómo integrarla en su vida.

Las enfermedades crónicas representan uno de los principales escenarios de intervención educativa enfermera. En estos procesos, el objetivo no siempre es la curación, sino el control, la estabilidad y la calidad de vida. La persona con una enfermedad crónica debe aprender a convivir con ella, identificar cambios, seguir tratamientos, adaptar rutinas y afrontar el impacto emocional. La enfermería puede ayudar a transformar la vivencia de la enfermedad desde una posición pasiva hacia una participación activa. Esto no significa exigir al paciente una responsabilidad absoluta, sino acompañarle para que gane seguridad y autonomía progresiva. La educación diabetológica, la enseñanza sobre el uso de inhaladores, el control de la tensión arterial, el cuidado de heridas crónicas, la prevención de úlceras por presión o la educación en anticoagulación son ejemplos claros de este papel.

La adherencia terapéutica constituye un desafío frecuente. Muchas personas no siguen adecuadamente los tratamientos por olvido, efectos secundarios, falta de comprensión, miedo, bajo apoyo social, dificultades económicas o escasa percepción de gravedad. La respuesta profesional no debe limitarse a insistir en la obligación de cumplir el tratamiento. Es necesario explorar qué está ocurriendo. Preguntar de forma abierta, revisar la pauta, simplificar instrucciones, usar pastilleros, implicar a la familia cuando proceda o coordinarse con otros profesionales puede mejorar los resultados. La enfermera, por su accesibilidad, puede detectar problemas de adherencia antes de que aparezcan complicaciones graves.

La salud mental también debe formar parte de la educación para la salud y del autocuidado. El bienestar emocional influye en la capacidad para adoptar hábitos saludables, pedir ayuda, mantener tratamientos o afrontar enfermedades. El estrés, la ansiedad, la soledad, el duelo, la sobrecarga del cuidador o la depresión pueden dificultar el autocuidado. Desde la perspectiva enfermera, es importante integrar preguntas sobre descanso, estado de ánimo, apoyo social y carga emocional en la valoración habitual. Promover el autocuidado emocional no significa sustituir la atención especializada cuando es necesaria, sino reconocer que la salud mental forma parte inseparable de la salud general. Enseñar estrategias de afrontamiento, favorecer redes de apoyo y detectar signos de alarma son acciones de gran valor.

En el caso de las personas cuidadoras, la educación para la salud tiene una importancia especial. Cuidar a una persona dependiente puede generar cansancio físico, aislamiento, alteraciones del sueño, dolor, ansiedad y sentimientos de culpa. Muchas cuidadoras, especialmente mujeres, priorizan las necesidades de la persona atendida y descuidan su propia salud. La enfermería debe educar también en el autocuidado del cuidador. Esto implica enseñar movilizaciones seguras, prevención de lesiones, organización de medicación, cuidados básicos y signos de alarma, pero también insistir en la necesidad de descanso, apoyo, reparto de tareas y búsqueda de recursos. Cuidar al cuidador es una forma indirecta de proteger también a la persona dependiente.

La infancia y la adolescencia representan etapas clave para la promoción de hábitos saludables. La escuela, la familia y los servicios sanitarios pueden colaborar para fomentar alimentación equilibrada, actividad física, higiene, salud bucodental, prevención de adicciones, uso responsable de pantallas, educación afectivo sexual y bienestar emocional. La enfermería escolar y comunitaria puede desempeñar una función relevante en este ámbito. En adolescentes, la educación para la salud debe evitar discursos paternalistas y conectar con sus preocupaciones reales. La participación activa, el uso de ejemplos cercanos y el respeto a su autonomía progresiva facilitan mejores resultados.

En personas mayores, la promoción del autocuidado debe orientarse a mantener la funcionalidad, prevenir la dependencia y favorecer la seguridad. La educación enfermera puede centrarse en prevención de caídas, adherencia terapéutica, alimentación, hidratación, actividad física adaptada, estimulación cognitiva, vacunación, cuidado de la piel y detección de fragilidad. También es importante combatir la idea de que determinados problemas son inevitables por la edad. El envejecimiento no debe asociarse automáticamente a pasividad o pérdida de autonomía. Muchas intervenciones educativas sencillas pueden mejorar la independencia y reducir complicaciones.

La digitalización abre nuevas posibilidades para la educación para la salud. Las aplicaciones móviles, los portales del paciente, la teleconsulta, los dispositivos de monitorización, los vídeos educativos y los recordatorios digitales pueden facilitar el seguimiento y el autocuidado. Sin embargo, la tecnología no sustituye la relación terapéutica. Además, no todas las personas tienen las mismas competencias

digitales ni el mismo acceso a dispositivos o conexión. La enfermería debe valorar estas diferencias y evitar que la digitalización aumente desigualdades. Cuando se utilizan recursos digitales, conviene enseñar su manejo, verificar que la información procede de fuentes fiables y adaptar la recomendación a las capacidades de cada persona.

La educación sanitaria en entornos digitales también exige combatir la desinformación. Muchas personas consultan en internet síntomas, tratamientos o remedios antes de acudir al sistema sanitario. Esta realidad no debe abordarse desde la burla o la prohibición, sino desde la orientación. La enfermera puede ayudar a identificar páginas fiables, explicar riesgos de contenidos no contrastados y fomentar una actitud crítica. En salud, la información falsa puede retrasar diagnósticos, generar miedo o favorecer prácticas peligrosas. Por ello, educar en salud hoy también significa educar en el uso responsable de la información.

La comunicación terapéutica es la herramienta básica de toda intervención educativa. Escuchar activamente, mostrar empatía, preguntar de forma abierta, resumir lo entendido y validar emociones son habilidades esenciales. Una persona que se siente escuchada tiene más probabilidad de expresar dudas, miedos o dificultades. En cambio, cuando percibe prisa, juicio o distancia, puede limitarse a asentir sin haber comprendido realmente. La educación para la salud requiere tiempo, pero también calidad comunicativa. Incluso en consultas breves, una pregunta adecuada puede cambiar el enfoque de la intervención: “¿Qué le preocupa más de este tratamiento?”, “¿Qué cree que le resultará más difícil?”, “¿Cómo podríamos adaptarlo a su rutina?”. Estas preguntas ayudan a construir un plan más realista.

La planificación educativa debe seguir un proceso organizado. En primer lugar, se valora la necesidad educativa, es decir, qué sabe la persona, qué necesita saber, qué habilidades debe adquirir y qué barreras existen. En segundo lugar, se establecen objetivos concretos. Estos objetivos deben ser claros, alcanzables y evaluables. En tercer lugar, se seleccionan estrategias educativas adecuadas, como explicación individual, demostración práctica, material escrito, recursos audiovisuales, talleres grupales o seguimiento telefónico. En cuarto lugar, se evalúa el aprendizaje y se reajusta la intervención. La evaluación no debe entenderse

como un examen al paciente, sino como una forma de comprobar si la enseñanza ha sido útil.

Los talleres grupales son una estrategia especialmente valiosa en educación para la salud. Permiten compartir experiencias, reducir sentimientos de aislamiento y favorecer el aprendizaje entre iguales. En grupos de personas con diabetes, hipertensión, embarazo, lactancia, dolor crónico, cuidadores o deshabituación tabáquica, la interacción puede reforzar la motivación y aportar soluciones prácticas. La enfermera actúa como facilitadora, organiza contenidos, corrige ideas erróneas y promueve la participación. El grupo no sustituye la atención individual, pero la complementa de forma eficaz.

La ética también debe estar presente en la promoción del autocuidado. Educar no es imponer. La persona tiene derecho a tomar decisiones sobre su salud, incluso cuando no coinciden plenamente con las recomendaciones profesionales. La enfermera debe informar de forma veraz, explicar riesgos y beneficios, resolver dudas y respetar la autonomía. La promoción del autocuidado no puede convertirse en una forma de culpabilización del paciente. En salud influyen muchos factores que no dependen únicamente de la voluntad individual. Por eso, el discurso enfermero debe combinar responsabilidad personal con comprensión del contexto.

La perspectiva de género resulta igualmente necesaria. Muchas recomendaciones sanitarias se reciben y se aplican de forma diferente según los roles sociales asignados. Las mujeres suelen asumir mayor carga de cuidados, acudir más a consultas preventivas y, al mismo tiempo, postergar su propio bienestar por atender a otros. Los hombres, en algunos contextos, pueden presentar mayor resistencia a pedir ayuda o expresar malestar emocional. La educación para la salud debe considerar estas diferencias sin reforzar estereotipos. Adaptar la intervención a la realidad social de cada persona mejora la equidad y la eficacia.

La competencia cultural también es imprescindible. Las creencias sobre alimentación, enfermedad, dolor, medicación, maternidad, muerte o cuidados pueden variar entre personas y comunidades. Una intervención educativa que ignore estas creencias puede generar rechazo. La enfermera debe preguntar, escuchar y negociar recomendaciones culturalmente sensibles, siempre que no comprometan la seguridad. La educación para la salud no consiste en sustituir la

cultura de la persona por el criterio profesional, sino en encontrar puntos de encuentro que permitan cuidar mejor.

La promoción del autocuidado tiene impacto no solo en la salud individual, sino también en la sostenibilidad del sistema sanitario. Cuando las personas comprenden mejor su proceso de salud, utilizan de forma más adecuada los recursos, detectan antes las complicaciones y participan activamente en la prevención. Esto puede reducir ingresos evitables, visitas innecesarias y complicaciones asociadas a un manejo inadecuado. No obstante, este argumento no debe interpretarse solo desde una lógica económica. El principal valor del autocuidado es que mejora la autonomía, la seguridad y la calidad de vida de las personas.

La enfermería del siglo XXI debe fortalecer su liderazgo en educación para la salud. Para ello, es necesario reconocer esta función como una intervención profesional compleja, no como una tarea secundaria. Educar bien requiere conocimiento clínico, habilidades pedagógicas, comunicación, enfoque comunitario, sensibilidad ética y capacidad de evaluación. También requiere condiciones laborales adecuadas. La sobrecarga asistencial dificulta dedicar tiempo a la educación, pero precisamente esa educación puede evitar problemas futuros. Invertir en educación enfermera es invertir en prevención, seguridad y continuidad asistencial.

En el ámbito hospitalario, la educación para la salud resulta fundamental en el alta. Muchas personas abandonan el hospital con tratamientos nuevos, curas pendientes, limitaciones funcionales o signos de alarma que deben vigilar. Un alta sin educación suficiente aumenta el riesgo de errores, reingresos y ansiedad. La enfermera debe preparar el alta desde el inicio del ingreso, no únicamente en el último momento. Explicar progresivamente, entregar instrucciones claras, comprobar habilidades y coordinar con atención primaria son acciones esenciales para garantizar la continuidad del cuidado.

En atención primaria, la educación para la salud encuentra uno de sus espacios naturales. La longitudinalidad permite conocer a las personas a lo largo del tiempo, detectar cambios, reforzar mensajes y adaptar objetivos. La consulta enfermera, la atención domiciliaria y las actividades comunitarias ofrecen oportunidades constantes para promover autocuidado. Además, la enfermera de atención primaria

puede trabajar con escuelas, asociaciones, ayuntamientos y otros recursos comunitarios. Esta dimensión intersectorial amplía el impacto de las intervenciones.

El domicilio es otro escenario relevante. En casa se observa cómo vive realmente la persona, qué apoyos tiene, cómo organiza la medicación, qué barreras físicas existen y qué riesgos pueden pasar desapercibidos en consulta. La educación en el domicilio permite adaptar recomendaciones de forma directa. Por ejemplo, revisar la colocación de alfombras para prevenir caídas, comprobar la conservación de medicamentos, enseñar una cura en el espacio donde se realizará o valorar la alimentación disponible. Esta mirada contextualizada es una fortaleza propia del cuidado enfermero.

La evaluación de las intervenciones educativas debe incluir indicadores diversos. No basta con medir si una persona recuerda una información. También importa si ha desarrollado habilidades, si se siente más segura, si ha mejorado su adherencia, si reconoce signos de alarma o si ha logrado incorporar cambios sostenibles. En programas comunitarios, pueden valorarse participación, satisfacción, cambios de conducta y utilización de recursos. Evaluar permite mejorar las intervenciones y demostrar el valor profesional de la enfermería.

La promoción del autocuidado no debe confundirse con la autosuficiencia absoluta. Todas las personas necesitan apoyo en diferentes momentos. El objetivo no es que el paciente resuelva solo sus problemas, sino que sepa cuándo y cómo actuar, cuándo pedir ayuda y cómo participar en las decisiones. Un buen autocuidado incluye reconocer límites. Por ejemplo, una persona con insuficiencia cardiaca debe saber controlar peso, dieta y medicación, pero también identificar signos de descompensación y contactar con el sistema sanitario. La autonomía segura se construye con información, habilidades y red de apoyo.

En definitiva, la educación para la salud y la promoción del autocuidado representan una respuesta imprescindible a los retos sanitarios actuales. Desde la perspectiva enfermera, ambas dimensiones se integran en una forma de cuidar basada en la cercanía, la prevención, la autonomía y el respeto a la persona. La enfermera no solo atiende necesidades, sino que acompaña procesos de aprendizaje, facilita decisiones informadas y ayuda a transformar recomendaciones sanitarias en acciones posibles dentro de la vida diaria.

El siglo XXI exige sistemas sanitarios más preventivos, participativos y orientados a la comunidad. En este escenario, la enfermería tiene la capacidad y la responsabilidad de liderar intervenciones educativas que mejoren la salud individual y colectiva. Educar para la salud es cuidar antes de que aparezca la enfermedad, durante el proceso de atención y después del alta. Promover el autocuidado es reconocer a la persona como protagonista de su salud, sin dejarla sola. Esta combinación de conocimiento profesional, acompañamiento y respeto convierte la educación enfermera en una herramienta esencial para afrontar los retos de salud y cuidados del presente y del futuro.

Referencias

1. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS One*. 2019;14(8):e0220116. doi:10.1371/journal.pone.0220116.
2. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*. 2012;35(3):194-204. doi:10.1097/ANS.0b013e318261b1ba.
3. Riegel B, Barbaranelli C, Sethares KA, Daus M, Moser DK, Miller JL, et al. Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*. 2019;42(3):206-215. doi:10.1097/ANS.000000000000237.
4. Lee CS, Westland H, Faulkner KM, Iovino P, Thompson JH, Sexton J, et al. The effectiveness of self-care interventions in chronic illness: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2022;134:104322. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104322.
5. Huang Y, Li S, Lu X, Chen W, Zhang Y. The effect of self-management on patients with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(21):2151. doi:10.3390/healthcare12212151.
6. Pouresmail Z, Heshmati Nabavi F, Valizadeh Zare N. Outcomes of patient education in nurse-led clinics: a systematic review. *J Caring Sci*. 2023;12(3):188-200. doi:10.34172/jcs.2023.31891.
7. Longhini J, Rossetini G, Palese A, De Maria M, Vellone E, Matarese M, et al. The effectiveness of nursing interventions to improve self-care in patients with heart failure at home: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2025. doi:10.1111/jan.16666.
8. Kilfoy A, Chu C, Krisnagopal A, McAtee E, Baek S, Zworth M, et al. Nurse-led remote digital support for adults with chronic conditions: a systematic synthesis without meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2025;34(3):715-736. doi:10.1111/jocn.17226.
9. Nock AM, Metzging S, Jürgensen IN, Petersen-Ewert C. Health literacy in adults with chronic diseases in the context of community health nursing: a scoping review. *Nurs Rep*. 2023;13(2):823-834. doi:10.3390/nursrep13020072.

10. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: a systematic review of implementation and impacts. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231350. doi:10.1371/journal.pone.0231350.
11. Jagodage HMH, Wijesinghe CJ, Arambepola C. Effectiveness of teach-back for chronic kidney disease patient education: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2024;33(1):74-89. doi:10.1111/jocn.16577.
12. Rojas-Ocaña MJ, Araujo-Hernández M, Romero-Castillo R, García Navarro EB. Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Prim Health Care Res Dev*. 2021;22:e26. doi:10.1017/S1463423621000086.

Gestión documental y seguridad de la información en los servicios sanitarios

María del Carmen Sánchez García

Introducción

La gestión documental y la seguridad de la información se han convertido en dos pilares esenciales para el funcionamiento de los servicios sanitarios actuales. La asistencia sanitaria genera, recibe, conserva y transmite una gran cantidad de información relacionada con la salud de las personas. Esta información no solo tiene valor administrativo, sino también clínico, legal, ético, investigador y organizativo. Cada informe de alta, cada resultado analítico, cada consentimiento informado, cada registro de enfermería, cada imagen diagnóstica y cada anotación en la historia clínica forman parte de un sistema documental que sostiene la continuidad asistencial y permite que los profesionales tomen decisiones seguras.

En el ámbito sanitario, la documentación no puede entenderse como una tarea burocrática secundaria. Registrar bien es cuidar bien. Una anotación incompleta, ilegible, duplicada o mal ubicada puede generar errores, retrasos, repeticiones innecesarias de pruebas, problemas de comunicación entre profesionales e incluso riesgos directos para el paciente. Por el contrario, una documentación clara, ordenada, accesible y protegida contribuye a mejorar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la coordinación entre niveles asistenciales.

La seguridad de la información adquiere una importancia especial porque los datos de salud son especialmente sensibles. Revelan aspectos íntimos de la vida de las personas, como diagnósticos, tratamientos, antecedentes, hábitos, situaciones familiares, salud mental, salud sexual, discapacidad, dependencia o enfermedades de carácter estigmatizante. Por ello, el sistema sanitario tiene la obligación de

proteger esa información frente a accesos indebidos, pérdidas, alteraciones, usos no autorizados o divulgaciones accidentales.

En España, la documentación clínica se encuentra vinculada a la Ley 41/2002, que regula los derechos y obligaciones de pacientes, usuarios, profesionales y centros sanitarios en materia de autonomía del paciente, información y documentación clínica. Esta norma define la historia clínica como el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con identificación de los profesionales que intervienen en ellos, y orienta su finalidad hacia la integración de la información clínica en el ámbito asistencial.

Junto a esta regulación sanitaria, la protección de datos personales se articula en torno al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Esta última adapta el ordenamiento jurídico español al Reglamento General de Protección de Datos y completa sus disposiciones en el ámbito nacional.

La gestión documental sanitaria, por tanto, se sitúa en un espacio donde confluyen la calidad asistencial, la ética profesional, la protección jurídica del paciente, la responsabilidad de los profesionales y la transformación digital de las instituciones sanitarias. Gestionar documentos sanitarios no es solo conservar archivos, sino garantizar que la información correcta esté disponible para la persona adecuada, en el momento necesario y bajo condiciones seguras.

La documentación sanitaria como soporte de la continuidad asistencial

La continuidad asistencial depende, en gran medida, de la calidad de la información disponible. Un paciente puede ser atendido en atención primaria, urgencias, consultas externas, hospitalización, quirófano, cuidados intensivos, rehabilitación, salud mental o servicios sociosanitarios. En cada uno de estos puntos se generan datos que deben poder integrarse para ofrecer una visión completa del proceso de salud. Cuando la documentación está fragmentada, incompleta o no se comparte adecuadamente, el paciente se convierte en el principal transmisor de información entre profesionales, con el riesgo que ello implica.

La historia clínica es el instrumento documental central en los servicios sanitarios. Su función principal es recoger de forma ordenada la información relevante para la atención del paciente. Incluye antecedentes, motivo de consulta, exploraciones, pruebas diagnósticas, evolución clínica, tratamientos, cuidados, consentimientos, informes, procedimientos realizados y recomendaciones al alta. También incorpora registros específicos de distintos profesionales, como medicina, enfermería, fisioterapia, trabajo social, farmacia hospitalaria, psicología clínica u otros perfiles vinculados al proceso asistencial.

Desde la perspectiva enfermera, la documentación tiene una función especialmente relevante. Los registros de enfermería permiten dejar constancia de la valoración, los diagnósticos enfermeros, los objetivos de cuidado, las intervenciones realizadas, la respuesta del paciente y la evolución observada. Esta información es fundamental para garantizar la continuidad del cuidado entre turnos, unidades y niveles asistenciales. Además, permite visibilizar el trabajo enfermero y aportar evidencia sobre la contribución de los cuidados a los resultados en salud.

La documentación sanitaria cumple también una función comunicativa. En muchos casos, los profesionales no coinciden físicamente o no atienden al paciente en el mismo momento. El registro se convierte entonces en un canal de comunicación. Por este motivo, debe ser claro, preciso, objetivo y comprensible. Las anotaciones ambiguas, excesivamente escuetas o basadas en juicios personales pueden dificultar la interpretación posterior. No es lo mismo escribir “paciente mal” que describir signos concretos, como dolor, disnea, ansiedad, fiebre, cambios en constantes o alteración del nivel de conciencia.

Además de su valor asistencial, la documentación sanitaria tiene un valor legal. Lo que no se registra puede ser difícil de demostrar. En caso de reclamación, auditoría, inspección o revisión de un evento adverso, la historia clínica permite reconstruir la atención prestada. Esto no significa que se deba registrar desde una actitud defensiva, sino desde la responsabilidad profesional. Una buena documentación protege al paciente, facilita la revisión de la calidad asistencial y respalda la actuación de los profesionales cuando esta ha sido correcta.

También existe una dimensión ética. Registrar información sanitaria implica respetar la dignidad, la intimidad y la autonomía de la persona. La historia clínica no

pertenece al profesional en sentido moral, aunque sea custodiada por el centro sanitario. Contiene información del paciente y debe utilizarse únicamente para fines legítimos vinculados a la asistencia, la gestión autorizada, la investigación conforme a garantías éticas y legales, o las obligaciones normativas aplicables.

Principios de una gestión documental sanitaria adecuada

Una gestión documental sanitaria adecuada debe basarse en varios principios. El primero es la integridad. La información debe conservarse completa, sin alteraciones indebidas y con posibilidad de conocer quién la ha generado o modificado. En los sistemas digitales, esto exige trazabilidad. Cada acceso, modificación o validación debe quedar registrado para poder comprobar posteriormente el uso realizado.

El segundo principio es la disponibilidad. La información debe estar accesible cuando se necesita para prestar asistencia. Un sistema documental excesivamente lento, mal organizado o con frecuentes caídas puede afectar a la seguridad del paciente. La disponibilidad no significa acceso libre e indiscriminado, sino acceso oportuno para quienes tienen una función asistencial, administrativa o gestora legítima.

El tercer principio es la confidencialidad. Solo deben acceder a la información sanitaria las personas autorizadas y en la medida necesaria para cumplir su función. Esta idea es especialmente importante en centros donde trabajan muchos profesionales, estudiantes, personal administrativo, personal externo y empresas proveedoras. La existencia de curiosidad personal, vínculo familiar, relación laboral previa o interés ajeno a la asistencia nunca justifica el acceso a una historia clínica.

El cuarto principio es la autenticidad. Los documentos sanitarios deben poder atribuirse a quien los emite. En el entorno digital, esto se relaciona con la identificación de usuario, la firma electrónica, los sistemas de validación y los controles de acceso. En el entorno físico, se relaciona con firmas, sellos, identificación profesional y control de versiones.

El quinto principio es la conservación. La documentación clínica debe conservarse durante los plazos establecidos y en condiciones que garanticen su consulta

posterior. En el caso de documentos digitales, la conservación no solo depende de guardar archivos, sino de asegurar que puedan leerse en el futuro, que no se pierdan por fallos tecnológicos y que se mantengan protegidos frente a ataques o deterioro.

El sexto principio es la calidad de los datos. Un documento sanitario puede existir, estar disponible y estar protegido, pero no ser útil si contiene errores, duplicidades o información desactualizada. La calidad documental exige normalización de formatos, uso correcto de plantillas, identificación inequívoca del paciente, actualización de datos relevantes y revisión de incoherencias. En sanidad, un error en la identificación puede tener consecuencias graves, como administrar un tratamiento equivocado, confundir resultados diagnósticos o atribuir antecedentes a otra persona.

Historia clínica electrónica y transformación digital

La implantación de la historia clínica electrónica ha transformado profundamente la gestión documental sanitaria. Frente al modelo tradicional en papel, la digitalización permite una mayor accesibilidad, integración, legibilidad, trazabilidad y capacidad de consulta. Sin embargo, también introduce nuevos riesgos, como accesos indebidos, ciberataques, dependencia tecnológica, errores de interoperabilidad, saturación informativa o pérdida de habilidades documentales básicas.

La historia clínica electrónica facilita que distintos profesionales puedan consultar la información del paciente desde diferentes ubicaciones. Esto mejora la coordinación entre atención primaria y hospitalaria, evita repeticiones innecesarias de pruebas y permite un seguimiento más completo de procesos crónicos. También favorece la incorporación de alertas clínicas, conciliación de medicación, sistemas de apoyo a la decisión, registro estructurado de cuidados y acceso a resultados en tiempo real.

No obstante, la digitalización no garantiza por sí sola una documentación de calidad. De hecho, puede favorecer prácticas inadecuadas si no existe formación suficiente. Copiar y pegar notas previas sin revisión, utilizar plantillas de forma mecánica, registrar información irrelevante o no actualizar datos clínicos puede crear una historia aparentemente completa, pero poco fiable. La abundancia de

información no siempre equivale a mejor información. En ocasiones, el exceso documental dificulta localizar lo importante.

La interoperabilidad es otro reto central. Los pacientes se mueven entre centros, servicios y comunidades autónomas. Para que la información sea realmente útil, los sistemas deben poder comunicarse entre sí de forma segura. Esto exige estándares comunes, identificación adecuada, codificación clínica, compatibilidad técnica y acuerdos organizativos. Cuando cada sistema almacena la información de forma aislada, se reproduce digitalmente la fragmentación del papel.

La digitalización también modifica la relación del paciente con su información. Cada vez es más frecuente que las personas accedan a informes, resultados de pruebas, citas o tratamientos a través de portales de salud. Esta transparencia puede mejorar la autonomía y la participación, pero exige que los documentos sean claros y comprensibles. Un informe técnico, lleno de abreviaturas o expresiones ambiguas, puede generar ansiedad o interpretaciones erróneas. Por ello, la calidad documental debe contemplar también la posibilidad de que el paciente lea y utilice esa información.

En este proceso, la formación de los profesionales resulta imprescindible. La competencia digital sanitaria no se limita a saber usar un programa informático. Incluye comprender la lógica del registro, proteger credenciales, reconocer riesgos, manejar adecuadamente datos sensibles, evitar accesos innecesarios y utilizar los sistemas de información como herramientas de cuidado, no como obstáculos administrativos.

Seguridad de la información sanitaria

La seguridad de la información sanitaria busca proteger los datos frente a amenazas internas y externas. Las amenazas externas incluyen ciberataques, ransomware, robo de credenciales, accesos no autorizados desde redes inseguras, suplantación de identidad o explotación de vulnerabilidades técnicas. Las amenazas internas pueden ser accidentales o intencionadas, como enviar información al destinatario equivocado, dejar documentación visible, comentar

datos clínicos en espacios inadecuados, compartir contraseñas o acceder a historias sin necesidad asistencial.

El Esquema Nacional de Seguridad, regulado por el Real Decreto 311/2022, establece principios básicos y requisitos mínimos para proteger la información tratada y los servicios prestados por medios electrónicos en su ámbito de aplicación. Su finalidad incluye asegurar la confidencialidad, integridad, trazabilidad, autenticidad, disponibilidad y conservación de datos, información y servicios electrónicos.

En los servicios sanitarios, la seguridad no puede depender solo del departamento de informática. Debe ser una responsabilidad compartida. La dirección debe establecer políticas claras, los responsables de sistemas deben aplicar medidas técnicas, los mandos intermedios deben supervisar el cumplimiento y los profesionales deben actuar de forma prudente en el uso diario de la información. La seguridad falla muchas veces no por falta de tecnología, sino por hábitos inadecuados.

Una medida básica es la gestión de accesos. Cada profesional debe disponer de credenciales personales e intransferibles. Compartir usuarios o contraseñas elimina la trazabilidad y dificulta determinar quién ha realizado una acción. Además, los permisos deben asignarse según el principio de mínimo privilegio, es decir, cada persona debe acceder solo a la información necesaria para desempeñar su trabajo. No todos los profesionales necesitan consultar todos los módulos o documentos.

Otra medida esencial es el bloqueo de sesiones. En entornos asistenciales con elevada carga de trabajo, es frecuente que los ordenadores permanezcan abiertos mientras los profesionales se desplazan. Esta práctica puede permitir accesos indebidos. Bloquear la pantalla, cerrar sesión y evitar dejar información visible son acciones simples, pero importantes. La seguridad se construye también con pequeños gestos cotidianos.

La protección de dispositivos móviles y portátiles merece atención específica. Tablets, ordenadores portátiles, teléfonos corporativos y dispositivos de monitorización pueden contener o permitir acceso a información sanitaria. Deben estar cifrados, protegidos con autenticación segura y gestionados por la organización. El uso de dispositivos personales para fotografiar lesiones, informes,

pruebas o datos clínicos resulta especialmente problemático si no existe autorización y un circuito seguro de almacenamiento.

El correo electrónico y la mensajería instantánea son otros puntos críticos. Enviar informes, imágenes o datos identificativos por canales no seguros puede generar brechas de confidencialidad. Los servicios sanitarios deben establecer vías oficiales para la comunicación interna y externa, así como protocolos para el envío de información. La rapidez no debe justificar la pérdida de seguridad. En situaciones urgentes puede ser necesario transmitir datos con agilidad, pero siempre deben utilizarse canales autorizados y proporcionados al riesgo.

Confidencialidad, secreto profesional y cultura ética

La confidencialidad es uno de los compromisos éticos fundamentales de los profesionales sanitarios. El paciente comparte información íntima porque confía en que será utilizada para su atención y protegida frente a usos indebidos. Romper esa confianza no solo vulnera derechos, sino que daña la relación terapéutica y puede hacer que las personas oculten información relevante por miedo a la exposición.

El secreto profesional no termina al finalizar la jornada, al cambiar de servicio o al dejar de atender a un paciente. Tampoco desaparece porque el caso sea llamativo, conocido socialmente o haya despertado interés entre compañeros. Comentar información clínica en pasillos, ascensores, cafeterías, transporte público o redes sociales puede vulnerar la confidencialidad, incluso aunque no se mencione el nombre del paciente, si los detalles permiten identificarlo.

La cultura ética de la información debe formar parte de la identidad de los servicios sanitarios. No basta con firmar compromisos de confidencialidad al inicio de la relación laboral. Es necesario recordar, formar y supervisar. Los centros deben crear entornos donde se entienda que acceder a una historia clínica sin motivo asistencial no es una falta menor, sino una conducta grave. También deben facilitar mecanismos para comunicar incidentes o dudas sin miedo, especialmente cuando se detectan errores involuntarios.

La confidencialidad debe equilibrarse con la continuidad asistencial. Proteger datos no significa dificultar el acceso a la información necesaria para cuidar. Una

interpretación excesivamente restrictiva puede impedir la coordinación entre profesionales. La clave está en el acceso justificado, proporcionado y trazable. Quien participa en la atención necesita información suficiente para hacerlo de forma segura, pero no necesita conocer aspectos irrelevantes para su función.

La privacidad también debe cuidarse en la atención presencial. No se trata solo de proteger sistemas informáticos. Hablar con un paciente sobre un diagnóstico en una sala compartida, dejar informes sobre un mostrador, llamar por megafonía con datos sensibles o entregar documentación a una persona no autorizada son situaciones que pueden comprometer la intimidad. La seguridad de la información empieza en la organización física y comunicativa de los espacios asistenciales.

Acceso del paciente a su información y derechos asociados

El paciente tiene derecho a recibir información sobre su proceso asistencial y a acceder a la documentación clínica en los términos previstos por la normativa. Este derecho se relaciona con la autonomía, la transparencia y la participación en las decisiones sanitarias. La Ley 41/2002 regula la información y documentación clínica, incluyendo el marco de derechos y obligaciones de pacientes, usuarios, profesionales y centros sanitarios.

El acceso a la historia clínica debe gestionarse de forma ordenada. Es necesario identificar adecuadamente a la persona solicitante, comprobar su legitimación y entregar la documentación conforme al procedimiento establecido. En caso de representantes, familiares o terceros, deben valorarse las autorizaciones, la situación clínica, la normativa aplicable y los límites derivados de la confidencialidad de terceras personas o de anotaciones subjetivas protegidas.

El derecho de acceso no debe vivirse por los profesionales como una amenaza. Al contrario, forma parte de una asistencia transparente. La posibilidad de que el paciente lea su historia clínica debe estimular una documentación más clara, respetuosa y objetiva. Expresiones despectivas, juicios morales o comentarios innecesarios no tienen cabida en un documento clínico. El registro debe centrarse en hechos relevantes, valoraciones profesionales justificadas y actuaciones realizadas.

Además del acceso, la protección de datos contempla otros derechos, como rectificación, supresión, oposición o limitación, aunque su aplicación en documentación clínica tiene particularidades, ya que la historia no puede modificarse arbitrariamente si forma parte del registro asistencial. La Ley Orgánica 3/2018 se orienta a adaptar el ordenamiento español al Reglamento General de Protección de Datos y completar sus disposiciones, dentro del marco del derecho fundamental a la protección de datos personales.

La gestión de estos derechos exige coordinación entre unidades clínicas, archivos, admisión, servicios jurídicos, protección de datos y sistemas de información. Una respuesta inadecuada puede vulnerar derechos, pero una entrega precipitada también puede comprometer información de terceros o documentación no procedente. Por ello, deben existir protocolos claros y profesionales formados.

Gestión de documentos físicos y archivo sanitario

Aunque la digitalización avanza, muchos servicios sanitarios siguen conservando documentación en papel. Consentimientos informados, documentos antiguos, pruebas externas, formularios firmados, partes específicos o registros generados en situaciones de contingencia pueden coexistir con la historia electrónica. Esta convivencia exige una gestión híbrida bien organizada.

Los documentos físicos deben custodiarse en espacios seguros, con acceso restringido y condiciones adecuadas de conservación. No deben acumularse en zonas de paso, mostradores, carros sin vigilancia o despachos abiertos. La pérdida de un documento físico puede ser tan grave como una brecha digital. Además, los documentos en papel son vulnerables a extravíos, deterioro, acceso visual no autorizado y destrucción accidental.

La digitalización de documentos físicos debe seguir criterios de calidad. Escanear no es simplemente convertir papel en imagen. Es necesario asegurar que el documento corresponde al paciente correcto, que la imagen es legible, que se incorpora al apartado adecuado, que se conserva la trazabilidad y que se define qué ocurre con el original. La digitalización desordenada puede crear duplicidades, errores de identificación y dificultades de consulta.

El archivo sanitario tiene una función estratégica. Debe organizar, conservar, recuperar y destruir documentación conforme a criterios normativos y técnicos. La destrucción documental debe realizarse de forma segura, mediante procedimientos que impidan la reconstrucción o lectura posterior. Tirar documentos clínicos a papeleras convencionales, contenedores no protegidos o bolsas de residuos generales constituye un riesgo evidente de confidencialidad.

La gestión documental física también requiere control de préstamos y movimientos. Cuando una historia o documento sale de archivo, debe quedar constancia de quién lo solicita, para qué finalidad, cuándo se entrega y cuándo se devuelve. En ausencia de trazabilidad, aumenta el riesgo de pérdida y uso indebido.

Calidad del registro clínico y responsabilidad profesional

La calidad del registro clínico depende de la precisión, oportunidad, pertinencia y claridad de la información. Registrar tarde, de memoria o al final de varios turnos aumenta el riesgo de omisiones. Lo recomendable es documentar lo antes posible tras la intervención, especialmente en actuaciones relevantes, administración de medicación, cambios clínicos, incidentes, comunicación con familiares o decisiones compartidas.

El registro debe ser objetivo. Esto no significa eliminar la valoración profesional, sino fundamentarla en datos observables. En lugar de expresiones vagas como “paciente agresivo”, puede ser más adecuado describir la conducta concreta, el contexto, las medidas adoptadas y la evolución. En lugar de “familia difícil”, conviene registrar las demandas planteadas, la información ofrecida y los acuerdos alcanzados. La objetividad protege la dignidad del paciente y mejora la utilidad del documento.

La claridad también exige evitar abreviaturas no normalizadas. En sanidad se utilizan muchas siglas, pero no todas son universalmente comprendidas. Una abreviatura ambigua puede generar errores. Los centros deberían disponer de listados de abreviaturas autorizadas y promover un lenguaje documental común.

La identificación del paciente es un elemento crítico. Antes de registrar, imprimir, entregar o enviar información, debe verificarse que corresponde a la persona

correcta. En sistemas electrónicos con múltiples ventanas abiertas o pacientes con nombres similares, el error de identificación es un riesgo real. La verificación activa debe formar parte de la rutina profesional.

La responsabilidad profesional incluye conocer los procedimientos documentales del centro. No basta con saber atender clínicamente. Cada profesional debe saber dónde registrar, cómo validar, cómo corregir errores, cómo notificar incidencias, cómo manejar documentos externos y cómo proteger la información. La formación inicial y continuada debe incluir estos aspectos.

Incidentes de seguridad y brechas de datos

Un incidente de seguridad es cualquier evento que compromete o puede comprometer la confidencialidad, integridad o disponibilidad de la información. Puede tratarse de un acceso indebido, pérdida de documentación, envío erróneo, robo de dispositivo, infección informática, caída de sistemas, destrucción accidental o publicación no autorizada de datos.

Las brechas de datos personales requieren una gestión especialmente cuidadosa. El primer paso es detectar y comunicar el incidente por los canales internos establecidos. Ocultar un error suele agravar sus consecuencias. La organización debe evaluar qué datos se han visto afectados, cuántas personas pueden estar implicadas, qué riesgo existe para sus derechos y qué medidas deben adoptarse.

La cultura de seguridad debe evitar la culpabilización automática del profesional cuando se trata de errores de sistema o fallos organizativos. Esto no significa eliminar la responsabilidad individual cuando hay negligencia grave o conducta intencionada, sino entender que muchos incidentes se producen por sobrecarga, mala organización, sistemas poco intuitivos, falta de formación o ausencia de protocolos claros. Aprender del incidente es tan importante como resolverlo.

La continuidad asistencial en caso de caída informática también debe planificarse. Los servicios sanitarios no pueden depender exclusivamente de sistemas digitales sin procedimientos de contingencia. Deben existir planes para registrar en papel temporalmente, acceder a información crítica, identificar pacientes, administrar medicación con seguridad y volcar posteriormente los datos al sistema. La

improvisación en una caída tecnológica puede comprometer gravemente la asistencia.

Seguridad de la información en investigación, docencia y gestión

La información sanitaria no se utiliza únicamente para la atención directa. También puede emplearse en investigación, docencia, evaluación de calidad, planificación sanitaria y gestión. Estos usos son legítimos cuando se realizan con las garantías adecuadas, pero no justifican un acceso indiscriminado a datos identificativos.

En investigación, debe valorarse si es necesario utilizar datos personales o si pueden emplearse datos anonimizados o seudonimizados. La anonimización reduce riesgos, siempre que sea real y no permita reidentificar a la persona. La seudonimización protege parcialmente, pero sigue siendo tratamiento de datos personales si existe posibilidad de vincular la información con la identidad. Además, los proyectos deben contar con las autorizaciones éticas y legales correspondientes.

En docencia, los casos clínicos son una herramienta útil, pero deben presentarse evitando datos identificativos. La edad exacta, localidad, profesión, fechas, imágenes o detalles familiares pueden permitir reconocer al paciente si se combinan. Las imágenes clínicas requieren especial cautela. Fotografiar lesiones, pruebas o procedimientos con fines docentes debe realizarse solo con autorización, circuito seguro y eliminación de identificadores cuando proceda.

En gestión sanitaria, los datos permiten analizar actividad, listas de espera, resultados, calidad, consumo de recursos o seguridad del paciente. Estos análisis son necesarios para mejorar el sistema, pero deben respetar los principios de minimización y acceso limitado. No todos los profesionales que participan en tareas de gestión necesitan acceder a datos identificativos completos.

El papel de los profesionales sanitarios en la cultura de seguridad

La seguridad de la información no depende únicamente de normas, programas o dispositivos. Depende también de una cultura profesional. Esta cultura se construye

cuando los equipos comprenden que la información sanitaria es parte del cuidado y que protegerla es una obligación ética.

Los profesionales sanitarios deben asumir varias conductas básicas. La primera es acceder solo a la información necesaria. La segunda es registrar de forma responsable. La tercera es proteger credenciales y dispositivos. La cuarta es comunicar incidentes. La quinta es respetar la privacidad en conversaciones y espacios físicos. La sexta es actualizar sus conocimientos sobre los procedimientos del centro.

Los mandos intermedios tienen un papel fundamental. Supervisan prácticas, detectan fallos, organizan formación y sirven de referencia ante dudas. Si un equipo normaliza dejar sesiones abiertas, comentar casos en espacios públicos o imprimir documentos innecesarios, la cultura de seguridad se debilita. Si, por el contrario, se corrigen estas prácticas de forma constante y pedagógica, se refuerza el compromiso colectivo.

La dirección de los centros también debe implicarse. No puede exigirse seguridad documental sin recursos adecuados. Sistemas lentos, plantillas mal diseñadas, falta de tiempo, ausencia de formación o espacios físicos inadecuados favorecen errores. La seguridad de la información debe incorporarse a la estrategia institucional, con inversión tecnológica, auditorías, protocolos claros y liderazgo visible.

Retos actuales y perspectivas de futuro

Los servicios sanitarios se enfrentan a retos crecientes en materia documental y de seguridad. El primero es el aumento del volumen de datos. Pruebas diagnósticas, monitorización remota, dispositivos portátiles, aplicaciones de salud, inteligencia artificial y registros masivos generan información a gran velocidad. El problema ya no es solo guardar datos, sino seleccionar, interpretar y proteger los que realmente aportan valor asistencial.

El segundo reto es la ciberseguridad. Los centros sanitarios son objetivos atractivos porque manejan información sensible y no pueden interrumpir fácilmente su actividad. Un ataque informático puede paralizar consultas, quirófanos, laboratorios,

farmacia, urgencias y sistemas de citación. La seguridad debe anticiparse, no limitarse a reaccionar tras el daño.

