El ENFOQUE “ONE SLEEP HEALTH” COMO VÍNCULO INDISOLUBLE ENTRE EL DESCANSO HUMANO Y EL EQUILIBRIO DE LA NATURALEZA.

Introducción: Dormir bien se ha vuelto un reto global debido al impacto ambiental, que incluye las olas de calor, el crecimiento urbano, el exceso de ruido, la luz artificial nocturna y el uso constante de pantallas. Bajo el enfoque "One Sleep Health-OSH”, la pérdida de sueño ya no se considera un problema puramente individual, sino un desajuste general que interconecta la salud humana, el bienestar animal y el equilibrio de la naturaleza.

Objetivo: Analizar cómo influye el entorno ambiental en la calidad del sueño y destacar el beneficio del trabajo en equipo entre las enfermeras de los centros de salud y las Unidades Funcionales de Sueño para proteger el descanso de la comunidad.

Metodología: Revisión y combinación de estudios científicos publicados entre 2018 y 2026 en las principales bases de datos de salud (PubMed, CINAHL y Scopus), incluyendo las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Resultados: El aumento de las temperaturas nocturnas, el ruido medioambiental y la contaminación fragmentan el descanso y frenan la melatonina (hormona del sueño), perjudicando tanto a las personas como a la fauna silvestre. Además, la falta crónica de sueño causa estrés biológico y fomenta hábitos perjudiciales para el medio ambiente, como el sedentarismo, el consumo de ultraprocesados y el uso excesivo de medicamentos para dormir que terminan contaminando el agua. Para combatirlo, por una parte, la enfermería comunitaria actúa en entornos específicos de hacinamiento, exclusión social, y en familias en entornos no salutogénicos, enseñando hábitos saludables y aprovechando espacios verdes, y por otra parte, a través de unidades especializadas en sueño, con consultas monográficas de sueño y laboratorios de sueño, aportan diagnósticos avanzados inmediatos gastando menos recursos como la PSG, al aplicar la tecnología actual, con dispositivos portátiles desechables como la tonometría arterial periférica y partiendo del cribado iniciado por la enfermería comunitaria. El infradiagnóstico en sueño es uno de los mayores desafíos de la salud pública actual, entre un 20% y un 48% de la población adulta en España. Normalizar el dormir mal conlleva a un mayor consume de medicamentos y el riesgo de solapamiento de síntomas como la apnea del sueño.

Conclusiones: La colaboración fluida entre ambos niveles de enfermería asegura rescatar aquellos normalizadores del sueño, con un mayor riesgo de infradiagnóstico, sobre todo en poblaciones desfavorecidas, evitando recetar medicamentos de forma innecesaria. Integrar el descanso en una visión global y aprovechar la tecnología actual, es clave para promover rapidez en los diagnósticos, llegando incluso a poblaciones desfavorecidas y promoviendo hábitos sostenibles, tanto desde la enfermería comunitaria como la especializada en sueño. Desde el enfoque one sleep health se lideran políticas públicas que defienden entornos urbanos saludables, protegiendo así los biorritmos de todos los seres vivos y cuidando la salud planetaria.

Eficiencia de la nebulización por Malla Vibratoria Activa (Aerogen) en Ventilación Mecánica No Invasiva y terapias de Alto Flujo: Impacto en el depósito pulmonar y sincronía Paciente-Ventilador.

INTRODUCCIÓN

La Terapia Inhalatoria durante la VMNI presenta serias limitaciones técnicas. Los nebulizadores tipo Jet tradicionales requieren un flujo de gas externo continuo que altera las presiones del ventilador, diluye el fármaco y descalibra los sensores de flujo, provocando asincronías y malestar en el paciente. El Aerogen genera un aerosol de baja velocidad con un tamaño de partícula óptimo sin añadir gas al circuito, lo que preserva la integridad de la VMNI y optimiza la entrega del fármaco.

OBJETIVOS

- Evaluar el porcentaje de depósito pulmonar alcanzado por la tecnología Aerogen en comparación con sistemas Jet durante la VMNI.
- Analizar los beneficios clínicos del mantenimiento de la estabilidad del circuito ventilatorio

METODOLOGÍA

Diseño: Revisión de datos clínicos y modelos de simulación de entrega de aerosol en VMNI.

Configuración: Dispositivo posicionado entre la salida del ventilador o antes de la máscara.