El tercer reto es la inteligencia artificial. Estas herramientas pueden ayudar a ordenar información, detectar riesgos, apoyar diagnósticos o automatizar tareas documentales. Sin embargo, plantean preguntas sobre calidad de datos, sesgos, transparencia, responsabilidad y protección de información. La incorporación de inteligencia artificial debe realizarse con evaluación ética, técnica y legal.

El cuarto reto es la participación del paciente. Cada vez más personas desean acceder, compartir y gestionar su información sanitaria. Esto puede mejorar la autonomía, pero exige sistemas comprensibles, seguros y equitativos. No todos los pacientes tienen la misma alfabetización digital. La transformación digital debe evitar que las personas mayores, vulnerables o con menos recursos queden excluidas.

El quinto reto es la humanización. Puede parecer contradictorio hablar de humanización en un capítulo sobre documentos y datos, pero no lo es. Una gestión documental segura y clara evita que el paciente repita su historia una y otra vez, reduce errores, mejora la coordinación y protege su intimidad. La información bien gestionada también es una forma de trato digno.

Conclusiones

La gestión documental y la seguridad de la información forman parte esencial de la calidad de los servicios sanitarios. No son tareas accesorias ni meramente administrativas, sino elementos que sostienen la continuidad asistencial, la seguridad del paciente, la protección de derechos y la responsabilidad profesional.

La historia clínica, en papel o electrónica, debe ser completa, clara, objetiva, accesible para quienes participan legítimamente en la atención y protegida frente a usos indebidos. La digitalización ofrece grandes oportunidades, pero también exige nuevas competencias, controles y hábitos de seguridad. La tecnología puede mejorar la asistencia si se utiliza con criterio, pero no sustituye la responsabilidad profesional ni la cultura ética.

La protección de los datos de salud requiere equilibrio. La información debe circular lo suficiente para permitir una atención segura y coordinada, pero no más allá de lo necesario. La confidencialidad no debe bloquear el cuidado, y la accesibilidad no debe justificar el acceso indiscriminado. Entre ambos extremos se sitúa la buena práctica sanitaria.

Los profesionales tienen un papel decisivo en este ámbito. Cada acceso, cada registro, cada impresión, cada conversación y cada envío de información puede proteger o comprometer la seguridad del paciente. Por ello, la gestión documental debe integrarse en la formación, la supervisión y la cultura organizativa de todos los servicios sanitarios.

En el siglo XXI, los sistemas de salud serán cada vez más digitales, interconectados y dependientes de datos. Precisamente por eso, será más necesario reforzar la prudencia, la ética y la calidad documental. Cuidar la información es cuidar a las personas. La seguridad documental no empieza en los servidores ni termina en los archivos, sino en cada decisión profesional que reconoce que detrás de cada dato hay una historia, una identidad y un derecho que deben ser protegidos.

Referencias

1. Fernández-Alemán JL, Señor IC, Lozoya PAO, Toval A. Security and privacy in electronic health records: a systematic literature review. *J Biomed Inform.* 2013;46(3):541-562. doi:10.1016/j.jbi.2012.12.003.
2. Kruse CS, Smith B, Vanderlinden H, Nealand A. Security techniques for the electronic health records. *J Med Syst.* 2017;41(8):127. doi:10.1007/s10916-017-0778-4.
3. Coventry L, Branley D. Cybersecurity in healthcare: a narrative review of trends, threats and ways forward. *Maturitas.* 2018;113:48-52. doi:10.1016/j.maturitas.2018.04.008.
4. Yeo LH, Banfield J. Human factors in electronic health records cybersecurity breach: an exploratory analysis. *Perspect Health Inf Manag.* 2022;19(Spring):1i.
5. Li E, Clarke J, Ashrafian H, Darzi A, Neves AL. The impact of electronic health record interoperability on safety and quality of care in high-income countries: systematic review. *J Med Internet Res.* 2022;24(9):e38144. doi:10.2196/38144.
6. Wahyuni ED, Nursalam N, Dewi YS, Arifin H, Benjamin LS. Electronic nursing documentation for patient safety, quality of nursing care, and documentation: a systematic review. *J Pak Med Assoc.* 2024;74(9):1669-1677. doi:10.47391/JPMA.9996.
7. McCarthy B, Fitzgerald S, O'Shea M, Condon C, Hartnett-Collins G, Clancy M, et al. Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: a systematic review. *J Nurs Manag.* 2019;27(3):491-501. doi:10.1111/jonm.12727.
8. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Bany Hani S. Quality of nursing documentation: paper-based health records versus electronic-based health records. *J Clin Nurs.* 2018;27(3-4):e578-e589. doi:10.1111/jocn.14097.
9. Campanella P, Lovato E, Marone C, Fallacara L, Mancuso A, Ricciardi W, et al. The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health.* 2016;26(1):60-64. doi:10.1093/eurpub/ckv122.

Atención al usuario y coordinación administrativa en entornos asistenciales

María del Carmen Sánchez García

Introducción

La atención al usuario y la coordinación administrativa constituyen dos dimensiones esenciales del funcionamiento de los servicios sanitarios. Aunque en muchas ocasiones se asocian a tareas de apoyo, recepción, citación, tramitación o gestión de documentación, su importancia va mucho más allá de lo puramente burocrático. En un centro sanitario, la primera impresión del usuario suele producirse en el contacto con el personal administrativo, ya sea en el mostrador de admisión, por vía telefónica, a través de una plataforma digital o durante la gestión de una cita. Ese primer contacto puede influir de forma clara en la percepción de calidad, seguridad, confianza y accesibilidad del sistema.

Los entornos asistenciales se caracterizan por una elevada complejidad organizativa. En ellos conviven profesionales sanitarios, personal administrativo, equipos directivos, unidades de apoyo, servicios externos, pacientes, familiares y cuidadores. Cada proceso asistencial requiere que la información circule de forma adecuada, que las agendas estén bien organizadas, que los datos estén correctamente registrados, que las derivaciones se gestionen a tiempo y que las dudas del usuario reciban una respuesta clara. Cuando la coordinación administrativa falla, se generan demoras, duplicidades, pérdidas de información, errores de identificación, reclamaciones y, en algunos casos, riesgos para la seguridad del paciente.

Atender al usuario en un entorno sanitario implica mucho más que responder a una demanda concreta. Supone orientar, escuchar, informar, acompañar y facilitar el acceso al circuito asistencial adecuado. La persona que acude a un centro sanitario

puede encontrarse en una situación de preocupación, dolor, incertidumbre, dependencia o vulnerabilidad. Por ello, el trato administrativo debe combinar eficacia técnica y sensibilidad humana. Una respuesta correcta desde el punto de vista procedimental puede resultar insuficiente si se transmite de forma fría, confusa o poco empática. Del mismo modo, una atención amable no compensa una gestión desorganizada que provoca pérdidas de citas, documentos mal tramitados o información contradictoria.

La coordinación administrativa, por su parte, actúa como un sistema de conexión entre las diferentes áreas del centro. Permite que la actividad clínica se desarrolle con orden, que los profesionales dispongan de la información necesaria, que los usuarios conozcan los pasos que deben seguir y que los recursos disponibles se utilicen de manera racional. En atención primaria, consultas externas, urgencias, hospitalización, centros sociosanitarios o unidades de diagnóstico, la administración sanitaria interviene en procesos tan relevantes como la identificación del paciente, la citación, la gestión de agendas, la recepción de documentación, la facturación, la derivación entre niveles, la tramitación de pruebas, el archivo, la información básica al usuario y la gestión de reclamaciones.

En el siglo XXI, esta función se ha visto transformada por la digitalización. La historia clínica electrónica, la receta electrónica, las aplicaciones de cita previa, los portales del paciente, la teleconsulta y los sistemas de interoperabilidad han modificado la forma de relacionarse con los usuarios y de coordinar los procesos asistenciales. Sin embargo, la tecnología no elimina la necesidad de una atención personalizada. Al contrario, introduce nuevos retos: ayudar a personas con baja competencia digital, evitar exclusiones, proteger datos personales, explicar procedimientos electrónicos y resolver incidencias derivadas de sistemas cada vez más complejos.

Este capítulo analiza la atención al usuario y la coordinación administrativa en los entornos asistenciales desde una perspectiva organizativa, ética y práctica. Se abordan sus funciones principales, la importancia de la comunicación, la gestión de circuitos, la protección de datos, la accesibilidad, la atención a situaciones difíciles, la colaboración con los equipos sanitarios y los retos actuales de la digitalización. El objetivo es poner de relieve que la administración sanitaria no es una actividad periférica, sino una parte fundamental de la calidad asistencial.

El usuario como centro del proceso asistencial

La atención sanitaria actual tiende a situar a la persona en el centro del sistema. Esta expresión se utiliza con frecuencia, pero su aplicación real exige revisar cómo se organizan los servicios y cómo se atienden las necesidades de los usuarios desde todos los puntos de contacto. El usuario no se relaciona únicamente con médicos, enfermeras u otros profesionales sanitarios. También interactúa con personal de admisión, centralitas, unidades de información, servicios de atención al paciente, archivos, facturación, transporte sanitario, unidades de documentación y plataformas digitales. Cada uno de estos contactos forma parte de su experiencia asistencial.

Desde esta perspectiva, la atención administrativa debe comprender que el usuario no es solo un número de historia clínica, una cita en una agenda o un trámite pendiente. Es una persona que puede sentirse perdida dentro de un sistema complejo. A menudo desconoce los circuitos internos, los tiempos de espera, la diferencia entre niveles asistenciales, los requisitos para una prueba, el modo de preparar una consulta o los pasos para solicitar un informe. La función administrativa consiste en reducir esa incertidumbre, ofreciendo información comprensible y guiando al usuario dentro del proceso.

La centralidad del usuario implica respetar su dignidad, su autonomía y su derecho a recibir una atención correcta. En la práctica, esto se traduce en un trato cortés, una escucha activa, una identificación adecuada de sus necesidades y una respuesta ajustada a la normativa y a los recursos disponibles. También supone evitar actitudes de indiferencia o despersonalización. En un entorno sanitario, frases como “eso no es aquí”, “vuelva otro día” o “no puedo hacer nada” pueden aumentar la frustración del usuario si no van acompañadas de una orientación alternativa. En muchos casos, no será posible resolver la demanda de forma inmediata, pero sí explicar el motivo, indicar el procedimiento correcto y facilitar el siguiente paso.

El enfoque centrado en el usuario también exige prestar atención a la diversidad. No todas las personas tienen las mismas capacidades para comprender trámites, manejar herramientas digitales, desplazarse al centro, leer documentación sanitaria o expresar sus necesidades. Personas mayores, pacientes con discapacidad, usuarios con barreras idiomáticas, personas con bajo nivel de alfabetización,

pacientes con trastornos de salud mental o familias en situación social compleja pueden necesitar una atención más adaptada. La equidad no consiste en tratar a todos exactamente igual, sino en ofrecer apoyos proporcionales a las necesidades de cada persona.

Además, el usuario puede adoptar distintos roles. Puede ser paciente, familiar, cuidador, representante legal, acompañante o persona autorizada para realizar gestiones. Cada situación requiere comprobar adecuadamente quién solicita la información o el trámite y qué legitimación tiene para hacerlo. Esta cuestión es especialmente importante cuando se manejan datos de salud, informes clínicos o decisiones relacionadas con la asistencia. La buena atención al usuario debe equilibrar la voluntad de ayudar con el cumplimiento de la confidencialidad y la protección de datos.

Funciones administrativas en los servicios sanitarios

Las funciones administrativas en los servicios sanitarios son amplias y varían según el tipo de centro, el nivel asistencial y la organización interna. Sin embargo, existen áreas comunes que permiten comprender su relevancia.

Una de las funciones principales es la admisión y recepción del usuario. Este proceso incluye la identificación de la persona, la comprobación de datos administrativos, la verificación de cobertura o derecho de asistencia cuando corresponda, la orientación hacia la unidad adecuada y el registro de la llegada. La identificación correcta es un punto crítico para la seguridad del paciente. Un error en el nombre, fecha de nacimiento, número de historia o documento identificativo puede afectar a citas, pruebas, informes y tratamientos. Por ello, la verificación de identidad debe realizarse con rigor, evitando suposiciones y comprobando los datos mediante procedimientos establecidos.

Otra función esencial es la gestión de citas y agendas. La citación no consiste únicamente en asignar un hueco disponible. Requiere conocer prioridades, tiempos, tipos de consulta, duración prevista, requisitos previos, compatibilidad con pruebas, circuitos de derivación y criterios de reprogramación. Una agenda mal gestionada puede generar saturación, retrasos, huecos improductivos o demoras injustificadas.

En cambio, una gestión adecuada facilita el uso eficiente de los recursos y mejora la experiencia del usuario.

La tramitación de pruebas diagnósticas también exige coordinación administrativa. Muchas pruebas requieren preparación previa, consentimiento, autorización, documentación clínica, coordinación con otros servicios o instrucciones específicas. Si el usuario no recibe correctamente esta información, puede acudir sin preparación adecuada y la prueba deberá posponerse. Esto genera pérdida de tiempo, costes añadidos y malestar. Por ello, la información administrativa asociada a una prueba debe ser clara, completa y confirmada.

La gestión documental es otra función relevante. Los servicios administrativos reciben, clasifican, digitalizan, archivan y entregan documentos sanitarios y administrativos. Informes, consentimientos, justificantes, partes, solicitudes, derivaciones, resultados externos y autorizaciones deben incorporarse al circuito correcto. La documentación mal archivada o asignada a un paciente equivocado puede generar problemas asistenciales y legales. De ahí la importancia de protocolos claros y formación específica.

También corresponde al ámbito administrativo la información básica al usuario. Esta información puede referirse a horarios, ubicación de consultas, requisitos para trámites, procedimientos de solicitud, circuitos de reclamación, acceso a la historia clínica, derechos del paciente o funcionamiento de plataformas digitales. El personal administrativo no debe invadir competencias clínicas, pero sí puede y debe ofrecer orientación organizativa. La diferencia entre información administrativa e información clínica debe estar clara. Por ejemplo, puede indicarse cómo solicitar una cita de revisión, pero no interpretar resultados analíticos ni modificar indicaciones terapéuticas.

La atención telefónica y digital ha adquirido una gran importancia. Muchas demandas se resuelven sin presencia física, mediante centralitas, correos corporativos, formularios web, aplicaciones o servicios de mensajería autorizados. Estos canales requieren habilidades específicas: escuchar sin apoyo visual, confirmar datos, registrar adecuadamente la demanda, evitar malentendidos y proteger la confidencialidad. En atención telefónica, el tono de voz, la claridad y la paciencia son fundamentales.

Por último, los servicios administrativos participan en la gestión de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos. Estos canales permiten detectar problemas organizativos, mejorar procesos y conocer la experiencia del usuario. Una reclamación no debe interpretarse únicamente como una queja individual, sino como una fuente de información para identificar fallos del sistema. La respuesta debe ser respetuosa, documentada y orientada a la mejora.

Comunicación eficaz con usuarios y familias

La comunicación es una herramienta central en la atención administrativa sanitaria. La calidad del trato no depende solo de lo que se dice, sino de cómo se dice, cuándo se dice y si la persona realmente lo comprende. En un entorno asistencial, la comunicación debe ser clara, respetuosa, prudente y adaptada.

Una comunicación eficaz comienza con la escucha. Muchos conflictos se intensifican porque el usuario percibe que no se le escucha o que se responde de forma automática antes de comprender la situación. Escuchar no significa aceptar cualquier demanda, sino permitir que la persona explique qué necesita, qué problema ha tenido y qué espera del servicio. A partir de esa escucha, el profesional puede ordenar la información, aclarar límites y ofrecer una respuesta posible.

La claridad es otro elemento básico. Los circuitos sanitarios suelen utilizar términos internos que el usuario no entiende: derivación, interconsulta, autorización, prestación, volante, agenda preferente, cita sucesiva, prueba complementaria, triaje administrativo o documentación pendiente. El personal administrativo debe traducir estos términos a una comunicación comprensible, sin infantilizar al usuario ni generar confusión. Explicar de forma sencilla evita desplazamientos innecesarios y reduce errores.

La comunicación también debe ser honesta. No conviene prometer lo que no depende del profesional o lo que el sistema no puede garantizar. Decir “le llamarán seguro mañana” cuando no existe certeza puede generar expectativas falsas. Es preferible explicar el procedimiento y los plazos aproximados, indicando qué debe

hacer el usuario si no recibe respuesta. La confianza se construye con información realista.

La empatía es especialmente importante cuando el usuario se encuentra preocupado, enfadado o angustiado. En estos casos, una frase de reconocimiento puede cambiar el tono de la interacción: “Entiendo que esta espera le preocupe”, “comprendo que venir varias veces resulte molesto” o “vamos a revisar qué ha ocurrido”. La empatía no implica asumir culpas que no corresponden ni saltarse normas, sino mostrar que se reconoce la situación de la persona.

También es necesario manejar adecuadamente la comunicación no verbal. Mirar al usuario, evitar gestos de impaciencia, no interrumpir constantemente y mantener una postura de atención son aspectos relevantes. En mostradores con alta presión asistencial, es fácil que el profesional atienda mientras mira la pantalla, busca documentación o responde llamadas. Aunque a veces sea inevitable, conviene cuidar que el usuario no se sienta ignorado.

La comunicación con familias y acompañantes requiere especial prudencia. En ocasiones, el familiar demanda información o gestiones con insistencia, pero no siempre está autorizado para recibir determinados datos. El profesional administrativo debe comprobar la legitimación y, cuando no sea posible facilitar información, explicarlo con respeto. La protección de la intimidad del paciente no debe presentarse como una excusa, sino como una obligación legal y ética.

Coordinación administrativa con los equipos asistenciales

La coordinación administrativa no puede funcionar de manera aislada. Su eficacia depende de la relación con los equipos clínicos y con otras unidades de soporte. La asistencia sanitaria es un proceso compartido, y la administración actúa como una red que organiza flujos de información, tiempos y recursos.

Una coordinación adecuada requiere canales claros entre personal administrativo y profesionales sanitarios. No todas las incidencias deben interrumpir la actividad clínica, pero algunas sí requieren comunicación inmediata. Por ejemplo, una cita duplicada puede resolverse administrativamente, pero un paciente que comunica un empeoramiento clínico no debe recibir solo una respuesta burocrática. Deben existir

criterios para saber cuándo derivar la demanda a enfermería, medicina, trabajo social u otro profesional.

Las agendas asistenciales son un punto de encuentro entre administración y clínica. Para gestionarlas correctamente, el personal administrativo necesita conocer la estructura de las consultas, los tipos de acto, la duración aproximada, los criterios de prioridad y las instrucciones del servicio. Si esta información no está actualizada, se producen errores de citación. Por ello, los cambios de agenda, ausencias, bloqueos, ampliaciones o reprogramaciones deben comunicarse de forma organizada.

La coordinación también es esencial en las derivaciones. Cuando un paciente pasa de atención primaria a especializada, de urgencias a consulta, de hospitalización a seguimiento domiciliario o de un servicio a otro, la información administrativa debe acompañar al proceso clínico. La falta de documentación, errores en los datos o demoras en la tramitación pueden retrasar la atención. En procesos complejos, como oncología, salud mental, enfermedades crónicas avanzadas o dependencia, la coordinación administrativa adquiere un valor especialmente importante.

Otro ámbito relevante es la gestión de altas, informes y justificantes. El usuario necesita documentos para continuar su atención, justificar una ausencia laboral, solicitar prestaciones, realizar trámites sociales o acudir a otros profesionales. La entrega de documentación debe seguir circuitos seguros y evitar demoras innecesarias. No obstante, también debe respetar límites: no todo documento puede emitirse de forma inmediata ni cualquier persona puede recogerlo.

La coordinación con unidades de atención al paciente permite canalizar reclamaciones, sugerencias, solicitudes especiales y situaciones de vulnerabilidad. En muchos centros, estas unidades actúan como puente entre usuarios y organización. El personal administrativo debe saber cuándo derivar a estos servicios y cómo registrar la incidencia.

La coordinación interna mejora cuando existen procedimientos escritos, reuniones periódicas, actualización de instrucciones y comunicación bidireccional. Si el personal administrativo solo recibe órdenes fragmentadas o contradictorias, la atención al usuario se resiente. La participación administrativa en la mejora de

procesos es fundamental, ya que estos profesionales conocen de primera mano las dificultades que los usuarios encuentran en los circuitos.

Gestión de accesibilidad, citas y tiempos de espera

La accesibilidad es uno de los indicadores más visibles de calidad para los usuarios. Un sistema sanitario puede disponer de buenos profesionales y tecnología avanzada, pero si el usuario no logra acceder a la cita, no comprende el circuito o espera demasiado sin información, su percepción será negativa.

La gestión de citas debe buscar equilibrio entre demanda, prioridad clínica y disponibilidad de recursos. No todas las solicitudes tienen la misma urgencia, y por ello es necesario distinguir entre cita ordinaria, preferente, urgente, revisión programada, primera consulta o seguimiento. El personal administrativo no debe establecer criterios clínicos por iniciativa propia, pero sí aplicar correctamente los criterios definidos por la organización y detectar situaciones que requieren valoración sanitaria.

Las listas de espera son un ámbito sensible. El usuario que espera una prueba, consulta o intervención suele vivir esa espera con ansiedad. La administración debe ofrecer información clara sobre el estado del trámite, los canales de consulta y los procedimientos de reclamación o revisión cuando existan. La falta de información aumenta la percepción de abandono. Aunque no siempre sea posible reducir la espera, sí es posible mejorar la comunicación.

La reprogramación de citas debe realizarse con especial cuidado. Cancelar o modificar una cita puede afectar al usuario en su organización laboral, familiar, económica o emocional. Siempre que sea posible, debe avisarse con antelación, ofrecer alternativas razonables y explicar el motivo de forma breve. La reprogramación repetida sin explicación genera desconfianza.

La accesibilidad también depende de los canales disponibles. La cita presencial puede ser necesaria para algunas personas, mientras que otras prefieren teléfono o medios digitales. La digitalización facilita muchos trámites, pero no debe convertirse en una barrera para quienes no manejan aplicaciones, no tienen conexión o

presentan dificultades cognitivas o sensoriales. Un sistema accesible debe ofrecer alternativas.

La señalización y orientación dentro del centro también forman parte de la atención al usuario. Un edificio sanitario puede resultar confuso, especialmente para personas mayores o pacientes que acuden por primera vez. La información en mostradores, carteles, pantallas y comunicaciones escritas debe ser coherente. Si cada profesional ofrece una indicación distinta, se genera desorientación.

En el caso de personas con discapacidad, deben contemplarse medidas de accesibilidad física, sensorial y cognitiva. Esto incluye espacios adaptados, lenguaje comprensible, apoyo en la orientación, atención preferente cuando proceda y adaptación de canales de comunicación. La coordinación administrativa puede facilitar mucho la experiencia de estas personas si identifica necesidades desde el primer contacto.

Protección de datos y confidencialidad en la atención administrativa

La atención administrativa sanitaria maneja datos personales de especial sensibilidad. Nombre, dirección, teléfono, número de historia, diagnósticos, citas, informes, resultados, derivaciones o justificantes pueden revelar información íntima sobre la salud de una persona. Por ello, la protección de datos no es una responsabilidad exclusiva de los equipos informáticos o jurídicos. Forma parte de la práctica diaria del personal administrativo.

Uno de los principios básicos es el acceso limitado a la información necesaria. El personal administrativo debe consultar los datos imprescindibles para realizar su tarea, evitando accesos por curiosidad o por motivos ajenos a la gestión. El hecho de conocer a un paciente, ser vecino, familiar lejano o personaje público no autoriza a revisar su información. La trazabilidad de los sistemas electrónicos permite detectar accesos indebidos, pero la principal garantía debe ser la ética profesional.

La confidencialidad en mostradores exige medidas organizativas. Muchos espacios de admisión no permiten privacidad suficiente. Los usuarios pueden escuchar nombres, teléfonos, motivos de consulta o datos de otras personas. Para reducir este riesgo, se debe hablar en tono moderado, evitar verbalizar diagnósticos o

información sensible, utilizar sistemas de turno cuando existan y entregar documentación de forma discreta. Cuando una gestión requiere tratar datos delicados, conviene buscar un espacio más reservado si es posible.

La entrega de documentación debe realizarse tras comprobar la identidad de quien la recoge. No basta con que una persona diga que viene de parte del paciente. Deben seguirse los procedimientos establecidos para autorizaciones, representación o recogida por terceros. Esta precaución puede resultar incómoda para algunos usuarios, pero protege sus derechos.

El teléfono plantea riesgos específicos. Antes de facilitar información, es necesario verificar la identidad de la persona interlocutora según los protocolos del centro. No debe ofrecerse información clínica sensible sin garantías. En muchos casos, por teléfono solo se puede facilitar información administrativa limitada, o bien indicar el procedimiento para obtener documentación de forma segura.

El correo electrónico y los formularios digitales también deben utilizarse con prudencia. Enviar datos a direcciones equivocadas, adjuntar documentos incorrectos o responder desde cuentas no corporativas puede generar brechas de seguridad. Los canales oficiales deben estar definidos, y el personal debe recibir formación sobre su uso.

La confidencialidad se extiende a las conversaciones internas. Comentar casos en zonas comunes, hablar de usuarios conocidos o mencionar datos identificativos fuera del contexto laboral vulnera la confianza. La información sanitaria debe tratarse siempre con reserva, incluso cuando parezca poco relevante.

Atención a situaciones difíciles y gestión de conflictos

Los servicios sanitarios son espacios donde pueden aparecer conflictos. Las demoras, la incertidumbre, el dolor, el miedo, las expectativas no satisfechas, las dificultades de acceso o la falta de información pueden generar enfado en los usuarios. El personal administrativo suele estar en primera línea y, por ello, necesita herramientas para manejar situaciones difíciles.

El primer paso es mantener la calma. Responder con irritación o actitud defensiva suele intensificar el conflicto. Es importante escuchar la queja, permitir que la persona exprese el motivo de su malestar y evitar interrupciones innecesarias. Una vez comprendida la situación, se debe ofrecer información clara sobre lo que puede hacerse y lo que no.

En muchos casos, el usuario no busca únicamente una solución inmediata, sino que alguien reconozca el problema. Frases como “vamos a comprobarlo”, “entiendo que esto le haya generado molestias” o “le explico qué opciones tenemos” ayudan a reconducir la interacción. No obstante, la empatía debe acompañarse de límites. No se deben tolerar insultos, amenazas o agresiones. Los centros deben contar con protocolos de actuación ante conductas violentas y proteger a sus profesionales.

La gestión de conflictos también exige distinguir entre demanda legítima, error del sistema, malentendido y exigencia no procedente. Si ha existido un error administrativo, conviene reconocerlo, corregirlo si es posible y explicar los pasos siguientes. Si la demanda no puede atenderse por normativa o falta de disponibilidad, debe explicarse sin culpabilizar al usuario ni al profesional. La transparencia reduce la sensación de arbitrariedad.

Las reclamaciones deben canalizarse correctamente. Impedir que un usuario reclame o dificultarle el procedimiento aumenta el conflicto y deteriora la confianza. El derecho a reclamar forma parte de la relación con el sistema. El personal administrativo debe informar sobre cómo hacerlo, dónde presentar la reclamación y qué documentación puede aportar. La reclamación no debe vivirse como un ataque personal, sino como un mecanismo formal de revisión.

Hay situaciones especialmente sensibles, como fallecimientos, malas noticias, ingresos urgentes, pacientes pediátricos, violencia de género, salud mental o personas en situación de exclusión social. En estos casos, el trato administrativo debe extremar la discreción, la sensibilidad y la coordinación con los profesionales adecuados. No se trata de asumir funciones clínicas, sino de evitar respuestas frías o procedimientos innecesariamente rígidos.

La formación en habilidades comunicativas y gestión emocional es fundamental. El personal administrativo sanitario afronta presión asistencial, interrupciones constantes, quejas y demandas simultáneas. Si no se cuida su bienestar, aumenta

el riesgo de desgaste, errores y trato despersonalizado. La organización debe reconocer esta carga y ofrecer apoyo.

Humanización de la atención administrativa

La humanización de la asistencia no corresponde únicamente a los actos clínicos. También se expresa en la forma de recibir, orientar, informar y acompañar a los usuarios. La administración sanitaria humanizada busca que la persona no se sienta perdida, ignorada o reducida a un trámite.

Humanizar no significa eliminar normas ni resolver todas las demandas de manera inmediata. Significa aplicar los procedimientos con sensibilidad y sentido común. Por ejemplo, una persona mayor que no entiende cómo obtener una cita digital puede necesitar una explicación pausada. Una familia que acude angustiada a urgencias puede necesitar orientación clara sobre dónde esperar. Una persona con discapacidad puede necesitar que se adapte el canal de comunicación. Estos gestos no siempre requieren grandes recursos, pero sí una actitud profesional centrada en la persona.

La humanización también implica cuidar el lenguaje. El modo en que se llama, se corrige o se orienta al usuario influye en su experiencia. Expresiones autoritarias o impersonales pueden generar distancia. En cambio, un lenguaje respetuoso y directo facilita la cooperación. El usuario debe sentir que el sistema está organizado, pero también que hay personas dispuestas a ayudarlo dentro de los límites posibles.

Otro elemento importante es la reducción de trámites innecesarios. Cada desplazamiento, formulario repetido o solicitud duplicada supone una carga para el usuario. La coordinación administrativa debe revisar circuitos para evitar pedir información que el sistema ya tiene, derivar de un mostrador a otro sin necesidad o exigir documentos que podrían gestionarse internamente. La simplificación administrativa es también una forma de humanización.

La atención a personas vulnerables debe recibir especial cuidado. Personas sin apoyo familiar, con dificultades económicas, migrantes, mayores solos, pacientes con dependencia o usuarios con problemas de salud mental pueden presentar

mayores dificultades para completar trámites. La coordinación con trabajo social, enfermería comunitaria, atención al paciente o entidades externas puede ser clave.

La humanización administrativa no debe depender solo de la buena voluntad individual. Debe formar parte de la cultura del centro, con protocolos flexibles, espacios adecuados, formación, tiempos razonables y liderazgo. Un profesional saturado, sin información actualizada y con sistemas lentos tendrá más dificultades para ofrecer un trato humanizado, aunque quiera hacerlo.

Digitalización y nuevos canales de atención

La digitalización ha transformado la relación entre usuarios y servicios sanitarios. La cita online, la consulta telefónica, la telemedicina, la receta electrónica, las aplicaciones móviles, los portales de salud y las notificaciones digitales han ampliado las posibilidades de acceso. Sin embargo, también han generado nuevas demandas administrativas.

El personal administrativo debe conocer el funcionamiento básico de estas herramientas para orientar al usuario. Muchas consultas actuales no se refieren solo a citas presenciales, sino a contraseñas, acceso a portales, descarga de informes, activación de aplicaciones, citas telemáticas o incidencias con recetas electrónicas. La competencia digital administrativa se ha convertido en una necesidad.

No obstante, la digitalización debe aplicarse con perspectiva inclusiva. Algunas personas no tienen habilidades digitales suficientes o no disponen de medios. Obligar a realizar todos los trámites por internet puede excluir a usuarios vulnerables. Por ello, los centros deben mantener canales alternativos y ofrecer apoyo en la transición digital. La eficiencia tecnológica no debe lograrse a costa de la accesibilidad.

Los nuevos canales también exigen ordenar la información. Si un usuario puede pedir cita por aplicación, teléfono, web y presencialmente, debe evitarse la duplicidad o la contradicción. Los sistemas deben estar integrados y los profesionales deben conocer qué canal tiene prioridad en cada caso. De lo contrario, la digitalización multiplica la complejidad.

La atención telefónica sigue siendo fundamental. Muchas personas prefieren este canal porque permite resolver dudas sin desplazarse. Sin embargo, las centralitas saturadas generan frustración. Una buena organización telefónica requiere dimensionamiento adecuado, opciones claras, devolución de llamadas cuando sea posible y coordinación con agendas.

La teleconsulta introduce nuevos retos administrativos. Es necesario confirmar datos de contacto, explicar cómo se realizará la consulta, gestionar incidencias técnicas, registrar la actividad y reprogramar si no se logra contactar. También debe informarse al usuario de que esté disponible en la franja indicada y de que mantenga condiciones mínimas de privacidad.

La tecnología puede mejorar la coordinación si se usa adecuadamente. Recordatorios de citas, confirmaciones automáticas, avisos de preparación de pruebas o notificaciones de cambios reducen ausencias y errores. Pero estos sistemas deben ser claros y actualizados. Un mensaje automático incorrecto puede generar desplazamientos innecesarios o pérdida de confianza.

Coordinación interdepartamental e interinstitucional

Los procesos asistenciales no siempre se desarrollan dentro de un único servicio. Con frecuencia requieren coordinación entre diferentes departamentos, centros o instituciones. La administración sanitaria participa en esta conexión.

Dentro de un hospital, puede ser necesario coordinar consultas externas, pruebas diagnósticas, hospitalización, quirófano, farmacia, laboratorio, radiología, archivo, atención al paciente y trabajo social. En atención primaria, la coordinación puede incluir centros de especialidades, hospitales de referencia, salud pública, servicios sociales, residencias o transporte sanitario.

La coordinación interdepartamental necesita procedimientos claros. Cuando cada unidad funciona con criterios propios y sin comunicación, el usuario recibe instrucciones contradictorias. Esto es especialmente problemático en pacientes pluripatológicos o con procesos largos, que acumulan citas, pruebas y trámites. La administración debe ayudar a ordenar estos recorridos.

La coordinación interinstitucional es clave en casos que implican servicios sociales, mutuas, centros educativos, juzgados, residencias, asociaciones o administraciones públicas. Aunque no toda información puede compartirse libremente, sí deben existir vías formales para tramitar lo necesario. El personal administrativo debe conocer los límites de intercambio de información y los documentos requeridos.

Los circuitos de derivación entre niveles asistenciales merecen especial atención. Una derivación mal cumplimentada, incompleta o enviada al destino equivocado retrasa la atención. La coordinación administrativa debe comprobar que el circuito se ha activado correctamente y que el usuario conoce los siguientes pasos. En algunos procesos, el seguimiento administrativo evita pérdidas en el sistema.

La coordinación también debe incluir la gestión de incidencias. Si un servicio detecta que una prueba no se puede realizar por falta de preparación, un documento está incompleto o una agenda se ha configurado mal, debe existir un mecanismo de comunicación para corregir el problema y evitar que se repita. La mejora continua depende de esta retroalimentación.

Calidad, evaluación y mejora continua

La atención al usuario y la coordinación administrativa deben evaluarse. Lo que no se mide resulta difícil de mejorar. Los indicadores pueden incluir tiempos de espera en mostrador, demora en citación, porcentaje de ausencias, reclamaciones, incidencias documentales, llamadas atendidas, tiempos de respuesta, errores de identificación, satisfacción del usuario o reprogramaciones.

Sin embargo, los indicadores cuantitativos no son suficientes. También conviene analizar la calidad percibida por los usuarios y por los propios profesionales. Las encuestas, grupos de mejora, análisis de reclamaciones y observación de circuitos pueden aportar información valiosa. A veces, un pequeño cambio organizativo mejora mucho la experiencia del usuario.

La mejora continua exige revisar procesos desde la realidad práctica. Los protocolos diseñados sin contar con quienes atienden al público pueden resultar poco aplicables. El personal administrativo conoce los puntos de fricción: formularios confusos, agendas mal configuradas, circuitos duplicados, información

contradictoria o plataformas poco intuitivas. Su participación en los equipos de mejora es fundamental.

La formación continuada debe formar parte de la calidad. Normativa, protección de datos, habilidades comunicativas, herramientas digitales, gestión de conflictos y circuitos internos cambian con el tiempo. La formación no debe limitarse a la incorporación inicial. Debe actualizarse periódicamente y adaptarse a las necesidades detectadas.

La estandarización de procesos ayuda a reducir variabilidad. Cuando cada profesional resuelve una misma situación de forma distinta, el usuario percibe arbitrariedad. Protocolos claros, guías rápidas, árboles de decisión y materiales informativos pueden facilitar respuestas coherentes. No obstante, la estandarización debe permitir cierto margen para situaciones especiales.

La calidad administrativa también depende de la coordinación con los equipos directivos. Si se detectan problemas recurrentes, como falta de personal en horas punta, sistemas informáticos lentos o circuitos mal diseñados, no basta con exigir más esfuerzo individual. Deben adoptarse decisiones organizativas.

Competencias profesionales del personal administrativo sanitario

El personal administrativo sanitario necesita un conjunto amplio de competencias. La primera es la competencia técnica, que incluye conocimiento de circuitos, programas informáticos, gestión de agendas, documentación, archivo, normativa básica y procedimientos internos. Sin esta base, la atención puede ser amable, pero poco eficaz.

La segunda es la competencia comunicativa. Atender al usuario exige expresarse con claridad, escuchar, reformular, adaptar el lenguaje y manejar situaciones emocionales. Esta competencia es tan importante como la técnica, porque la mayor parte del trabajo se realiza en interacción directa con personas.

La tercera es la competencia ética. El profesional administrativo accede a información sensible y gestiona situaciones de vulnerabilidad. Debe actuar con

discreción, respeto, imparcialidad y responsabilidad. La confidencialidad no es una formalidad, sino una parte esencial del puesto.

La cuarta es la competencia organizativa. Los entornos sanitarios son dinámicos y requieren priorizar tareas, manejar interrupciones, coordinar demandas simultáneas y mantener el orden documental. La desorganización administrativa puede afectar al funcionamiento clínico.

La quinta es la competencia digital. El uso de sistemas de información sanitaria, plataformas de citación, historia clínica electrónica, correo corporativo, digitalización de documentos y portales de usuario exige conocimientos actualizados y actitud de aprendizaje.

La sexta es la capacidad de trabajo en equipo. El personal administrativo forma parte del equipo asistencial ampliado. Su colaboración con profesionales sanitarios, unidades de apoyo y otros administrativos influye directamente en la calidad del servicio.

Reconocer estas competencias ayuda a valorar profesionalmente la función administrativa. No se trata de un trabajo mecánico, sino de una actividad especializada dentro de un entorno de alta sensibilidad.

Conclusiones

La atención al usuario y la coordinación administrativa son elementos fundamentales para el buen funcionamiento de los entornos asistenciales. A través de ellas se organiza el acceso, se orienta a las personas, se gestionan citas, se tramita documentación, se conectan servicios y se protege información sensible. Su impacto alcanza la calidad percibida, la seguridad del paciente, la eficiencia de los recursos y la continuidad asistencial.

El usuario que acude a un centro sanitario necesita algo más que una respuesta administrativa. Necesita claridad, respeto, orientación y confianza. El personal administrativo ocupa una posición clave porque suele ser la primera puerta de entrada al sistema y, muchas veces, el punto al que el usuario vuelve cuando no

entiende un trámite o encuentra una dificultad. Por ello, su labor debe integrar competencia técnica y trato humano.

La coordinación administrativa permite que los procesos asistenciales no dependan de esfuerzos aislados. Cuando las agendas, derivaciones, documentos y canales de información funcionan correctamente, los profesionales sanitarios pueden centrarse mejor en la atención clínica y el usuario transita por el sistema con menor incertidumbre. Cuando esta coordinación falla, aparecen demoras, duplicidades, reclamaciones y riesgos evitables.

La digitalización ofrece oportunidades importantes, pero también obliga a reforzar la accesibilidad, la protección de datos y la formación. Los nuevos canales no deben sustituir la atención personalizada cuando esta sea necesaria. La modernización administrativa debe ser compatible con la equidad y la humanización.

En definitiva, la administración sanitaria debe entenderse como una parte activa del cuidado. Atender bien, informar con claridad, proteger la intimidad, coordinar circuitos y resolver incidencias son acciones que contribuyen al bienestar del usuario y a la calidad del sistema. En los servicios sanitarios del siglo XXI, la excelencia asistencial no depende solo de los actos clínicos, sino también de todos los procesos administrativos que permiten que esos actos se produzcan de forma ordenada, segura y humana.

Referencias

1. Bastemeijer CM, Boosman H, van Ewijk H, Verweij LM, Voogt L, Hazelzet J. Patient experiences: a systematic review of quality improvement interventions in a hospital setting. *Patient Relat Outcome Meas.* 2019;10:157-169. doi:10.2147/PROM.S201737.
2. Burt J, Campbell J, Abel G, Aboulghate A, Ahmed F, Asprey A, et al. Improving patient experience in primary care: a multimethod programme of research on the measurement and improvement of patient experience. Southampton: NIHR Journals Library; 2017. doi:10.3310/pgfar05090.
3. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2011;171(13):1150-1159. doi:10.1001/archinternmed.2011.168.
4. Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E. Web-based medical appointment systems: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2017;19(4):e134. doi:10.2196/jmir.6747.
5. Mahfouz MS, Ryani MA, Shubair AA, Somili SY, Majrashi AA, Zalah HA, et al. Evaluation of patient satisfaction with the new web-based medical appointment systems “Mawid” at primary health care level in southwest Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Cureus.* 2023;15(1):e34038. doi:10.7759/cureus.34038.
6. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs.* 2021;20(1):158. doi:10.1186/s12912-021-00684-2.
7. Wong E, Mavondo F, Fisher J. Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):530. doi:10.1186/s12913-020-05383-3.
8. Skär L, Söderberg S. Patients’ complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nurs Open.* 2018;5(2):224-232. doi:10.1002/nop2.132.
9. Antonopoulou V, Schenk PM, McKinlay AR, Chadwick P, Meyer C, Gibson B, et al. Healthcare professionals’ responses to complaints: a qualitative interview study with patients, carers and healthcare professionals using the theoretical domains framework and COM-B model. *Health Expect.* 2024;27(6):e70118. doi:10.1111/hex.70118.