Medición: Cuantificación de la dosis de fármaco depositada a nivel pulmonar

RESULTADOS

Los resultados clínicos evidencian que Aerogen mitiga el impacto de los flujos espiratorios e inspiratorios de la VMNI, logrando un depósito terapéutico significativamente mayor

CONCLUSIONES

Dosis Terapéutica Efectiva: Al quintuplicar el depósito pulmonar, los pacientes con crisis asmática o reagudización de EPOC responden significativamente más rápido al tratamiento broncodilatador.

Cero Alarmas Falsas: Al no inyectar volumen de aire externo, el ventilador no registra falsas alarmas de desconexión o hiperinsuflación, garantizando un soporte ventilatorio continuo.

Higiene y Seguridad: El sistema opera en silencio y mantiene el circuito cerrado, evitando que el aerosol cargado de partículas o patógenos se disperse en el ambiente de la habitación

Versatilidad: Se puede colocar de forma segura en cualquier punto del circuito, maximizando la comodidad del paciente sin interrumpir la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

Galindo-Filho, et al. Aerosol Therapy During Noninvasive Ventilation: An In Vivo Acoustic Cardiography and In Vitro Study. Respiratory Care.

Abdelrahim, et al. In-vitro evaluation of aerosol delivery of albuterol during non-invasive ventilation. Journal of Aerosol Medicine and Pulmonary Drug Delivery.

www.Aerogenespaña.com

Determinantes sociales y complejidad clínica en la tuberculosis

Estudio prospectivo (2015–2025)

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad prevenible y curable que persiste como primera causa de muerte por un único agente infeccioso. Aunque su incidencia ha disminuido, continúa siendo una prioridad epidemiológica, un marcador clave de desigualdad social y un desafío de salud pública global. Los factores sociales y las comorbilidades no solo complican la presentación clínica, sino que aumentan la complejidad programática en el manejo de los/as pacientes y sus contactos. Caracterizar la vulnerabilidad social y clínica en nuestro contexto es crucial para diseñar estrategias de control más efectivas.

OBJETIVO

Analizar el impacto de la coexistencia de factores sociales y comorbilidades en los casos de tuberculosis.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo de los casos recogidos en el programa de TBC diagnosticados entre septiembre de 2015 y septiembre de 2025. Se estudiaron factores sociales y administrativos (tarjeta sanitaria, barrera idiomática, país de origen y proceso migratorio reciente, sin hogar, institucionalizado/a), hábitos y salud mental (consumo de alcohol, drogas, trastornos psiquiátricos) y comorbilidades y estado inmunológico (cáncer, VIH, inmunodeficiencias, diabetes, cardiopatía).

RESULTADOS

Se analizaron 414 casos de TB (edad media: 51,6 ± 22,5 años; 62,3% hombres). El 33,3% nació fuera del país, realizando el 49,3% de ellos el proceso migratorio en los 5 años anteriores. El 30,7% tuvo algún factor social asociado que se relacionó significativamente a menor adherencia al tratamiento. El 17,6% presentó problemas de salud mental y otro 30,7% comorbilidades.

CONCLUSIONES

La presencia simultánea de factores sociales, salud mental y comorbilidades respalda que estos aspectos aumentan significativamente la complejidad en el manejo de la enfermedad. La tuberculosis actúa como un problema sindémico donde la infección biológica se agrava por factores sociales y comorbilidades, afectando la adherencia y el éxito del tratamiento. Se requiere un enfoque multidisciplinar que integre atención social, salud mental y manejo de comorbilidades.

IMPLANTACIÓN DEL DRENAJE TORÁCICO DIGITAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA: ANÁLISIS DE NECESIDADES Y PLAN FORMATIVO ENFERMERO

INTRODUCCIÓN

La incorporación de sistemas de drenaje torácico digital, como Thopaz, ha supuesto avances en los cuidados del paciente con este dispositivo, al permitir una monitorización objetiva y continua y favorecer la movilización. Sin embargo, la integración de esta tecnología en la práctica asistencial plantea retos para los profesionales, que requieren formación específica para garantizar un manejo adecuado y seguro.

OBJETIVO

Identificar las barreras y fortalezas relacionadas con la incorporación del drenaje torácico digital en una unidad de hospitalización de neumología y diseñar e iniciar un plan formativo dirigido al equipo de enfermería.

METODOLOGÍA

Se constituyó un grupo de trabajo integrado por cinco enfermeras con experiencia asistencial en la unidad. El proyecto se estructuró en dos fases: una fase diagnóstica, basada en el análisis de la práctica asistencial mediante una matriz DAFO, y una fase operativa, orientada al diseño e inicio de un plan formativo a partir de las necesidades identificadas.