10. Budde H, Williams GA, Winkelmann J, Pfirter L, Maier CB. The role of patient navigators in ambulatory care: overview of systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1166. doi:10.1186/s12913-021-07140-6.
11. Ali-Faisal SF, Colella TJF, Medina-Jaudes N, Benz Scott L. The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2017;100(3):436-448. doi:10.1016/j.pec.2016.10.014.
12. Hempel S, Ganz D, Saluja S, Bolshakova M, Kim T, Turvey C, et al. Care coordination across healthcare systems: development of a research agenda, implications for practice, and recommendations for policy based on a modified Delphi panel. *BMJ Open.* 2023;13(5):e060232. doi:10.1136/bmjopen-2021-060232

Competencias profesionales del auxiliar administrativo ante la digitalización sanitaria

María del Carmen Sánchez García

Introducción

La digitalización sanitaria ha transformado de manera profunda el funcionamiento de los centros asistenciales. La incorporación de la historia clínica electrónica, la receta electrónica, los sistemas de cita previa online, los portales del paciente, las aplicaciones móviles, la teleconsulta, la digitalización documental y los sistemas de interoperabilidad ha modificado tanto la organización interna de los servicios como la forma en que los usuarios se relacionan con el sistema sanitario. En este contexto, el auxiliar administrativo sanitario ocupa una posición clave, ya que actúa como enlace entre el usuario, los profesionales asistenciales, los sistemas de información y los circuitos administrativos del centro.

Durante mucho tiempo, el trabajo administrativo en sanidad se ha asociado principalmente a tareas de recepción, archivo, citación, tramitación de documentos y atención telefónica. Sin embargo, la realidad actual exige una visión mucho más amplia. La digitalización no ha eliminado la función administrativa, sino que la ha hecho más compleja, más técnica y más estratégica. El auxiliar administrativo ya no trabaja únicamente con formularios, listados o documentación en papel, sino con plataformas digitales que requieren precisión, confidencialidad, capacidad de adaptación y conocimiento de los procesos asistenciales.

La transformación digital ha introducido grandes ventajas en los servicios sanitarios. Permite agilizar trámites, mejorar el acceso a la información, reducir duplicidades, facilitar la coordinación entre niveles asistenciales y ofrecer nuevos canales de comunicación con los usuarios. No obstante, también plantea dificultades. Muchas personas tienen problemas para manejar aplicaciones, obtener certificados

digitales, solicitar citas online o interpretar mensajes automatizados. Además, los sistemas informáticos pueden generar incidencias, errores de registro, problemas de interoperabilidad o dudas sobre el tratamiento de datos personales. En medio de este escenario, el auxiliar administrativo se convierte en una figura fundamental para orientar, resolver, registrar, derivar y humanizar el contacto digital con el sistema sanitario.

La digitalización sanitaria no debe entenderse como un proceso puramente tecnológico. Su éxito depende, en gran medida, de las personas que la aplican. Un programa informático puede ser avanzado, pero si los profesionales no saben utilizarlo correctamente, si los usuarios no comprenden cómo acceder a él o si los circuitos no están bien definidos, la tecnología puede convertirse en una barrera. Por ello, las competencias profesionales del auxiliar administrativo deben actualizarse y ampliarse. Ya no basta con conocer los procedimientos básicos de admisión o archivo. Es necesario desarrollar competencias digitales, comunicativas, organizativas, éticas, documentales y relacionales.

Este capítulo analiza las principales competencias que debe reunir el auxiliar administrativo ante la digitalización sanitaria. Se parte de una idea central: la tecnología debe mejorar la atención, no sustituir el trato humano ni dificultar el acceso al sistema. El auxiliar administrativo tiene la responsabilidad de aplicar las herramientas digitales con rigor, pero también de acompañar al usuario en su relación con ellas, especialmente cuando existen dificultades de comprensión, edad avanzada, discapacidad, vulnerabilidad social o falta de habilidades digitales.

Transformación digital y nuevo perfil administrativo sanitario

La digitalización ha cambiado el perfil profesional del auxiliar administrativo en los servicios sanitarios. Antes, muchas tareas se realizaban de manera presencial y en soporte físico. El usuario acudía al centro, entregaba documentos, solicitaba cita en mostrador y recibía justificantes o informes impresos. Aunque estos procedimientos todavía existen, cada vez conviven más con procesos electrónicos. Actualmente, una cita puede solicitarse desde una aplicación, una derivación puede gestionarse por vía telemática, un informe puede consultarse en el portal del paciente y una incidencia puede registrarse en una plataforma interna.

Este cambio ha hecho que el auxiliar administrativo deba manejar diferentes sistemas de información. En un mismo turno puede utilizar programas de citación, historia clínica electrónica, plataformas de receta, sistemas de digitalización documental, correo corporativo, bases de datos de usuarios, aplicaciones de gestión de listas de espera y herramientas de comunicación interna. Cada sistema tiene una lógica propia y exige atención para evitar errores. La competencia técnica, por tanto, se ha convertido en un requisito básico.

Sin embargo, la digitalización no reduce la importancia del conocimiento organizativo. Al contrario, lo hace más necesario. El auxiliar administrativo debe comprender los circuitos asistenciales para saber qué trámite corresponde en cada caso, qué documentación se requiere, qué profesional debe intervenir, qué prioridad tiene una demanda y qué canal debe utilizarse. La tecnología facilita la gestión, pero no sustituye el criterio profesional. Por ejemplo, saber registrar una solicitud en un programa no garantiza que se haya elegido el circuito correcto. Para ello, es necesario conocer la organización del centro y la finalidad de cada procedimiento.

El nuevo perfil administrativo sanitario también exige una mayor capacidad de adaptación. Los programas cambian, se actualizan, incorporan nuevas funciones o sustituyen procesos anteriores. La persona que trabaja en este ámbito debe asumir que el aprendizaje continuo forma parte de su actividad. La resistencia al cambio puede dificultar la implantación de mejoras y aumentar los errores. Por el contrario, una actitud abierta y flexible permite integrar las novedades de forma más eficaz.

Otro rasgo del nuevo perfil es la capacidad para resolver incidencias. La digitalización genera problemas cotidianos: una cita que no aparece, un documento que no se descarga, un usuario que no puede acceder a la aplicación, una derivación que queda bloqueada, una impresora que no reconoce el justificante, una duplicidad en los datos o una actualización que cambia el funcionamiento del sistema. El auxiliar administrativo no siempre podrá resolver técnicamente la incidencia, pero debe saber identificarla, registrarla, derivarla y explicar al usuario qué pasos se seguirán.

La digitalización también ha aumentado la responsabilidad en la protección de datos. El acceso a información sanitaria mediante sistemas electrónicos facilita el trabajo, pero también incrementa los riesgos si no se utilizan adecuadamente. El

auxiliar administrativo puede consultar datos personales, citas, informes, contactos, antecedentes administrativos y documentación clínica. Por ello, debe actuar con especial prudencia, respetando el principio de acceso necesario y evitando cualquier consulta ajena a sus funciones.

En este nuevo escenario, el auxiliar administrativo sanitario deja de ser un perfil meramente operativo para convertirse en un profesional de apoyo esencial para la calidad del servicio. Su trabajo influye en la accesibilidad, la seguridad, la eficiencia, la satisfacción del usuario y la continuidad asistencial. Esta realidad exige reconocer sus competencias y reforzar su formación.

Competencia digital aplicada al entorno sanitario

La competencia digital es una de las más evidentes en el contexto actual. No se trata solo de saber utilizar un ordenador o introducir datos en un programa. En el ámbito sanitario, la competencia digital implica manejar herramientas específicas, comprender la finalidad de los registros, proteger la información, resolver incidencias básicas y utilizar los canales electrónicos de forma segura.

El auxiliar administrativo debe conocer los sistemas de citación y agenda. Esto incluye registrar citas, modificarlas, cancelarlas, reprogramarlas, distinguir tipos de consulta, aplicar criterios administrativos de prioridad y comprobar la información necesaria para cada acto asistencial. Un error de citación puede provocar retrasos, pérdida de pruebas, saturación de agendas o desplazamientos innecesarios del usuario. Por ello, la competencia digital debe ir unida a la atención al detalle.

También debe manejar sistemas de gestión de usuarios. Estos sistemas contienen datos identificativos, teléfonos, direcciones, cobertura sanitaria, historial administrativo y vínculos con episodios asistenciales. Mantener esta información actualizada es fundamental. Un número de teléfono incorrecto puede impedir avisar de una cita; una dirección desactualizada puede dificultar el envío de comunicaciones; una duplicidad de historia puede fragmentar la información del paciente. La calidad del dato administrativo repercute directamente en la calidad asistencial.

La digitalización documental es otra competencia relevante. Muchos documentos en papel deben escanearse, clasificarse e incorporarse al sistema correspondiente. Este proceso exige comprobar que el documento pertenece al paciente adecuado, que se visualiza correctamente, que se guarda en la sección apropiada y que se respeta el circuito de custodia. Digitalizar mal un documento puede ser tan problemático como perderlo.

El uso del correo electrónico corporativo y las plataformas de comunicación interna requiere prudencia. El auxiliar administrativo debe saber qué información puede enviarse, a quién, por qué canal y con qué medidas de seguridad. No todos los datos pueden circular por cualquier medio. Además, debe evitar errores comunes como adjuntar documentos equivocados, utilizar cuentas personales o reenviar información sin comprobar destinatarios.

La competencia digital incluye también saber orientar al usuario en el uso de herramientas electrónicas. Muchas personas necesitan ayuda para pedir cita online, consultar resultados, acceder al portal de salud, descargar justificantes o utilizar sistemas de identificación digital. El auxiliar administrativo debe ofrecer indicaciones claras, sin asumir que todos los usuarios tienen el mismo nivel de habilidad. En algunos casos, será necesario explicar paso a paso; en otros, derivar a un punto de ayuda o indicar alternativas presenciales.

Además, es importante conocer los límites de la intervención administrativa. El auxiliar puede orientar sobre el funcionamiento de una aplicación, pero no debe interpretar resultados clínicos ni modificar instrucciones asistenciales. Esta delimitación protege al usuario y al profesional. La digitalización facilita el acceso a información, pero no convierte al personal administrativo en responsable de decisiones clínicas.

La competencia digital debe actualizarse de forma continua. Las herramientas cambian, aparecen nuevas versiones y se incorporan procedimientos automatizados. La formación inicial resulta insuficiente si no se acompaña de reciclaje periódico. Los centros sanitarios deben facilitar guías, sesiones prácticas y canales de consulta para que el personal pueda trabajar con seguridad.

Competencia en gestión de la información y calidad del dato

La gestión de la información es una competencia central del auxiliar administrativo sanitario. En un entorno digitalizado, la información se registra, modifica, consulta, comparte y archiva de forma constante. La calidad de los datos condiciona la seguridad del paciente, la eficiencia del centro y la validez de los procesos administrativos.

Uno de los elementos más importantes es la identificación inequívoca del usuario. Antes de registrar una cita, entregar documentación, modificar datos o acceder a una historia, debe verificarse la identidad de la persona. En sanidad, los errores de identificación pueden tener consecuencias graves. Confundir a dos usuarios, duplicar historias o vincular un documento a una persona equivocada puede afectar a pruebas, diagnósticos, tratamientos y decisiones clínicas.

La calidad del dato exige precisión. Los nombres, apellidos, fecha de nacimiento, documento identificativo, teléfono, correo electrónico y dirección deben registrarse sin errores. Aunque puedan parecer datos administrativos simples, de ellos dependen muchas comunicaciones. En sistemas digitales, un pequeño error puede impedir que el usuario reciba una notificación, que se localice su historia o que se integre correctamente una derivación.

Otra dimensión importante es la actualización de la información. Los datos cambian con el tiempo. El usuario puede modificar su domicilio, teléfono, situación administrativa, persona de contacto o preferencias de comunicación. El auxiliar administrativo debe aprovechar los contactos con el usuario para revisar y corregir datos, siguiendo los procedimientos establecidos. Mantener bases de datos actualizadas reduce incidencias y mejora la continuidad asistencial.

La clasificación documental también forma parte de esta competencia. No basta con incorporar documentos al sistema; deben ubicarse correctamente. Un consentimiento informado, un informe externo, una solicitud de prueba o una autorización no tienen la misma función ni deben archivar de forma indiferenciada. Una documentación mal clasificada puede ser difícil de localizar y perder utilidad.

La gestión de la información requiere distinguir entre datos administrativos y datos clínicos. Aunque ambos pueden aparecer relacionados, su manejo exige prudencia. El auxiliar administrativo puede necesitar acceder a determinada información para gestionar una cita o una derivación, pero debe evitar consultar detalles clínicos que no sean necesarios para su tarea. El principio de minimización debe guiar el trabajo diario.

La calidad del dato también se relaciona con la trazabilidad. Los sistemas digitales permiten conocer quién ha realizado una acción, cuándo y desde qué perfil. Esta trazabilidad protege al usuario y al profesional, pero exige que cada trabajador utilice sus propias credenciales. Compartir usuarios o contraseñas es una práctica inadecuada porque impide conocer la autoría real de las acciones.

El auxiliar administrativo debe ser consciente de que los datos no son simples campos informáticos. Detrás de cada dato hay una persona, una necesidad asistencial y un derecho a recibir una atención segura. Registrar bien, comprobar bien y corregir a tiempo son acciones que forman parte de la calidad sanitaria.

Competencia comunicativa en contextos digitalizados

La digitalización no reduce la necesidad de comunicación, sino que la transforma. El auxiliar administrativo debe comunicarse con usuarios que utilizan canales presenciales, telefónicos, electrónicos y mixtos. Cada canal exige habilidades específicas, pero todos requieren claridad, respeto y capacidad de adaptación.

En la atención presencial, la comunicación debe ser directa y comprensible. El usuario puede acudir con dudas sobre una cita, una aplicación, una notificación o un trámite que no entiende. El auxiliar administrativo debe escuchar, identificar la demanda y ofrecer una respuesta ordenada. Es importante evitar tecnicismos internos o expresiones que el usuario no comprenda. Palabras como “interoperabilidad”, “validación”, “episodio”, “bloqueo de agenda” o “incidencia técnica” pueden necesitar explicación.

La atención telefónica requiere especial cuidado porque no existe apoyo visual. El profesional debe confirmar la identidad, escuchar con atención, reformular la demanda y ofrecer instrucciones claras. También debe registrar correctamente la

información relevante. En llamadas relacionadas con plataformas digitales, conviene ir paso a paso y comprobar que la persona ha entendido lo indicado.

La comunicación escrita, mediante correos, mensajes o respuestas en plataformas, debe ser breve, precisa y respetuosa. Un mensaje mal redactado puede generar confusión o reclamaciones. Además, debe evitarse incluir información sensible si el canal no es adecuado. La comunicación digital exige revisar destinatarios, adjuntos y contenido antes de enviar.

La competencia comunicativa también implica saber explicar límites. En muchas ocasiones, el usuario solicita una gestión que no puede realizarse por normativa, por falta de autorización o porque corresponde a otro servicio. La forma de comunicar esta negativa es fundamental. No basta con decir “no se puede”. Conviene explicar el motivo y ofrecer una alternativa cuando exista. Por ejemplo, “para entregarle ese informe necesitamos autorización del paciente; puede traer este documento firmado o realizar la solicitud por el canal habilitado”.

En contextos digitalizados, el auxiliar administrativo actúa a menudo como mediador entre el sistema y el usuario. Algunas personas sienten frustración porque no consiguen realizar un trámite online o porque reciben respuestas automáticas que no entienden. Una comunicación empática ayuda a reducir esa tensión. No debe culpabilizarse al usuario por no saber utilizar una herramienta. La alfabetización digital es desigual y el sistema debe ofrecer apoyo.

La comunicación también debe adaptarse a personas con dificultades específicas. En usuarios mayores, conviene hablar con calma y comprobar comprensión. En personas con barreras idiomáticas, pueden ser necesarios recursos de traducción o apoyo institucional. En personas con discapacidad auditiva, visual o cognitiva, deben utilizarse canales accesibles. La digitalización solo será útil si se acompaña de comunicación inclusiva.

Competencia ética y protección de datos

La protección de datos es una competencia imprescindible en el trabajo administrativo sanitario. Los datos de salud son especialmente sensibles y requieren un tratamiento cuidadoso. El auxiliar administrativo, por su acceso a

sistemas y documentación, debe conocer y aplicar las normas básicas de confidencialidad.

La primera regla es acceder solo a la información necesaria para realizar la tarea asignada. La curiosidad no justifica el acceso a la historia o a los datos de un usuario. Tampoco lo justifica conocer personalmente a la persona, trabajar en el mismo centro o recibir comentarios de otros compañeros. Cada acceso queda registrado y debe poder explicarse por una necesidad profesional legítima.

La segunda regla es no compartir credenciales. Las claves son personales e intransferibles. Compartir usuario o dejar una sesión abierta compromete la seguridad del sistema y puede atribuir acciones a quien no las realizó. Bloquear la pantalla al abandonar el puesto, cerrar sesión y proteger contraseñas son hábitos básicos.

La tercera regla es cuidar la confidencialidad en espacios físicos. La digitalización no elimina los riesgos del mostrador, la sala de espera o el despacho compartido. Hablar en voz alta sobre datos personales, dejar documentos visibles o entregar papeles sin comprobar identidad puede vulnerar la intimidad. La privacidad debe cuidarse en todos los canales.

La cuarta regla es utilizar canales autorizados. No deben enviarse informes, capturas de pantalla o datos identificativos por medios personales o no seguros. Las aplicaciones de mensajería informal pueden parecer rápidas, pero no siempre cumplen las garantías necesarias. El auxiliar administrativo debe seguir los circuitos establecidos por el centro.

La quinta regla es comunicar incidencias. Si se envía un documento a un destinatario equivocado, se pierde documentación o se detecta un acceso indebido, debe informarse por los canales internos. Ocultar el error puede agravar sus consecuencias. La cultura de seguridad exige comunicar para corregir y prevenir.

La competencia ética va más allá del cumplimiento formal de la normativa. Supone comprender que la información sanitaria pertenece a la esfera íntima de las personas. El usuario confía en el sistema porque espera que sus datos sean tratados con respeto. Una vulneración de confidencialidad puede producir daño emocional, social, laboral o familiar.

También es necesario actuar con imparcialidad. El auxiliar administrativo debe tratar a los usuarios sin discriminación por edad, origen, nivel cultural, situación económica, diagnóstico, discapacidad o actitud durante la atención. La presión asistencial o los conflictos no deben justificar un trato desigual.

La ética administrativa sanitaria incluye respetar los límites del propio rol. Ofrecer información clínica, interpretar pruebas o aconsejar tratamientos no corresponde al auxiliar administrativo. Aunque el usuario insista, el profesional debe derivar la consulta al personal sanitario adecuado. Esta prudencia evita errores y protege la seguridad del paciente.

Competencia organizativa y gestión de circuitos digitales

La digitalización ha aumentado la necesidad de organizar correctamente los circuitos administrativos. El auxiliar administrativo debe saber manejar agendas, derivaciones, documentos, incidencias y comunicaciones en un entorno donde muchos procesos se desarrollan de manera simultánea.

La gestión de agendas requiere planificación. No se trata solo de ocupar huecos disponibles, sino de respetar criterios de prioridad, duración de consultas, tipos de prestación y compatibilidades entre actos. Por ejemplo, una consulta de primera visita no siempre tiene la misma duración que una revisión. Una prueba puede requerir preparación previa. Una cita telefónica necesita datos de contacto actualizados. Estos detalles influyen en el funcionamiento del servicio.

La gestión de derivaciones también exige orden. Una solicitud debe llegar al destino correcto, con la información necesaria y dentro del circuito adecuado. Si falta documentación, si se registra en una unidad equivocada o si queda pendiente de validación sin seguimiento, el usuario puede sufrir retrasos. El auxiliar administrativo debe conocer los pasos del proceso y revisar las incidencias.

La organización documental digital implica evitar duplicidades y errores. Cuando se recibe un documento, debe comprobarse su origen, su destinatario, su relación con el paciente y su ubicación correcta. En ocasiones, el mismo documento puede llegar por varios canales. Es necesario saber cómo actuar para no sobrecargar la historia ni perder información relevante.

La coordinación interna es parte de la competencia organizativa. El auxiliar administrativo debe comunicarse con otros servicios, profesionales y unidades de soporte. Para ello, necesita conocer a quién dirigirse en cada caso y qué información transmitir. Una incidencia informática no se deriva igual que una duda clínica, una reclamación o una solicitud documental.

La gestión del tiempo es otra habilidad esencial. Los puestos administrativos sanitarios suelen recibir demandas simultáneas: llamadas, usuarios en mostrador, correos, incidencias de agenda, profesionales que solicitan cambios y tareas pendientes de registro. Priorizar correctamente evita errores. No todas las demandas tienen la misma urgencia ni el mismo impacto asistencial.

El uso de listas de tareas, registros de incidencias y protocolos ayuda a mantener el control. En entornos digitalizados, confiar solo en la memoria aumenta el riesgo de olvidos. Registrar tareas pendientes, confirmar que se han resuelto y dejar constancia de actuaciones mejora la continuidad del trabajo entre turnos.

La competencia organizativa también implica participar en la mejora de procesos. El personal administrativo detecta a diario problemas que quizá no llegan a la dirección: formularios confusos, circuitos duplicados, instrucciones contradictorias, fallos de citación o dificultades frecuentes de los usuarios. Comunicar estas observaciones puede contribuir a mejorar la organización.

Competencia en atención humanizada ante la brecha digital

La digitalización sanitaria puede mejorar el acceso, pero también puede generar desigualdad. No todos los usuarios disponen de dispositivos, conexión, conocimientos o autonomía para utilizar herramientas digitales. La brecha digital afecta especialmente a personas mayores, personas con bajo nivel socioeconómico, personas con discapacidad, usuarios con dificultades idiomáticas o pacientes en situación de vulnerabilidad.

El auxiliar administrativo tiene un papel importante para evitar que la digitalización se convierta en una barrera. Su competencia humanizadora consiste en detectar dificultades, adaptar la información y ofrecer alternativas dentro de los recursos

disponibles. La persona que no sabe usar una aplicación no debe sentirse culpable ni excluida.

La atención humanizada empieza por la paciencia. Explicar un procedimiento digital puede requerir tiempo, repeticiones y lenguaje sencillo. En algunos casos, el usuario puede estar frustrado porque ya ha intentado realizar el trámite sin éxito. El trato debe evitar expresiones que transmitan impaciencia, como “eso es muy fácil” o “todo el mundo lo hace por internet”. Lo que es sencillo para un profesional puede ser complejo para otra persona.

También es importante valorar el grado de autonomía digital. Algunas personas pueden aprender a utilizar una herramienta si se les explica; otras necesitarán apoyo continuo; otras requerirán canales alternativos. La equidad consiste en adaptar la respuesta, no en imponer un único modelo.

La humanización implica mantener opciones presenciales o asistidas cuando sea necesario. La eficiencia digital no debe eliminar completamente la posibilidad de atención directa. Un sistema que solo funciona para usuarios digitalmente competentes no es plenamente accesible.

El auxiliar administrativo puede contribuir a la alfabetización digital básica del usuario. Por ejemplo, puede explicar cómo recibir recordatorios, cómo consultar una cita, cómo actualizar datos de contacto o cómo descargar un justificante. No se trata de convertir el mostrador sanitario en una escuela digital, sino de ofrecer orientaciones prácticas que faciliten el acceso.

La brecha digital también afecta a la comprensión de la información. Un usuario puede recibir un mensaje automático de cita, pero no entender si debe acudir en ayunas, si la consulta es telefónica o presencial, o si necesita llevar documentación. Por ello, los mensajes digitales deben ser claros y el personal administrativo debe ayudar a resolver dudas.

La atención humanizada también exige cuidar a quienes no tienen apoyo familiar o social. Algunos usuarios dependen de cuidadores para gestionar citas y trámites. En estos casos, debe comprobarse la autorización correspondiente, pero también facilitar el proceso dentro del marco legal. La rigidez excesiva puede dificultar la atención de personas dependientes.

Competencia para la resolución de incidencias y gestión del cambio

Los entornos digitales son dinámicos y generan incidencias frecuentes. El auxiliar administrativo debe desarrollar capacidad para identificar problemas, buscar soluciones, comunicar incidencias y adaptarse a cambios.

Una incidencia puede ser técnica, organizativa o de usuario. Las incidencias técnicas incluyen fallos de acceso, caída de sistemas, errores de impresión, documentos que no cargan o aplicaciones que no responden. Las organizativas se relacionan con agendas mal configuradas, circuitos poco claros o instrucciones contradictorias. Las incidencias de usuario aparecen cuando la persona no puede acceder a una herramienta, no recibe una notificación o no comprende un trámite.

Resolver incidencias no significa saber reparar sistemas informáticos avanzados. Significa actuar de forma ordenada. Primero, identificar el problema. Segundo, comprobar si existe una solución conocida. Tercero, registrar o comunicar la incidencia al soporte adecuado. Cuarto, informar al usuario con claridad. Quinto, realizar seguimiento si el trámite queda pendiente.

La gestión del cambio es una competencia cada vez más importante. Los centros sanitarios incorporan nuevas aplicaciones, modifican procedimientos y actualizan sistemas. Estos cambios pueden generar inseguridad en los profesionales. El auxiliar administrativo debe mantener una actitud de aprendizaje y colaboración, pero la organización también debe ofrecer formación adecuada. No puede exigirse adaptación sin apoyo.

La resistencia al cambio suele aparecer cuando las novedades se perciben como imposiciones poco explicadas o cuando aumentan la carga de trabajo sin mejorar los procesos. Por ello, es importante que los profesionales participen en la implantación de nuevas herramientas. Su experiencia práctica permite detectar fallos antes de que afecten al usuario.

El auxiliar administrativo también debe ayudar al usuario durante los cambios. Cuando se sustituye un sistema de cita, una aplicación o un procedimiento, muchas personas se desorientan. Explicar el cambio con claridad reduce reclamaciones y facilita la transición.

La capacidad de aprendizaje continuo resulta esencial. La digitalización sanitaria seguirá avanzando, por lo que el perfil administrativo debe mantenerse actualizado. La formación en nuevas herramientas, protección de datos, atención al usuario y circuitos asistenciales debe considerarse parte normal del puesto.

Competencia en trabajo en equipo e integración en la organización asistencial

El auxiliar administrativo forma parte del equipo sanitario ampliado. Aunque no realice actos clínicos, su trabajo influye en la atención. Por ello, necesita competencias de colaboración, comunicación interna y coordinación con otros perfiles.

El trabajo en equipo implica comprender el papel de cada profesional. El auxiliar administrativo debe saber cuándo una demanda corresponde a enfermería, medicina, trabajo social, admisión, atención al paciente, informática, archivo o dirección. Derivar correctamente evita retrasos y respuestas inadecuadas.

La comunicación interna debe ser clara y respetuosa. Los mensajes incompletos o ambiguos generan confusión. Si se comunica una incidencia a un profesional sanitario, conviene indicar quién es el usuario, cuál es el problema, qué gestión se ha realizado y qué se necesita. La precisión ahorra tiempo y evita interrupciones innecesarias.

La integración en el equipo también exige conocer las prioridades asistenciales. En un entorno sanitario, algunas demandas administrativas pueden tener impacto clínico. Por ejemplo, una demora en tramitar una prueba urgente, una cita mal registrada o una información de contacto incorrecta pueden afectar a la atención. El auxiliar administrativo debe ser consciente de esta relación.

El respeto entre categorías profesionales es fundamental. La calidad asistencial depende de la colaboración entre todos. Cuando el trabajo administrativo se invisibiliza, se debilita la organización. Cuando se reconoce su valor, mejora el clima laboral y la coordinación.

El trabajo en equipo también incluye compartir aprendizajes. En procesos digitales, algunos profesionales dominan mejor ciertas herramientas. La colaboración entre

compañeros facilita resolver dudas y homogeneizar procedimientos. No obstante, este aprendizaje informal debe complementarse con instrucciones oficiales para evitar prácticas incorrectas.

Formación y desarrollo profesional continuo

La digitalización sanitaria exige formación continua. Las competencias necesarias no se adquieren de una vez para siempre. Los sistemas cambian, la normativa se actualiza, los usuarios modifican sus formas de relación con el sistema y los centros incorporan nuevos procedimientos.

La formación del auxiliar administrativo debe incluir herramientas digitales sanitarias, gestión de agendas, protección de datos, calidad documental, comunicación con usuarios, gestión de conflictos, accesibilidad, atención a la diversidad y prevención de riesgos psicosociales. También debe incluir conocimientos básicos sobre la estructura del sistema sanitario y los circuitos asistenciales del centro.

La formación práctica resulta especialmente útil. Aprender a manejar un programa solo mediante documentos teóricos suele ser insuficiente. Es necesario practicar casos reales o simulados, conocer errores frecuentes y disponer de referentes a quienes consultar. Las guías rápidas, manuales visuales y sesiones breves de actualización pueden mejorar mucho el desempeño.

El desarrollo profesional también requiere reconocimiento. El auxiliar administrativo sanitario desempeña una función de alta responsabilidad, especialmente en entornos digitalizados. Reconocer esta realidad favorece la motivación y la implicación. La formación no debe verse como una carga, sino como una inversión en calidad asistencial.

La autoevaluación profesional puede ayudar a identificar áreas de mejora. El auxiliar administrativo puede preguntarse si maneja con seguridad las herramientas digitales, si conoce los protocolos de confidencialidad, si comunica de forma clara, si registra correctamente y si sabe actuar ante incidencias. Esta reflexión permite orientar el aprendizaje.

Los centros sanitarios deben promover una cultura de mejora continua. Cuando se implanta una nueva herramienta, conviene evaluar su impacto, recoger dudas del personal y ajustar los circuitos. La digitalización no termina el día que se instala un programa. Su verdadero valor aparece cuando se integra correctamente en la práctica diaria.

Riesgos profesionales asociados a la digitalización

La digitalización también puede generar riesgos para el auxiliar administrativo. El trabajo continuado con pantallas, la presión de usuarios, las interrupciones constantes, la responsabilidad sobre datos sensibles y la adaptación permanente a cambios pueden provocar fatiga, estrés y desgaste.

Uno de los riesgos más frecuentes es la sobrecarga cognitiva. El profesional debe atender al usuario, comprobar datos, manejar varios programas, contestar llamadas, seguir protocolos y resolver incidencias. Esta simultaneidad aumenta la posibilidad de errores. La organización debe diseñar puestos, turnos y circuitos que reduzcan la presión innecesaria.

También existe riesgo de fatiga visual y problemas musculoesqueléticos por el uso continuado de equipos informáticos. La ergonomía del puesto, la iluminación, la altura de la pantalla, la silla y los descansos son importantes. La digitalización no debe descuidar la prevención de riesgos laborales.

El estrés derivado del trato con usuarios es otro elemento relevante. Cuando las plataformas digitales fallan o los circuitos son difíciles, el usuario suele expresar su malestar ante el personal administrativo. Esto puede generar tensión emocional. La formación en gestión de conflictos y el apoyo institucional son necesarios para proteger a los trabajadores.

El miedo al error también puede aumentar. En sistemas digitales, muchas acciones quedan registradas y algunos errores pueden tener impacto importante. La solución no es generar una cultura de miedo, sino formar, supervisar y diseñar sistemas seguros. Los errores deben analizarse para mejorar procesos, no solo para buscar culpables.

Conclusiones

La digitalización sanitaria ha transformado profundamente las competencias profesionales del auxiliar administrativo. Su trabajo ya no puede entenderse como una función limitada a la recepción o a la tramitación de documentos. En los servicios sanitarios actuales, el auxiliar administrativo gestiona información sensible, maneja sistemas digitales complejos, orienta al usuario, coordina circuitos, protege datos, resuelve incidencias y contribuye a la calidad de la atención.

La competencia digital es fundamental, pero no suficiente. Debe acompañarse de competencia comunicativa, ética, organizativa, documental y humanizadora. La tecnología solo mejora el sistema cuando se utiliza con criterio profesional y cuando no excluye a las personas que tienen más dificultades para acceder a ella. En este sentido, el auxiliar administrativo actúa como puente entre la innovación tecnológica y la realidad cotidiana de los usuarios.

La protección de datos, la calidad del registro y la identificación correcta del paciente son responsabilidades esenciales. Un error administrativo puede afectar a la seguridad asistencial, igual que una atención clara y bien coordinada puede evitar demoras, confusiones y reclamaciones. Por ello, la función administrativa debe reconocerse como parte activa del proceso asistencial.

El futuro de la sanidad será cada vez más digital, pero seguirá necesitando profesionales capaces de orientar, escuchar y resolver. El auxiliar administrativo sanitario debe prepararse para ese futuro mediante formación continua, adaptación al cambio y compromiso ético. La digitalización no sustituye su papel, sino que lo refuerza. En una sanidad más tecnológica, su labor será clave para que los sistemas sean accesibles, seguros y verdaderamente centrados en las personas.

Referencias

1. Qvarfordt M, Lagrosen S, Nilsson L. Medical secretaries' fears and opportunities in an increasingly digitalised workplace environment. *J Health Organ Manag.* 2024;38(9):175-194. doi:10.1108/JHOM-04-2023-0127.
2. Kuek A, Hakkennes S. Healthcare staff digital literacy levels and their attitudes towards information systems. *Health Informatics J.* 2020;26(1):592-612. doi:10.1177/1460458219839613.
3. Konttila J, Siira H, Kyngäs H, Lahtinen M, Elo S, Kääriäinen M, et al. Healthcare professionals' competence in digitalisation: a systematic review. *J Clin Nurs.* 2019;28(5-6):745-761. doi:10.1111/jocn.14710.
4. Longhini J, Rossetini G, Palese A. Digital health competencies among health care professionals: systematic review. *J Med Internet Res.* 2022;24(8):e36414. doi:10.2196/36414.
5. Mainz A, Nitsche J, Weirauch V, Meister S. Measuring the digital competence of health professionals: scoping review. *JMIR Med Educ.* 2024;10:e55737. doi:10.2196/55737.
6. Ramachandran S, Chang HJ, Worthington C, Kushniruk A, Ibáñez-Carrasco F, Davies H, et al. Digital competencies and training approaches to enhance the capacity of practitioners to support the digital transformation of public health: rapid review of current recommendations. *JMIR Public Health Surveill.* 2024;10:e52798. doi:10.2196/52798.
7. Arias López MDP, Ong BA, Borrat Frigola X, Fernández AL, Hicklent RS, Obeles AJT, et al. Digital literacy as a new determinant of health: a scoping review. *PLOS Digit Health.* 2023;2(10):e0000279. doi:10.1371/journal.pdig.0000279.
8. Rodriguez JA, Charles JP, Bates DW, Lyles C, Southworth B, Samal L. Digital healthcare equity in primary care: implementing an integrated digital health navigator. *J Am Med Inform Assoc.* 2023;30(5):965-970. doi:10.1093/jamia/ocad015.
9. Irizarry T, Shoemake J, Nilsen ML, Czaja S, Beach S, DeVito Dabbs A. Patient portals as a tool for health care engagement: a mixed-method study of older adults with varying levels of health literacy and prior patient portal use. *J Med Internet Res.* 2017;19(3):e99. doi:10.2196/jmir.7099.

10. Yeo LH, Banfield J. Human factors in electronic health records cybersecurity breach: an exploratory analysis. *Perspect Health Inf Manag.* 2022;19(Spring):1i.

El papel del técnico en farmacia ante la automedicación y el uso racional del medicamento

Fernando Ezequiel Di Salvo Morales

Introducción

La automedicación y el uso racional del medicamento son dos cuestiones centrales en la atención farmacéutica actual. La población dispone cada vez de más información sobre salud, medicamentos, síntomas y tratamientos, pero no siempre esa información es correcta, completa o adecuada a su situación particular. A ello se suma la facilidad de acceso a medicamentos sin receta, productos sanitarios, complementos alimenticios, publicidad sanitaria, recomendaciones en redes sociales y consejos procedentes del entorno familiar o social. En este contexto, la farmacia comunitaria se convierte en uno de los espacios sanitarios más accesibles para la ciudadanía, y el técnico en farmacia adquiere un papel muy relevante en la orientación inicial, la detección de riesgos y la promoción de un uso seguro de los medicamentos.

La automedicación no siempre debe entenderse como una práctica negativa. En determinadas circunstancias, el uso responsable de medicamentos no sujetos a prescripción médica puede ayudar a resolver síntomas leves y autolimitados, como dolor ocasional, fiebre leve, acidez, congestión nasal, tos puntual o molestias digestivas leves. Sin embargo, cuando se realiza sin información suficiente, sin valorar contraindicaciones, sin respetar dosis o durante un tiempo excesivo, puede generar problemas importantes. Entre ellos destacan las reacciones adversas, las interacciones, el enmascaramiento de enfermedades, la duplicidad terapéutica, el abuso de determinados fármacos y el retraso en la consulta médica.

El uso racional del medicamento implica que cada persona reciba el tratamiento adecuado a su necesidad clínica, en la dosis correcta, durante el tiempo necesario y con la información suficiente para utilizarlo de forma segura. Este principio no solo afecta a los medicamentos con receta, sino también a aquellos que pueden adquirirse libremente. Un fármaco disponible sin prescripción no es necesariamente inocuo. Analgésicos, antiinflamatorios, antihistamínicos, antigripales, laxantes, antiácidos, descongestionantes o preparados tópicos pueden producir efectos indeseados si se usan de forma incorrecta o si se combinan con otros tratamientos.

El técnico en farmacia, bajo la supervisión del farmacéutico, participa de forma directa en la dispensación, la atención al usuario, la información básica sobre medicamentos, la organización de productos y la detección de situaciones que requieren derivación. Su cercanía con la población le permite identificar prácticas de riesgo y contribuir a la educación sanitaria. Aunque sus funciones no sustituyen la valoración del farmacéutico ni del médico, su intervención es esencial para que el proceso de dispensación sea seguro, ordenado y centrado en la persona.

La automedicación como fenómeno cotidiano

La automedicación forma parte de la vida diaria de muchas personas. Ante síntomas conocidos o aparentemente leves, es frecuente que se recurra a medicamentos que ya se tienen en casa, a recomendaciones de familiares, a productos anunciados en medios de comunicación o a información encontrada en internet. Esta conducta se explica por varios factores: la búsqueda de alivio rápido, la dificultad para obtener cita médica, la experiencia previa con determinados fármacos, la percepción de que algunos medicamentos son inofensivos o la confianza en consejos no profesionales.

Uno de los problemas más frecuentes es la reutilización de medicamentos prescritos en episodios anteriores. Una persona puede tomar un antibiótico sobrante porque recuerda que “le fue bien” en otra ocasión, sin saber si la causa actual es bacteriana, vírica o de otro origen. Otra puede utilizar antiinflamatorios durante varios días sin valorar antecedentes gástricos, renales, cardiovasculares o tratamientos anticoagulantes. También es habitual el uso de ansiolíticos, hipnóticos

o analgésicos potentes que pertenecían a otro miembro de la familia, lo que supone un riesgo importante.

La automedicación también se ve influida por la cultura del botiquín doméstico. Muchas viviendas acumulan medicamentos caducados, tratamientos incompletos, envases sin prospecto o fármacos no identificados correctamente. Esta acumulación facilita usos inadecuados. Además, algunos usuarios no distinguen entre medicamentos de prescripción, medicamentos publicitarios, productos naturales, complementos alimenticios y productos sanitarios. Todo se integra en una misma categoría informal de “algo para mejorar”, lo que puede llevar a decisiones poco seguras.

El técnico en farmacia suele ser uno de los primeros profesionales que detecta estas situaciones. Cuando una persona solicita un medicamento concreto sin receta, cuando pide “lo mismo que tomé la otra vez”, cuando pregunta por un antibiótico, cuando compra con frecuencia analgésicos o cuando solicita varios productos con principios activos similares, se abre una oportunidad para intervenir. La intervención puede consistir en preguntar, aclarar, informar, advertir o derivar al farmacéutico.

La automedicación también tiene una dimensión social. No todas las personas se automedican por despreocupación. Algunas lo hacen porque no tienen tiempo, porque tienen dificultades de acceso al sistema sanitario, porque sienten vergüenza de consultar determinados problemas o porque han normalizado convivir con síntomas. Por ello, la respuesta profesional no debe basarse en el juicio o en la culpabilización, sino en la orientación. El objetivo es ayudar a tomar decisiones más seguras, no regañar al usuario.

Uso racional del medicamento y seguridad del paciente

El uso racional del medicamento es una responsabilidad compartida entre prescriptores, farmacéuticos, técnicos en farmacia, pacientes, cuidadores e instituciones sanitarias. En la práctica, este principio exige que el medicamento se utilice cuando está indicado, que se eviten tratamientos innecesarios, que se respeten las pautas y que se valore siempre el equilibrio entre beneficio y riesgo.

Desde la oficina de farmacia, el uso racional se promueve en cada dispensación. No se trata únicamente de entregar un envase, sino de asegurar que la persona recibe el producto adecuado y comprende cómo utilizarlo. La dispensación debe incorporar preguntas básicas cuando proceda, especialmente en medicamentos no sujetos a prescripción. Es importante conocer para quién es el medicamento, qué síntomas presenta, desde cuándo, si existen enfermedades previas, si toma otros tratamientos, si hay alergias conocidas o si pertenece a un grupo de riesgo, como embarazo, lactancia, infancia, edad avanzada o pluripatología.

El técnico en farmacia puede contribuir a este proceso mediante una atención cuidadosa y una detección temprana de señales de alerta. Si un usuario solicita un medicamento para un síntoma leve, el técnico puede orientar dentro de sus competencias, pero debe derivar al farmacéutico cuando existan dudas, riesgos, demanda de medicamentos sujetos a receta, síntomas persistentes o situaciones especiales. Esta derivación no debe verse como una limitación del técnico, sino como una parte de la buena práctica profesional.

La seguridad del paciente está muy relacionada con la información. Un medicamento seguro puede volverse peligroso si se toma en dosis incorrectas, durante más tiempo del indicado o junto a otros fármacos incompatibles. Por ejemplo, muchos antigripales combinan varios principios activos, como paracetamol, descongestionantes o antihistamínicos. Si el usuario toma además paracetamol por separado, puede superar la dosis recomendada sin ser consciente. Lo mismo ocurre con antiinflamatorios duplicados o con productos que contienen cafeína, sedantes o sustancias vasoconstrictoras.

El uso racional también implica evitar expectativas erróneas. Hay usuarios que esperan recibir un medicamento para cualquier malestar, aunque el problema pueda resolverse con medidas no farmacológicas. En casos de resfriado común, molestias digestivas leves, insomnio puntual o dolor muscular leve, pueden ser útiles recomendaciones sobre hidratación, descanso, alimentación, higiene del sueño, aplicación de frío o calor, o vigilancia de la evolución. El medicamento no siempre debe ser la primera respuesta.

Funciones del técnico en farmacia en la prevención de riesgos

El técnico en farmacia desempeña funciones importantes en la prevención de riesgos asociados a la automedicación. Una de las más relevantes es la identificación de demandas potencialmente problemáticas. Esto exige atención, experiencia y conocimiento de los medicamentos más habituales.

Una situación frecuente es la solicitud de antibióticos sin receta. Ante esta demanda, el técnico debe actuar con firmeza y respeto, explicando que los antibióticos requieren prescripción médica y que su uso inadecuado favorece resistencias y puede producir efectos adversos. No debe ofrecerse una alternativa antibiótica ni recomendar el uso de restos de tratamientos previos. Lo adecuado es derivar al médico cuando los síntomas lo requieran y, en su caso, al farmacéutico para orientar sobre medidas sintomáticas compatibles.

Otra situación de riesgo es el consumo frecuente de analgésicos y antiinflamatorios. Muchas personas utilizan ibuprofeno, naproxeno, dexketoprofeno, paracetamol o ácido acetilsalicílico como medicamentos de uso habitual, sin valorar riesgos digestivos, hepáticos, renales o cardiovasculares. El técnico puede detectar compras repetidas o solicitudes de dosis elevadas y avisar al farmacéutico. También puede recordar pautas básicas de seguridad indicadas por el farmacéutico, como no combinar antiinflamatorios, respetar dosis máximas y consultar si el dolor persiste.

Los medicamentos para el sueño, la ansiedad o el nerviosismo también requieren especial prudencia. Aunque algunos productos sean de origen vegetal o se presenten como naturales, pueden tener interacciones, producir somnolencia o no ser adecuados para ciertos usuarios. Además, cuando una persona solicita repetidamente productos para dormir, puede existir un problema de salud que requiere valoración. El técnico debe evitar normalizar el consumo continuado y facilitar la derivación al farmacéutico.

Los laxantes constituyen otro grupo problemático. Su uso continuado puede producir dependencia funcional, alteraciones electrolíticas o enmascarar problemas digestivos. Muchas personas los utilizan por hábitos dietéticos inadecuados o por una preocupación excesiva por el peso. La atención debe ser cuidadosa,

especialmente en jóvenes, personas mayores y usuarios con enfermedades crónicas.

También deben vigilarse los descongestionantes nasales. El uso prolongado de determinados sprays puede provocar efecto rebote y empeorar la congestión. El técnico puede detectar compras repetidas y advertir de que no deben utilizarse más tiempo del recomendado, derivando al farmacéutico si el usuario lleva varios días o semanas con el producto.

Los complementos alimenticios y productos naturales merecen atención específica. Muchos usuarios creen que “natural” significa seguro. Sin embargo, algunas plantas medicinales pueden interaccionar con anticoagulantes, antihipertensivos, antidepresivos, anticonceptivos u otros tratamientos. El técnico debe evitar mensajes absolutos y remitir al farmacéutico cuando el usuario tome medicación crónica, esté embarazada o presente enfermedades relevantes.

Información al usuario y educación sanitaria

La educación sanitaria es una parte esencial del trabajo en farmacia. El técnico, dentro de sus competencias y bajo la supervisión del farmacéutico, participa en la transmisión de información básica y en la promoción de hábitos seguros. Esta información debe ser clara, breve y adaptada a la persona.

Uno de los aspectos más importantes es explicar correctamente la pauta. Muchos errores se producen porque el usuario no entiende cuándo debe tomar el medicamento, durante cuánto tiempo, con o sin alimentos, qué hacer si olvida una dosis o cuándo debe suspenderlo. Aunque la pauta sea sencilla para el profesional, no siempre lo es para el usuario. Conviene utilizar un lenguaje directo y comprobar que la persona ha entendido.

El técnico también puede reforzar la importancia de leer el prospecto y conservar el envase original. En el domicilio, los medicamentos deben mantenerse identificados, con su fecha de caducidad visible y fuera del alcance de los niños. No deben mezclarse blísteres sueltos ni guardar tratamientos antiguos sin indicación. Esta recomendación es especialmente relevante en personas mayores polimedizadas.

La educación sanitaria debe incluir el uso correcto del botiquín doméstico. Es conveniente revisar periódicamente los medicamentos, retirar los caducados, no acumular antibióticos sobrantes, conservar los productos según las indicaciones y utilizar los puntos de recogida habilitados para desecharlos correctamente. El técnico en farmacia puede recordar esta información durante la atención habitual.

La adherencia terapéutica también forma parte del uso racional. Aunque el capítulo se centra en automedicación, muchas personas combinan tratamientos prescritos con medicamentos adquiridos por iniciativa propia. El técnico puede detectar dudas sobre tratamientos crónicos, dificultades para seguir pautas o confusión entre envases. En estos casos, debe derivar al farmacéutico para una revisión más detallada, especialmente si hay polimedicación.

La comunicación educativa debe evitar el exceso de información. Dar demasiadas instrucciones de golpe puede confundir. Es preferible priorizar los mensajes clave: para qué sirve, cómo se toma, durante cuánto tiempo, qué precauciones debe tener y cuándo consultar. En personas mayores o con dificultades de comprensión, puede ser útil escribir la pauta de forma clara o reforzarla con pictogramas si la farmacia dispone de ellos.

También es importante adaptar el mensaje al nivel de alfabetización en salud. Algunos usuarios conocen bien sus tratamientos, mientras que otros tienen dificultades para distinguir principios activos, marcas comerciales o dosis. El técnico debe observar y ajustar la explicación. Preguntar “¿lo ha tomado antes?” o “¿sabe cómo debe utilizarlo?” permite conocer el punto de partida.

Derivación al farmacéutico y al sistema sanitario

Una competencia fundamental del técnico en farmacia es saber cuándo debe derivar. La derivación no significa desatender al usuario, sino garantizar que recibe la valoración adecuada. En la farmacia, el farmacéutico es el profesional responsable de la dispensación y del consejo farmacéutico. El técnico colabora en el proceso, pero debe identificar aquellas situaciones que exceden sus funciones.

Debe derivarse al farmacéutico cuando el usuario presenta síntomas intensos, persistentes, recurrentes o de evolución desfavorable. También cuando hay fiebre

alta, dificultad respiratoria, dolor torácico, pérdida de conciencia, signos de reacción alérgica, sangrado, dolor abdominal intenso, alteraciones neurológicas, sospecha de infección grave o cualquier signo de alarma. En estos casos, el farmacéutico puede orientar sobre la necesidad de acudir a atención médica o urgencias.

También debe derivarse cuando el usuario pertenece a un grupo vulnerable. Niños pequeños, mujeres embarazadas o lactantes, personas mayores, pacientes con insuficiencia renal o hepática, personas anticoaguladas, pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades crónicas requieren especial precaución. Un medicamento común puede no ser adecuado en estas situaciones.

Otra causa de derivación es la polimedición. Cuando una persona toma varios tratamientos, aumenta el riesgo de interacciones, duplicidades y efectos adversos. El técnico no debe asumir que un medicamento sin receta es seguro para todos. Ante dudas, debe consultar al farmacéutico.

Debe prestarse atención a la demanda reiterada. Un usuario que compra con frecuencia analgésicos, laxantes, antiácidos, descongestionantes, antidiarreicos o productos para dormir puede estar ocultando un problema no resuelto. La repetición indica que el síntoma persiste o que el producto se usa de manera inadecuada. En estos casos, la intervención profesional es necesaria.

La derivación debe realizarse con tacto. En lugar de decir “yo no puedo decirle nada”, puede expresarse de forma más profesional: “Por seguridad, voy a comentarlo con el farmacéutico para valorar si este producto es adecuado en su caso”. Esta frase transmite responsabilidad y evita que el usuario perciba una falta de atención.

Automedicación en grupos especialmente vulnerables

La automedicación presenta riesgos particulares en determinados grupos. En la infancia, el uso de medicamentos requiere calcular dosis por peso, evitar principios activos no recomendados y vigilar signos de alarma. Los cuidadores pueden administrar medicamentos que tienen en casa o repetir pautas antiguas. El técnico debe estar atento cuando se solicitan medicamentos para niños y derivar al farmacéutico para confirmar idoneidad, dosis y duración.

En mujeres embarazadas y lactantes, muchos medicamentos requieren precaución. Incluso productos de uso habitual pueden no ser adecuados. La automedicación durante el embarazo puede tener consecuencias para la madre o el feto, y durante la lactancia algunos principios activos pueden pasar a la leche materna. En estos casos, el técnico debe evitar recomendaciones directas sin intervención del farmacéutico.

Las personas mayores son otro grupo prioritario. Suelen presentar enfermedades crónicas, polimedicación, cambios fisiológicos que afectan al metabolismo de los fármacos y mayor sensibilidad a efectos adversos. Además, pueden tener problemas de memoria, visión o comprensión de pautas. Un medicamento aparentemente simple puede producir somnolencia, caídas, hipotensión, estreñimiento, sangrado o confusión. El técnico debe prestar especial atención a la duplicidad de tratamientos y al uso de medicamentos de venta libre.

En pacientes crónicos, la automedicación puede interferir con el tratamiento prescrito. Personas con hipertensión deben tener cuidado con descongestionantes; pacientes anticoagulados deben consultar antes de tomar antiinflamatorios o ciertas plantas medicinales; personas con diabetes deben valorar azúcares en jarabes o productos; pacientes con enfermedad renal deben evitar algunos medicamentos sin supervisión. La farmacia es un lugar clave para detectar estos riesgos.

También debe considerarse la salud mental. Personas con ansiedad, insomnio, depresión o estrés pueden recurrir a productos sedantes, alcohol, preparados naturales o medicamentos de otras personas. El técnico debe actuar con discreción, evitando juicios y facilitando la consulta con el farmacéutico cuando observe uso repetido o preocupación importante.

Internet, redes sociales y publicidad sanitaria

La automedicación actual está muy influida por internet. Muchas personas buscan síntomas en páginas web, foros, vídeos o redes sociales antes de acudir a un profesional. Esta práctica puede aportar información útil si procede de fuentes fiables, pero también puede generar confusión, miedo o decisiones peligrosas. Los

contenidos sanitarios difundidos en redes no siempre están elaborados por profesionales ni se adaptan a situaciones individuales.

El técnico en farmacia puede encontrarse con usuarios que solicitan productos porque los han visto recomendados por influencers, anuncios o comentarios en redes. En estos casos, es importante no ridiculizar la fuente de información, pero sí reconducir la decisión hacia criterios sanitarios. Puede preguntarse qué busca la persona, qué síntomas presenta y si toma otros medicamentos. Si hay dudas, debe intervenir el farmacéutico.

La publicidad de medicamentos y productos relacionados con la salud puede generar expectativas excesivas. Algunos mensajes presentan soluciones rápidas para problemas complejos, como adelgazar, dormir mejor, mejorar defensas, aumentar energía o aliviar dolores crónicos. El técnico debe mantener una actitud prudente y evitar reforzar promesas no realistas. La venta en farmacia debe estar guiada por la seguridad y la necesidad del usuario, no solo por la demanda comercial.

La compra de medicamentos por internet es otro riesgo. Existen canales legales para determinados medicamentos no sujetos a prescripción, pero también hay páginas no autorizadas que venden productos falsificados, de composición desconocida o sujetos a receta. La población puede no distinguir entre sitios seguros y peligrosos. La farmacia comunitaria tiene una función educativa importante para advertir sobre estos riesgos.

En este contexto, el técnico en farmacia debe desarrollar también una competencia digital básica orientada a la educación del usuario. No se trata de revisar internet por el usuario, sino de recomendar que consulte fuentes oficiales, que desconfíe de promesas milagrosas y que no compre medicamentos fuera de canales autorizados.

Uso racional de antibióticos y resistencias

El uso inadecuado de antibióticos es uno de los grandes problemas de salud pública. La automedicación con antibióticos favorece la aparición de resistencias bacterianas, reduce la eficacia de tratamientos futuros y puede producir efectos

adversos. En la farmacia, la solicitud de antibióticos sin receta es una situación que requiere intervención clara.

El técnico debe saber que los antibióticos no son útiles frente a infecciones víricas como resfriados o gripe. También debe comprender que no se deben dispensar sin receta cuando la normativa exige prescripción. A veces el usuario insiste porque “ya sabe lo que tiene” o porque “el médico se lo mandó otra vez”. Ante esta situación, la respuesta debe ser firme, pero educativa. No se trata solo de negar la dispensación, sino de explicar brevemente el motivo.

También debe evitarse el uso de sobrantes. Cuando un usuario conserva antibióticos en casa, puede tomarlos en dosis insuficientes o durante menos días de los necesarios. Esto no solo puede fallar en el tratamiento, sino contribuir a resistencias. El técnico puede recordar la importancia de completar las pautas prescritas y no guardar restos para usos futuros.

El papel del técnico también incluye apoyar campañas de uso prudente de antibióticos. La colocación de materiales informativos, la explicación de mensajes básicos y la derivación al farmacéutico ante dudas contribuyen a la educación comunitaria. El problema de las resistencias no se resuelve solo en hospitales o consultas médicas; también requiere intervención desde la farmacia comunitaria.

Colaboración con el farmacéutico y trabajo en equipo

El trabajo del técnico en farmacia se desarrolla dentro de un equipo. La coordinación con el farmacéutico es esencial para garantizar una atención segura y eficaz. Cada profesional tiene funciones diferenciadas, pero complementarias. El técnico puede detectar, preguntar, informar sobre aspectos básicos, organizar y derivar; el farmacéutico realiza el consejo farmacéutico, valida la dispensación y asume la responsabilidad profesional correspondiente.

La comunicación interna debe ser fluida. Si el técnico detecta una situación de riesgo, debe transmitirla al farmacéutico de forma clara: qué solicita el usuario, para quién es, qué síntomas refiere, qué tratamientos toma y qué dudas han surgido. Esta información permite al farmacéutico intervenir de forma más precisa.

La confianza dentro del equipo facilita una atención más segura. El técnico no debe sentir que derivar al farmacéutico es una muestra de desconocimiento, sino una conducta profesional adecuada. Del mismo modo, el farmacéutico debe valorar la capacidad del técnico para detectar problemas y participar en la educación sanitaria.

La formación interna también es importante. La farmacia puede establecer criterios comunes para demandas frecuentes: dolor leve, fiebre, tos, diarrea, estreñimiento, acidez, alergia, heridas superficiales, anticoncepción de urgencia, productos infantiles o dermofarmacia. Estos criterios ayudan a homogeneizar la atención y a saber cuándo derivar.

El trabajo en equipo también mejora la gestión del tiempo. En momentos de alta demanda, el técnico puede realizar una primera acogida, identificar necesidades y priorizar las consultas que requieren intervención farmacéutica. Esto permite ofrecer una atención más ordenada sin reducir la seguridad.

Ética profesional y límites de la actuación

El técnico en farmacia debe actuar siempre dentro de sus competencias. La cercanía con el usuario puede hacer que este solicite consejos que exceden su función. Aunque exista buena intención, ofrecer indicaciones clínicas inadecuadas puede poner en riesgo a la persona. Por ello, conocer los límites profesionales es una competencia esencial.

La ética profesional incluye honestidad, prudencia, respeto y confidencialidad. El usuario puede consultar problemas íntimos o sensibles, como infecciones, salud sexual, trastornos digestivos, dolor, salud mental o consumo de determinados medicamentos. La atención debe realizarse con discreción, evitando comentarios innecesarios o juicios morales. En una farmacia, la privacidad puede ser limitada, por lo que debe cuidarse el tono de voz y, si es posible, ofrecer un espacio más reservado cuando la consulta lo requiera.

También es importante evitar conflictos de interés. La recomendación de un producto debe basarse en la necesidad del usuario, no en criterios exclusivamente comerciales. La farmacia es un establecimiento sanitario, aunque también tenga

una dimensión comercial. El equilibrio entre ambas dimensiones debe resolverse siempre priorizando la seguridad y el beneficio de la persona.

La autonomía del usuario también debe respetarse. El técnico puede informar y orientar, pero no imponer. Si una persona decide no seguir una recomendación, lo adecuado es asegurarse de que conoce los riesgos y animarla a consultar al profesional correspondiente. La educación sanitaria eficaz se basa en la confianza, no en la presión.

Conclusiones

El técnico en farmacia desempeña un papel fundamental ante la automedicación y en la promoción del uso racional del medicamento. Su posición de contacto directo con la población le permite detectar demandas de riesgo, identificar prácticas inadecuadas, ofrecer información básica, reforzar mensajes de seguridad y derivar al farmacéutico cuando la situación lo requiere.

La automedicación puede ser responsable en síntomas leves y con medicamentos adecuados, pero también puede convertirse en una fuente de problemas cuando se realiza sin conocimiento suficiente. Antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, laxantes, descongestionantes, sedantes, productos naturales y complementos alimenticios pueden producir efectos adversos, interacciones o retrasos diagnósticos si se utilizan incorrectamente. Por ello, la intervención desde la farmacia comunitaria es esencial.

El uso racional del medicamento exige educación, comunicación clara y trabajo en equipo. El técnico no sustituye al farmacéutico ni al médico, pero sí actúa como una figura clave en la primera atención, en la detección de señales de alerta y en la orientación del usuario. Su papel es especialmente importante en personas mayores, pacientes crónicos, infancia, embarazo, lactancia y usuarios polimedicados.

En una sociedad marcada por el acceso inmediato a información sanitaria y por la influencia de internet y redes sociales, la farmacia sigue siendo un espacio de confianza. El técnico en farmacia contribuye a que esa confianza se traduzca en decisiones más seguras. Su labor combina competencia técnica, prudencia,

comunicación y ética profesional. Promover el uso racional del medicamento no consiste solo en evitar errores, sino en ayudar a que cada persona utilice los tratamientos de forma consciente, adecuada y segura.

Referencias

1. van Eikenhorst L, Salema NE, Anderson C. A systematic review in select countries of the role of the pharmacist in consultations and sales of non-prescription medicines in community pharmacy. *Res Social Adm Pharm.* 2017;13(1):17-38. doi:10.1016/j.sapharm.2016.02.010.
2. Veiga P, Cavaco AM, Lapão LV, Guerreiro MP. Self-medication consultations in community pharmacy: an exploratory study on teams' performance, client-reported outcomes and satisfaction. *Pharm Pract (Granada).* 2021;19(1):2138. doi:10.18549/PharmPract.2021.1.2138.
3. Cavaco AM, Sozen-Sahne B, Ulutas-Deniz E, Yegenoglu S. Self-medication and non-prescription drug counseling: illustrating profession uncertainty within Turkish pharmacy practice. *Res Social Adm Pharm.* 2018;14(8):718-726. doi:10.1016/j.sapharm.2017.09.006.
4. Halila GC, Júnior EH, Otuki MF, Correr CJ. The practice of OTC counseling by community pharmacists in Parana, Brazil. *Pharm Pract (Granada).* 2015;13(4):597. doi:10.18549/PharmPract.2015.04.597.
5. Moritz K, Seiberth JM, Herrmann NS, Bertsche T, Schiek S. Are evidence-based criteria addressed during counseling on over-the-counter products? An observational study in community pharmacies. *Patient Educ Couns.* 2021;104(11):2824-2829. doi:10.1016/j.pec.2021.03.021.
6. Morgan DJ, Okeke IN, Laxminarayan R, Perencevich EN, Weisenberg S. Non-prescription antimicrobial use worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2011;11(9):692-701. doi:10.1016/S1473-3099(11)70054-8.
7. Ahmed I, King R, Akter S, Akter R, Aggarwal VR. Determinants of antibiotic self-medication: a systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm.* 2023;19(7):1007-1017. doi:10.1016/j.sapharm.2023.03.009.
8. Servia-Dopazo M, Figueiras A. Determinants of antibiotic dispensing without prescription: a systematic review. *J Antimicrob Chemother.* 2018;73(12):3244-3253. doi:10.1093/jac/dky319.
9. Lambert M, Smit CCH, De Vos S, Benko R, Llor C, Paget WJ, et al. A systematic literature review and meta-analysis of community pharmacist-led interventions to optimise the use of antibiotics. *Br J Clin Pharmacol.* 2022;88(6):2617-2641. doi:10.1111/bcp.15254.

10. Mustafa ZU, Nazir M, Majeed HK, Salman M, Hayat K, Khan AH, et al. Exploring knowledge of antibiotic use, resistance, and stewardship programs among pharmacy technicians serving in ambulatory care settings in Pakistan and the implications. *Antibiotics (Basel)*. 2022;11(7):921. doi:10.3390/antibiotics11070921.
11. Zheng Y, Liu J, Tang PK, Hu H, Ung COL. A systematic review of self-medication practice during the COVID-19 pandemic: implications for pharmacy practice in supporting public health measures. *Front Public Health*. 2023;11:1184882. doi:10.3389/fpubh.2023.1184882.
12. Rutter P. Role of community pharmacists in patients' self-care and self-medication. *Integr Pharm Res Pract*. 2015;4:57-65. doi:10.2147/IPRP.S70403.

Gestión y seguridad en la dispensación: trazabilidad, farmacovigilancia y responsabilidad profesional

Fernando Ezequiel Di Salvo Morales

Introducción

La dispensación de medicamentos es una actividad sanitaria de gran relevancia, porque conecta la prescripción, la selección del tratamiento, la información al paciente y el uso final del medicamento en el domicilio, en el hospital o en cualquier otro entorno asistencial. Aunque en ocasiones se percibe como un acto cotidiano, entregar un medicamento nunca debería entenderse como una simple operación comercial o logística. La dispensación implica comprobar, interpretar, registrar, informar y garantizar que el producto llega a la persona adecuada, en condiciones seguras y con las instrucciones necesarias para su uso correcto.

En la farmacia comunitaria, en la farmacia hospitalaria y en los servicios de atención sociosanitaria, la seguridad en la dispensación constituye una parte esencial de la seguridad del paciente. Un error en este punto puede tener consecuencias importantes: administración de un medicamento incorrecto, duplicidad terapéutica, interacción no detectada, entrega de una dosis inadecuada, confusión entre envases similares, incumplimiento de condiciones de conservación o falta de información sobre posibles efectos adversos. Por ello, la gestión de la dispensación debe apoyarse en procedimientos claros, sistemas de trazabilidad, formación profesional y cultura de responsabilidad.

La trazabilidad permite seguir el recorrido del medicamento desde su origen hasta su entrega o administración. Gracias a ella, se puede conocer qué medicamento se ha recibido, de qué lote procede, cuándo se ha dispensado, a quién se ha entregado y en qué condiciones se ha conservado. Esta información resulta

fundamental en caso de alertas sanitarias, retiradas de lotes, sospechas de falsificación, errores de dispensación o problemas de calidad. Sin trazabilidad, la respuesta ante un incidente se vuelve lenta, incompleta y menos segura.

La farmacovigilancia, por su parte, permite identificar, evaluar y prevenir los riesgos asociados al uso de medicamentos una vez que están disponibles para la población. Los ensayos clínicos aportan información esencial antes de la autorización de un fármaco, pero no siempre detectan todos los efectos adversos, especialmente los poco frecuentes, los que aparecen a largo plazo o los que se producen en personas con múltiples enfermedades y tratamientos. Por eso, la observación en la práctica real es imprescindible. La farmacia, por su contacto directo con los usuarios, puede detectar reacciones adversas, problemas de adherencia, usos inadecuados y dudas que no siempre llegan a la consulta médica.

La responsabilidad profesional atraviesa todo este proceso. Cada profesional que interviene en la dispensación debe conocer sus funciones, sus límites y sus obligaciones. El farmacéutico asume la responsabilidad sanitaria de la dispensación y del consejo farmacéutico, mientras que el técnico en farmacia participa en tareas de apoyo, recepción, almacenamiento, preparación, atención inicial, control documental y derivación al farmacéutico cuando proceda. La coordinación entre ambos perfiles es fundamental para que la dispensación sea segura, eficiente y centrada en el paciente.

En este capítulo se aborda la gestión y seguridad en la dispensación desde tres ejes principales: la trazabilidad del medicamento, la farmacovigilancia y la responsabilidad profesional. Estos elementos no deben entenderse de forma separada, ya que se refuerzan mutuamente. Una buena trazabilidad facilita la investigación de incidentes, una farmacovigilancia activa mejora el conocimiento sobre riesgos reales y una responsabilidad profesional bien asumida garantiza que los procedimientos se apliquen con criterio sanitario.

La dispensación como acto sanitario seguro

La dispensación es un acto sanitario orientado a garantizar que el paciente recibe el medicamento adecuado y la información necesaria para utilizarlo correctamente. No

consiste únicamente en entregar el producto prescrito o solicitado, sino en realizar una comprobación profesional de diferentes elementos. En el caso de medicamentos sujetos a prescripción, debe verificarse la validez de la receta, la identificación del paciente, el medicamento indicado, la dosis, la forma farmacéutica, la duración del tratamiento y cualquier posible incidencia. En medicamentos no sujetos a prescripción, debe valorarse si el producto es adecuado para la demanda planteada y si existen circunstancias que aconsejen la intervención del farmacéutico o la derivación al médico.

La seguridad en la dispensación empieza con la identificación correcta de la persona. En farmacia comunitaria, esto puede parecer menos complejo que en el hospital, pero sigue siendo relevante. En tratamientos crónicos, recetas electrónicas, dispensaciones a cuidadores, personas mayores o pacientes polimedicados, una confusión de identidad puede generar errores. En farmacia hospitalaria, la identificación adquiere todavía más importancia, ya que los tratamientos pueden ser de alto riesgo, personalizados o vinculados a protocolos específicos.

Otro aspecto esencial es la revisión del medicamento. Debe comprobarse que el envase corresponde al producto solicitado, que la dosis coincide con la prescripción o necesidad, que la forma farmacéutica es correcta y que no existe confusión entre presentaciones similares. Muchos errores se producen por similitud de nombres, envases parecidos o ubicación incorrecta en el almacén. Por ello, la organización del espacio, la separación de medicamentos de alto riesgo, el etiquetado claro y la revisión antes de la entrega son medidas básicas.

La dispensación segura también implica atender al contexto del paciente. Un medicamento puede ser adecuado en términos generales, pero no serlo para una persona concreta. La edad, el embarazo, la lactancia, las alergias, la insuficiencia renal o hepática, la polimedicación y las enfermedades crónicas modifican la seguridad del tratamiento. El técnico en farmacia puede detectar algunas de estas circunstancias durante la atención inicial y derivar al farmacéutico para la valoración correspondiente.

La información al usuario forma parte del acto de dispensación. Un medicamento bien elegido puede utilizarse mal si la persona no comprende la pauta, la duración,

las precauciones o las condiciones de conservación. Por ejemplo, algunos medicamentos deben tomarse con alimentos, otros en ayunas, otros no deben partirse, otros pueden producir somnolencia y otros requieren completar el tratamiento aunque los síntomas mejoren. La información debe ser clara, concreta y adaptada al nivel de comprensión del usuario.

La seguridad también exige evitar la normalización de prácticas incorrectas. Entregar medicamentos sin comprobar, resolver demandas con prisa, no registrar incidencias, ignorar alertas del sistema o no consultar al farmacéutico ante dudas son conductas que aumentan el riesgo. La rutina puede ser una amenaza cuando se trabaja con productos de uso frecuente. Precisamente porque se dispensan a diario, algunos medicamentos pueden generar exceso de confianza.

Trazabilidad del medicamento: concepto y finalidad

La trazabilidad es la capacidad de seguir el recorrido de un medicamento a lo largo de toda la cadena, desde la fabricación y distribución hasta la recepción, almacenamiento, dispensación y, cuando proceda, administración al paciente. Su finalidad principal es garantizar la seguridad, autenticidad y control del medicamento en todas las fases.

En la práctica, la trazabilidad permite responder a preguntas fundamentales: qué medicamento se ha recibido, de qué lote procede, cuándo llegó, dónde se almacenó, cuándo se dispensó, a qué paciente se entregó y quién intervino en el proceso. Esta información resulta clave cuando aparece una alerta sanitaria, cuando se detecta un defecto de calidad o cuando es necesario retirar un lote del mercado. Si no se puede localizar con rapidez qué unidades han sido dispensadas, la capacidad de proteger a los pacientes disminuye.

La trazabilidad también contribuye a prevenir la entrada de medicamentos falsificados. La cadena legal de suministro debe contar con mecanismos de verificación que garanticen que los medicamentos son auténticos y proceden de canales autorizados. En este sentido, la recepción y comprobación de los productos no es una tarea menor. Verificar albaranes, revisar envases, controlar condiciones de transporte y detectar anomalías forma parte de la seguridad del proceso.

En farmacia comunitaria, la trazabilidad se relaciona con la gestión del stock, los registros de dispensación, los sistemas de receta electrónica, los controles de caducidad y las alertas de retirada. En farmacia hospitalaria, se añade una trazabilidad más compleja, vinculada a medicamentos de alto impacto, preparación de dosis unitarias, tratamientos intravenosos, medicamentos peligrosos, ensayos clínicos, estupefacientes, psicótrópos y productos termolábiles.

La trazabilidad tiene también valor organizativo. Permite controlar existencias, evitar pérdidas, reducir caducidades, mejorar la reposición y detectar patrones de consumo. Un sistema de gestión bien utilizado ayuda a prever necesidades y evitar desabastecimientos internos. No obstante, la trazabilidad no debe reducirse a un control económico de stock. Su sentido principal es sanitario.

Para que la trazabilidad sea útil, los registros deben ser fiables. Registrar tarde, registrar de forma incompleta o corregir sin dejar constancia puede limitar el valor del sistema. La calidad del dato es esencial. Cada movimiento relevante del medicamento debe quedar adecuadamente documentado según los procedimientos establecidos.

Recepción, almacenamiento y conservación segura

La seguridad en la dispensación comienza antes de que el medicamento llegue al usuario. La recepción y almacenamiento son fases críticas para garantizar que el producto conserva su calidad. Un medicamento mal conservado puede perder eficacia o volverse inseguro, aunque se dispense correctamente.

En la recepción, debe comprobarse que los productos coinciden con el pedido o albarán, que los envases están íntegros, que no presentan signos de manipulación, deterioro o rotura, que las fechas de caducidad son adecuadas y que las condiciones de transporte han sido correctas. En medicamentos termolábiles, como ciertos inyectables, vacunas, insulinas u otros productos que requieren cadena de frío, la revisión debe ser especialmente estricta.

La cadena de frío es uno de los puntos más sensibles. Estos medicamentos deben mantenerse dentro del rango de temperatura indicado. Una exposición prolongada a temperaturas inadecuadas puede comprometer su estabilidad. Por ello, deben

almacenarse en frigoríficos específicos, con control de temperatura, registro periódico y actuación definida ante desviaciones. No debe asumirse que un medicamento refrigerado sigue siendo válido si se desconoce cuánto tiempo ha estado fuera de rango.

La organización del almacén debe facilitar la seguridad. Los medicamentos deben estar ordenados de forma lógica, con separación de productos de aspecto o nombre similar cuando exista riesgo de confusión. Los medicamentos caducados, deteriorados o retirados deben separarse inmediatamente del stock disponible para evitar dispensaciones accidentales. La zona de cuarentena o retirada debe estar claramente identificada.

La rotación de stock es fundamental. El criterio habitual es dispensar primero los productos con fecha de caducidad más próxima, siempre que estén en condiciones adecuadas. La revisión periódica de caducidades evita entregas de medicamentos vencidos y reduce pérdidas. El técnico en farmacia suele participar de forma importante en estas tareas, por lo que debe conocer los procedimientos internos.

Los medicamentos sujetos a control especial, como estupefacientes y psicótrpos, requieren registros y custodia específicos. La responsabilidad en su manejo debe ser estricta, ya que existen riesgos de desvío, uso indebido y consecuencias legales. La dispensación de estos medicamentos debe ajustarse a la normativa y a los procedimientos definidos por el farmacéutico responsable.

El almacenamiento seguro también incluye productos no medicamentosos, como productos sanitarios, material de cura, dietoterápicos o determinados complementos. Aunque no todos tienen el mismo nivel de riesgo, una mala conservación o una confusión en la entrega puede afectar al usuario. La seguridad debe aplicarse a todo el circuito.

Dispensación y control de errores

El error de dispensación puede definirse como cualquier fallo en el proceso que provoca o puede provocar que el paciente reciba un medicamento, dosis, forma farmacéutica, cantidad o información incorrecta. No todos los errores llegan al paciente, pero todos deben considerarse oportunidades de mejora.

Entre los errores más frecuentes se encuentran la confusión entre medicamentos con nombres parecidos, la entrega de una dosis distinta, la selección de una forma farmacéutica inadecuada, la dispensación de un envase equivocado, la duplicidad de tratamientos, la entrega a un paciente incorrecto o la falta de información relevante. También pueden producirse errores por interpretar mal una prescripción, por automatismos, por interrupciones o por exceso de confianza.

La prevención de errores requiere medidas organizativas. Una de ellas es la comprobación final antes de la entrega. Revisar nombre, dosis, forma y cantidad puede evitar muchos incidentes. En medicamentos de mayor riesgo, puede ser recomendable una doble comprobación. En el hospital, los sistemas de código de barras, unidos a la identificación del paciente, ayudan a reducir errores, aunque no eliminan la necesidad de vigilancia profesional.

Las interrupciones son una causa frecuente de errores. Atender llamadas, responder consultas simultáneas, realizar cobros, buscar productos y hablar con varios usuarios a la vez puede aumentar el riesgo. La organización del trabajo debe intentar reducir interrupciones en tareas críticas, como preparación de medicación, revisión de recetas complejas o manejo de medicamentos de alto riesgo.

La notificación de errores e incidencias debe formar parte de la cultura de seguridad. Ocultar un error impide aprender de él. La respuesta no debe centrarse únicamente en señalar a una persona, sino en analizar qué ha fallado en el sistema: ubicación del medicamento, envase parecido, falta de formación, sobrecarga, procedimiento confuso o ausencia de verificación. Esto no elimina la responsabilidad individual, pero permite mejorar el proceso.

El técnico en farmacia desempeña un papel importante en la detección precoz de errores. Puede advertir discrepancias entre lo solicitado y lo registrado, dudas del usuario, envases similares o cambios de presentación. Ante cualquier duda, debe consultar al farmacéutico antes de completar la dispensación. La consulta oportuna es una conducta de seguridad.

La información al usuario también ayuda a detectar errores. Cuando se entrega un medicamento, explicar brevemente su finalidad y pauta puede hacer que el propio paciente advierta una discrepancia. Por ejemplo, si se le entrega un medicamento

para la tensión y el usuario dice que esperaba un antibiótico, se puede revisar el proceso antes de que el error llegue al domicilio.

Farmacovigilancia: detección y comunicación de reacciones adversas

La farmacovigilancia es el conjunto de actividades orientadas a identificar, evaluar, comprender y prevenir los efectos adversos y otros problemas relacionados con los medicamentos. Es una tarea esencial porque el conocimiento sobre un medicamento continúa después de su autorización y comercialización.

En la práctica diaria, muchas reacciones adversas se detectan en la farmacia. El usuario puede acudir a comentar que un medicamento le produce mareo, somnolencia, diarrea, erupción cutánea, náuseas, tos, cansancio, hinchazón, sangrado, molestias digestivas o cualquier otro síntoma que relaciona con el tratamiento. En ocasiones, la persona no lo identifica como reacción adversa, sino que pregunta por otro producto para aliviar un síntoma causado por el medicamento. Aquí la intervención profesional es decisiva.

El técnico en farmacia puede ser el primer profesional que escucha esta información. Su función consiste en recoger la demanda, identificar que puede existir una reacción adversa y derivar al farmacéutico para su valoración. No debe minimizar la queja ni recomendar suspender tratamientos prescritos sin intervención del farmacéutico o del médico. Suspender por iniciativa propia determinados medicamentos puede generar riesgos importantes.

Las reacciones adversas pueden ser leves, moderadas o graves. Algunas son esperables y aparecen recogidas en el prospecto, mientras que otras pueden ser raras o inesperadas. También puede haber errores de medicación, uso fuera de indicación, abuso, dependencia, falta de eficacia o interacciones. Todos estos elementos pueden tener interés en farmacovigilancia.

La comunicación de sospechas de reacciones adversas contribuye a mejorar la seguridad de los medicamentos. No es necesario tener certeza absoluta para notificar; basta con sospechar una posible relación. Posteriormente, los sistemas de farmacovigilancia analizan la información acumulada. La participación de los

profesionales sanitarios es fundamental para detectar señales que podrían pasar desapercibidas.

La farmacovigilancia no debe verse como una tarea excepcional. Forma parte de la atención cotidiana. Preguntar si un tratamiento le está sentando bien, si ha notado algún cambio o si ha tenido problemas para tomarlo puede aportar información muy valiosa. En tratamientos nuevos, en personas mayores, en pacientes polimedicados o en medicamentos de reciente comercialización, esta actitud resulta especialmente importante.

También es necesario educar al usuario. Muchas personas no comunican efectos adversos porque los consideran normales, porque temen que les retiren el tratamiento o porque no saben a quién acudir. La farmacia puede explicar que cualquier síntoma sospechoso debe consultarse, especialmente si es intenso, persistente o aparece tras iniciar un medicamento.

Problemas relacionados con los medicamentos y seguimiento desde la farmacia

Además de las reacciones adversas, existen otros problemas relacionados con los medicamentos. Estos incluyen falta de adherencia, duplicidades, interacciones, uso incorrecto, automedicación inadecuada, dosis erróneas, confusión entre tratamientos, conservación incorrecta o falta de comprensión de la pauta.

La adherencia es uno de los problemas más frecuentes. Muchos pacientes no toman los medicamentos como se les indicó. Pueden olvidarlos, suspenderlos al sentirse mejor, tomarlos solo cuando tienen síntomas, modificar dosis por miedo a efectos secundarios o combinarlos con productos no comunicados. El técnico en farmacia puede detectar indicios, como retrasos en la recogida de tratamientos, acumulación de envases o preguntas repetidas sobre la pauta.

La polimedicación aumenta el riesgo de problemas. Las personas mayores o con enfermedades crónicas pueden tomar numerosos medicamentos al día. Esto incrementa la probabilidad de duplicidades, interacciones y errores en horarios. La farmacia puede ayudar mediante sistemas personalizados de dosificación, revisión de tratamientos por el farmacéutico y educación al paciente o cuidador.

La automedicación debe vigilarse especialmente cuando se combina con tratamientos prescritos. Un usuario puede tomar antiinflamatorios sin informar de que está anticoagulado, utilizar descongestionantes teniendo hipertensión o tomar plantas medicinales con riesgo de interacción. El técnico debe estar atento a estas situaciones y derivar al farmacéutico.

La falta de eficacia también puede ser un problema. Si un medicamento no mejora los síntomas, puede deberse a uso incorrecto, dosis inadecuada, diagnóstico no resuelto, falta de adherencia o necesidad de revisión médica. En lugar de añadir productos sin valorar el problema, conviene consultar con el farmacéutico y, cuando proceda, derivar al médico.

La conservación en el domicilio es otro aspecto relevante. Algunos medicamentos pierden estabilidad si se almacenan con calor, humedad o luz. Guardarlos en baños, cocinas o coches puede ser inadecuado. Los medicamentos refrigerados requieren instrucciones claras para el transporte y conservación. La dispensación debe incluir esta información cuando sea necesario.

Responsabilidad profesional en la dispensación

La responsabilidad profesional implica actuar conforme a las competencias propias, la normativa aplicable, los procedimientos del centro y los principios éticos de la atención sanitaria. En la dispensación, esta responsabilidad se expresa en la obligación de proteger la salud del usuario, evitar riesgos previsibles, respetar la confidencialidad y no realizar actuaciones para las que no se está autorizado.

El farmacéutico es el profesional responsable de la dispensación y del consejo farmacéutico. Debe valorar la adecuación del medicamento, resolver dudas, detectar problemas relacionados con medicamentos, informar sobre el uso correcto y decidir cuándo es necesaria la derivación médica. Su intervención es especialmente necesaria en situaciones de riesgo, medicamentos sujetos a receta, interacciones, grupos vulnerables y síntomas de alarma.

El técnico en farmacia tiene un papel de apoyo fundamental. Participa en la recepción, almacenamiento, control de stock, preparación de pedidos, atención inicial, dispensación bajo supervisión, control documental y detección de

incidencias. Su responsabilidad consiste en realizar estas tareas con rigor y derivar al farmacéutico cuando la situación lo requiera. Actuar dentro de los límites del puesto no reduce su valor profesional; al contrario, demuestra seguridad y competencia.

Una responsabilidad importante es no banalizar la entrega de medicamentos. Incluso cuando se trata de productos habituales, debe mantenerse la atención. La experiencia es útil, pero no debe convertirse en automatismo. Cada usuario puede tener circunstancias diferentes.

La confidencialidad también forma parte de la responsabilidad. En farmacia, muchas consultas se realizan en un espacio compartido, por lo que debe cuidarse el tono de voz y evitar exponer información sensible. Cuando la consulta sea delicada, es recomendable facilitar la intervención del farmacéutico en un espacio de atención más reservado si la farmacia dispone de él.

Otra dimensión es la responsabilidad documental. Los registros de dispensación, devoluciones, retiradas, estupefacientes, recetas especiales o incidencias deben completarse correctamente. Un registro incompleto puede dificultar la trazabilidad, la auditoría o la respuesta ante alertas.

La responsabilidad profesional también incluye la actualización del conocimiento. Los medicamentos, presentaciones, alertas, normativas y procedimientos cambian. El equipo de farmacia debe mantenerse formado para trabajar con seguridad. La falta de actualización puede generar errores.

Alertas sanitarias, retiradas y actuación ante incidentes

Las alertas sanitarias son comunicaciones emitidas cuando se detecta un problema que puede afectar a la calidad, seguridad o disponibilidad de un medicamento o producto sanitario. Pueden implicar retirada de lotes, inmovilización, revisión de stock, comunicación a pacientes o devolución a proveedores.