RESULTADOS

El análisis DAFO identificó como fortalezas la monitorización objetiva y continua, las alertas visuales y acústicas y la posibilidad de favorecer la movilización precoz. Entre las debilidades y amenazas destacaron la necesidad de formación específica, la disponibilidad limitada de dispositivos y fungibles, el coste y la posible resistencia al cambio. Como oportunidades se identificaron el desarrollo profesional, la integración de nuevas tecnologías en la práctica asistencial, la posible optimización de recursos y el fortalecimiento de la cultura de seguridad clínica. A partir de estos hallazgos, se diseñó un plan formativo dirigido a los 19 profesionales de enfermería de la unidad. Se seleccionaron dos enfermeras como docentes referentes, se organizaron cuatro grupos formativos y se definieron los contenidos y las actividades de refuerzo.

CONCLUSIONES

El análisis DAFO permitió identificar barreras y oportunidades para la incorporación del drenaje torácico digital. La implementación progresiva de un plan formativo

estructurado, liderado por enfermeras referentes, constituye una estrategia para favorecer la capacitación profesional, facilitar la integración tecnológica, homogeneizar los cuidados y promover una cultura de seguridad clínica. La evaluación posterior permitirá determinar su impacto en las competencias profesionales y en la práctica asistencial.

Necesidades de calidad y cantidad de sueño en deportistas de alto rendimiento y deportistas frecuentes recreativos: una perspectiva comparativa y metodológica.

Introducción: El sueño representa el pilar biológico fundamental para la recuperación homeostática, la consolidación de la memoria motriz y la reparación celular. Aunque el ejercicio físico regular actúa como un potente estabilizador del ritmo circadiano, las demandas extremas del deporte de élite imponen estresores fisiológicos y psicológicos que pueden alterar significativamente la arquitectura del descanso, lo cual aumenta el riesgo de lesiones.
Objetivo: Comparar analíticamente las necesidades cuantitativas y cualitativas de sueño entre deportistas de alto rendimiento y deportistas frecuentes no profesionales, recreativos, evaluando asimismo la eficacia de las herramientas actuales de monitorización.
Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica reciente en las bases de datos biomédicas PubMed y Scopus. Se analizaron de forma comparativa variables de la arquitectura del sueño, biomarcadores de recuperación autonómica mediante la variabilidad de la frecuencia cardíaca nocturna y la validez analítica de las principales tecnologías de registro (polisomnografía, actigrafía y dispositivos portátiles (wearables) como relojes y anillos inteligentes.
Resultados: Se identificó una marcada paradoja neurobiológica entre ambas poblaciones. Los deportistas recreativos, muestran una eficiencia del sueño óptima (>85%) y alineada con los parámetros de la población general (7-8 h/noche), beneficiándose del efecto relajante del ejercicio moderado. Por el contrario, los atletas de alto rendimiento presentan una demanda biológica incrementada (9-10 h/noche) debido al gasto metabólico y al daño microestructural, pero registran una eficiencia deficiente (<80%) y una latencia de inicio prolongada (>30 min). Este déficit cualitativo se justifica por el sobreentrenamiento, el dolor muscular crónico, la desincronización circadiana por eventos nocturnos y la ansiedad competitiva. Metodológicamente, en las consultas de enfermería de pruebas funcionales de sueño, observamos que la monitorización óptima en la élite requiere un enfoque híbrido que combine actigrafía y el registro continuo de la variabilidad de la frecuencia cardiaca nocturna, mediante dispositivos portátiles (wearables) para capturar la bajada del estado de estrés, además de promocionar medidas de higiene estricta del sueño, por el riesgo alto de lesiones ante la eficiencia deficiente del sueño.
Conclusión: Existe una brecha crítica entre la necesidad biológica de sueño y la viabilidad real del descanso en la época de practicar deporte de alto rendimiento o de élite, en comparación con el perfil recreativo. Las intervenciones de enfermería en las consultas de sueño irán encaminadas hacia los deportistas de élite, que deberán priorizar la gestión cronobiológica y la periodización del descanso, mejorando el rendimiento deportivo si hay un sueño de mayor calidad y anticiparse al riesgo potencial de lesiones si persiste un deficiente descanso.