La gestión de una alerta requiere rapidez y orden. En primer lugar, debe identificarse el producto afectado, incluyendo nombre, presentación, lote y fecha de caducidad. En segundo lugar, se debe comprobar si existen unidades en stock. Si

las hay, deben inmovilizarse de forma inmediata para evitar su dispensación. En tercer lugar, debe revisarse si se han dispensado unidades a pacientes y si el procedimiento exige contacto con ellos. Finalmente, debe registrarse la actuación.

La trazabilidad es clave en este punto. Si el sistema permite saber qué unidades se dispensaron y a quién, la actuación es más precisa. Si no existe registro suficiente, la respuesta puede depender de estimaciones incompletas. Por eso, los registros cotidianos tienen valor en situaciones de crisis.

Las retiradas no deben improvisarse. Cada farmacia o servicio debe contar con procedimientos definidos. El personal debe saber dónde se reciben las alertas, quién las revisa, cómo se inmoviliza el producto, cómo se documenta la retirada y qué comunicación se realiza. El técnico en farmacia puede participar activamente en la localización de unidades, separación del stock y registro, siempre siguiendo las indicaciones del farmacéutico.

Los incidentes internos también deben gestionarse. Si se detecta que se ha entregado un medicamento incorrecto, que se ha dispensado un lote retirado o que se ha producido una confusión, se debe actuar de inmediato. El primer objetivo es proteger al paciente. Después, debe analizarse la causa y establecer medidas para evitar repetición.

Seguridad en medicamentos de especial riesgo

No todos los medicamentos tienen el mismo nivel de riesgo. Algunos pueden causar daños graves si se utilizan incorrectamente, si se duplican, si se administran en dosis erróneas o si se confunden. Entre ellos pueden encontrarse anticoagulantes, insulinas, opioides, citostáticos, metotrexato, medicamentos de estrecho margen terapéutico, estupefacientes, psicótropos y determinados tratamientos hospitalarios.

En estos casos, la dispensación debe ser especialmente cuidadosa. Es necesario verificar la prescripción, la dosis, la pauta y la comprensión del usuario. También conviene revisar si existen cambios recientes, ya que algunos errores ocurren cuando el paciente conserva pautas antiguas y no entiende la modificación.

El metotrexato oral es un ejemplo clásico de medicamento con riesgo por pauta semanal. Si el usuario lo toma diariamente por error, puede sufrir toxicidad grave. Por ello, la información debe ser muy clara y debe comprobarse la comprensión. Lo mismo ocurre con anticoagulantes, donde la interacción con otros medicamentos, incluidos antiinflamatorios y productos naturales, puede aumentar el riesgo de sangrado.

Las insulinas y otros tratamientos inyectables requieren instrucciones sobre conservación, técnica, rotación de zonas, agujas y eliminación segura. Aunque el farmacéutico es quien debe realizar la orientación principal, el técnico debe detectar dudas y no entregar el producto como si fuera un envase cualquiera.

Los medicamentos citotóxicos o peligrosos, cuando se manejan en farmacia hospitalaria o en determinados circuitos, requieren medidas de protección específicas. La responsabilidad profesional incluye conocer los riesgos de manipulación y seguir los protocolos de seguridad.

Tecnología aplicada a la dispensación segura

La tecnología puede mejorar la seguridad en la dispensación, siempre que se utilice correctamente. Los sistemas de receta electrónica, códigos de barras, programas de gestión, alertas de interacción, robots de dispensación, sistemas de control de stock y registros digitales ayudan a reducir errores y mejorar trazabilidad.

La receta electrónica facilita la lectura de la prescripción y reduce problemas asociados a recetas ilegibles. También permite revisar tratamientos activos y detectar algunas duplicidades. Sin embargo, no elimina todos los riesgos. Puede haber tratamientos desactualizados, errores de selección, falta de comprensión del paciente o automedicación no registrada. Por tanto, el criterio profesional sigue siendo necesario.

Los códigos de barras permiten verificar productos y reducir confusiones. En farmacia hospitalaria, unidos a la identificación del paciente, pueden mejorar la seguridad en la administración. En farmacia comunitaria, ayudan al control de stock, verificación y registro. Sin embargo, un sistema tecnológico mal utilizado puede generar falsa seguridad. Escanear no sustituye comprobar.

Las alertas informáticas son útiles, pero pueden perder eficacia si son excesivas. Cuando el sistema muestra demasiados avisos poco relevantes, los profesionales pueden acostumbrarse a ignorarlos. Por eso, las alertas deben ser pertinentes y el equipo debe saber cuáles requieren actuación inmediata.

La automatización del almacén puede mejorar la organización, pero no elimina la necesidad de control humano. Los errores de carga, ubicación incorrecta o selección del producto pueden ocurrir. La supervisión sigue siendo imprescindible.

La tecnología también facilita la farmacovigilancia y el registro de incidencias. Sistemas bien diseñados pueden permitir notificar sospechas, documentar errores, registrar retiradas y analizar datos para mejorar la seguridad. Pero para que funcionen, los profesionales deben conocerlos y usarlos.

Cultura de seguridad y trabajo en equipo

La seguridad en la dispensación depende de una cultura de equipo. No basta con tener normas escritas. Es necesario que todos los miembros de la farmacia o servicio compartan la idea de que la seguridad del paciente es prioritaria.

Una cultura de seguridad se caracteriza por la comunicación abierta, la consulta ante dudas, la notificación de errores, el aprendizaje de incidentes y el respeto a los procedimientos. También implica reconocer que cualquier profesional puede cometer errores y que el sistema debe diseñarse para reducir la probabilidad de que ocurran.

El trabajo entre farmacéuticos y técnicos debe basarse en confianza y claridad de roles. El técnico debe sentirse autorizado para preguntar, advertir y detener una dispensación si detecta algo extraño. El farmacéutico debe favorecer un clima donde las dudas se valoren como parte de la seguridad, no como una molestia.

Las reuniones de equipo, la revisión de incidencias y la formación interna ayudan a mejorar. Si se detecta que un medicamento se confunde con frecuencia, se puede cambiar su ubicación, añadir una señal visual o reforzar la doble comprobación. Si los usuarios preguntan repetidamente lo mismo, puede elaborarse material informativo. Si una alerta no se gestiona bien, se revisa el procedimiento.

La seguridad también requiere cuidar las condiciones de trabajo. La sobrecarga, las prisas, la falta de descanso, las interrupciones y la mala organización aumentan los errores. La responsabilidad individual es importante, pero la organización debe facilitar un entorno seguro.

Educación al paciente como herramienta de seguridad

La dispensación segura no termina cuando el usuario recibe el medicamento. El modo en que lo utiliza en casa determinará buena parte del resultado. Por ello, la educación al paciente es una herramienta esencial.

La información debe responder a preguntas básicas: para qué sirve el medicamento, cómo debe tomarse, durante cuánto tiempo, qué precauciones debe tener, qué hacer ante un olvido, cómo conservarlo y cuándo consultar. No siempre es necesario explicar todo con el mismo nivel de detalle, pero sí asegurar que el usuario comprende lo esencial.

En pacientes mayores, polimedicados o con dificultades de comprensión, puede ser útil reforzar la información por escrito. También pueden utilizarse sistemas personalizados de dosificación, siempre bajo los procedimientos establecidos. Los cuidadores deben recibir información cuando participan en la administración, respetando la confidencialidad y la autorización del paciente.

La educación también debe incluir advertencias sobre no compartir medicamentos, no utilizar restos de tratamientos, no modificar dosis por cuenta propia y no suspender medicamentos prescritos sin consultar. Estas recomendaciones parecen básicas, pero muchas personas las desconocen o no las aplican.

El paciente también debe saber comunicar problemas. Si aparece un efecto adverso, si no entiende la pauta, si el medicamento no mejora los síntomas o si tiene dudas con otros tratamientos, debe acudir a la farmacia o al profesional correspondiente. La relación de confianza facilita la detección temprana de problemas.

Conclusiones

La gestión y seguridad en la dispensación constituyen un componente esencial de la atención farmacéutica y de la seguridad del paciente. Dispensar no es solo entregar un medicamento, sino asegurar que el producto correcto llega a la persona adecuada, en condiciones óptimas y con la información necesaria para su uso seguro.

La trazabilidad permite controlar el recorrido del medicamento, responder ante alertas, retirar lotes afectados, prevenir falsificaciones y mejorar la gestión del stock. Sin registros fiables, la capacidad de proteger al paciente disminuye. Por ello, recepción, almacenamiento, conservación, registro y dispensación deben realizarse con rigor.

La farmacovigilancia amplía la seguridad más allá del momento de la dispensación. Detectar sospechas de reacciones adversas, problemas de adherencia, interacciones, errores de uso y otros problemas relacionados con medicamentos permite mejorar el conocimiento sobre los tratamientos y prevenir daños. La farmacia, por su accesibilidad, ocupa un lugar privilegiado en esta tarea.

La responsabilidad profesional exige conocer funciones y límites. El farmacéutico asume la responsabilidad sanitaria de la dispensación y el consejo farmacéutico, mientras que el técnico en farmacia desempeña una labor fundamental de apoyo, detección de incidencias, control documental, atención inicial y derivación. La seguridad depende de la coordinación entre ambos perfiles y de una cultura de equipo basada en la comunicación y la prudencia.

En un entorno sanitario cada vez más tecnificado, la tecnología puede mejorar la trazabilidad y reducir errores, pero no sustituye el criterio profesional. Los sistemas ayudan, pero las personas siguen siendo responsables de comprobar, informar, registrar y actuar ante dudas. La dispensación segura requiere procedimientos, formación, ética profesional y atención centrada en el paciente.

Promover la seguridad en la dispensación significa proteger la salud de las personas en uno de los momentos más importantes del proceso terapéutico. Cada medicamento dispensado correctamente, cada incidencia detectada, cada alerta

gestionada y cada explicación ofrecida contribuyen a un uso más seguro, racional y responsable de los tratamientos.

Referencias

1. El Hajj MS, Al-Zaidan MB, Al Suwaidi J, Alkhiyami D, Awaisu A. Medication errors in community pharmacies: a systematic review of the international literature. *PLoS One*. 2025;20(5):e0323085. doi:10.1371/journal.pone.0323085.
2. Um IS, Clough A, Tan ECK. Dispensing error rates in pharmacy: a systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*. 2024;20(1):4-15. doi:10.1016/j.sapharm.2023.10.003.
3. Aldhwaihi K, Schifano F, Pezzolesi C, Umaru N. A systematic review of the nature of dispensing errors in hospital pharmacies. *Integr Pharm Res Pract*. 2016;5:1-10. doi:10.2147/IPRP.S95733.
4. Ashcroft DM, Quinlan P, Blenkinsopp A. Prospective study of the incidence, nature and causes of dispensing errors in community pharmacies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2005;14(5):327-332. doi:10.1002/pds.1012.
5. Knudsen P, Herborg H, Mortensen AR, Knudsen M, Hellebek A. Preventing medication errors in community pharmacy: frequency and seriousness of medication errors. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(4):291-296. doi:10.1136/qshc.2006.018770.
6. Ashour A, Phipps DL, Ashcroft DM. Predicting dispensing errors in community pharmacies: an application of the Systematic Human Error Reduction and Prediction Approach. *PLoS One*. 2022;17(1):e0261672. doi:10.1371/journal.pone.0261672.
7. Poon EG, Cina JL, Churchill W, Patel N, Featherstone E, Rothschild JM, et al. Medication dispensing errors and potential adverse drug events before and after implementing bar code technology in the pharmacy. *Ann Intern Med*. 2006;145(6):426-434. doi:10.7326/0003-4819-145-6-200609190-00006.
8. Shah K, Lo C, Babich M, Tsao NW, Bansback NJ. Bar Code Medication Administration Technology: a systematic review of impact on patient safety when used with computerized prescriber order entry and automated dispensing devices. *Can J Hosp Pharm*. 2016;69(5):394-402. doi:10.4212/cjhp.v69i5.1594.

9. van Grootheest AC, de Jong-van den Berg LTW. The role of hospital and community pharmacists in pharmacovigilance. *Res Social Adm Pharm.* 2005;1(1):126-133. doi:10.1016/j.sapharm.2004.12.009.
10. Hadi MA, Neoh CF, Zin RM, Elrggal ME, Cheema E. Pharmacovigilance: pharmacists' perspective on spontaneous adverse drug reaction reporting. *Integr Pharm Res Pract.* 2017;6:91-98. doi:10.2147/IPRP.S105881.
11. De Meestere D, Saevels J. Belgian community pharmacists' pharmacovigilance perspective and practice. *Res Social Adm Pharm.* 2019;15(12):1446-1452. doi:10.1016/j.sapharm.2019.01.007.

Seguridad del paciente y calidad asistencial: buenas prácticas en cuidados, laboratorio y farmacia

Yolanda Garrido García

Introducción

La seguridad del paciente y la calidad asistencial constituyen dos pilares fundamentales de los sistemas sanitarios actuales. Aunque ambos conceptos están estrechamente relacionados, no son exactamente iguales. La calidad asistencial hace referencia al grado en que la atención prestada responde a las necesidades de las personas, se basa en el conocimiento disponible, se organiza de forma eficiente y consigue resultados adecuados. La seguridad del paciente, por su parte, se centra en prevenir daños evitables asociados a la asistencia sanitaria. Puede decirse que no existe una atención verdaderamente de calidad si no es segura.

En los entornos sanitarios, el riesgo cero no existe. Los procesos asistenciales son complejos, intervienen muchos profesionales, se utilizan tecnologías avanzadas, se manejan medicamentos, muestras biológicas, dispositivos, información clínica y decisiones en situaciones de presión. Por ello, la seguridad no debe depender únicamente de la buena voluntad individual, sino de una cultura organizativa que reduzca la probabilidad de error y que aprenda de los incidentes cuando estos aparecen. La pregunta no debe ser solo quién cometió un error, sino qué condiciones permitieron que ese error ocurriera y cómo puede evitarse que vuelva a repetirse.

Los cuidados, el laboratorio y la farmacia son tres ámbitos clave para la seguridad del paciente. En los cuidados, la atención directa permite detectar cambios clínicos, prevenir caídas, úlceras por presión, infecciones, errores de identificación y problemas de comunicación. En el laboratorio, la calidad de las muestras, la

trazabilidad, la interpretación correcta de resultados y la comunicación de valores críticos influyen de forma directa en el diagnóstico y tratamiento. En farmacia, la dispensación, conservación, conciliación, información y seguimiento de medicamentos son esenciales para evitar daños relacionados con el uso de fármacos.

Este capítulo aborda las buenas prácticas en estos tres ámbitos desde una perspectiva integrada. La seguridad del paciente no pertenece a un único servicio ni a una sola categoría profesional. Se construye mediante la colaboración entre equipos, la comunicación efectiva, la estandarización de procedimientos, la formación continua y la implicación de pacientes y familias. Cada acción bien realizada, desde identificar correctamente a una persona hasta registrar una intervención, conservar una muestra o revisar una medicación, contribuye a una asistencia más segura.

Cultura de seguridad y calidad asistencial

La cultura de seguridad es el conjunto de valores, actitudes y prácticas que hacen que una organización priorice la prevención del daño. En una cultura de seguridad madura, los profesionales se sienten responsables de trabajar con rigor, pero también tienen confianza para comunicar errores, riesgos o situaciones inseguras sin miedo a represalias injustas. Esto no significa eliminar la responsabilidad profesional, sino diferenciar entre error humano, fallo del sistema, conducta imprudente y negligencia.

Una organización segura no se limita a reaccionar cuando ocurre un daño. Identifica riesgos antes de que se materialicen, analiza incidentes, revisa procesos y aplica mejoras. Para ello, resulta necesario promover sistemas de notificación de incidentes, sesiones de aprendizaje, auditorías internas y protocolos claros. La seguridad del paciente no debe percibirse como una carga burocrática, sino como una forma de cuidar mejor.

La calidad asistencial se relaciona con dimensiones como efectividad, seguridad, accesibilidad, continuidad, eficiencia, equidad y atención centrada en la persona. Una intervención puede ser técnicamente correcta, pero poco segura si no se

identifica adecuadamente al paciente o si se comunica mal al equipo. También puede ser segura en términos técnicos, pero de baja calidad si genera demoras innecesarias, falta de información o trato despersonalizado.

La seguridad y la calidad requieren liderazgo. Los equipos directivos deben proporcionar recursos, formación, tiempo y sistemas adecuados. Los mandos intermedios deben supervisar, acompañar y detectar problemas reales en la práctica diaria. Los profesionales deben cumplir procedimientos, preguntar ante dudas y comunicar incidentes. Los pacientes y familias, por su parte, pueden participar activamente en la seguridad si reciben información comprensible y se les anima a expresar dudas.

Identificación correcta del paciente

La identificación correcta del paciente es una de las buenas prácticas más importantes en cualquier ámbito asistencial. Muchos errores empiezan con una identificación incorrecta: administrar un medicamento a la persona equivocada, realizar una prueba a otro paciente, etiquetar mal una muestra, entregar un informe erróneo o registrar datos en una historia clínica distinta.

La identificación no debe basarse únicamente en el reconocimiento visual, la habitación, la cama o la afirmación de un acompañante. Deben utilizarse al menos dos identificadores, como nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número de historia clínica o documento identificativo, según el protocolo del centro. En hospitales, el uso de pulseras identificativas reduce riesgos, pero no sustituye la verificación activa.

En cuidados, la identificación debe comprobarse antes de administrar medicación, realizar curas, extraer muestras, trasladar al paciente o aplicar procedimientos. En laboratorio, debe garantizarse que la muestra corresponde a la persona correcta desde el momento de la extracción hasta el análisis. En farmacia, la identificación es esencial en dispensación hospitalaria, entrega a pacientes externos, sistemas personalizados de dosificación y medicamentos de especial riesgo.

La identificación correcta también exige evitar duplicidades de historia clínica. En entornos digitalizados, una persona puede aparecer registrada dos veces por

errores en nombres, documentos o datos administrativos. Esto fragmenta la información y puede afectar a decisiones clínicas. La calidad del dato administrativo es, por tanto, una parte de la seguridad asistencial.

Comunicación efectiva entre profesionales

La comunicación deficiente es una causa frecuente de incidentes. Los servicios sanitarios funcionan mediante relevos, derivaciones, interconsultas, informes, llamadas, registros y conversaciones entre profesionales. Si la información se transmite de forma incompleta, tardía o confusa, aumenta el riesgo.

En cuidados, los cambios de turno son momentos críticos. La transmisión de información debe incluir datos relevantes sobre el estado del paciente, riesgos, tratamientos, pruebas pendientes, cambios recientes, necesidades de vigilancia y aspectos psicosociales relevantes. Los formatos estructurados ayudan a evitar omisiones. No se trata de contar toda la historia, sino de destacar lo que el siguiente profesional necesita saber para cuidar con seguridad.

En laboratorio, la comunicación es esencial cuando se detectan valores críticos. Un resultado que indica riesgo inmediato para el paciente debe comunicarse de forma rápida, documentada y dirigida al profesional responsable. No basta con que el resultado quede disponible en el sistema si la situación requiere actuación urgente.

En farmacia, la comunicación entre farmacéuticos, técnicos, médicos, enfermeras y pacientes es fundamental para detectar interacciones, duplicidades, errores de dosis, problemas de adherencia y dudas de administración. Cuando se modifica un tratamiento, la información debe llegar a quienes participan en la preparación, dispensación y administración.

Una buena comunicación debe ser clara, concreta y verificable. En indicaciones verbales o telefónicas, especialmente si son urgentes, puede ser necesario repetir la información para confirmar que se ha entendido. Las abreviaturas ambiguas, los mensajes incompletos y las suposiciones son enemigos de la seguridad.

Buenas prácticas en cuidados

Los cuidados directos son un espacio privilegiado para prevenir eventos adversos. La enfermería y el personal técnico de cuidados mantienen contacto continuo con los pacientes, por lo que pueden detectar cambios clínicos, necesidades no cubiertas y riesgos emergentes.

Una de las buenas prácticas principales es la valoración integral del paciente. Esta valoración permite identificar riesgos de caídas, úlceras por presión, deterioro nutricional, dolor, infección, delirium, problemas de movilidad, dependencia, alteraciones emocionales o dificultades de autocuidado. La valoración no debe ser un formulario mecánico, sino una herramienta para planificar cuidados individualizados.

La prevención de caídas requiere identificar factores de riesgo, como edad avanzada, debilidad, alteración de la marcha, medicación sedante, hipotensión, confusión, urgencia miccional o antecedentes de caídas. Las medidas preventivas incluyen mantener el timbre al alcance, retirar obstáculos, asegurar calzado adecuado, ajustar la altura de la cama, acompañar en desplazamientos cuando sea necesario y educar al paciente y familia. Las restricciones físicas no deben utilizarse como solución general, ya que pueden generar otros daños y deben estar justificadas.

La prevención de úlceras por presión exige valorar el riesgo, inspeccionar la piel, realizar cambios posturales, controlar humedad, favorecer nutrición adecuada y utilizar superficies especiales cuando estén indicadas. La aparición de una lesión por presión puede reflejar fragilidad del paciente, pero también fallos en la prevención. Registrar las medidas aplicadas y la evolución de la piel es esencial.

La prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria es otra prioridad. La higiene de manos es la medida más básica y efectiva, pero su cumplimiento debe ser constante. También son importantes la técnica aséptica en curas, el manejo correcto de catéteres, la retirada de dispositivos innecesarios, la limpieza del entorno y el uso adecuado de equipos de protección. En los cuidados, pequeñas omisiones pueden tener consecuencias importantes.

La administración segura de medicación forma parte de los cuidados y exige comprobar paciente, medicamento, dosis, vía, hora, caducidad, alergias y registro. También debe observarse la respuesta del paciente y comunicar cualquier reacción adversa. La medicación no debe prepararse en ambientes con interrupciones constantes, y cualquier duda debe resolverse antes de administrar.

Seguridad en el laboratorio

El laboratorio clínico desempeña un papel decisivo en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de muchas enfermedades. Sin embargo, la seguridad en el laboratorio no empieza en el analizador, sino en la fase preanalítica. Esta fase incluye solicitud de la prueba, preparación del paciente, extracción o recogida de la muestra, identificación, transporte y conservación. Muchos errores de laboratorio se producen antes del análisis.

La correcta identificación de la muestra es fundamental. El etiquetado debe realizarse en el momento de la extracción o recogida y junto al paciente, siguiendo el procedimiento establecido. Etiquetar tubos antes o después, lejos del paciente o de memoria, aumenta el riesgo de intercambio. Una muestra mal identificada puede conducir a diagnósticos o tratamientos erróneos.

La calidad de la muestra también condiciona la fiabilidad del resultado. Hemólisis, coagulación, volumen insuficiente, tubo incorrecto, contaminación, retraso en el transporte o conservación inadecuada pueden invalidar la prueba o alterar el resultado. El personal encargado de la extracción debe conocer los requisitos de cada muestra y las condiciones de manejo.

La bioseguridad protege al paciente y al profesional. El manejo de sangre, fluidos y materiales potencialmente contaminados requiere precauciones estándar, uso correcto de guantes cuando corresponda, eliminación segura de objetos punzantes y cumplimiento de protocolos ante exposición accidental. La seguridad del profesional forma parte de la seguridad del sistema.

La fase analítica exige control de calidad interno, calibración, mantenimiento de equipos y validación técnica. Sin estos controles, los resultados pueden ser poco fiables. La fase postanalítica incluye validación, emisión del informe, comunicación

de resultados críticos y correcta integración en la historia clínica. Un resultado correcto que no llega al profesional adecuado en el momento necesario puede perder su utilidad clínica.

El laboratorio debe trabajar coordinadamente con las unidades clínicas. Si una muestra es rechazada, debe comunicarse de forma clara el motivo y el procedimiento para repetirla. Si se detecta un resultado crítico, la comunicación debe quedar registrada. Si existen incidencias repetidas en la toma de muestras, conviene formar a los equipos implicados y revisar el circuito.

Buenas prácticas en farmacia

La farmacia, tanto comunitaria como hospitalaria, tiene una función esencial en la seguridad del medicamento. Los medicamentos son una de las herramientas terapéuticas más utilizadas, pero también una fuente frecuente de eventos adversos cuando se prescriben, dispensan, preparan, administran o consumen de forma incorrecta.

Una buena práctica básica es la revisión de la medicación. En pacientes polimedcados, mayores o con enfermedades crónicas, pueden aparecer duplicidades, interacciones, medicamentos innecesarios o pautas difíciles de cumplir. La conciliación de la medicación en transiciones asistenciales, como ingreso, traslado o alta, ayuda a evitar discrepancias. Estas transiciones son momentos de alto riesgo porque cambian profesionales, documentos y lugares de atención.

La dispensación segura exige verificar medicamento, dosis, forma farmacéutica, paciente y condiciones de uso. Los medicamentos con nombres o envases similares deben almacenarse con especial precaución. Los medicamentos de alto riesgo requieren controles adicionales y, en muchos casos, doble comprobación. La información al paciente o cuidador es una parte del proceso, especialmente en tratamientos nuevos o complejos.

La conservación adecuada es imprescindible. Medicamentos termolábiles, fórmulas preparadas, citostáticos, productos biológicos y medicamentos peligrosos requieren

condiciones específicas. La cadena de frío debe controlarse y registrarse. Cualquier desviación debe evaluarse antes de dispensar o administrar el producto.

La farmacovigilancia permite detectar reacciones adversas y problemas relacionados con medicamentos. Los profesionales deben comunicar sospechas, especialmente si son graves, inesperadas o asociadas a medicamentos de reciente comercialización. El paciente también debe ser animado a consultar si nota efectos no habituales.

La educación sobre el uso racional del medicamento es una buena práctica transversal. Incluye explicar pautas, evitar automedicación inadecuada, advertir sobre interacciones, promover adherencia y enseñar conservación. En farmacia comunitaria, esta labor tiene gran impacto porque muchas personas acuden antes a la farmacia que a otros recursos sanitarios.

Trazabilidad, registros y documentación

La trazabilidad permite reconstruir qué se ha hecho, cuándo, cómo, por quién y sobre qué paciente, muestra o medicamento. En seguridad del paciente, esta capacidad resulta esencial. Sin registros fiables, resulta difícil investigar incidentes, corregir errores o demostrar que una intervención se realizó.

En cuidados, los registros deben reflejar valoraciones, intervenciones, administración de medicación, incidencias, evolución y educación al paciente. Un registro incompleto puede afectar a la continuidad del cuidado. Además, lo que no se documenta puede perderse en el siguiente turno o en otro nivel asistencial.

En laboratorio, la trazabilidad de la muestra permite conocer quién la extrajo, cuándo, cómo se transportó, qué incidencias presentó y qué resultado se emitió. Esta información es fundamental si hay sospecha de error, contaminación o resultado incoherente.

En farmacia, la trazabilidad del medicamento permite controlar lotes, caducidades, retiradas, dispensaciones, devoluciones y conservación. En caso de alerta sanitaria, la trazabilidad facilita localizar productos afectados y actuar con rapidez.

La documentación debe ser clara, objetiva y oportuna. Registrar tarde o de forma ambigua reduce el valor del registro. Los sistemas digitales ayudan, pero no sustituyen la responsabilidad profesional. Copiar información sin revisar, usar plantillas de forma mecánica o dejar campos incompletos puede crear una falsa sensación de seguridad.

Participación del paciente y la familia

El paciente y la familia pueden contribuir de forma importante a la seguridad. Para ello, necesitan información clara y un entorno donde puedan preguntar sin miedo. La participación no debe trasladarles la responsabilidad del sistema, sino integrarlos como aliados.

En cuidados, el paciente puede avisar si siente dolor, mareo, dificultad respiratoria, cambios en la piel o riesgo al levantarse. La familia puede aportar información sobre hábitos, medicación previa, nivel funcional o cambios de conducta. En laboratorio, el paciente puede confirmar su identidad, informar si está en ayunas o si ha seguido la preparación indicada. En farmacia, puede comunicar alergias, tratamientos que toma, efectos adversos o dificultades para seguir la pauta.

La educación sanitaria debe ser comprensible. No basta con entregar instrucciones escritas si la persona no las entiende. Conviene verificar la comprensión, especialmente en altas hospitalarias, tratamientos complejos, curas domiciliarias, recogida de muestras o uso de medicamentos de especial riesgo.

La participación del paciente también mejora la detección de errores. Si una persona recibe un medicamento que no reconoce, una cita que no corresponde o un informe con datos incorrectos, debe sentirse autorizada a comunicarlo. Una organización segura escucha estas señales y las utiliza para mejorar.

Trabajo interdisciplinar y continuidad asistencial

La seguridad del paciente requiere trabajo interdisciplinar. Ningún servicio puede garantizarla de forma aislada. Cuidados, laboratorio, farmacia, medicina,

administración, limpieza, mantenimiento, informática y dirección participan en el resultado final.

La continuidad asistencial es especialmente importante en los cambios de nivel, como ingreso hospitalario, alta, derivación a atención primaria o traslado a un centro sociosanitario. En estos momentos pueden perderse datos sobre medicación, cuidados pendientes, resultados de pruebas, citas, alergias o recomendaciones. La coordinación reduce riesgos.

Los equipos deben disponer de canales claros para comunicarse. Si enfermería detecta que un medicamento no coincide con la pauta habitual, debe poder consultar con farmacia o medicina. Si laboratorio observa muestras repetidamente mal recogidas, debe informar a las unidades para mejorar. Si farmacia detecta errores frecuentes en una prescripción, debe comunicarlo de forma constructiva.

La seguridad mejora cuando los equipos se reúnen para revisar incidentes, analizar procesos y compartir aprendizajes. Las soluciones no siempre requieren grandes inversiones. A veces basta con cambiar la ubicación de un material, rediseñar una etiqueta, ajustar una plantilla, mejorar una instrucción o reforzar una comprobación.

Indicadores y mejora continua

La calidad asistencial debe evaluarse mediante indicadores. En cuidados, pueden analizarse caídas, úlceras por presión, infecciones, errores de medicación, cumplimiento de higiene de manos o satisfacción del paciente. En laboratorio, pueden medirse muestras rechazadas, errores de identificación, tiempos de respuesta, resultados críticos comunicados y controles de calidad. En farmacia, pueden revisarse errores de dispensación, intervenciones farmacéuticas, problemas de conciliación, alertas gestionadas y notificaciones de reacciones adversas.

Los indicadores no deben usarse solo para señalar fallos, sino para mejorar. Si aumenta el número de muestras rechazadas, hay que revisar la formación, el material, el circuito y la comunicación. Si se repiten errores de dispensación, deben analizarse similitudes de envases, interrupciones, carga de trabajo y procedimientos. Si hay caídas frecuentes, deben revisarse valoraciones de riesgo y medidas preventivas.

La mejora continua implica planificar, aplicar, evaluar y ajustar. Las buenas prácticas no son estáticas. Cambian con la evidencia, la tecnología, la organización y las necesidades de los pacientes. Por ello, la formación continua es indispensable.

Conclusiones

La seguridad del paciente y la calidad asistencial dependen de múltiples acciones coordinadas. En cuidados, laboratorio y farmacia, las buenas prácticas permiten prevenir daños, mejorar resultados y reforzar la confianza de la ciudadanía en el sistema sanitario. Identificar correctamente al paciente, comunicar de forma efectiva, registrar con rigor, conservar adecuadamente muestras y medicamentos, prevenir infecciones, evitar errores de medicación y participar en farmacovigilancia son acciones cotidianas con gran impacto.

La seguridad no debe entenderse como una responsabilidad individual aislada, sino como una cultura compartida. Los errores suelen aparecer cuando coinciden fallos de comunicación, presión asistencial, procedimientos poco claros, sistemas deficientes o formación insuficiente. Por ello, las organizaciones deben crear entornos donde sea posible trabajar con seguridad, comunicar incidentes y aprender de ellos.

El paciente y su familia también deben formar parte del proceso. Informar, escuchar y facilitar preguntas ayuda a detectar riesgos y favorece una atención más humana. La calidad asistencial no se mide solo por la técnica, sino también por la claridad, la continuidad y el respeto con que se atiende a las personas.

En definitiva, las buenas prácticas en cuidados, laboratorio y farmacia son una expresión concreta del compromiso sanitario con no causar daño, actuar con rigor y mejorar de forma continua. Cada procedimiento seguro, cada registro correcto, cada muestra bien identificada y cada medicamento dispensado con prudencia contribuyen a una atención más fiable, eficiente y centrada en la persona.

Referencias

1. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour AS, Phipps DL, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2019;366:l4185. doi:10.1136/bmj.l4185.
2. Alanazi FK, Sim J, Lapkin S. Systematic review: nurses' safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals. *Nurs Open*. 2022;9(1):30-43. doi:10.1002/nop2.1063.
3. Uchmanowicz I, Lisiak M, Wleklik M, et al. The impact of rationing nursing care on patient safety: a systematic review. *Med Sci Monit*. 2024;30:e942031. doi:10.12659/MSM.942031.
4. Nordin N, Ab Rahim SN, Wan Omar WFA, Zulkarnain S, Sinha S, Kumar S, et al. Preanalytical errors in clinical laboratory testing at a glance: source and control measures. *Cureus*. 2024;16(3):e57243. doi:10.7759/cureus.57243.
5. Snyder SR, Favoretto AM, Derzon JH, Christenson RH, Kahn SE, Shaw CS, et al. Effectiveness of barcoding for reducing patient specimen and laboratory testing identification errors: a Laboratory Medicine Best Practices systematic review and meta-analysis. *Clin Biochem*. 2012;45(13-14):988-998. doi:10.1016/j.clinbiochem.2012.05.019.
6. Piva E, Plebani M. Interpretative reports and critical values. *Clin Chim Acta*. 2009;404(1):52-58. doi:10.1016/j.cca.2009.03.028.
7. Li R, Wang T, Gong L, Dong J, Xiao N, Yang X, et al. Enhance the effectiveness of clinical laboratory critical values initiative notification by implementing a closed-loop system: a five-year retrospective observational study. *J Clin Lab Anal*. 2020;34(2):e23038. doi:10.1002/jcla.23038.
8. Wang H, Meng L, Song J, Qiu F. Electronic medication reconciliation in hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Hosp Pharm*. 2018;25(5):245-250. doi:10.1136/ejhpharm-2017-001441.
9. Alsaidan J, Portlock J, Aljadhey HS, Shebl NA, Franklin BD. Systematic review of the safety of medication use in inpatient, outpatient and primary care settings in the Gulf Cooperation Council countries. *Saudi Pharm J*. 2018;26(7):977-1011. doi:10.1016/j.jsps.2018.05.008.

Atención integral centrada en la persona: del cuidado básico al seguimiento terapéutico

Yolanda Garrido García

Introducción

La atención integral centrada en la persona representa una forma de entender la asistencia sanitaria que va más allá de la enfermedad, del diagnóstico o del procedimiento técnico. Supone mirar a la persona en su conjunto, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales, funcionales, familiares y culturales. En este enfoque, el paciente no se reduce a un número de historia clínica, a una cama, a una patología o a una pauta terapéutica, sino que se reconoce como sujeto activo, con valores, preferencias, expectativas, miedos y capacidad de participar en las decisiones que afectan a su salud.

En los servicios sanitarios actuales, esta perspectiva resulta especialmente necesaria. El aumento de la cronicidad, el envejecimiento de la población, la pluripatología, la dependencia, la polimedicación y la complejidad de los tratamientos obligan a superar modelos asistenciales fragmentados. Muchas personas no necesitan únicamente una intervención puntual, sino acompañamiento continuado, coordinación entre profesionales, educación sanitaria, apoyo familiar y seguimiento terapéutico. El objetivo no es solo resolver un episodio agudo, sino mantener la calidad de vida, prevenir complicaciones, favorecer la autonomía y adaptar los cuidados a cada situación.

La atención integral centrada en la persona incluye desde los cuidados básicos hasta el seguimiento terapéutico. Los cuidados básicos, como la higiene, la alimentación, la movilidad, el descanso, la eliminación, la prevención de lesiones, el confort o la comunicación, constituyen la base de una asistencia digna. A veces se consideran tareas simples o rutinarias, pero tienen un enorme valor clínico y

humano. Una higiene adecuada previene infecciones y mejora la autoestima; una movilización correcta reduce el riesgo de úlceras por presión y trombosis; una alimentación adaptada favorece la recuperación; una escucha atenta disminuye la ansiedad y refuerza la confianza.

El seguimiento terapéutico, por su parte, permite comprobar si el tratamiento se está realizando correctamente, si la persona comprende las indicaciones, si aparecen efectos adversos, si existen dificultades de adherencia y si los objetivos asistenciales siguen siendo adecuados. No basta con prescribir, dispensar o indicar una intervención. Es necesario acompañar su aplicación en la vida real. Muchas personas abandonan tratamientos, los modifican, los combinan con automedicación o no los realizan adecuadamente por miedo, desconocimiento, falta de apoyo o problemas económicos. Por ello, el seguimiento es una herramienta esencial de seguridad y calidad.

Este capítulo aborda la atención integral centrada en la persona como un proceso continuo que comienza en la valoración de necesidades básicas y se extiende hasta el acompañamiento terapéutico. Se analizan sus principios, la importancia de la comunicación, el papel de los cuidados básicos, la autonomía del paciente, la coordinación interdisciplinar, la educación sanitaria, la adherencia terapéutica y la evaluación de resultados. El enfoque propuesto entiende el cuidado como una relación profesional basada en el respeto, la competencia técnica y la adaptación a la realidad de cada persona.

Principios de la atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona parte de un principio esencial: cada paciente es único. Aunque dos personas tengan el mismo diagnóstico, pueden vivirlo de manera completamente diferente. Una puede contar con apoyo familiar, recursos económicos, conocimientos sanitarios y alta motivación; otra puede vivir sola, tener dificultades de comprensión, miedo al tratamiento o barreras para desplazarse. Por ello, la asistencia no puede limitarse a aplicar protocolos de forma rígida. Los protocolos son necesarios para garantizar seguridad y homogeneidad, pero deben adaptarse a las características de cada caso.

Uno de los principios fundamentales es el respeto a la dignidad. Toda persona debe ser tratada con consideración, independientemente de su edad, enfermedad, nivel cultural, origen, situación social o grado de dependencia. La dignidad se expresa en aspectos concretos: llamar a la persona por su nombre, preservar su intimidad durante la higiene o la exploración, explicar lo que se va a hacer, pedir permiso antes de tocar, evitar comentarios despectivos y no infantilizar a los pacientes mayores o dependientes.

Otro principio es la autonomía. La persona tiene derecho a participar en las decisiones sobre su salud, recibir información comprensible y expresar sus preferencias. Esto no significa que siempre pueda elegir cualquier opción, pero sí que debe ser escuchada y tenida en cuenta. En pacientes con deterioro cognitivo, discapacidad o limitaciones para decidir, la autonomía debe apoyarse en la medida de lo posible, recurriendo a representantes, familiares o cuidadores cuando sea necesario, pero sin anular automáticamente la voz de la persona.

La individualización del cuidado también es clave. La atención integral exige valorar necesidades específicas y no asumir que todos los pacientes requieren lo mismo. En el cuidado básico, por ejemplo, algunas personas necesitan ayuda completa para la higiene, mientras que otras solo requieren supervisión o apoyo parcial. Promover la autonomía implica no hacer por el paciente aquello que puede hacer por sí mismo. Ayudar demasiado puede generar dependencia; ayudar demasiado poco puede producir abandono o inseguridad.

La continuidad asistencial es otro principio relevante. La persona no vive su proceso de salud como episodios aislados, aunque el sistema sanitario se organice por servicios, turnos y niveles asistenciales. Para el paciente, todo forma parte de una misma experiencia. Por ello, la información debe transmitirse correctamente entre profesionales y dispositivos. El alta hospitalaria, la derivación a atención primaria, la continuidad de cuidados en el domicilio o el seguimiento farmacoterapéutico requieren coordinación.

La atención centrada en la persona también incluye la dimensión emocional. La enfermedad, el dolor, la discapacidad o la dependencia generan miedo, tristeza, incertidumbre y pérdida de control. Atender de forma integral implica reconocer estas emociones, no tratarlas como elementos secundarios. Un paciente puede

recibir un tratamiento técnicamente correcto, pero sentirse mal atendido si nadie le escucha o si no entiende qué le ocurre.

Valoración integral de necesidades

La valoración integral es el punto de partida de una atención adecuada. Sin una valoración completa, los cuidados pueden resultar incompletos, repetitivos o poco ajustados. Valorar no significa rellenar formularios de manera mecánica, sino recoger información relevante para planificar una atención personalizada.

La valoración física incluye el estado general, constantes vitales, movilidad, dolor, piel, respiración, alimentación, hidratación, eliminación, sueño, nivel de conciencia, riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión y capacidad funcional. Estos datos permiten identificar necesidades inmediatas y anticipar complicaciones. Por ejemplo, una persona con movilidad reducida, incontinencia y malnutrición tiene mayor riesgo de lesiones cutáneas. Detectarlo a tiempo permite aplicar medidas preventivas.

La valoración funcional permite conocer qué puede hacer la persona por sí misma y en qué actividades necesita ayuda. Actividades como vestirse, afeitarse, comer, desplazarse, levantarse de la cama, tomar medicación o usar el baño son fundamentales para la autonomía. En algunos casos, pequeñas adaptaciones permiten mantener independencia. Un andador, una silla de ducha, cubiertos adaptados o una pauta de ejercicios pueden marcar una gran diferencia.

La valoración emocional es igualmente importante. Ansiedad, miedo, tristeza, irritabilidad, sensación de carga o falta de esperanza pueden influir en la recuperación y en la adherencia al tratamiento. Algunas personas no expresan directamente su malestar, pero lo muestran mediante insomnio, apatía, negativa a colaborar o preocupación constante. El equipo debe estar atento a estos signos.

La valoración social permite identificar apoyos familiares, situación de convivencia, recursos económicos, barreras arquitectónicas, red comunitaria, sobrecarga del cuidador y dificultades de acceso al sistema. Un plan terapéutico puede fracasar si no tiene en cuenta que la persona vive sola, no puede desplazarse o no dispone de apoyo para realizar curas o recoger medicación.

La valoración cultural y de preferencias ayuda a adaptar el cuidado. Las creencias sobre alimentación, dolor, intimidad, enfermedad, muerte, género o familia influyen en la forma de aceptar la atención. No se trata de aceptar cualquier práctica si compromete la seguridad, pero sí de escuchar y buscar acuerdos respetuosos.

La valoración debe actualizarse. Las necesidades cambian durante el proceso asistencial. Un paciente que al ingreso era independiente puede volverse dependiente tras una cirugía; otro puede mejorar y necesitar menos ayuda. La atención centrada en la persona exige ajustar el cuidado a cada momento.

Cuidados básicos como base de la atención integral

Los cuidados básicos son el fundamento de la asistencia. Aunque a veces se invisibilizan, constituyen una parte esencial de la calidad y la seguridad. La higiene, la alimentación, la movilidad, el descanso, la eliminación y el confort no son tareas menores. Son necesidades humanas básicas que influyen directamente en la salud.

La higiene corporal contribuye a prevenir infecciones, mantener la integridad de la piel y favorecer el bienestar. Además, tiene un componente emocional importante. Sentirse limpio mejora la autoestima y la sensación de dignidad. Durante la higiene, el profesional puede observar lesiones, hematomas, enrojecimientos, edemas, dolor, limitaciones de movilidad o signos de deterioro. Por tanto, no es solo una tarea de aseo, sino también una oportunidad de valoración.

La alimentación y la hidratación requieren atención individualizada. No basta con entregar una bandeja. Es necesario comprobar si la dieta es adecuada, si la persona puede masticar y tragar, si necesita ayuda, si presenta náuseas, si tiene falta de apetito o si existen restricciones terapéuticas. En personas mayores, pacientes neurológicos o personas frágiles, el riesgo de desnutrición y disfagia debe vigilarse especialmente. La alimentación también tiene una dimensión cultural y emocional, por lo que conviene respetar preferencias cuando sea posible.

La movilidad es otro cuidado esencial. Permanecer inmóvil aumenta el riesgo de úlceras por presión, pérdida de masa muscular, estreñimiento, trombosis, infecciones respiratorias y dependencia funcional. La movilización debe adaptarse a la situación clínica y realizarse con seguridad. Levantar a un paciente, ayudarlo a

caminar o realizar cambios posturales no solo previene complicaciones, sino que refuerza su sensación de progreso.

El descanso y el sueño influyen en la recuperación. En hospitales y centros sociosanitarios, el sueño puede verse alterado por ruidos, luces, procedimientos nocturnos, dolor o ansiedad. Promover el descanso implica organizar cuidados, reducir interrupciones innecesarias y controlar síntomas. La persona descansada participa mejor en su recuperación.

La eliminación, tanto urinaria como intestinal, también requiere atención. El estreñimiento, la incontinencia, la retención urinaria o el uso de sondas pueden afectar a la comodidad, la piel, la autoestima y la seguridad. El cuidado debe realizarse con respeto a la intimidad y evitando comentarios que generen vergüenza.

El confort y el alivio del dolor forman parte del cuidado básico. Una postura incómoda, frío, calor, sed, ruido o dolor mal controlado deterioran la experiencia del paciente. Preguntar por el confort y actuar sobre pequeños detalles puede mejorar mucho la percepción de cuidado.

Comunicación terapéutica y relación de ayuda

La comunicación es uno de los elementos más importantes de la atención centrada en la persona. Un cuidado técnicamente correcto puede perder valor si se realiza sin explicar, sin escuchar o sin respetar el ritmo del paciente. La comunicación terapéutica permite generar confianza, reducir ansiedad y favorecer la participación.

Escuchar activamente implica prestar atención a lo que la persona dice y también a lo que expresa de forma no verbal. Algunos pacientes no formulan preguntas porque temen molestar, porque no saben cómo expresar sus dudas o porque asumen que no serán escuchados. El profesional debe crear un espacio donde preguntar sea normal.

La información debe ser comprensible. En sanidad se utilizan muchos tecnicismos que pueden confundir. Explicar con palabras claras no significa simplificar en exceso, sino hacer accesible el mensaje. Es importante comprobar que la persona

ha entendido, especialmente cuando se explican cuidados al alta, medicación, signos de alarma o preparación de pruebas.

La empatía consiste en reconocer la vivencia de la persona. No siempre se puede eliminar el dolor, la espera o la incertidumbre, pero sí se puede acompañar. Frases como “entiendo que esto le preocupe” o “vamos a revisar juntos qué necesita” ayudan a humanizar la atención. La empatía no sustituye la competencia técnica, pero la complementa.

La comunicación también debe respetar silencios. En ocasiones, el paciente necesita tiempo para asimilar una información o expresar emociones. No todo debe llenarse con explicaciones. La presencia tranquila también forma parte del cuidado.

En el seguimiento terapéutico, la comunicación es clave para detectar problemas. Preguntas abiertas como “¿cómo le está yendo con el tratamiento?”, “¿qué le resulta más difícil?” o “¿ha notado algo que le preocupe?” permiten conocer obstáculos que no aparecerían con preguntas cerradas. La persona puede no decir espontáneamente que no toma la medicación, que no sabe hacer una cura o que tiene miedo a los efectos adversos.

Autonomía, autocuidado y participación activa

La atención centrada en la persona busca favorecer la autonomía siempre que sea posible. Esto no significa dejar sola a la persona, sino ayudarla a mantener o recuperar capacidad para cuidarse. El autocuidado es especialmente importante en enfermedades crónicas, recuperación tras el alta, rehabilitación, tratamientos farmacológicos, heridas, diabetes, hipertensión, enfermedad respiratoria o dependencia leve.

Promover la autonomía exige valorar qué puede hacer la persona y qué apoyos necesita. Si un paciente puede lavarse la cara, peinarse o comer solo, conviene permitirlo aunque tarde más. Hacerlo todo por rapidez puede aumentar la dependencia. La eficiencia no debe medirse solo por el tiempo inmediato, sino por el impacto en la recuperación funcional.

La educación sanitaria es una herramienta central para el autocuidado. La persona debe comprender su situación, los objetivos del tratamiento, los cuidados necesarios y los signos de alarma. Sin comprensión no hay participación real. En algunos casos, el cuidador principal también debe recibir formación, especialmente si tendrá que administrar medicación, realizar curas, movilizar al paciente o controlar síntomas.

La participación activa mejora la seguridad. Un paciente informado puede advertir si recibe una medicación que no reconoce, si una cita no corresponde o si aparecen efectos adversos. La familia también puede aportar información sobre cambios funcionales, hábitos o dificultades que el equipo no observa.

No obstante, promover el autocuidado no significa responsabilizar al paciente de todo. Muchas personas tienen limitaciones reales: falta de recursos, deterioro cognitivo, soledad, barreras arquitectónicas o baja alfabetización en salud. La atención centrada en la persona debe evitar la culpabilización. El objetivo es acompañar de forma realista.

El pacto de objetivos es útil. En lugar de imponer metas generales, conviene acordar objetivos concretos y alcanzables. Por ejemplo, caminar cinco minutos dos veces al día, revisar la glucemia según pauta, preparar un pastillero semanal o realizar ejercicios respiratorios. Los pequeños logros refuerzan la confianza.

Seguimiento terapéutico y adherencia

El seguimiento terapéutico permite comprobar que las intervenciones indicadas se aplican correctamente y producen los efectos esperados. Incluye medicación, curas, rehabilitación, dieta, ejercicio, controles, pruebas, educación sanitaria y vigilancia de signos de alarma.

La adherencia al tratamiento es uno de los grandes retos. Muchas personas no siguen las pautas tal como fueron indicadas. Las razones pueden ser diversas: olvido, efectos adversos, falta de comprensión, coste económico, miedo, baja percepción de necesidad, dificultad para organizar horarios o rechazo emocional al diagnóstico. Por ello, cuando una persona no cumple un tratamiento, conviene preguntar antes de juzgar.

El seguimiento debe identificar barreras. Una persona puede no tomar un medicamento porque le produce mareo; otra porque no sabe para qué sirve; otra porque no puede pagarlo; otra porque toma demasiados comprimidos y se confunde. Cada causa requiere una respuesta diferente. Insistir sin comprender el motivo suele ser poco eficaz.

La polimedicación aumenta la complejidad. En pacientes mayores o crónicos, varios tratamientos con horarios distintos pueden resultar difíciles de manejar. El uso de pastilleros, sistemas personalizados de dosificación, hojas de medicación claras o apoyo del cuidador puede ayudar. También es importante revisar tratamientos para evitar duplicidades o medicamentos innecesarios.

El seguimiento debe prestar atención a los efectos adversos. El paciente puede abandonar un tratamiento si nota molestias y no sabe si son esperables. Informar previamente sobre posibles efectos, cuándo consultar y qué no debe suspender por cuenta propia mejora la seguridad. En caso de sospecha de reacción adversa, debe valorarse y comunicarse según proceda.

También debe evaluarse la eficacia. Si una intervención no consigue los objetivos, puede ser necesario ajustar el plan. En heridas, por ejemplo, se revisa evolución del tejido, exudado, dolor y signos de infección. En tratamientos farmacológicos, se valoran síntomas, parámetros clínicos y tolerancia. En rehabilitación, se observan funcionalidad y progreso.

El seguimiento terapéutico no siempre requiere consultas presenciales. Puede realizarse mediante llamadas, teleconsulta, revisión en farmacia, atención domiciliaria o coordinación con otros profesionales. Lo importante es que exista continuidad y que el paciente sepa a quién acudir ante dudas.

Coordinación interdisciplinar

La atención integral centrada en la persona requiere coordinación entre profesionales. Ningún perfil puede cubrir por sí solo todas las necesidades. Medicina, enfermería, técnicos en cuidados, farmacia, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social, psicología, laboratorio, administración y otros servicios aportan elementos complementarios.

La coordinación evita fragmentación. Un paciente puede recibir indicaciones de varios profesionales, y si estas son contradictorias o no se comunican, se genera confusión. Por ejemplo, una pauta dietética debe ser compatible con el tratamiento médico, las recomendaciones de enfermería y las posibilidades reales del domicilio. Un alta hospitalaria debe incluir medicación actualizada, cuidados pendientes, citas, signos de alarma y recursos necesarios.

La comunicación entre niveles asistenciales es especialmente importante. El paso del hospital al domicilio puede ser un momento de riesgo. El paciente puede marcharse con nuevas medicaciones, curas, limitaciones de movilidad o necesidad de seguimiento. Si atención primaria no recibe información suficiente o si el paciente no comprende las instrucciones, aumenta el riesgo de complicaciones y reingresos.

La coordinación con farmacia mejora la seguridad del medicamento. La revisión de tratamientos, la detección de interacciones, la conciliación y la educación al paciente son tareas esenciales. En pacientes polimedicados, esta colaboración puede prevenir errores.

Trabajo social resulta clave cuando existen problemas de apoyo, dependencia, vivienda, recursos económicos o sobrecarga del cuidador. Una intervención sanitaria puede fracasar si no se resuelven necesidades sociales básicas. La atención integral exige reconocer estos determinantes.

La coordinación administrativa también tiene valor. Citas, informes, derivaciones, transporte sanitario, documentación y acceso a recursos influyen en la continuidad del cuidado. Un trámite mal gestionado puede retrasar una prueba o impedir el seguimiento.

Atención en el domicilio y continuidad de cuidados

El domicilio es un escenario fundamental para la atención centrada en la persona. Allí se observa cómo vive realmente el paciente, qué apoyos tiene, cómo organiza la medicación, qué barreras existen y qué dificultades aparecen para realizar cuidados. Muchas recomendaciones que parecen sencillas en consulta se vuelven complejas en casa.

La atención domiciliaria permite adaptar el plan de cuidados. Por ejemplo, una persona con movilidad reducida puede necesitar cambios en el entorno para prevenir caídas. Un paciente con curas puede requerir formación del cuidador y material adecuado. Una persona polimedicada puede necesitar reorganizar tratamientos para evitar olvidos. El domicilio muestra la realidad del autocuidado.

La continuidad de cuidados tras el alta es esencial. El alta no debe entenderse como el final de la atención, sino como una transición. Antes del alta, la persona debe saber qué medicación tomar, cómo realizar cuidados, qué actividad puede hacer, qué signos deben preocuparle, cuándo tiene revisión y a quién llamar en caso de duda. La información debe entregarse de forma comprensible y verificarse.

El cuidador principal debe ser incluido cuando proceda. Muchas personas dependientes necesitan apoyo para higiene, alimentación, movilización, medicación y citas. Formar al cuidador reduce riesgos, pero también debe valorarse su sobrecarga. Cuidar sin apoyo puede generar agotamiento, ansiedad y deterioro de la salud del cuidador.

La atención domiciliaria también favorece la prevención. Detectar alfombras peligrosas, falta de iluminación, dificultades para acceder al baño, medicamentos acumulados o alimentación insuficiente permite intervenir antes de que aparezcan complicaciones.

Calidad, seguridad y evaluación de resultados

La atención integral debe evaluarse. No basta con realizar cuidados o indicar tratamientos; es necesario comprobar si se consiguen resultados. La evaluación permite ajustar el plan y mejorar la calidad.

En cuidados básicos, pueden valorarse indicadores como integridad cutánea, riesgo de caídas, nivel de autonomía, dolor, nutrición, sueño y satisfacción. En seguimiento terapéutico, se revisan adherencia, efectos adversos, control de síntomas, asistencia a citas y comprensión del tratamiento. En atención domiciliaria, se evalúa seguridad del entorno, capacidad del cuidador y disponibilidad de recursos.

La seguridad del paciente está presente en todo el proceso. Identificar correctamente, registrar bien, comunicar cambios, prevenir infecciones, evitar errores de medicación y detectar signos de alarma son acciones básicas. La atención centrada en la persona no puede separarse de la seguridad. Humanizar no significa improvisar, sino cuidar con respeto y rigor.

La satisfacción del paciente también aporta información. Una persona puede valorar positivamente que se le haya escuchado, que se le haya explicado la pauta o que se haya respetado su intimidad. Sin embargo, la satisfacción no debe ser el único indicador. También deben medirse resultados clínicos, funcionales y de seguridad.

La mejora continua exige revisar errores e incidentes. Si un paciente reingresa por no comprender el tratamiento, si aparecen úlceras por presión evitables o si se detectan fallos en la continuidad, hay que analizar qué ocurrió. El objetivo es mejorar el sistema, no buscar culpables de forma simplista.

Humanización del cuidado integral

La humanización es una dimensión transversal de la atención centrada en la persona. No se limita a ser amable, aunque la amabilidad importa. Humanizar implica reconocer la historia de vida, respetar preferencias, proteger la intimidad, facilitar la presencia familiar cuando sea posible, evitar esperas innecesarias, explicar procedimientos y acompañar emociones.

En los cuidados básicos, la humanización se observa en cómo se realiza la higiene, cómo se ayuda a comer, cómo se moviliza, cómo se habla durante una cura o cómo se responde al timbre. La técnica importa, pero la forma también. Una persona dependiente puede sentirse vulnerable cuando necesita ayuda para actividades íntimas. El profesional debe actuar con delicadeza.

En el seguimiento terapéutico, humanizar significa adaptar las recomendaciones a la vida real. No sirve indicar una dieta imposible de cumplir, una pauta excesivamente compleja o ejercicios que la persona no puede realizar. Escuchar dificultades permite diseñar planes más realistas.

La humanización también implica cuidar el final de la vida. En situaciones avanzadas o paliativas, la atención integral se orienta al confort, el control de síntomas, el apoyo emocional y el respeto a los deseos de la persona. El seguimiento terapéutico no siempre busca curar, sino aliviar y acompañar.

Conclusiones

La atención integral centrada en la persona es una forma de cuidado que reconoce la complejidad de cada ser humano. No se limita a tratar enfermedades, sino que atiende necesidades físicas, emocionales, sociales y funcionales. Desde los cuidados básicos hasta el seguimiento terapéutico, cada intervención debe orientarse a preservar la dignidad, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida.

Los cuidados básicos son la base de una asistencia segura y humana. Higiene, alimentación, movilidad, descanso, eliminación, confort y prevención de complicaciones tienen un valor clínico y emocional incuestionable. Realizarlos con rigor y respeto es una forma directa de proteger la salud y la dignidad.

El seguimiento terapéutico permite comprobar que los tratamientos y cuidados indicados se aplican correctamente, se comprenden y se adaptan a la realidad de la persona. La adherencia, los efectos adversos, la eficacia y las barreras cotidianas deben valorarse de forma continua. Prescribir o indicar no es suficiente; acompañar el proceso es imprescindible.

La coordinación interdisciplinar y la continuidad asistencial son esenciales para evitar fragmentación. La persona necesita un sistema que comunique, organice y acompañe, no una suma de intervenciones aisladas. La familia y los cuidadores, cuando participan, deben recibir apoyo y formación.

En definitiva, cuidar de forma integral significa unir técnica y humanidad. Significa realizar bien los procedimientos, pero también escuchar, explicar, respetar y adaptar. En los servicios sanitarios actuales, marcados por la cronicidad y la complejidad, la atención centrada en la persona no es una opción complementaria, sino una necesidad para ofrecer una asistencia de calidad, segura y verdaderamente orientada al bienestar de quienes la reciben.

Referencias

1. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2019;102(1):3-11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029.
2. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(12):CD003267. doi:10.1002/14651858.CD003267.pub2.
3. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J.* 2012;33(9):1112-1119. doi:10.1093/eurheartj/ehr306.
4. Berntsen G, Høyem A, Gammon D, Ruland C, Rumpsfeld M, Røiseland T. A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):479. doi:10.1186/s12913-018-3246-z.
5. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. Defining the fundamentals of care. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(4):423-434. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x.
6. Richards DA, Hilli A, Pentecost C, Goodwin VA, Frost J. Fundamental nursing care: a systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *J Clin Nurs.* 2018;27(11-12):2179-2188. doi:10.1111/jocn.14150.
7. Pentecost C, Frost J, Sugg HVR, Hilli A, Goodwin VA, Richards DA. Patients' and nurses' experiences of fundamental nursing care: a systematic review and qualitative synthesis. *J Clin Nurs.* 2020;29(11-12):1858-1882. doi:10.1111/jocn.15082.
8. Backman C, Chartrand J, Crick M, Devey Burry R, Dingwall O, Shea B. Effectiveness of person- and family-centred care transition interventions on patient-oriented outcomes: a systematic review. *Nurs Open.* 2021;8(2):721-754. doi:10.1002/nop2.677.
9. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci.* 2012;35(3):194-204. doi:10.1097/ANS.0b013e318261b1ba.

10. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS One*. 2019;14(8):e0220116. doi:10.1371/journal.pone.0220116.
11. Conn VS, Ruppert TM, Enriquez M, Cooper PS. Patient-centered outcomes of medication adherence interventions: systematic review and meta-analysis. *Value Health*. 2016;19(2):277-285. doi:10.1016/j.jval.2015.12.001.
12. Kini V, Ho PM. Interventions to improve medication adherence: a review. *JAMA*. 2018;320(23):2461-2473. doi:10.1001/jama.2018.19271.

Cuidados específicos en pacientes con limitación funcional: coordinación asistencial y estrategias terapéuticas

Ignacio Martínez Garrido

Introducción

La limitación funcional constituye una situación clínica y social de gran relevancia en los entornos sanitarios actuales. Hace referencia a la dificultad parcial o total para realizar actividades básicas, instrumentales o avanzadas de la vida diaria, como caminar, vestirse, asearse, alimentarse, comunicarse, desplazarse fuera del domicilio, manejar la medicación o participar en actividades familiares, laborales y comunitarias. Esta limitación puede aparecer de forma repentina, por ejemplo, tras un ictus, una fractura, una cirugía o un ingreso prolongado, o desarrollarse de manera progresiva como consecuencia del envejecimiento, enfermedades neurodegenerativas, patologías musculoesqueléticas, enfermedades respiratorias crónicas, insuficiencia cardíaca, deterioro cognitivo o procesos oncológicos avanzados.

El abordaje de estos pacientes exige una mirada integral. La limitación funcional no afecta únicamente a la movilidad o a la autonomía física, sino también a la autoestima, la seguridad, la participación social, la dinámica familiar, la carga del cuidador y la calidad de vida. Una persona que no puede levantarse sola de la cama, preparar la comida, acudir al baño o salir a la calle sin ayuda experimenta una pérdida de control sobre aspectos esenciales de su vida diaria. Por ello, los cuidados no deben centrarse solo en compensar la dependencia, sino también en mantener las capacidades conservadas, prevenir complicaciones, promover la máxima autonomía posible y adaptar el entorno a las necesidades reales de la persona.

La atención a pacientes con limitación funcional requiere coordinación asistencial. Ningún profesional puede responder de forma aislada a todas las necesidades que aparecen en estos casos. Enfermería, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social, farmacia, auxiliares de enfermería, técnicos de cuidados, psicología, nutrición, atención primaria, hospital, servicios sociosanitarios y familia deben actuar de forma coordinada. Cuando esta coordinación falla, se producen duplicidades, demoras, falta de continuidad, sobrecarga familiar, ingresos evitables y pérdida de oportunidades de rehabilitación.

Las estrategias terapéuticas deben adaptarse a la causa de la limitación, el grado de dependencia, el pronóstico, las preferencias del paciente y los recursos disponibles. No es lo mismo atender a una persona joven con lesión medular reciente que a una persona mayor con fragilidad avanzada, deterioro cognitivo y múltiples enfermedades crónicas. En ambos casos se requiere cuidado, pero los objetivos, tiempos y prioridades serán diferentes. En algunos pacientes se buscará recuperar función; en otros, mantener capacidades; y en situaciones avanzadas, aliviar síntomas, evitar sufrimiento y favorecer el confort.

Valoración integral de la limitación funcional

La valoración integral es el punto de partida para planificar cuidados adecuados. No basta con saber que una persona “camina poco” o “necesita ayuda”. Es necesario identificar qué actividades puede realizar, cuáles no, con qué grado de apoyo, desde cuándo presenta la limitación, si existe posibilidad de recuperación y qué factores pueden estar agravando la situación.

La valoración funcional debe incluir las actividades básicas de la vida diaria, como aseo, vestido, alimentación, uso del baño, movilidad en cama, transferencias y deambulación. También deben valorarse las actividades instrumentales, como preparar alimentos, limpiar, manejar dinero, usar el teléfono, gestionar medicación, realizar compras o desplazarse fuera del domicilio. Estas actividades suelen ser las primeras en afectarse y ofrecen información importante sobre el nivel de autonomía real.

La movilidad requiere una evaluación específica. Es necesario observar si la persona puede incorporarse, mantenerse sentada, levantarse, caminar, subir escalones, girar, utilizar ayudas técnicas o mantener el equilibrio. También deben valorarse el dolor, la fuerza, la rigidez, la fatiga, el miedo a caer y la tolerancia al esfuerzo. En muchos pacientes, la limitación no se debe a una única causa, sino a la combinación de debilidad muscular, dolor articular, inseguridad, deterioro visual, medicación sedante y barreras ambientales.

La valoración cognitiva y emocional es igualmente necesaria. El deterioro cognitivo puede dificultar la comprensión de instrucciones, el uso seguro de ayudas técnicas, la adherencia a ejercicios o el manejo de medicación. La ansiedad, la depresión, el miedo a caídas o la pérdida de motivación pueden reducir la participación del paciente en su propio proceso de recuperación. Una persona puede tener capacidad física para caminar, pero no hacerlo por miedo o inseguridad.

El entorno domiciliario debe analizarse cuando el paciente vive en casa o va a recibir el alta. Escaleras, alfombras, bañeras, falta de pasamanos, iluminación insuficiente, camas demasiado bajas, ausencia de ascensor o baños estrechos pueden convertir una limitación moderada en una dependencia severa. La adaptación del entorno es una estrategia terapéutica en sí misma.

También debe valorarse la red de apoyo. Es necesario saber si la persona vive sola, quién la cuida, cuántas horas de apoyo recibe, qué capacidad tiene el cuidador, si existe sobrecarga familiar y qué recursos sociales están disponibles. Un plan de cuidados que no tenga en cuenta al cuidador puede fracasar, aunque sea clínicamente correcto.

Objetivos del cuidado en pacientes con limitación funcional

Los objetivos del cuidado deben ser realistas, individualizados y consensuados. En pacientes con posibilidad de recuperación, el objetivo puede ser recuperar la marcha, mejorar fuerza, aumentar tolerancia al esfuerzo o recuperar actividades de autocuidado. En personas con enfermedades crónicas o degenerativas, el objetivo puede ser ralentizar el deterioro, prevenir complicaciones y mantener la autonomía

el mayor tiempo posible. En situaciones avanzadas, el objetivo puede centrarse en confort, prevención de dolor, dignidad y apoyo familiar.

Un principio importante es no sustituir innecesariamente las capacidades del paciente. Si una persona puede lavarse la cara, abrocharse parte de la ropa o comer con supervisión, conviene favorecer que lo haga. La ayuda excesiva puede acelerar la dependencia. Los cuidados deben buscar equilibrio entre seguridad y autonomía. No se trata de forzar al paciente, sino de ofrecer apoyo proporcional.

Los objetivos deben formularse de forma concreta. En lugar de “mejorar movilidad”, puede plantearse “pasar de la cama al sillón con ayuda mínima”, “caminar diez metros con andador y supervisión” o “realizar higiene de tronco superior de forma autónoma”. Estos objetivos permiten evaluar avances y ajustar el plan.

La participación del paciente es fundamental. Cuando la persona comprende los objetivos y los percibe como importantes para su vida, aumenta la implicación. Puede que para el equipo sea prioritario mejorar una escala funcional, pero para el paciente lo más importante sea poder ir al baño sin ayuda o sentarse a comer con su familia. Escuchar estas prioridades permite orientar mejor el cuidado.

Prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad

La inmovilidad es uno de los principales riesgos en pacientes con limitación funcional. Sus consecuencias pueden aparecer de forma rápida y afectar a múltiples sistemas. La pérdida de masa muscular, las úlceras por presión, las infecciones respiratorias, el estreñimiento, la trombosis venosa, el dolor, la rigidez articular y el deterioro emocional son complicaciones frecuentes si no se aplican medidas preventivas.

La prevención de lesiones cutáneas requiere valoración del riesgo, inspección diaria de la piel, cambios posturales, higiene adecuada, control de humedad, nutrición suficiente y uso de superficies de apoyo cuando estén indicadas. Las zonas de mayor riesgo, como sacro, talones, caderas, codos y escápulas, deben revisarse con especial atención. La piel enrojecida, caliente o dolorosa puede indicar daño inicial y requiere intervención inmediata.

La movilización precoz es una estrategia esencial siempre que el estado clínico lo permita. Levantar al paciente al sillón, realizar ejercicios pasivos o activos, fomentar cambios de postura y favorecer la marcha progresiva reduce complicaciones. La movilización debe adaptarse al nivel de seguridad. En algunos casos requerirá dos profesionales, grúa, cinturón de marcha, andador o supervisión estrecha.

La prevención respiratoria es importante en pacientes encamados o con debilidad. Los cambios posturales, la sedestación, la movilización, la hidratación adecuada, la fisioterapia respiratoria y la vigilancia de secreciones pueden reducir el riesgo de complicaciones. En pacientes con enfermedad respiratoria crónica, es necesario reforzar el uso correcto de inhaladores, oxigenoterapia si está prescrita y signos de alarma.

El estreñimiento es frecuente por inmovilidad, baja ingesta de líquidos, cambios dietéticos, dolor y medicación. Su prevención incluye favorecer hidratación, fibra si está indicada, movilidad, horarios regulares y revisión de fármacos que puedan agravarlo. En personas con dependencia, el estreñimiento puede generar dolor, agitación, pérdida de apetito y deterioro general.

La prevención de caídas debe formar parte del plan incluso en pacientes con movilidad reducida. El riesgo aumenta al levantarse de la cama, ir al baño, usar calzado inadecuado, tomar medicación sedante o caminar sin ayuda. Las medidas incluyen retirar obstáculos, ajustar la cama, usar iluminación adecuada, asegurar timbre o llamada accesible, acompañar en desplazamientos y revisar ayudas técnicas.

Cuidados básicos y mantenimiento de la autonomía

Los cuidados básicos tienen una importancia especial en pacientes con limitación funcional. La higiene, el vestido, la alimentación, la eliminación y el descanso deben realizarse respetando la intimidad, la dignidad y la participación de la persona.

La higiene debe adaptarse al grado de dependencia. Puede realizarse en ducha, baño asistido, lavabo, cama o mediante higiene parcial. El profesional debe explicar cada paso, preservar la intimidad y permitir que el paciente participe en lo que pueda. Durante la higiene se valoran piel, dolor, movilidad, fatiga, heridas, edemas

y estado emocional. Por tanto, es una intervención asistencial y una oportunidad de observación clínica.

El vestido también puede utilizarse como actividad terapéutica. Elegir ropa cómoda, fácil de poner, con cierres sencillos y adaptada a la movilidad favorece la autonomía. En pacientes con hemiparesia, dolor o rigidez, se pueden enseñar técnicas para vestirse comenzando por el lado afectado y desvestirse por el lado sano, siempre según indicación profesional.

La alimentación debe promover independencia. Si la persona puede comer sola con adaptaciones, conviene facilitar cubiertos especiales, platos antideslizantes, vasos adecuados o cambios posturales. Si necesita ayuda, se debe respetar su ritmo, comprobar deglución segura y evitar prisas. En pacientes con disfagia, las texturas y líquidos deben adaptarse según indicación.

La eliminación requiere sensibilidad. La dependencia para ir al baño puede generar vergüenza y pérdida de autoestima. Se debe favorecer el uso del baño o silla higiénica cuando sea posible, mantener rutinas, preservar privacidad y evitar el uso innecesario de pañales si la persona puede controlar esfínteres con apoyo. En pacientes con incontinencia, el cuidado de la piel es prioritario.

El descanso puede verse alterado por dolor, posturas incómodas, ansiedad, ruidos o necesidad de ayuda nocturna. Ajustar horarios de cuidados, controlar síntomas y facilitar un entorno tranquilo mejora la recuperación. En personas dependientes, dormir mal repercute en movilidad, ánimo y participación en terapias.

Rehabilitación, fisioterapia y terapia ocupacional

La rehabilitación es un componente esencial en muchos pacientes con limitación funcional. Su objetivo puede ser recuperar función, mantener capacidades, prevenir deterioro o enseñar estrategias compensatorias. La fisioterapia se centra en movilidad, fuerza, equilibrio, marcha, control postural, respiración y prevención de contracturas. La terapia ocupacional se orienta a mejorar la capacidad para realizar actividades significativas de la vida diaria.

El trabajo rehabilitador debe comenzar lo antes posible cuando el estado clínico lo permita. La inmovilidad prolongada produce deterioro funcional, especialmente en personas mayores. Incluso actividades sencillas, como sentarse al borde de la cama, mantenerse de pie con apoyo o realizar ejercicios de brazos, pueden tener impacto positivo.

La terapia debe ser progresiva y segura. Forzar más allá de la tolerancia puede generar dolor, fatiga o rechazo. Por ello, es importante ajustar la intensidad y combinar esfuerzo con descansos. La motivación del paciente mejora cuando percibe avances y entiende la utilidad de los ejercicios.

Las ayudas técnicas son herramientas importantes. Bastones, andadores, sillas de ruedas, grúas, tablas de transferencia, elevadores de WC, barras de apoyo, colchones especiales o utensilios adaptados pueden aumentar autonomía y seguridad. Sin embargo, deben indicarse y enseñarse correctamente. Un andador mal regulado o una silla inadecuada pueden aumentar riesgos.

La terapia ocupacional resulta clave para adaptar actividades cotidianas. Enseñar a una persona a cocinar de forma segura, asearse con menor ayuda, usar dispositivos de apoyo o reorganizar el domicilio puede tener más impacto en su calidad de vida que una mejora aislada de fuerza. La funcionalidad se mide en la vida diaria.

El equipo de cuidados debe reforzar las pautas rehabilitadoras. No tiene sentido que el paciente realice ejercicios con fisioterapia y permanezca el resto del día inmóvil si podría participar en actividades básicas. La rehabilitación debe integrarse en la rutina diaria.

Manejo del dolor, fatiga y síntomas asociados

El dolor es una causa frecuente de limitación funcional y también una consecuencia de la inmovilidad. Puede deberse a artrosis, fracturas, cirugía, contracturas, neuropatías, úlceras, espasticidad o enfermedades crónicas. Si no se controla, reduce la movilidad, altera el sueño, empeora el ánimo y dificulta la participación en cuidados y rehabilitación.

La valoración del dolor debe ser sistemática. Es necesario conocer localización, intensidad, tipo, duración, factores que lo alivian o empeoran y respuesta al tratamiento. En personas con deterioro cognitivo, el dolor puede expresarse mediante agitación, rechazo al movimiento, gestos, llanto, alteraciones del sueño o pérdida de apetito.

El tratamiento del dolor debe combinar medidas farmacológicas y no farmacológicas. La postura adecuada, aplicación de frío o calor cuando proceda, movilización suave, masajes, relajación y adaptación de actividades pueden ayudar. La medicación debe revisarse para evitar efectos secundarios que aumenten caídas, somnolencia o estreñimiento.

La fatiga también limita la funcionalidad. Es frecuente en enfermedades crónicas, cáncer, insuficiencia cardíaca, enfermedades respiratorias, anemia, trastornos del sueño o depresión. Las estrategias incluyen planificar actividades, alternar esfuerzo y descanso, priorizar tareas importantes, adaptar el entorno y evitar demandas excesivas.

Otros síntomas, como disnea, mareo, rigidez, temblor, espasticidad o alteraciones del equilibrio, deben integrarse en el plan de cuidados. La limitación funcional rara vez es solo muscular; suele implicar múltiples dimensiones que deben abordarse conjuntamente.

Coordinación asistencial entre niveles y profesionales

La coordinación asistencial es fundamental para evitar fragmentación. Los pacientes con limitación funcional suelen transitar entre hospital, atención primaria, rehabilitación, servicios sociales, domicilio, centros de día, residencias y consultas especializadas. Si la información no fluye, aparecen errores y retrasos.

El alta hospitalaria es un momento crítico. Antes del alta debe definirse qué cuidados necesita la persona, qué medicación tomará, qué ayudas técnicas requiere, quién será el cuidador principal, qué citas tiene programadas y qué signos de alarma deben vigilarse. La información debe llegar a atención primaria y a los recursos comunitarios necesarios.

La enfermería de atención primaria tiene un papel importante en el seguimiento. Puede valorar el domicilio, revisar heridas, controlar síntomas, reforzar educación, detectar sobrecarga del cuidador y coordinar recursos. La continuidad enfermera evita que el paciente y la familia se sientan abandonados tras el alta.

Trabajo social es clave cuando existen problemas de dependencia, vivienda, recursos económicos o apoyo familiar insuficiente. La solicitud de ayudas, valoración de dependencia, acceso a servicios domiciliarios, centros de día o recursos residenciales puede ser necesaria para sostener el plan de cuidados.

Farmacia también participa en la coordinación. La revisión de medicación, detección de duplicidades, conciliación tras el alta y educación sobre tratamientos ayudan a prevenir problemas. En personas con limitación funcional, la medicación puede ser difícil de manejar, especialmente si hay problemas visuales, cognitivos o de destreza manual.

La coordinación debe incluir al cuidador. Muchas indicaciones dependen de su participación. Si no comprende cómo movilizar, administrar medicación, realizar curas o detectar signos de alarma, el plan puede fallar. Formar al cuidador no es opcional, sino parte del cuidado.

Educación sanitaria del paciente y del cuidador

La educación sanitaria es una estrategia terapéutica esencial. El paciente y el cuidador necesitan comprender la situación, los objetivos del cuidado, las medidas preventivas y los signos de alarma. La educación debe ser práctica, adaptada y progresiva.

En movilidad, se debe enseñar cómo levantarse, usar ayudas técnicas, prevenir caídas y realizar ejercicios indicados. En pacientes con movilidad reducida, también se enseñan cambios posturales, protección de prominencias óseas y cuidado de la piel. El cuidador debe aprender técnicas seguras de movilización para evitar lesiones propias y del paciente.

En medicación, se debe explicar la pauta, los horarios, los posibles efectos adversos y la importancia de no modificar tratamientos sin consultar. En personas

con dificultades, pueden utilizarse pastilleros, hojas de medicación o sistemas personalizados. El cuidador debe saber qué hacer ante olvidos o efectos no esperados.

En nutrición e hidratación, se deben ofrecer recomendaciones realistas. Si existe disfagia, las instrucciones sobre texturas deben ser claras. Si hay riesgo de desnutrición, se debe explicar la importancia de comidas enriquecidas, suplementos si están indicados y seguimiento del peso.

La educación debe comprobar comprensión. No basta con entregar un documento. Es útil pedir al paciente o cuidador que explique cómo realizará la tarea. Así se detectan errores y se corrigen antes de que aparezcan complicaciones.

La información debe dosificarse. En el momento del alta, la familia puede sentirse saturada. Por ello, conviene priorizar lo esencial y organizar seguimiento posterior. La educación es un proceso, no un acto único.

Apoyo emocional y adaptación a la dependencia

La limitación funcional puede producir un fuerte impacto emocional. La persona puede experimentar tristeza, rabia, miedo, vergüenza, frustración o sensación de inutilidad. La pérdida de autonomía modifica la identidad y la relación con los demás. Algunas personas pasan de cuidar a otros a necesitar cuidados, lo que puede resultar difícil de aceptar.

El apoyo emocional debe estar presente en la atención diaria. Escuchar, validar sentimientos y permitir que la persona exprese sus preocupaciones ayuda a la adaptación. No conviene minimizar el sufrimiento con frases como “podría ser peor” o “tiene que animarse”. Es más adecuado reconocer la dificultad y acompañar el proceso.

La participación en decisiones mejora la sensación de control. Elegir horarios de higiene, ropa, actividades, objetivos o preferencias dentro de lo posible permite conservar autonomía. Incluso cuando la dependencia es alta, siempre existen pequeñas decisiones que deben respetarse.

La familia también necesita apoyo. La aparición de dependencia cambia roles y puede generar tensión. El cuidador puede sentirse culpable, agotado o inseguro. Detectar sobrecarga es fundamental. Un cuidador agotado puede cometer errores, enfermar o no poder sostener el cuidado.

En algunos casos, puede ser necesaria intervención psicológica. Depresión, ansiedad intensa, rechazo persistente a cuidados, alteraciones de conducta o duelo por pérdida funcional deben ser valorados. La atención integral incluye la salud emocional.

Adaptación del entorno y recursos de apoyo

El entorno puede facilitar o limitar la autonomía. Adaptar el domicilio es una de las intervenciones más efectivas para personas con limitación funcional. No siempre se requieren reformas grandes; a veces bastan cambios simples.

La prevención de caídas puede incluir retirar alfombras, mejorar iluminación, instalar barras de apoyo, usar calzado cerrado, evitar cables sueltos, colocar objetos de uso frecuente a mano y adaptar el baño. El baño suele ser uno de los lugares de mayor riesgo, por lo que pueden requerirse silla de ducha, alfombrilla antideslizante, elevador de WC o sustitución de bañera por ducha accesible.

La cama debe permitir transferencias seguras. En algunos casos, se necesita cama articulada, barandillas valoradas individualmente, colchón antiescaras o grúa. Las barandillas no deben colocarse de forma automática, ya que pueden generar riesgos si el paciente intenta saltarlas.

Las ayudas técnicas deben seleccionarse según la capacidad del paciente y el entorno. Una silla de ruedas puede ser útil, pero si el domicilio tiene puertas estrechas o escalones, será insuficiente. Un andador puede mejorar seguridad, pero requiere espacio y entrenamiento.

Los recursos comunitarios, como ayuda a domicilio, centros de día, fisioterapia ambulatoria, asociaciones de pacientes, transporte adaptado o teleasistencia, pueden complementar el cuidado familiar. El equipo sanitario debe conocer estos recursos y orientar sobre su acceso.

Estrategias terapéuticas según niveles de dependencia

La limitación funcional puede clasificarse de forma práctica en leve, moderada, severa o total, según el grado de ayuda que necesita la persona. Esta clasificación orienta las estrategias.

En dependencia leve, el objetivo principal es prevenir progresión y reforzar autonomía. Se recomiendan ejercicios adaptados, educación, revisión del entorno, control del dolor, seguimiento de enfermedades crónicas y entrenamiento en actividades de la vida diaria. La persona puede necesitar apoyo puntual, pero mantiene gran parte de su independencia.

En dependencia moderada, se requieren ayudas técnicas, supervisión o apoyo parcial. El plan debe centrarse en mantener capacidades, prevenir caídas, adaptar el domicilio, entrenar al cuidador y coordinar rehabilitación. Es importante evitar que la persona abandone actividades que todavía puede realizar.

En dependencia severa, la persona necesita ayuda importante para actividades básicas. La prevención de complicaciones se vuelve prioritaria: piel, nutrición, movilidad, dolor, infecciones, eliminación y seguridad. El cuidador necesita formación intensa y apoyo. La coordinación con atención primaria y servicios sociales suele ser imprescindible.

En dependencia total o situaciones avanzadas, los objetivos se orientan al confort, dignidad y prevención de sufrimiento. Los cuidados incluyen cambios posturales, higiene, manejo de secreciones, alivio del dolor, apoyo emocional, prevención de lesiones y acompañamiento familiar. En estos casos, el enfoque paliativo puede ser necesario aunque no exista una enfermedad oncológica.

Evaluación de resultados y mejora continua

La evaluación permite comprobar si el plan de cuidados está funcionando. Deben revisarse indicadores funcionales, clínicos, emocionales y sociales. La persona mejora si aumenta su autonomía, disminuye el dolor, se reducen caídas, mantiene

piel íntegra, participa más en actividades, mejora el descanso o se siente más segura.

También debe evaluarse la carga del cuidador. Un plan puede parecer adecuado para el paciente, pero ser insostenible para la familia. Si el cuidador no puede descansar, no entiende las tareas o presenta síntomas de agotamiento, el plan debe modificarse.

La evaluación debe ser periódica. La limitación funcional cambia. Puede mejorar con rehabilitación, empeorar por enfermedad o estabilizarse. Las estrategias deben ajustarse según evolución. Mantener un plan sin revisar puede generar cuidados innecesarios o insuficientes.