ADHERENCIA A LA VENTILACIÓN CRONICA DOMICILIARIA TRAS UNA INTERVENCION EDUCATIVA

INTRODUCCIÓN

La ventilación crónica domiciliaria (VCD) es una terapia respiratoria utilizada para la insuficiencia respiratoria crónica hipercápnica. En la unidad, desde octubre de 2024 se realiza una educación multidisciplinar a todos los pacientes y sus cuidadores que inician VCD durante su ingreso

OBJETIVOS

Principal: Conocer la adherencia a la ventilación a los 15 días, 30 días y 3 meses del alta

Secundarios: Conocer si la intervención educativa (educación y seguimiento con llamada) ayuda a evitar o corregir complicaciones y aumentar la adherencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, prospectivo, longitudinal y unicéntrico, de cohorte única con medidas repetidas. El reclutamiento se realizó entre enero y junio de 2026. Se incluyeron los pacientes que iniciaron VMNI durante el ingreso y fueron dados de alta a su domicilio con VCD. Criterios de exclusión: alta a centro residencial, situación sociofamiliar desfavorable y rechazo de la VMNI durante el ingreso. Se consideraron pérdidas de seguimiento el éxitus tras el alta y la imposibilidad de contacto tras 5 intentos.

La intervención consiste en un programa educativo estructurado y protocolizado, de carácter multidisciplinar, dirigido al paciente y su cuidador principal, en tres fases: Fase de educación hospitalaria, Fase de seguimiento telefónico al de 15 días, 1 mes y 3 meses y Fase de lectura de tarjeta para verificar el uso real del ventilador en consultas externas de neumología.

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes en el estudio, de los cuales 3 nunca se la pusieron al alta. A los 15 días y al mes 17 pacientes la usaban >4h, y a los 3 meses, 16 pacientes la usaban >4h todos los días. En consultas, se realizaron un total de 10 lecturas de tarjeta para verificar el uso real del ventilador, de los cuales 9 utilizan la VCD más de 6 horas/día. A 11 pacientes no se les realizó la lectura de la tarjeta, 7 por no llevarla a consulta y 4 por estar pendientes de lectura.

Con respecto a las complicaciones más frecuentes derivadas del uso de la VCD (sequedad de mucosas (43%), lesiones por presión (29%) y fugas (33%)), los pacientes refieren haberlas solucionado o disminuido gracias al refuerzo de las llamadas telefónicas por parte de enfermería y por el apoyo de la empresa suministradora.

CONCLUSIONES

Los pacientes a los que se les ha realizado la intervención educativa presentan un elevado porcentaje de adherencia auto referida (> 4 h noche), en las fases iniciales tras el alta. El análisis de los datos objetivos de la tarjeta confirma el éxito de la intervención en los pacientes evaluados.

La intervención educativa mejora las complicaciones más comunes derivadas de la ventilación y ayuda a evitar el abandono del tratamiento.

SOPORTE RESPIRATORIO Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN CAMAS MONITORIZADAS DE NEUMOLOGÍA: ESTUDIO COMPARATIVO SEGÚN LA INDICACIÓN DE UCI

INTRODUCCIÓN

En las unidades de hospitalización de neumología la disponibilidad de camas con monitorización continua (frecuencia cardíaca y SpO_2) permite atender a pacientes respiratorios agudos con elevado nivel de cuidados, incluyendo aquellos con limitación del esfuerzo terapéutico en los que la planta representa el techo de tratamiento.

OBJETIVO

Analizar las diferencias en el uso de terapias respiratorias, estancia hospitalaria y destino al alta entre pacientes candidatos y no candidatos a unidad de cuidados intensivos (UCI) ingresados en camas monitorizadas de neumología.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y analítico, de carácter retrospectivo desde junio de 2025 hasta octubre de 2026 sobre pacientes ingresados en las camas de monitorización. Se recogieron variables sociodemográficas, indicación de ingreso en UCI, soporte respiratorio empleado, días de estancia y destino al alta.

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 111 pacientes. El 47,75% eran candidatos a UCI y el 52.25% eran no candidatos. Del grupo de pacientes candidatos a UCI, el 49% eran hombres y el 51% eran mujeres, con una edad media de 63 años. El 13.2% de los pacientes precisaron terapia mixta (alto flujo + ventilación mecánica no invasiva), el 54.7% oxigeno alto flujo y el 32.1% ventilación mecánica no invasiva, con una estancia media de 9 días.

En referencia al grupo de pacientes no candidatos a UCI, 55% de los pacientes eran hombres, mientras que el 45% eran mujeres, con una edad media de 72 años. El 22.4% de los pacientes precisaron terapia mixta, el 53.5% oxigeno alto flujo y el 24.1% ventilación mecánica no invasiva. La estancia media fue de 13 días, falleciendo el 31% de los pacientes.

CONCLUSIÓN

La monitorización continua y el soporte respiratorio no invasivo en planta convencional permiten el manejo seguro del paciente respiratorio complejo. En los pacientes no candidatos a UCI, estas medidas constituyen una alternativa eficaz que logra altas tasas de recuperación y alta domiciliaria sin necesidad de traslado a unidades de críticos.