Los incidentes, como caídas, lesiones por presión, errores de medicación o reingresos, deben analizarse para aprender. No basta con resolver el evento; hay que identificar causas y prevenir repetición. La seguridad del paciente con limitación funcional depende de esta mejora continua.

Conclusiones

Los cuidados específicos en pacientes con limitación funcional requieren una atención integral, coordinada y adaptada a cada persona. La limitación funcional no afecta solo al movimiento, sino a la autonomía, la seguridad, la autoestima, la vida familiar y la participación social. Por ello, el cuidado debe ir más allá de cubrir necesidades básicas y orientarse a mantener capacidades, prevenir complicaciones y favorecer la mejor calidad de vida posible.

La valoración integral permite identificar el grado de dependencia, las capacidades conservadas, los riesgos, el entorno y la red de apoyo. A partir de esta valoración se establecen objetivos realistas, que pueden ir desde recuperar función hasta mantener confort en situaciones avanzadas. Los cuidados básicos, la rehabilitación, la adaptación del entorno, la educación sanitaria y el seguimiento terapéutico forman parte de una misma estrategia.

La coordinación asistencial es imprescindible. Hospital, atención primaria, rehabilitación, farmacia, trabajo social, servicios comunitarios, paciente y cuidador

deben compartir información y objetivos. Sin coordinación, la persona puede quedar atrapada en circuitos fragmentados, con riesgo de complicaciones y sobrecarga familiar.

El cuidador ocupa un lugar central y debe recibir formación, apoyo y seguimiento. Cuidar a una persona con limitación funcional puede ser exigente y prolongado. Proteger al cuidador también es proteger al paciente.

En definitiva, la atención a la limitación funcional exige unir competencia técnica y sensibilidad humana. Cada movilización segura, cada adaptación del entorno, cada explicación clara y cada gesto que preserve la autonomía contribuyen a una atención más digna y eficaz. El objetivo final no es solo prolongar la vida, sino hacer que esa vida conserve el mayor grado posible de seguridad, participación, confort y sentido.

Referencias

1. Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Duijnste MS, de Rooij SE, Grypdonck MF. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):46-57. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01579.x.
2. McCusker J, Kakuma R, Abrahamowicz M. Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients: a systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002;57(9):M569-M577. doi:10.1093/gerona/57.9.M569.
3. Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(9):1660-1665. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02393.x.
4. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:b50. doi:10.1136/bmj.b50.
5. Avsar P, Moore Z, Patton D, O'Connor T, Budri AMV, Nugent L. Repositioning for preventing pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. *J Wound Care*. 2020;29(9):496-508. doi:10.12968/jowc.2020.29.9.496.
6. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, Thalib L, Whitty JA, McInnes E, et al. Repositioning for pressure injury prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;6(6):CD009958. doi:10.1002/14651858.CD009958.pub3.
7. Chase CA, Mann K, Wasek S, Arbesman M. Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther*. 2012;66(3):284-291. doi:10.5014/ajot.2012.005017.
8. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(9):CD007146. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3.
9. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the

- community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1(1):CD012424. doi:10.1002/14651858.CD012424.pub2.
10. Weir RL, Danilovich MK, Hoover DL. Systematic review of the effectiveness of caregiver training with functional mobility tasks for informal caregivers assisting patients with neurological diagnoses. *Disabil Rehabil.* 2022;44(18):5082-5089. doi:10.1080/09638288.2021.1923073.
11. Choi JY, Kim JS, Kim S, Kim H. Exploring factors influencing caregiver burden: a systematic review. *Healthcare (Basel).* 2024;12(10):1004. doi:10.3390/healthcare12101004.

Protocolos de cuidados específicos en procesos agudos y crónicos: actuación asistencial y rehabilitadora conjunta

Ignacio Martínez Garrido

Introducción

Los procesos agudos y crónicos forman parte de la realidad diaria de los servicios sanitarios. Un proceso agudo aparece de forma brusca, tiene una evolución más rápida y suele requerir una respuesta asistencial inmediata o en un plazo corto. Puede tratarse de una infección respiratoria, una fractura, una descompensación cardíaca, un ictus, una crisis asmática, una herida traumática, una reagudización de una enfermedad crónica o una situación postquirúrgica. Los procesos crónicos, en cambio, se mantienen en el tiempo y requieren seguimiento continuado, educación sanitaria, control de síntomas, prevención de complicaciones y adaptación progresiva a la vida diaria. Entre ellos se encuentran la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardíaca, la artrosis, las enfermedades neurológicas, el dolor crónico, la enfermedad renal crónica o los trastornos funcionales derivados del envejecimiento.

Aunque suelen diferenciarse por su duración y forma de presentación, en la práctica ambos procesos se relacionan de manera constante. Un paciente crónico puede sufrir episodios agudos, y un proceso agudo puede dejar secuelas que se convierten en necesidades de cuidado prolongadas. Por ejemplo, una persona con EPOC puede presentar una exacerbación que exige atención urgente y, posteriormente, rehabilitación respiratoria y ajuste del tratamiento. Un paciente que sufre una fractura de cadera necesita cirugía y cuidados inmediatos, pero también rehabilitación, prevención de caídas y apoyo para recuperar autonomía. Por ello, los

protocolos de cuidados no deben diseñarse como compartimentos cerrados, sino como guías flexibles que permitan responder a la evolución real del paciente.

Los protocolos de cuidados específicos son herramientas destinadas a ordenar la actuación profesional, reducir la variabilidad injustificada, mejorar la seguridad del paciente y favorecer la continuidad asistencial. Su valor no está en sustituir el juicio clínico, sino en ofrecer una estructura común para valorar, intervenir, registrar, comunicar y evaluar. En los procesos agudos, los protocolos ayudan a actuar con rapidez y seguridad. En los procesos crónicos, permiten mantener un seguimiento sistemático, detectar empeoramientos y prevenir complicaciones. En ambos casos, la coordinación entre la actuación asistencial y la rehabilitadora resulta fundamental.

La rehabilitación no debe entenderse únicamente como una fase posterior al tratamiento médico. En muchos casos, debe comenzar desde los primeros momentos de la atención. Movilizar precozmente, prevenir rigidez, conservar fuerza muscular, favorecer la respiración eficaz, educar sobre el autocuidado o mantener capacidades funcionales son intervenciones rehabilitadoras que pueden integrarse desde la fase aguda. Esta actuación conjunta evita que el paciente pierda autonomía innecesariamente y facilita una recuperación más completa.

Sentido y utilidad de los protocolos de cuidados

Un protocolo de cuidados es una guía estructurada que define cómo actuar ante una situación clínica o funcional concreta. Puede incluir criterios de valoración, objetivos, intervenciones, responsables, frecuencia de cuidados, signos de alarma, criterios de derivación, registros necesarios y pautas de evaluación. Su finalidad es mejorar la calidad asistencial y garantizar que todos los profesionales trabajen con una orientación común.

En los servicios sanitarios, la ausencia de protocolos claros puede generar actuaciones desiguales. Dos pacientes con necesidades similares pueden recibir cuidados distintos según el profesional, el turno o la unidad en la que se encuentren. Esta variabilidad no siempre es negativa, ya que cada persona requiere adaptación individual, pero sí resulta problemática cuando se debe a falta de

coordinación o desconocimiento. Los protocolos reducen esa variabilidad y facilitan que los cuidados esenciales no se olviden.

Los protocolos también mejoran la seguridad del paciente. En un proceso agudo, ayudan a detectar signos de gravedad, priorizar intervenciones y evitar retrasos. En un proceso crónico, permiten identificar descompensaciones, controlar factores de riesgo y anticipar complicaciones. Además, favorecen la trazabilidad, ya que indican qué debe registrarse y cómo comunicar la evolución.

Otra utilidad importante es la coordinación entre profesionales. Enfermería, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, farmacia, trabajo social, auxiliares de enfermería y otros perfiles pueden intervenir en un mismo proceso. Si cada profesional actúa sin conocer el plan global, se pierde eficiencia y pueden aparecer contradicciones. El protocolo facilita un lenguaje común y define responsabilidades.

No obstante, un protocolo no debe aplicarse de forma rígida. La atención centrada en la persona exige adaptar las recomendaciones a la situación clínica, funcional, emocional y social del paciente. Una persona mayor frágil, un paciente joven previamente autónomo o una persona con deterioro cognitivo pueden requerir enfoques distintos aunque compartan diagnóstico. El protocolo orienta, pero el juicio profesional individualiza.

Valoración inicial en procesos agudos y crónicos

La valoración inicial es el primer paso para aplicar correctamente cualquier protocolo. En un proceso agudo, la prioridad es identificar el problema principal, valorar la gravedad y actuar con rapidez. Se deben revisar constantes vitales, dolor, nivel de conciencia, respiración, circulación, estado neurológico, riesgo de deterioro, alergias, medicación habitual y antecedentes relevantes. Esta valoración permite tomar decisiones inmediatas y activar recursos si existe riesgo vital o complicación importante.

En un proceso crónico, la valoración debe ser más amplia y continuada. Además del estado clínico, se evalúan funcionalidad, autonomía, adherencia terapéutica, hábitos de vida, apoyo familiar, conocimientos sobre la enfermedad, estado emocional, barreras sociales y capacidad de autocuidado. El objetivo no es solo

conocer cómo está el paciente en ese momento, sino anticipar riesgos y planificar el seguimiento.

En ambos casos, la valoración funcional es esencial. Muchas veces se atiende el diagnóstico principal, pero se descuida cómo afecta a la vida diaria. Un paciente con neumonía puede mejorar clínicamente, pero haber perdido fuerza tras varios días en cama. Una persona con insuficiencia cardiaca puede estar estable, pero no ser capaz de subir escaleras o realizar la compra. Valorar la función permite integrar la actuación rehabilitadora desde el inicio.

También debe valorarse el riesgo de complicaciones. En procesos agudos, son frecuentes el deterioro clínico, el dolor mal controlado, la infección, la inmovilidad, el delirium, la deshidratación o los errores de medicación. En procesos crónicos, aparecen riesgos como descompensaciones, mala adherencia, deterioro funcional, aislamiento, caídas, úlceras por presión o sobrecarga del cuidador. Los protocolos deben incluir escalas o criterios de detección adecuados a cada situación.

La valoración del entorno y del cuidador resulta especialmente importante en pacientes crónicos o en aquellos que serán dados de alta tras un proceso agudo. No basta con que el paciente esté clínicamente estable si no puede manejar la medicación, no tiene apoyo para acudir a revisiones o vive en un domicilio inseguro. La continuidad asistencial depende de que estas necesidades se identifiquen antes del alta o del cambio de nivel asistencial.

Cuidados en procesos agudos: actuación asistencial inmediata

Los procesos agudos requieren una actuación rápida, organizada y proporcional a la gravedad. El primer objetivo es estabilizar al paciente, aliviar síntomas, prevenir complicaciones inmediatas y preparar la continuidad del tratamiento. Los protocolos en esta fase deben ser claros, porque el tiempo y la presión asistencial pueden aumentar el riesgo de errores.

Uno de los elementos básicos es la monitorización. Según el proceso, puede incluir control de constantes, saturación de oxígeno, glucemia, diuresis, dolor, temperatura, nivel de conciencia y evolución de síntomas. La frecuencia de esta monitorización debe adaptarse a la gravedad. Un paciente inestable necesita

vigilancia estrecha; uno en mejoría puede requerir controles más espaciados, pero sin perder seguimiento.

El control del dolor es una prioridad en muchos procesos agudos. El dolor no tratado dificulta la movilidad, altera el sueño, aumenta la ansiedad y puede retrasar la recuperación. Debe valorarse de forma sistemática, registrar intensidad y respuesta al tratamiento, y comunicar si no se controla. Además de la medicación, pueden utilizarse medidas posturales, frío, calor, inmovilización adecuada o técnicas de relajación según el caso.

La prevención de complicaciones por inmovilidad debe comenzar desde el inicio. En pacientes ingresados o con reposo, se deben aplicar cambios posturales, movilización precoz si procede, ejercicios respiratorios, cuidados de la piel, hidratación adecuada y prevención de trombosis según indicación clínica. La rehabilitación no debe esperar siempre a que el proceso agudo haya terminado por completo. Muchas intervenciones tempranas son sencillas y tienen gran impacto.

La seguridad de la medicación es otro punto clave. En procesos agudos se introducen nuevos fármacos, se suspenden otros, se modifican dosis y pueden aparecer interacciones. La conciliación de la medicación habitual ayuda a evitar duplicidades, omisiones y errores. El paciente o su familia deben aportar información sobre tratamientos previos, alergias y automedicación.

La comunicación entre profesionales debe ser precisa. Cambios clínicos, resultados relevantes, nuevas indicaciones, pruebas pendientes y respuesta al tratamiento deben transmitirse adecuadamente entre turnos y servicios. En procesos agudos, una información omitida puede tener consecuencias rápidas.

Integración rehabilitadora en la fase aguda

La rehabilitación en fase aguda busca prevenir pérdida funcional y preparar la recuperación. No siempre implica ejercicios complejos. En muchos casos comienza con sedestación, cambios posturales, movilización pasiva o activa, entrenamiento respiratorio, mantenimiento de amplitud articular, reeducación de transferencias y educación básica al paciente.

La movilización precoz debe realizarse con criterios de seguridad. Antes de movilizar, se valoran estabilidad hemodinámica, dolor, nivel de conciencia, riesgo de caída, dispositivos, drenajes, oxigenoterapia y tolerancia al esfuerzo. Cuando es posible, levantar al paciente al sillón o iniciar pequeños paseos supervisados reduce complicaciones y mejora la confianza.

En pacientes respiratorios agudos o reagudizados, la fisioterapia respiratoria puede ser útil para mejorar ventilación, favorecer eliminación de secreciones, enseñar respiración diafragmática o labios fruncidos, y reducir disnea. Estas intervenciones deben adaptarse a la situación clínica y realizarse por profesionales formados.

En pacientes neurológicos, como ictus, la rehabilitación temprana puede ayudar a prevenir rigidez, favorecer alineación postural, estimular movilidad y orientar a la familia. La coordinación entre enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y medicina rehabilitadora es esencial para evitar actuaciones contradictorias.

En procesos traumatológicos o postquirúrgicos, la rehabilitación temprana se orienta a proteger la zona intervenida, prevenir complicaciones, enseñar transferencias seguras, iniciar marcha con ayudas técnicas y reforzar ejercicios indicados. El paciente debe conocer qué movimientos puede realizar y cuáles debe evitar.

La fase aguda también es un momento educativo. Aunque el paciente esté preocupado, se pueden introducir mensajes breves sobre el proceso, la importancia de la movilidad, la respiración, la adherencia o la prevención de riesgos. La educación completa se reforzará más adelante, pero la información inicial ayuda a implicar al paciente.

Cuidados en procesos crónicos: seguimiento y prevención de descompensaciones

Los procesos crónicos requieren continuidad. El objetivo no suele ser la curación completa, sino el control de la enfermedad, la prevención de complicaciones, la conservación funcional y la calidad de vida. Los protocolos deben organizar revisiones, criterios de alarma, educación sanitaria y coordinación con otros recursos.

El seguimiento clínico debe incluir control de síntomas, revisión de parámetros relevantes, valoración de adherencia y detección de efectos adversos. En diabetes, por ejemplo, se revisan glucemias, alimentación, actividad física, cuidado de pies y tratamiento. En insuficiencia cardiaca, se vigila peso, disnea, edemas, tolerancia al esfuerzo y cumplimiento terapéutico. En EPOC, se valoran disnea, exacerbaciones, técnica inhalatoria, oxigenoterapia si procede y vacunación.

La educación sanitaria es fundamental. El paciente debe entender su enfermedad, los objetivos del tratamiento, los signos de alarma y las medidas de autocuidado. Esta educación debe ser práctica y adaptada. No basta con entregar folletos; es necesario comprobar comprensión y resolver barreras.

La adherencia terapéutica debe abordarse sin culpabilizar. Muchas personas no siguen el tratamiento por olvido, efectos secundarios, pautas complejas, falta de recursos o baja percepción de beneficio. El protocolo debe incluir preguntas sobre cumplimiento, revisión de medicación y estrategias de apoyo, como simplificación de pautas, pastilleros, recordatorios o implicación del cuidador.

La prevención de descompensaciones incluye identificar factores que precipitan empeoramientos. En enfermedades crónicas, pueden ser infecciones, cambios de medicación, mala alimentación, abandono del tratamiento, sedentarismo, estrés, consumo de alcohol o dificultades sociales. El seguimiento debe anticiparse a estos factores.

La atención crónica también requiere evaluar el impacto emocional. Vivir con una enfermedad prolongada puede generar cansancio, ansiedad, tristeza o sensación de pérdida de control. La actuación asistencial debe incluir escucha, apoyo y derivación cuando sea necesario.

Rehabilitación en procesos crónicos

La rehabilitación en procesos crónicos busca mantener la función, reducir síntomas, mejorar tolerancia al esfuerzo y favorecer autonomía. En muchos casos, el ejercicio terapéutico y la actividad física adaptada son parte central del tratamiento.

En enfermedades respiratorias crónicas, la rehabilitación pulmonar mejora la capacidad funcional, reduce disnea y enseña estrategias para manejar el esfuerzo. Incluye entrenamiento físico, educación, técnicas respiratorias y conservación de energía. En enfermedad cardiaca, la rehabilitación cardiaca combina ejercicio supervisado, control de factores de riesgo, educación y apoyo psicosocial.

En enfermedades musculoesqueléticas crónicas, como artrosis o dolor lumbar, la rehabilitación se orienta a fortalecer musculatura, mejorar movilidad, reducir dolor, adaptar actividades y evitar reposo excesivo. El paciente debe aprender que protegerse no significa inmovilizarse completamente, salvo indicación concreta.

En enfermedades neurológicas crónicas, como Parkinson, esclerosis múltiple o secuelas de ictus, la rehabilitación ayuda a mantener equilibrio, marcha, coordinación, fuerza y actividades de la vida diaria. La terapia ocupacional puede enseñar estrategias compensatorias y adaptar el entorno.

La rehabilitación crónica debe ser sostenible. No basta con realizar sesiones aisladas si la persona no incorpora actividad a su rutina. El plan debe adaptarse a sus gustos, posibilidades, entorno y motivación. Caminar, realizar ejercicios en casa, participar en grupos comunitarios o utilizar recursos locales puede facilitar la continuidad.

La familia y el cuidador pueden apoyar el proceso, pero sin sustituir completamente al paciente. Deben aprender cómo ayudar de forma segura y cómo fomentar autonomía. La sobreprotección puede limitar la recuperación funcional.

Coordinación asistencial entre atención aguda, crónica y rehabilitadora

La coordinación asistencial es el eje que une los cuidados agudos, crónicos y rehabilitadores. Sin coordinación, el paciente puede recibir indicaciones contradictorias, perder citas, duplicar pruebas o abandonar tratamientos. La continuidad debe planificarse desde el inicio, especialmente en pacientes frágiles, crónicos o con dependencia.

El alta hospitalaria es uno de los momentos más críticos. Debe incluir informe claro, medicación actualizada, cuidados pendientes, recomendaciones funcionales, citas,

signos de alarma y contacto de referencia. Si el paciente necesita curas, rehabilitación, oxígeno, ayudas técnicas o seguimiento domiciliario, estos recursos deben organizarse antes del alta siempre que sea posible.

Atención primaria cumple una función esencial en el seguimiento. Recibe al paciente tras el episodio agudo, controla enfermedades crónicas, refuerza educación, revisa adherencia y detecta deterioro. La comunicación entre hospital y atención primaria debe ser fluida para evitar interrupciones.

La rehabilitación debe integrarse en el plan, no añadirse de forma tardía. El equipo debe definir objetivos funcionales y criterios de derivación. Cuando el paciente no puede acudir a un centro, se debe valorar rehabilitación domiciliaria o pautas adaptadas.

Farmacia también forma parte de la coordinación. La conciliación tras el alta, la revisión de interacciones y la educación sobre medicamentos reducen riesgos. En pacientes crónicos polimedicados, la coordinación entre farmacia, medicina y enfermería es especialmente útil.

Trabajo social interviene cuando existen dificultades de apoyo, vivienda, dependencia o recursos. Muchos planes terapéuticos fracasan por problemas sociales no resueltos. La coordinación sociosanitaria es indispensable en pacientes vulnerables.

Protocolos específicos según tipos de procesos

Los protocolos deben adaptarse a cada proceso clínico. En procesos respiratorios agudos, como neumonía o exacerbación de EPOC, se prioriza control de oxigenación, administración correcta de tratamiento, hidratación, fisioterapia respiratoria, vigilancia de signos de gravedad y educación sobre inhaladores. En la fase crónica, se refuerza prevención de exacerbaciones, vacunación, actividad física y reconocimiento precoz de empeoramiento.

En procesos cardiovasculares, como insuficiencia cardiaca descompensada, el protocolo incluye vigilancia de disnea, edemas, peso, diuresis, constantes,

medicación y tolerancia al esfuerzo. La rehabilitación y educación se centran en control de peso, dieta, actividad adaptada, adherencia y signos de alarma.

En procesos neurológicos agudos, como ictus, son esenciales la vigilancia neurológica, prevención de broncoaspiración, control de movilidad, cuidado de piel, comunicación, nutrición segura y rehabilitación temprana. En la fase crónica, se trabaja recuperación funcional, adaptación del domicilio, prevención de caídas y apoyo al cuidador.

En procesos traumatológicos, como fractura de cadera, se combinan control del dolor, prevención de infección, movilización precoz, prevención tromboembólica, entrenamiento de marcha y planificación del alta. En pacientes mayores, debe añadirse prevención de delirium, evaluación nutricional y revisión del riesgo de nuevas caídas.

En procesos metabólicos crónicos, como diabetes, los protocolos incluyen control glucémico, educación alimentaria, adherencia, cuidado de pies, prevención de hipoglucemias y coordinación con otros profesionales. En episodios agudos, como hipoglucemia o descompensación hiperglucémica, la actuación debe ser rápida y protocolizada.

Educación sanitaria como elemento transversal

La educación sanitaria une la actuación asistencial y rehabilitadora. En procesos agudos, ayuda a comprender qué ocurre y qué medidas favorecen la recuperación. En procesos crónicos, permite sostener el autocuidado. En rehabilitación, refuerza la participación activa.

La educación debe centrarse en mensajes útiles: qué debe hacer el paciente, cómo hacerlo, por qué es importante, qué riesgos debe vigilar y cuándo pedir ayuda. Debe adaptarse a nivel cultural, idioma, edad, estado emocional y capacidad cognitiva. En pacientes con deterioro o dependencia, el cuidador debe participar.

No debe darse toda la información de golpe. En un proceso agudo, el paciente puede estar angustiado o dolorido. Conviene priorizar lo inmediato y reforzar posteriormente. En procesos crónicos, la educación puede organizarse por

sesiones o revisiones, abordando progresivamente tratamiento, hábitos, signos de alarma y autonomía.

La técnica de comprobación de comprensión resulta útil. Pedir al paciente que explique con sus palabras cómo tomará la medicación, cómo hará un ejercicio o qué hará si empeora permite detectar errores. Esta estrategia evita asumir que la información se ha entendido solo porque se ha entregado.

1 11. Registro, evaluación y mejora de los protocolos

Todo protocolo debe incluir registro y evaluación. El registro permite continuidad, trazabilidad y análisis posterior. Deben documentarse valoraciones, intervenciones, respuesta del paciente, incidencias, educación realizada, objetivos funcionales y coordinación con otros recursos.

La evaluación permite saber si el protocolo funciona. En procesos agudos, pueden medirse tiempos de respuesta, complicaciones, control de síntomas, duración del ingreso, movilización precoz o reingresos. En procesos crónicos, se evalúan control clínico, adherencia, calidad de vida, exacerbaciones, ingresos evitables y autonomía funcional. En rehabilitación, se valoran objetivos alcanzados, movilidad, fuerza, tolerancia al esfuerzo y desempeño en actividades.

Los protocolos deben revisarse periódicamente. La evidencia científica cambia, los recursos se modifican y las necesidades de los pacientes evolucionan. Un protocolo desactualizado puede generar prácticas inseguras o poco eficaces. La revisión debe contar con profesionales que lo aplican, ya que conocen las dificultades reales.

La mejora continua requiere analizar incidentes. Si un paciente se cae, si se retrasa una rehabilitación, si no se comunica un alta o si hay errores de medicación, debe revisarse el proceso. El objetivo no es culpabilizar, sino aprender y corregir.

Papel del paciente y la familia

El paciente y la familia son parte del protocolo de cuidados. Su participación mejora la seguridad y la continuidad, especialmente en procesos crónicos y rehabilitadores.

La familia puede ayudar a detectar cambios, reforzar ejercicios, organizar medicación, adaptar el domicilio y acompañar a revisiones.

Sin embargo, no debe cargarse a la familia con responsabilidades sin formación. Antes del alta o de asumir cuidados, el cuidador debe aprender movilizaciones, administración de medicación, curas, signos de alarma y uso de ayudas técnicas cuando sea necesario. También debe conocer sus límites y saber cuándo pedir ayuda.

El paciente debe participar en la definición de objetivos. En rehabilitación, esto resulta especialmente importante. Recuperar una actividad significativa para la persona puede ser más motivador que cumplir un objetivo técnico. Poder caminar hasta el baño, subir unos escalones o preparar un desayuno puede tener enorme valor.

La participación también exige escuchar preferencias. Algunas personas priorizan autonomía, otras seguridad, otras alivio del dolor. El equipo debe orientar, pero también negociar decisiones realistas y respetuosas.

Conclusiones

Los protocolos de cuidados específicos en procesos agudos y crónicos son herramientas fundamentales para ordenar la atención, mejorar la seguridad y favorecer la continuidad asistencial. Su utilidad aumenta cuando integran desde el inicio la actuación asistencial y rehabilitadora, evitando que la recuperación funcional se considere una fase secundaria o tardía.

En los procesos agudos, los protocolos permiten actuar con rapidez, controlar síntomas, prevenir complicaciones y preparar la transición hacia la recuperación. En los procesos crónicos, facilitan el seguimiento, la educación sanitaria, la adherencia, la prevención de descompensaciones y el mantenimiento de la autonomía. En ambos casos, la valoración integral y la individualización son imprescindibles.

La rehabilitación debe formar parte del cuidado desde las primeras fases. Movilizar, entrenar, adaptar, educar y prevenir pérdida funcional son intervenciones que

mejoran resultados y calidad de vida. La coordinación entre profesionales, niveles asistenciales y recursos sociales es esencial para evitar fragmentación.

El paciente y la familia deben participar de forma activa, pero siempre con información, apoyo y acompañamiento. La educación sanitaria, el registro adecuado y la evaluación continua permiten que los protocolos no sean documentos estáticos, sino instrumentos vivos al servicio de una atención más segura, eficaz y humana.

En definitiva, la actuación conjunta asistencial y rehabilitadora permite responder mejor a la complejidad de los procesos agudos y crónicos. Cuidar no es solo tratar el episodio clínico, sino prevenir deterioro, recuperar capacidades, acompañar el autocuidado y garantizar que la persona pueda vivir con el mayor grado posible de autonomía, seguridad y bienestar.

Referencias

1. Joo JY, Liu MF. Effectiveness of transitional care interventions for chronic illnesses: a systematic review of reviews. *Appl Nurs Res.* 2021;61:151485. doi:10.1016/j.apnr.2021.151485.
2. Tyler N, Hodkinson A, Planner C, Angelakis I, Keyworth C, Hall A, et al. Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2023;6(11):e2344825. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.44825.
3. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(1):CD000313. doi:10.1002/14651858.CD000313.pub4.
4. Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: a meta-analysis. *Nurs Crit Care.* 2020;25(6):360-367. doi:10.1111/nicc.12455.
5. de Aquino Miranda JM, Borges VM, Bazan R, Luvizutto GJ, Shinosaki JSM. Early mobilization in acute stroke phase: a systematic review. *Top Stroke Rehabil.* 2023;30(2):157-168. doi:10.1080/10749357.2021.2008595.
6. Okamura M, Kataoka Y, Taito S, Fujiwara T, Ide A, Oritsu H, et al. Early mobilization for acute heart failure: a scoping and a systematic review. *J Cardiol.* 2024;83(2):91-99. doi:10.1016/j.jjcc.2023.09.009.
7. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *Int J Qual Health Care.* 2014;26(5):561-570. doi:10.1093/intqhc/mzu071.
8. Nici L, ZuWallack R. Integrated care in chronic obstructive pulmonary disease and rehabilitation. *COPD.* 2018;15(3):223-230. doi:10.1080/15412555.2018.1501671.
9. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS One.* 2019;14(8):e0220116. doi:10.1371/journal.pone.0220116.
10. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien J-AE. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and

meta-analysis. J Clin Pharm Ther. 2016;41(2):128-144.
doi:10.1111/jcpt.12364.

Prevención del suicidio y conducta autolesiva en Atención Primaria

Irene Tordesillas Paniagua

Introducción

La prevención del suicidio y la atención a la conducta autolesiva constituyen una prioridad sanitaria, social y comunitaria. Aunque tradicionalmente se han asociado de forma casi exclusiva a los servicios de salud mental, la realidad asistencial muestra que Atención Primaria ocupa una posición fundamental en la detección precoz, la primera intervención, el seguimiento y la coordinación de cuidados. Muchas personas con ideación suicida, sufrimiento emocional intenso o conductas autolesivas acuden antes a su médico o enfermera de familia que a una consulta especializada. Otras no verbalizan directamente el deseo de morir, pero consultan por insomnio, ansiedad, dolor persistente, consumo de sustancias, aislamiento, cansancio, síntomas somáticos o empeoramiento de enfermedades crónicas.

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal. No responde a una única causa ni puede explicarse solo por la presencia de un trastorno mental. En su aparición intervienen factores psicológicos, biológicos, familiares, sociales, económicos, culturales y ambientales. La depresión, los trastornos por consumo de sustancias, los antecedentes de intentos previos, el dolor crónico, la soledad, la violencia, las pérdidas recientes, la desesperanza, el acoso, la precariedad, la enfermedad grave y el acceso a medios letales pueden aumentar el riesgo. Sin embargo, también existen factores protectores, como el apoyo familiar, la vinculación comunitaria, la accesibilidad a servicios sanitarios, la capacidad para pedir ayuda, la esperanza, la adherencia terapéutica y la reducción del acceso a medios de daño.

La Organización Mundial de la Salud plantea la prevención del suicidio desde una perspectiva de salud pública y propone intervenciones como limitar el acceso a

medios letales, promover una comunicación responsable, desarrollar habilidades socioemocionales en jóvenes e identificar, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de las personas afectadas por pensamientos y conductas suicidas. Este último punto conecta directamente con Atención Primaria, por su cercanía, accesibilidad y continuidad en el tiempo.

La conducta autolesiva, por su parte, incluye actos deliberados de daño hacia uno mismo, con o sin intención suicida. No toda autolesión implica deseo de morir, pero toda conducta autolesiva debe tomarse en serio. Puede funcionar como una forma de aliviar tensión emocional, expresar sufrimiento, recuperar sensación de control, castigarse o comunicar un malestar que la persona no sabe verbalizar de otra manera. La guía NICE sobre autolesión, publicada en 2022, aborda la evaluación, el manejo y la prevención de recurrencias en niños, jóvenes y adultos, y destaca la necesidad de una respuesta asistencial adecuada en todos los sectores que atienden a personas que se han autolesionado.

En España, además de los recursos sanitarios habituales y el teléfono de emergencias 112 ante riesgo vital, existe la Línea 024 de atención a la conducta suicida, promovida por el Ministerio de Sanidad, destinada a personas con pensamientos, ideación o riesgo de conducta suicida, así como a familiares y allegados. El propio Ministerio describe esta línea como un recurso de escucha activa, apoyo profesional, orientación hacia los servicios sanitarios y derivación al 112 cuando se detecta una situación de emergencia.

Atención Primaria como espacio clave de prevención

Atención Primaria es un nivel asistencial privilegiado para la prevención del suicidio porque mantiene contacto longitudinal con las personas, las familias y la comunidad. El equipo de Atención Primaria conoce antecedentes clínicos, circunstancias sociales, cambios vitales, pérdidas, aislamiento, conflictos familiares, problemas económicos, consumo de sustancias, enfermedades crónicas y barreras de acceso a recursos especializados. Esta visión global permite identificar señales que, aisladas, podrían pasar desapercibidas.

La consulta de Atención Primaria suele ser menos estigmatizante que la consulta de salud mental. Algunas personas no quieren acudir a psiquiatría o psicología por miedo, vergüenza o desconocimiento, pero sí aceptan hablar con su médico o enfermera de referencia. Esta relación previa puede facilitar que expresen ideas de muerte, desesperanza o incapacidad para seguir viviendo. Por ello, los profesionales de Atención Primaria deben estar preparados para preguntar de forma directa, serena y respetuosa.

Una idea equivocada todavía presente es que preguntar por el suicidio puede inducir a la persona a hacerlo. La evidencia clínica y las recomendaciones actuales sostienen lo contrario: preguntar de forma adecuada permite abrir una vía de comunicación, disminuir el aislamiento y valorar la necesidad de ayuda. El silencio profesional puede transmitir que el tema es tabú o que no hay espacio para hablar del sufrimiento. La pregunta no debe hacerse de forma brusca ni alarmista, sino integrada en la valoración: “Cuando una persona se siente así de sobrepasada, a veces piensa que no quiere seguir viviendo. ¿Le está ocurriendo algo parecido?”.

El papel de Atención Primaria no consiste en resolver en solitario todos los casos. Su función es detectar, contener, valorar la urgencia, activar recursos, coordinar derivaciones y mantener seguimiento. En situaciones de riesgo inminente, la prioridad es la protección inmediata y la derivación urgente. En situaciones de riesgo no inmediato, el equipo puede realizar seguimiento estrecho, elaborar un plan de seguridad, implicar a la red de apoyo, revisar tratamientos, abordar factores precipitantes y coordinar con salud mental.

La prevención debe incorporarse a la práctica diaria. No se limita a campañas puntuales. Debe estar presente en consultas de salud mental común, atención a adolescentes, personas mayores, pacientes con dolor crónico, enfermedades graves, duelo, violencia, consumo de alcohol u otras sustancias, desempleo, soledad no deseada, dependencia o antecedentes de autolesión. La oportunidad preventiva aparece muchas veces en una consulta aparentemente ordinaria.

Diferencia entre ideación suicida, intento suicida y autolesión

Para actuar correctamente es necesario diferenciar conceptos. La ideación suicida se refiere a pensamientos relacionados con la muerte o el deseo de dejar de vivir. Puede ser pasiva, cuando la persona expresa deseos de no despertar o de desaparecer, o activa, cuando piensa en quitarse la vida. La ideación activa puede acompañarse o no de plan, intención, preparación o acceso a medios. La gravedad aumenta cuando existe planificación, disponibilidad de medios, aislamiento, despedidas, consumo de sustancias o antecedentes de intentos previos.

El intento suicida implica una conducta dirigida a provocarse la muerte, aunque no se produzca el fallecimiento. Todo intento debe valorarse como un indicador relevante de riesgo futuro. La letalidad del método utilizado, el grado de planificación, las circunstancias del rescate, la intención expresada y la respuesta emocional posterior aportan información importante.

La autolesión no suicida hace referencia a conductas de daño corporal deliberado sin intención principal de morir, como cortes superficiales, quemaduras o golpes. Sin embargo, la frontera entre autolesión no suicida e intento suicida no siempre es clara. Una persona puede no querer morir en un momento, pero sí estar en una situación de sufrimiento extremo y riesgo evolutivo. Además, las autolesiones repetidas pueden coexistir con ideación suicida. Por ello, no deben banalizarse ni interpretarse como “llamadas de atención” en sentido despectivo.

La guía NICE enfatiza que la autolesión debe recibir una evaluación y manejo adecuados, evitando respuestas de rechazo, castigo o minimización. La actitud profesional es fundamental: una atención fría o culpabilizadora puede aumentar la vergüenza y reducir la probabilidad de que la persona vuelva a pedir ayuda.

En Atención Primaria, esta diferenciación ayuda a orientar la intervención, pero no debe llevar a jerarquizar el sufrimiento. Tanto la ideación suicida como la autolesión expresan malestar y requieren una respuesta clínica. La pregunta clave no es solo “si quería morir”, sino qué función tiene la conducta, qué nivel de desesperanza existe, qué recursos de afrontamiento conserva y qué protección inmediata necesita.

Factores de riesgo y señales de alerta

La valoración del riesgo suicida debe contemplar factores de riesgo estables, factores precipitantes y señales de alarma actuales. Entre los factores de riesgo se encuentran antecedentes personales de intento suicida o autolesiones, trastornos depresivos, trastorno bipolar, psicosis, trastornos de personalidad, consumo de alcohol u otras sustancias, dolor crónico, enfermedad física grave, discapacidad, aislamiento social, duelo complicado, antecedentes familiares de suicidio, violencia, abuso, acoso, problemas legales o económicos y acceso a medios letales.

En adolescentes y jóvenes, deben considerarse situaciones como acoso escolar, violencia sexual, problemas de identidad, rechazo familiar, conflictos intensos, uso problemático de redes sociales, impulsividad, consumo de sustancias, autolesiones previas y trastornos de la conducta alimentaria. En personas mayores, son especialmente relevantes la soledad, el duelo, la dependencia, el dolor, la pérdida de rol, la depresión no detectada y la enfermedad crónica.

Las señales de alerta pueden ser verbales, conductuales o emocionales. Entre las verbales se encuentran frases como “no puedo más”, “sería mejor desaparecer”, “soy una carga”, “no hay salida” o “quiero acabar con todo”. Entre las conductuales destacan despedidas, regalar pertenencias, ordenar asuntos personales, buscar métodos, aumentar consumo de alcohol, abandonar tratamientos, aislarse, cambios bruscos de comportamiento o acudir por lesiones autoinfligidas. Entre las emocionales aparecen desesperanza, agitación, ansiedad intensa, vergüenza, culpa, insomnio grave, irritabilidad o sensación de atrapamiento.

No obstante, ninguna lista permite predecir con certeza quién se suicidará. La valoración debe ser clínica, contextual y dinámica. NICE advierte que las herramientas y escalas de riesgo no deben utilizarse para predecir suicidio futuro ni para decidir de manera automática quién recibe tratamiento o quién puede ser dado de alta. Pueden ayudar a estructurar la entrevista, pero no sustituyen la valoración profesional ni la planificación individualizada.

Un aspecto esencial es detectar cambios respecto al funcionamiento habitual de la persona. En Atención Primaria, el conocimiento longitudinal permite observar si alguien ha dejado de acudir, descuida su aspecto, abandona controles, solicita

medicación con más frecuencia, aumenta consultas somáticas o presenta un cambio de actitud. Estos indicios pueden abrir una exploración más profunda.

Entrevista clínica y primera respuesta asistencial

La entrevista debe realizarse en un espacio que garantice intimidad y tiempo suficiente dentro de las posibilidades del centro. El profesional debe adoptar una actitud calmada, no juzgadora y clara. La persona puede sentir vergüenza o miedo a ser hospitalizada automáticamente si dice la verdad. Por eso, conviene explicar que hablar de ideas suicidas permite valorar la mejor forma de ayudar.

La exploración puede comenzar por el malestar general y avanzar hacia preguntas más directas. Se puede preguntar por ánimo, sueño, ansiedad, consumo de sustancias, apoyo social, acontecimientos recientes, desesperanza y capacidad para afrontar el día a día. Si aparecen expresiones de muerte o desesperación, debe preguntarse de manera explícita por ideación suicida, planificación, intención, medios disponibles, intentos previos y razones para vivir.

Preguntar por los medios no significa pedir detalles innecesarios. El objetivo es valorar acceso y reducir riesgo, no profundizar en aspectos que puedan aumentar la peligrosidad. Deben evitarse descripciones de métodos o instrucciones. La conversación debe centrarse en seguridad, contención y búsqueda de ayuda.

La primera respuesta asistencial es muy importante. Frases como “eso es una tontería”, “no diga esas cosas”, “tiene que ser fuerte” o “hay gente peor” son perjudiciales. En cambio, pueden utilizarse respuestas como “siento que esté pasando por esto”, “gracias por contármelo”, “vamos a buscar ayuda ahora”, “no tiene que manejarlo solo” o “necesitamos hacer un plan para mantenerle a salvo”.

En caso de autolesión reciente, se debe valorar la gravedad física, atender la herida, descartar intoxicación, preguntar por la intención y explorar el contexto. La atención física no debe separarse de la valoración emocional. Curar una lesión sin preguntar qué ha ocurrido puede perder una oportunidad preventiva.

Cuando se detecta riesgo alto o inminente, la persona no debe quedarse sola. Debe activarse el circuito urgente del centro, contactar con emergencias o derivar a

urgencias hospitalarias según el protocolo local. Si existe riesgo vital inmediato, en España procede activar el 112. El 024 puede ser útil como apoyo y orientación en conducta suicida, pero no sustituye la atención de emergencia cuando hay peligro inminente.

Plan de seguridad y reducción del acceso a medios letales

El plan de seguridad es una herramienta práctica, breve y personalizada para ayudar a la persona a manejar una crisis suicida. No debe confundirse con un contrato de no suicidio, que no garantiza seguridad. Un plan útil identifica señales personales de alarma, estrategias internas de afrontamiento, personas o lugares que pueden distraer o acompañar, contactos de apoyo, recursos profesionales y medidas para reducir el acceso a medios de daño.

La planificación de seguridad debe hacerse junto con la persona, no imponerse de forma mecánica. Debe ser concreta y accesible. En una crisis, la capacidad de pensar con claridad disminuye, por lo que el plan debe estar escrito de forma sencilla y guardarse en un lugar disponible. Puede incluir teléfonos de familiares, centro de salud, salud mental, urgencias, 024 y 112 según el nivel de riesgo y el contexto.

Una parte esencial del plan es la reducción del acceso a medios letales. La OMS incluye la limitación del acceso a medios de suicidio entre las intervenciones clave de prevención. En Atención Primaria, esto puede implicar hablar con la persona y, si procede, con su red de apoyo sobre la custodia segura de medicación, retirada temporal de objetos peligrosos o control de acceso a medios de alta letalidad. Esta conversación debe realizarse con respeto, explicando que la crisis puede ser intensa pero transitoria y que reducir el acceso aumenta el tiempo para pedir ayuda.

En el caso de medicamentos, es especialmente importante revisar prescripciones, acumulación en domicilio, tratamientos sedantes, psicofármacos, opioides u otros fármacos potencialmente peligrosos en sobredosis. Puede ser necesario ajustar cantidades dispensadas, coordinar con farmacia, implicar a un familiar en la custodia o realizar seguimiento más frecuente. Esta actuación debe equilibrar seguridad, adherencia y autonomía.

El plan de seguridad también debe incluir estrategias de afrontamiento no lesivas. Respiración, contacto con alguien de confianza, salir de una habitación, acudir a un lugar acompañado, retirar estímulos, escribir, ducharse, escuchar música, caminar o utilizar técnicas aprendidas pueden ayudar a atravesar el pico de crisis. No todas las estrategias sirven para todos; deben ser elegidas por la persona.

Seguimiento en Atención Primaria

El seguimiento tras ideación suicida, intento o autolesión es una intervención preventiva esencial. El riesgo puede mantenerse o aumentar tras una crisis, especialmente si la persona vuelve a un entorno sin apoyo o si no se han resuelto los factores precipitantes. La OMS incluye la identificación temprana, evaluación, gestión y seguimiento entre las intervenciones clave para personas afectadas por pensamientos y conductas suicidas.

El seguimiento debe ser proactivo. No basta con decir “pida cita si empeora”. En pacientes con riesgo, el centro debe programar revisión cercana, contacto telefónico si procede y coordinación con salud mental. La frecuencia dependerá del nivel de riesgo, apoyos, evolución y disponibilidad de recursos. En algunos casos será necesaria revisión en 24 a 72 horas; en otros, seguimiento semanal inicial.

En cada contacto se debe revisar estado emocional, ideación suicida, acceso a medios, adherencia al plan de seguridad, apoyo social, sueño, consumo de sustancias, cumplimiento terapéutico y aparición de nuevos factores estresantes. También conviene reforzar logros, revisar estrategias que han funcionado y ajustar el plan.

El seguimiento debe evitar respuestas meramente farmacológicas. La medicación puede ser necesaria en depresión, ansiedad, insomnio u otros trastornos, pero no sustituye la escucha, la intervención psicosocial, la coordinación y el plan de seguridad. Además, algunos tratamientos requieren vigilancia inicial por posibles efectos adversos, activación, sedación o riesgo en sobredosis.

Atención Primaria también puede intervenir sobre factores modificables: dolor crónico, insomnio, consumo de alcohol, aislamiento, problemas de adherencia, violencia, sobrecarga del cuidador o dificultades sociales. La derivación a trabajo

social, enfermería comunitaria, recursos municipales, asociaciones o grupos de apoyo puede ser relevante.

Coordinación con salud mental, urgencias y recursos comunitarios

La prevención del suicidio exige coordinación. Atención Primaria no debe actuar de forma aislada, especialmente en casos de riesgo moderado o alto, intentos previos, trastorno mental grave, autolesiones repetidas, falta de apoyo o situaciones sociales complejas. La coordinación con salud mental permite evaluación especializada, psicoterapia, ajuste farmacológico, intervención familiar y seguimiento intensivo cuando sea necesario.

La derivación debe ser clara y documentada. Debe incluir motivo, nivel de riesgo, antecedentes, factores precipitantes, apoyo disponible, medicación, intentos previos, autolesiones y plan de seguridad inicial. Una derivación genérica puede retrasar la priorización. Si el riesgo es urgente, no basta con derivación ordinaria; debe activarse circuito inmediato.

Urgencias hospitalarias son necesarias cuando existe riesgo inminente, intento reciente con repercusión médica, intoxicación, lesión grave, psicosis aguda, agitación intensa, incapacidad de garantizar seguridad o falta total de apoyo. La derivación debe realizarse procurando que la persona no acuda sola si existe riesgo.

Los recursos comunitarios también son importantes. Teléfonos de ayuda, asociaciones, grupos de duelo, servicios sociales, centros juveniles, programas de mayores, recursos de violencia de género o dispositivos de adicciones pueden complementar el abordaje sanitario. En España, la Línea 024 ofrece atención a personas con ideación o riesgo suicida y a sus allegados, con posibilidad de derivación a emergencias cuando se aprecia una situación de emergencia.

La coordinación con la familia o red de apoyo debe realizarse respetando la confidencialidad, pero también valorando la seguridad. Cuando hay riesgo, implicar a una persona de confianza puede ser fundamental para acompañar, retirar medios, supervisar medicación y facilitar asistencia. Siempre que sea posible, se debe contar con el consentimiento de la persona. En menores o situaciones de riesgo

grave, las obligaciones de protección pueden requerir actuación incluso si la persona muestra ambivalencia.

Conducta autolesiva en adolescentes y jóvenes

La conducta autolesiva en adolescentes requiere una atención especialmente cuidadosa. Puede aparecer en contextos de ansiedad, depresión, trauma, acoso, conflicto familiar, problemas de regulación emocional, trastornos de conducta alimentaria o dificultades de identidad. A veces se mantiene en secreto y solo se detecta por lesiones, uso de ropa para ocultarlas, cambios de comportamiento o comentarios indirectos.

La respuesta profesional debe evitar el dramatismo excesivo y la minimización. Si se reacciona con alarma extrema, el adolescente puede cerrarse; si se banaliza, puede sentirse incomprendido. Es importante preguntar qué función cumple la autolesión, cuándo ocurre, qué emociones la preceden, si existe ideación suicida, qué apoyo tiene y si hay riesgo inmediato.

En menores, la implicación familiar suele ser necesaria, pero debe manejarse con sensibilidad. Algunos adolescentes temen que sus padres reaccionen con castigo o incompreensión. El profesional debe explicar la necesidad de protección y ayudar a construir una comunicación segura. Cuando existen sospechas de violencia, abuso o entorno familiar dañino, deben activarse los circuitos de protección correspondientes.

La escuela puede ser un entorno relevante para detectar y prevenir, pero la coordinación debe respetar confidencialidad y protocolos. Acoso escolar, aislamiento, bajo rendimiento, absentismo o conflictos pueden estar relacionados con autolesiones. Atención Primaria puede coordinar con salud mental infantojuvenil, trabajo social y recursos educativos cuando proceda.

Personas mayores, cronicidad y soledad

En personas mayores, el riesgo suicida puede pasar desapercibido porque los síntomas se atribuyen al envejecimiento, a la enfermedad física o a la pérdida de

seres queridos. La tristeza persistente, la retirada social, el abandono de cuidados, el rechazo a comer, el insomnio o expresiones de ser una carga deben explorarse.

La soledad no deseada es un factor relevante. Muchas personas mayores viven solas, han perdido pareja o amigos, tienen movilidad reducida o dependen de familiares sobrecargados. La Atención Primaria conoce a menudo esta realidad y puede activar recursos comunitarios, seguimiento enfermero, trabajo social o programas de acompañamiento.

El dolor crónico, la discapacidad y la pérdida de autonomía pueden generar desesperanza. Tratar adecuadamente el dolor, mejorar ayudas técnicas, adaptar el domicilio y apoyar al cuidador puede reducir sufrimiento. La prevención del suicidio en mayores no se limita a antidepressivos o derivaciones; también implica mejorar calidad de vida, conexión social y sensación de dignidad.

En mayores polimedicados, la seguridad del acceso a medicamentos es especialmente importante. Puede existir acumulación de fármacos en domicilio, confusión en pautas o disponibilidad de medicamentos potencialmente peligrosos. La coordinación entre Atención Primaria, farmacia comunitaria y familia puede ser una medida preventiva.

Registro clínico, confidencialidad y aspectos éticos

El registro clínico debe ser claro, objetivo y útil para la continuidad asistencial. Debe documentarse la ideación, el nivel de planificación e intención, factores de riesgo y protección, exploración realizada, medidas de seguridad acordadas, personas de apoyo implicadas, recursos activados, derivación y plan de seguimiento. Registrar únicamente “no riesgo” resulta insuficiente si no se explica la valoración.

La confidencialidad es esencial, pero no absoluta cuando existe riesgo grave para la vida. El profesional debe intentar contar con la persona para implicar a familiares o recursos, explicando que el objetivo es protegerla. En situaciones de peligro inminente, puede ser necesario actuar aunque la persona no quiera, siguiendo normativa y protocolos.

También debe cuidarse el lenguaje del registro. Expresiones como “manipulador”, “llamada de atención” o “amenaza suicida” pueden estigmatizar y afectar a la atención posterior. Es preferible describir hechos, verbalizaciones, contexto y valoración clínica. La persona que se autolesiona o expresa deseos de morir necesita una respuesta profesional, no un juicio moral.

Cuidado de los profesionales y prevención del desgaste

Atender conducta suicida y autolesiva genera impacto emocional en los profesionales. Puede aparecer miedo a no detectar el riesgo, sensación de responsabilidad excesiva, angustia tras un intento o fallecimiento, frustración por falta de recursos o desgaste por casos repetidos. Los equipos de Atención Primaria necesitan formación, protocolos, supervisión y espacios de apoyo.

La prevención no debe depender solo de la sensibilidad individual. Los centros deben disponer de circuitos claros, formación periódica, criterios de derivación, acceso a consulta especializada y mecanismos para revisar casos complejos. La seguridad del paciente mejora cuando el profesional sabe qué hacer y no se siente solo.

Tras un suicidio consumado de un paciente, el equipo puede necesitar revisión del caso, apoyo emocional y análisis sin culpabilización. Aprender de la experiencia es importante, pero también lo es cuidar a quienes han participado en la atención.

Conclusiones

La prevención del suicidio y la atención a la conducta autolesiva en Atención Primaria requieren una respuesta organizada, humana y continuada. El primer nivel asistencial ocupa una posición estratégica por su accesibilidad, conocimiento longitudinal de las personas y capacidad para integrar dimensiones clínicas, familiares y sociales.

Preguntar por ideación suicida no aumenta el riesgo; permite abrir una vía de ayuda. La valoración debe ser directa, respetuosa y contextual, evitando depender

únicamente de escalas predictivas. La autolesión, con o sin intención suicida, debe tomarse siempre en serio y abordarse sin juicio.

Las intervenciones fundamentales incluyen contención inicial, valoración del riesgo, plan de seguridad, reducción del acceso a medios letales, seguimiento proactivo, coordinación con salud mental y urgencias, e implicación de la red de apoyo cuando proceda. En España, recursos como el 024 y el 112 forman parte del circuito de ayuda, diferenciando apoyo especializado y emergencia vital.

La prevención eficaz exige también actuar sobre factores de fondo: soledad, dolor, consumo de sustancias, enfermedad crónica, violencia, duelo, problemas sociales y falta de apoyo. Atención Primaria puede intervenir sobre muchos de estos elementos o coordinar recursos para abordarlos.

En definitiva, prevenir el suicidio no significa tener una respuesta perfecta para todo el sufrimiento humano, sino construir una red de detección, escucha, protección y seguimiento. Cada pregunta realizada con respeto, cada plan de seguridad, cada llamada de seguimiento y cada derivación bien coordinada pueden convertirse en una oportunidad para sostener la vida en un momento de máxima vulnerabilidad.

Referencias

1. Thangada MS, Kasoju R. A systematic review of suicide risk management strategies in primary care settings. *Front Psychiatry*. 2024;15:1440738. doi:10.3389/fpsyt.2024.1440738.
2. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064.
3. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, et al. Comparison of the Safety Planning Intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(9):894-900. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.
4. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of suicide prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(10):1021-1030. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1586.
5. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry*. 2015;206(3):184-190. doi:10.1192/bjp.bp.114.147819.
6. Spitzer EG, Zuromski KL, Davis MT, Witte TK, Weinstock LM. A systematic review of lethal means safety counseling interventions: impacts on safety behaviors and self-directed violence. *Epidemiol Rev*. 2024;46(1):38-50. doi:10.1093/epirev/mxae001.
7. Hunter AA, DiVietro S, Boyer M, Burnham K, Chenard D, Rogers SC. The practice of lethal means restriction counseling in US emergency departments to reduce suicide risk: a systematic review of the literature. *Inj Epidemiol*. 2021;8(Suppl 1):54. doi:10.1186/s40621-021-00351-5.
8. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;3(3):CD013667. doi:10.1002/14651858.CD013667.pub2.
9. Kothgassner OD, Robinson K, Goreis A, Ougrin D, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a

- systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2021;51(7):1057-1067. doi:10.1017/S0033291721001355.
10. McEvoy D, Brannigan R, Cooke L, Butler E, Walsh C, Arensman E, et al. Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: an umbrella review of systematic reviews. *J Psychiatr Res.* 2023;168:353-380. doi:10.1016/j.jpsychires.2023.10.017.
 11. Troya MI, Babatunde O, Polidano K, Bartlam B, McCloskey E, Dikomititis L, et al. Self-harm in older adults: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2019;214(4):186-200. doi:10.1192/bjp.2019.11.
 12. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, et al. Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(11):905-912. doi:10.1016/S2215-0366(18)30348-1

Ansiedad y depresión en el siglo XXI: abordaje desde la enfermería

Irene Tordesillas Paniagua

Introducción

La ansiedad y la depresión se han convertido en dos de los problemas de salud mental más frecuentes del siglo XXI. Aunque no son trastornos nuevos, su presencia en la vida cotidiana, en las consultas sanitarias y en los espacios sociales parece cada vez más visible. El ritmo acelerado de vida, la presión laboral, la incertidumbre económica, la soledad, el envejecimiento poblacional, la exposición constante a pantallas, la hiperconectividad, la precariedad, los cambios familiares y el impacto de crisis recientes han contribuido a que el malestar emocional ocupe un lugar central en la atención sanitaria.

La ansiedad y la depresión no deben entenderse solo como diagnósticos psiquiátricos. También son experiencias humanas de sufrimiento que afectan a la forma en que la persona piensa, siente, se relaciona, trabaja, descansa y cuida de sí misma. La ansiedad puede manifestarse como preocupación excesiva, miedo, tensión, irritabilidad, insomnio, sensación de amenaza, palpitaciones, opresión torácica, dificultad para respirar o molestias digestivas. La depresión puede expresarse mediante tristeza persistente, pérdida de interés, cansancio, desesperanza, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa o pensamientos de muerte. En muchas personas, ambos cuadros aparecen juntos y se refuerzan mutuamente.

Desde la enfermería, el abordaje de la ansiedad y la depresión requiere una mirada integral. No basta con identificar síntomas o administrar tratamiento farmacológico cuando está indicado. Es necesario escuchar, valorar el contexto, detectar factores de riesgo, educar en autocuidado, promover hábitos saludables, reforzar la

adherencia terapéutica, acompañar emocionalmente, coordinar recursos y vigilar signos de alarma. La enfermera, por su cercanía con la persona y su presencia en distintos niveles asistenciales, ocupa una posición privilegiada para detectar sufrimiento psicológico, especialmente cuando este se manifiesta a través de síntomas físicos o dificultades en el autocuidado.

En atención primaria, hospitalización, urgencias, salud comunitaria, centros sociosanitarios, salud laboral, educación para la salud y cuidados domiciliarios, la enfermería puede desempeñar un papel clave. Muchas personas con ansiedad o depresión no consultan directamente por malestar emocional. Pueden acudir por cefaleas, dolor muscular, cansancio, insomnio, problemas digestivos, sensación de ahogo, falta de energía o empeoramiento de enfermedades crónicas. La capacidad enfermera para valorar a la persona en su conjunto permite abrir una conversación sobre salud mental sin reducir el problema a una etiqueta diagnóstica.

Este capítulo analiza la ansiedad y la depresión en el contexto actual y desarrolla el papel de la enfermería en su detección, abordaje, seguimiento y prevención. Se parte de una idea fundamental: cuidar la salud mental no corresponde únicamente a unidades especializadas. Todos los ámbitos sanitarios deben incorporar una sensibilidad hacia el sufrimiento emocional, y la enfermería tiene herramientas propias para contribuir a una atención más humana, preventiva y continuada.

Ansiedad y depresión como retos del siglo XXI

La sociedad actual ha generado nuevas formas de vulnerabilidad emocional. La productividad constante, la comparación social, la inseguridad laboral, las dificultades para conciliar, la presión académica, el uso intensivo de redes sociales y la sensación de disponibilidad permanente pueden favorecer estrés mantenido. Este estrés, cuando se prolonga y supera los recursos de afrontamiento de la persona, puede contribuir al desarrollo de ansiedad, depresión o ambos.

La ansiedad forma parte de la respuesta normal del organismo ante una amenaza. Permite estar alerta y prepararse para actuar. El problema aparece cuando esa respuesta se activa de forma excesiva, persistente o desproporcionada, incluso ante situaciones cotidianas. En ese caso, la ansiedad deja de ser adaptativa y se

convierte en una fuente de sufrimiento. Muchas personas viven en estado de anticipación constante, preocupadas por lo que puede ocurrir, incapaces de descansar o de disfrutar del presente.

La depresión, por su parte, no debe confundirse con tristeza pasajera. Implica una alteración más profunda del estado de ánimo, de la motivación, del pensamiento y del funcionamiento general. La persona puede sentir que todo requiere un esfuerzo enorme, que no tiene energía, que nada le interesa o que no hay salida. En ocasiones, esta vivencia se acompaña de culpa por no poder cumplir con responsabilidades familiares, laborales o sociales.

En el siglo XXI, uno de los grandes problemas es la normalización del malestar. Muchas personas asumen que vivir con ansiedad permanente, dormir mal, sentirse agotadas o perder interés por actividades significativas es una consecuencia inevitable de la vida moderna. Esta normalización retrasa la búsqueda de ayuda. También existe el problema contrario: la patologización de cualquier emoción desagradable. No toda preocupación es un trastorno de ansiedad ni toda tristeza es depresión. La intervención sanitaria debe diferenciar entre malestar esperable, sufrimiento que requiere apoyo y trastornos que precisan atención específica.

Otro reto actual es el estigma. Aunque se habla más de salud mental, muchas personas siguen sintiendo vergüenza al reconocer que tienen ansiedad o depresión. Algunas temen ser consideradas débiles, exageradas o incapaces. Otras evitan pedir ayuda porque creen que deberían resolverlo solas. La enfermería puede ayudar a reducir este estigma mediante una comunicación respetuosa y normalizadora, explicando que la salud mental forma parte de la salud general y que pedir ayuda es una conducta responsable.

Manifestaciones clínicas y detección enfermera

La detección temprana es fundamental para evitar que la ansiedad y la depresión se cronifiquen o generen complicaciones. La enfermera puede observar señales en distintos momentos de la atención. En una consulta de crónicos, puede detectar abandono del autocuidado. En una cura, puede percibir apatía o desesperanza. En una visita domiciliaria, puede observar aislamiento, descuido personal o falta de

apoyo. En urgencias, puede identificar crisis de angustia. En hospitalización, puede advertir insomnio, llanto frecuente o miedo intenso ante la enfermedad.

La ansiedad puede presentarse con síntomas psicológicos, físicos y conductuales. Entre los psicológicos destacan preocupación excesiva, sensación de peligro, miedo a perder el control, dificultad para concentrarse y pensamientos repetitivos. Entre los físicos aparecen taquicardia, sudoración, temblor, tensión muscular, opresión torácica, hiperventilación, molestias digestivas, mareo o insomnio. En el plano conductual puede observarse evitación, necesidad de comprobación constante, irritabilidad o búsqueda repetida de seguridad.

La depresión puede manifestarse con tristeza persistente, anhedonia, cansancio, enlentecimiento, irritabilidad, alteraciones del apetito, problemas de sueño, dificultad para tomar decisiones, baja autoestima, culpa, aislamiento y pensamientos de muerte. En personas mayores, puede expresarse menos como tristeza y más como apatía, quejas somáticas, pérdida de funcionalidad, deterioro del autocuidado o empeoramiento de enfermedades previas. En adolescentes, puede aparecer como irritabilidad, bajo rendimiento, aislamiento, conductas de riesgo o autolesiones.

La entrevista enfermera debe permitir explorar estos síntomas sin invadir ni juzgar. Preguntas sencillas pueden abrir la conversación: “¿Cómo está durmiendo?”, “¿se siente más preocupado de lo habitual?”, “¿ha perdido interés por cosas que antes disfrutaba?”, “¿se siente con fuerzas para afrontar el día?”, “¿ha sentido que no puede más?”. Estas preguntas deben realizarse en un clima de confianza y privacidad.

También es importante valorar la duración, intensidad e impacto funcional. No es lo mismo sentirse nervioso ante una situación concreta que vivir con ansiedad diaria que impide trabajar, descansar o relacionarse. No es lo mismo estar triste por una pérdida reciente que presentar semanas de desesperanza, aislamiento y abandono de actividades. La valoración debe centrarse en cómo afecta el malestar a la vida de la persona.

La enfermería puede utilizar escalas de cribado cuando estén disponibles en el centro, pero estas herramientas no sustituyen la entrevista clínica ni la valoración integral. Sirven para orientar, objetivar síntomas y facilitar seguimiento, pero deben

interpretarse en contexto. Una puntuación elevada requiere exploración, y una puntuación baja no debe invalidar el sufrimiento expresado por la persona.

Factores de riesgo, vulnerabilidad y protección

El abordaje enfermero debe considerar los factores que aumentan o reducen el riesgo de ansiedad y depresión. Entre los factores de riesgo se encuentran antecedentes personales o familiares de trastornos mentales, enfermedades crónicas, dolor persistente, discapacidad, consumo de sustancias, falta de apoyo social, violencia, duelo, desempleo, precariedad, sobrecarga de cuidados, problemas económicos, aislamiento, estrés laboral y experiencias traumáticas.

Las personas con enfermedades crónicas presentan especial vulnerabilidad. Diabetes, enfermedad cardiovascular, EPOC, cáncer, enfermedad renal, dolor crónico o enfermedades neurológicas pueden generar miedo, incertidumbre y pérdida de autonomía. A su vez, la ansiedad y la depresión pueden empeorar la adherencia terapéutica, reducir la actividad física, alterar el sueño y dificultar el control de la enfermedad. Por ello, no deben abordarse como problemas separados.

La sobrecarga del cuidador es otro factor importante. Muchas personas que cuidan a familiares dependientes experimentan cansancio físico, aislamiento, culpa, ansiedad y síntomas depresivos. La enfermería, especialmente en atención primaria y domicilio, puede detectar esta sobrecarga y promover apoyos. Cuidar al cuidador también es prevenir problemas de salud mental.

La soledad no deseada se ha convertido en un reto creciente. Afecta a personas mayores, pero también a jóvenes y adultos. La falta de vínculos significativos aumenta el riesgo de depresión y empeora la capacidad de afrontamiento. La intervención enfermera puede incluir identificación de aislamiento, derivación a recursos comunitarios y promoción de redes de apoyo.

Entre los factores protectores destacan el apoyo familiar y social, la actividad física, el sueño adecuado, la alimentación saludable, la participación comunitaria, la espiritualidad o sentido vital para algunas personas, la capacidad de pedir ayuda, la

adherencia terapéutica, la estabilidad laboral, las habilidades de afrontamiento y la relación de confianza con profesionales sanitarios.

La valoración enfermera debe identificar tanto riesgos como fortalezas. Centrarse en la entrevista solo en déficits puede aumentar la sensación de incapacidad. Preguntar por lo que ayuda, por personas de confianza, por actividades significativas o por momentos en los que se siente mejor permite construir un plan más realista y esperanzador.

Comunicación terapéutica y acompañamiento emocional

La comunicación terapéutica es una de las principales herramientas enfermeras en ansiedad y depresión. No se trata de hacer psicoterapia especializada, sino de ofrecer una relación de ayuda basada en escucha, respeto, validación emocional y orientación.

La escucha activa permite que la persona se sienta reconocida. Muchas personas con ansiedad o depresión han escuchado frases como “no pienses tanto”, “anímate”, “eso nos pasa a todos” o “tienes que poner de tu parte”. Aunque a veces se dicen con buena intención, pueden aumentar la culpa y la sensación de incompreensión. La enfermera debe evitar minimizar el sufrimiento. Validar no significa confirmar todos los pensamientos negativos, sino reconocer que la persona está viviendo algo difícil.

La comunicación debe ser clara y calmada. En ansiedad, el paciente puede sentirse desbordado por sensaciones físicas intensas. Explicar que los síntomas son reales, que pueden ser muy molestos y que existen estrategias para manejarlos ayuda a reducir el miedo. En depresión, la persona puede tener dificultades para concentrarse, por lo que las indicaciones deben ser sencillas y repetirse si es necesario.

El acompañamiento emocional también implica tolerar el silencio, el llanto o la expresión de desesperanza sin apresurarse a dar soluciones. A veces, el primer cuidado es permitir que la persona pueda hablar sin sentirse juzgada. Posteriormente, se podrán establecer objetivos, derivaciones o intervenciones.

Es importante mantener límites profesionales. La enfermera no debe asumir en solitario la responsabilidad total del estado emocional del paciente ni prometer soluciones inmediatas. Debe acompañar, valorar, intervenir dentro de sus competencias y coordinar con otros profesionales cuando sea necesario. La relación terapéutica debe ser cercana, pero también segura y organizada.

La comunicación con la familia puede ser útil, siempre respetando la confidencialidad y la autonomía de la persona. En algunos casos, la familia no entiende lo que ocurre y presiona al paciente para que “se recupere rápido”. La educación familiar puede ayudar a reducir juicios y mejorar el apoyo.

Educación para el autocuidado en ansiedad y depresión

La educación para el autocuidado es una intervención enfermera fundamental. La ansiedad y la depresión afectan a hábitos básicos, como sueño, alimentación, actividad física, higiene, adherencia terapéutica y relaciones sociales. Recuperar rutinas puede ser parte del proceso de mejora.

En ansiedad, la educación puede centrarse en comprender la respuesta fisiológica del estrés, identificar desencadenantes, reconocer señales tempranas y aplicar estrategias de regulación. Técnicas de respiración lenta, relajación muscular, pausas conscientes, organización de tareas y reducción de estimulantes pueden ser útiles. Sin embargo, deben presentarse como herramientas, no como soluciones mágicas. La persona necesita practicar y encontrar qué le funciona.

En depresión, el autocuidado debe plantearse de forma gradual. Pedir grandes cambios a una persona sin energía puede aumentar la frustración. Es preferible comenzar con objetivos pequeños: levantarse a una hora similar, ducharse, salir unos minutos, comer algo sencillo, contactar con alguien de confianza o realizar una actividad breve. Estos pequeños pasos pueden ayudar a romper el aislamiento y la inactividad.

El sueño merece atención especial. Insomnio, despertar precoz, sueño no reparador o exceso de sueño son frecuentes. La enfermería puede educar sobre higiene del sueño: horarios regulares, evitar pantallas antes de dormir, reducir cafeína, limitar siestas largas, crear una rutina nocturna y usar la cama

principalmente para dormir. Si el insomnio es persistente o grave, debe derivarse para valoración.

La actividad física es una estrategia relevante. No se trata necesariamente de hacer deporte intenso, sino de introducir movimiento adaptado: caminar, estiramientos, ejercicios suaves o actividades al aire libre. La actividad debe ajustarse al estado físico y a la motivación. En depresión, incluso una caminata corta puede ser un objetivo inicial.

La alimentación también influye en el bienestar. La ansiedad puede aumentar ingesta compulsiva o reducir apetito; la depresión puede llevar a descuidar comidas. La educación debe ser realista, evitando mensajes rígidos. Mantener horarios, hidratarse, evitar abuso de alcohol y priorizar alimentos sencillos y nutritivos puede ser un primer paso.

Adherencia terapéutica y seguimiento enfermero

Muchas personas con ansiedad y depresión reciben tratamiento farmacológico, psicológico o combinado. La enfermería puede desempeñar un papel importante en el seguimiento, especialmente en la adherencia y en la detección de efectos adversos o dificultades.

Cuando se inicia un tratamiento farmacológico, la persona puede tener dudas o miedo. Algunas temen “depender” del medicamento, cambiar su personalidad o sufrir efectos secundarios. Otras abandonan pronto porque no notan mejoría inmediata. La enfermera puede explicar que determinados tratamientos tardan semanas en mostrar efecto, que no deben suspenderse bruscamente sin indicación profesional y que cualquier efecto adverso debe consultarse.

La adherencia no debe abordarse desde la culpa. Si una persona no toma el tratamiento, conviene explorar el motivo: olvido, efectos secundarios, falta de comprensión, miedo, coste, estigma, consumo de alcohol, mejora parcial o falta de confianza. Cada causa requiere una intervención distinta. Pastilleros, recordatorios, simplificación de horarios, educación familiar o revisión médica pueden ayudar.

El seguimiento enfermero permite valorar evolución de síntomas, sueño, apetito, energía, ansiedad, actividad diaria, funcionamiento social y pensamientos de muerte. También permite reforzar logros, ajustar objetivos de autocuidado y detectar empeoramientos. En Atención Primaria, este seguimiento puede ser clave para evitar que la persona quede sin apoyo entre consultas médicas o de salud mental.

En pacientes con ansiedad, el seguimiento puede incluir revisión de crisis, identificación de desencadenantes, uso de técnicas de afrontamiento y reducción de evitación progresiva según indicación del equipo. En depresión, se revisa activación conductual, rutinas, apoyo social y adherencia.

La coordinación con salud mental es necesaria cuando los síntomas son moderados o graves, existe riesgo suicida, hay trastorno mental complejo, mala respuesta al tratamiento, consumo de sustancias, autolesiones o deterioro funcional importante. La enfermería puede facilitar la derivación, reforzar la continuidad y acompañar a la persona durante la espera.

Ansiedad, depresión y riesgo suicida

La ansiedad y la depresión pueden asociarse a pensamientos de muerte o suicidio, especialmente cuando hay desesperanza, aislamiento, dolor, consumo de sustancias o antecedentes de intentos previos. La enfermería debe incorporar la valoración del riesgo suicida cuando detecta sufrimiento intenso, depresión grave, verbalizaciones de desesperanza o cambios preocupantes.

Preguntar por ideas de muerte no induce al suicidio. Al contrario, permite abrir una conversación necesaria. Puede formularse con naturalidad: “Cuando alguien se siente tan mal, a veces piensa que no quiere seguir viviendo. ¿Le ha pasado?”. Si la respuesta es afirmativa, debe explorarse si hay plan, intención, medios disponibles, intentos previos, consumo de sustancias, apoyo y capacidad para mantenerse seguro.

Ante riesgo inminente, la persona no debe quedarse sola y debe activarse el circuito urgente correspondiente. Si el riesgo no es inmediato, se debe informar al equipo, elaborar un plan de seguridad, coordinar seguimiento cercano e implicar

apoyos cuando proceda. La confidencialidad es importante, pero ante riesgo vital puede ser necesario activar medidas de protección.

Las autolesiones también deben tomarse en serio, aunque la persona diga que no quería morir. Son una señal de sufrimiento y pueden coexistir con riesgo suicida. La respuesta debe ser respetuosa, evitando juicios o expresiones como “lo hace para llamar la atención”. La enfermería puede atender la lesión física, valorar el estado emocional y derivar según protocolo.

La prevención del suicidio en ansiedad y depresión exige continuidad. No basta con actuar en la crisis. El seguimiento posterior, la coordinación con salud mental, el apoyo familiar y la reducción de acceso a medios peligrosos son componentes fundamentales.

Abordaje en grupos específicos

En adolescentes, la ansiedad y la depresión pueden expresarse de forma diferente a la etapa adulta. Irritabilidad, aislamiento, bajo rendimiento, alteraciones del sueño, quejas somáticas, uso problemático de redes, autolesiones o consumo de sustancias pueden ser señales. La enfermería escolar, pediátrica y de atención primaria puede detectar cambios y facilitar intervención temprana. Es importante hablar con el adolescente de forma respetuosa, garantizando un espacio de confianza y valorando la necesidad de implicar a la familia según edad, riesgo y normativa.

En personas mayores, la depresión puede estar infradiagnosticada. A menudo se atribuye a la edad, al duelo o a la enfermedad física. Sin embargo, la tristeza persistente, la apatía, el abandono de actividades, el insomnio, la pérdida de apetito o la sensación de ser una carga requieren valoración. La ansiedad también puede aparecer vinculada a miedo a caídas, enfermedad, soledad o pérdida de autonomía. La enfermería domiciliaria y comunitaria tiene un papel esencial.

En pacientes con enfermedades crónicas, la ansiedad y depresión pueden empeorar el pronóstico y la adherencia. Un paciente con insuficiencia cardiaca, diabetes, EPOC o cáncer puede vivir con miedo constante, incertidumbre y cambios

en su identidad. Integrar la salud mental en el seguimiento de crónicos mejora la calidad de la atención.

En personas cuidadoras, el riesgo de ansiedad y depresión aumenta cuando existe sobrecarga prolongada. La enfermería debe valorar descanso, apoyo, síntomas emocionales, dolor, aislamiento y capacidad para continuar cuidando. Derivar a recursos de apoyo, trabajo social o salud mental puede ser necesario.

En profesionales sanitarios también pueden aparecer ansiedad, depresión y agotamiento emocional. Aunque este capítulo se centra en pacientes, conviene recordar que cuidar exige también proteger a quienes cuidan. La sobrecarga, la exposición al sufrimiento y la presión asistencial pueden afectar al bienestar de los equipos.

Intervención comunitaria y promoción de la salud mental

La enfermería no solo interviene ante síntomas, también puede promover salud mental en la comunidad. La prevención incluye educación emocional, promoción de hábitos saludables, reducción del estigma, fortalecimiento de redes sociales y detección de vulnerabilidad.

En centros educativos, asociaciones, centros de mayores o programas comunitarios, la enfermería puede participar en actividades sobre manejo del estrés, sueño, autocuidado, apoyo social, consumo de sustancias y búsqueda de ayuda. Estas intervenciones no sustituyen la atención clínica, pero crean entornos más sensibles al bienestar emocional.

La salud mental comunitaria requiere colaboración con otros sectores: servicios sociales, educación, empleo, asociaciones, ayuntamientos y recursos comunitarios. Muchas causas de ansiedad y depresión tienen relación con determinantes sociales. Por ello, la respuesta no puede ser solo individual.

La enfermería puede actuar como puente entre la persona y los recursos. Identificar soledad, precariedad, violencia o sobrecarga y derivar a apoyos adecuados puede tener un impacto importante. En algunos casos, una intervención social o comunitaria es tan relevante como una intervención clínica.

También es importante fomentar mensajes realistas. Cuidar la salud mental no significa estar siempre bien, sino desarrollar recursos para afrontar dificultades, pedir ayuda y mantener vínculos. La promoción debe evitar discursos de autoexigencia que responsabilicen completamente a la persona de su bienestar.

Coordinación interdisciplinar

El abordaje de la ansiedad y la depresión requiere trabajo en equipo. Medicina de familia, enfermería, psicología clínica, psiquiatría, trabajo social, farmacia, terapia ocupacional y recursos comunitarios pueden intervenir según el caso. La coordinación evita duplicidades, mensajes contradictorios y pérdidas de seguimiento.

La enfermería puede aportar información valiosa al equipo: cambios observados, adherencia, situación familiar, autocuidado, consumo de sustancias, riesgo social, evolución del sueño, capacidad funcional y respuesta a intervenciones educativas. Esta información complementa la valoración médica y psicológica.

En pacientes con tratamiento farmacológico, la coordinación con farmacia puede ayudar a detectar problemas de adherencia, efectos adversos, duplicidades o automedicación. En personas mayores o polimedicadas, esta colaboración es especialmente importante.

Trabajo social debe participar cuando existen problemas económicos, violencia, dependencia, soledad, vivienda o falta de apoyo. Muchas veces, el malestar emocional no mejorará si no se abordan estas condiciones.

La coordinación debe mantenerse en el tiempo. Las derivaciones no deben ser simples envíos. Es necesario asegurar que la persona accede al recurso, que entiende la indicación y que existe seguimiento mientras espera. La continuidad es una de las fortalezas enfermeras.

2 Humanización y ética del cuidado en salud mental

La atención a la ansiedad y la depresión exige una ética del cuidado basada en respeto, confidencialidad, autonomía y no estigmatización. La persona que sufre no debe ser reducida a su diagnóstico ni tratada como incapaz de decidir por el hecho de tener un problema de salud mental.

Humanizar implica escuchar sin juicio, explicar opciones, respetar tiempos y reconocer la experiencia subjetiva del paciente. También implica cuidar la intimidad. Hablar de ansiedad, depresión, autolesiones o pensamientos de muerte requiere espacios adecuados y discreción.

La autonomía debe promoverse siempre que sea posible. La persona debe participar en decisiones sobre tratamiento, autocuidado, derivaciones y apoyos. En situaciones de riesgo grave, puede ser necesario priorizar la seguridad, pero incluso entonces debe explicarse lo que se hace y por qué.

La enfermería debe evitar etiquetas negativas. Expresiones como “paciente difícil”, “no colabora” o “somatiza todo” pueden perjudicar la atención. Es preferible describir conductas y necesidades: “presenta alta preocupación por síntomas físicos”, “muestra dificultad para adherirse al plan”, “requiere apoyo para comprender la pauta”.

La ética también incluye reconocer límites. La enfermera no debe asumir funciones psicoterapéuticas para las que no está formada, pero sí puede ofrecer cuidados emocionales básicos, educación, seguimiento y coordinación. Saber derivar también es cuidar.

Conclusiones

La ansiedad y la depresión son retos centrales de la salud en el siglo XXI. Su frecuencia, impacto funcional y relación con enfermedades crónicas, soledad, estrés y vulnerabilidad social hacen que deban abordarse desde todos los niveles asistenciales, no solo desde los servicios especializados de salud mental.

La enfermería ocupa una posición esencial por su cercanía, continuidad y visión integral. Puede detectar síntomas, valorar factores de riesgo, acompañar emocionalmente, educar en autocuidado, reforzar adherencia terapéutica, identificar

riesgo suicida, coordinar recursos y participar en intervenciones comunitarias. Su papel no sustituye al de otros profesionales, sino que complementa y fortalece el abordaje interdisciplinar.

El cuidado enfermero de la ansiedad y la depresión debe basarse en una comunicación respetuosa, una valoración completa y una intervención adaptada a la realidad de cada persona. No basta con recomendar calma o ánimo. Es necesario comprender el contexto, establecer objetivos pequeños, promover rutinas, reforzar apoyos y mantener seguimiento.

La humanización es especialmente importante en salud mental. Las personas con ansiedad y depresión necesitan ser escuchadas sin juicio, recibir información clara y sentirse acompañadas. El estigma, la minimización y la culpabilización dificultan la recuperación y alejan a las personas del sistema sanitario.

En definitiva, el abordaje enfermero de la ansiedad y la depresión combina competencia clínica, educación sanitaria, sensibilidad emocional y coordinación asistencial. En una sociedad cada vez más compleja, la enfermería puede contribuir de forma decisiva a que el sufrimiento psicológico sea detectado antes, atendido mejor y acompañado con mayor dignidad.

Referencias

1. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
3. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
4. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(12):CD003267. doi:10.1002/14651858.CD003267.pub2.
5. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10):CD006525. doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2.
6. Amaral RI, Weston FCL, Hirakata VN, Paz AA, Wesner AC. Effectiveness and efficacy of therapeutic interventions performed by nurses for anxiety disorders: a systematic review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2022;28(4):283-294. doi:10.1177/10783903211068105.
7. Zimmermann T, Puschmann E, van den Bussche H, Wiese B, Ernst A, Porzelt S, et al. Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: cluster-randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2016;63:101-111. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.08.007.
8. Sampaio FMC, Araújo O, Sequeira C, Lluch Canut MT, Martins T. A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *J Adv Nurs*. 2018;74(5):1114-1126. doi:10.1111/jan.13520.
9. Izaguirre-Riesgo A, Menéndez-González L, Alonso Pérez F. Effectiveness of a nursing program of self-care and mindfulness, in the approach to the

- common mental disorder in primary care. *Aten Primaria*. 2020;52(6):400-409. doi:10.1016/j.aprim.2019.05.015.
10. Huynh NTT, Li T, Theocharous A, Liu B, Chien WT. Nurse-led educational interventions for anxiety management in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2022;30(8):6699-6744. doi:10.1007/s00520-022-07085-4.
 11. McInnes S, Halcomb E, Ashley C, Kean A, Moxham L, Patterson C. An integrative review of primary health care nurses' mental health knowledge gaps and learning needs. *Collegian*. 2022;29(4):540-548. doi:10.1016/j.colegn.2021.12.005.
 12. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS One*. 2019;14(8):e0220116. doi:10.1371/journal.pone.0220116.
 13. Conn VS, Ruppert TM, Enriquez M, Cooper PS. Patient-centered outcomes of medication adherence interventions: systematic review and meta-analysis. *Value Health*. 2016;19(2):277-285. doi:10.1016/j.jval.2015.12.001.
 14. Kini V, Ho PM. Interventions to improve medication adherence: a review. *JAMA*. 2018;320(23):2461-2473. doi:10.1001/jama.2018.19271.
 15. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, et al. Comparison of the Safety Planning Intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(9):894-900. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.

© Lucía Ballvé García Conde, María del Carmen Sánchez García, Fernando Ezequiel Di Salvo Morales, Yolanda Garrido García, Ignacio Martínez Garrido, Irene Tordesillas Paniagua, 2025

© Palmito Books, S.L., 2025

Calle Pedro García Villalba, 79, 2ºC
30150 La Alberca, Murcia

ESPAÑA

Retos de salud y cuidados en el siglo XXI ofrece una visión práctica y actual sobre los principales desafíos de los entornos sanitarios contemporáneos. La obra aborda la educación para la salud, el autocuidado, la seguridad del paciente, la gestión documental, la digitalización sanitaria, la atención al usuario, el uso racional del medicamento, la coordinación asistencial y la salud mental. Desde una perspectiva interdisciplinaria, pone en valor la importancia de cuidar con rigor técnico, comunicación clara y sensibilidad humana. Un libro orientado a profesionales, estudiantes y lectores interesados en comprender cómo mejorar la calidad, la seguridad y la continuidad de los cuidados actuales.



PALMITO BOOKS

