

I PUBLICACIÓN

Salud comunitaria y **HOSPITALARIA**



Publica
Salud



Salud
Multidisciplinar

I Publicación en Salud comunitaria y hospitalaria

Fecha de publicación: 06 de octubre de 2026

1ª Edición

© Salud Multidisciplinar, 2026

© De los textos: Sus autores.

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Todos los autores han asegurado a Publica Salud cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo Publica Salud ni AESFIS ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deban de seguir en la práctica clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

ISBN: 978-84-129179-5-6

Al ser un libro electrónico digital, no requiere depósito legal.

Producción editorial e impresión: Salud Multidisciplinar SL

Índice de contenidos

1.ª edición

01	El celador en atención primaria	3
	María Soledad Robledo Rodriguez	
02	Valoración y manejo del dolor desde enfermería	9
	María Guerrero	
03	El celador en pediatría	15
	María Soledad Robledo Rodriguez	
04	Beneficios de la rehabilitación física tras ictus, visión enfermera	21
	Miren Baque Artuch	
05	Trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación. Revisión de la literatura	27
	Sabina Criado Martin	

Total: 5 capítulos

El celador en atención primaria

María Soledad Robledo Rodríguez

1 Introducción

La Atención Primaria constituye el primer nivel de contacto de la población con el sistema sanitario y desempeña un papel fundamental en la atención y el cuidado de las personas. Su finalidad es proporcionar una atención integral, accesible y continuada a las personas, las familias y la comunidad, atendiendo tanto a las necesidades de salud como a las actividades de prevención, promoción y seguimiento.¹⁻³

Dentro de los equipos de Atención Primaria participan diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan de manera coordinada para garantizar una atención adecuada a los usuarios.⁴ Entre estos profesionales se encuentra el celador, cuya labor resulta fundamental para contribuir al correcto funcionamiento del centro sanitario y facilitar el desarrollo de las actividades asistenciales.

El celador desarrolla funciones relacionadas con la recepción y orientación de los usuarios, el traslado y la movilización de pacientes, el transporte de documentación, materiales y muestras que deban ser trasladados a los servicios o laboratorios correspondientes, la colaboración con los profesionales sanitarios y el mantenimiento del orden y la seguridad en las instalaciones, siempre dentro de las funciones que tenga atribuidas.⁵

La actuación del celador requiere, además, responsabilidad y coordinación con el resto de los profesionales del centro. En las tareas de movilización y traslado de pacientes debe prestar especial atención a su seguridad y bienestar, siguiendo las indicaciones correspondientes y evitando actuaciones que puedan ocasionar riesgos o molestias innecesarias.⁶ Asimismo, debe mantener un trato correcto y respetuoso, teniendo en cuenta las circunstancias y necesidades de cada paciente.

Otro aspecto esencial de su actividad profesional es el respeto a la intimidad, la dignidad y la confidencialidad de los pacientes. Durante el desempeño de sus funciones, el celador puede encontrarse en situaciones en las que tenga acceso a información o documentación relacionada con los usuarios. Por ello, debe actuar con discreción y respetar la confidencialidad de los datos personales y sanitarios a los que pueda tener acceso, utilizando dicha información únicamente cuando sea necesario para el desarrollo de sus funciones.^{7, 8}

En este sentido, el trabajo del celador forma parte del funcionamiento general de los centros de Atención Primaria y contribuye a que la atención se desarrolle de manera organizada, segura y respetuosa. Su colaboración con el equipo sanitario facilita tanto la atención a los pacientes como el correcto funcionamiento de las diferentes áreas y servicios del centro.

2 Objetivo

Los objetivos de este trabajo son:

- Describir la actuación del celador ante la caída de un paciente en la sala de espera de un centro de salud.
- Detallar las comprobaciones previas y la correcta utilización de la silla de ruedas para realizar la transferencia y el traslado del paciente de forma segura.
- Analizar las medidas necesarias para proteger la intimidad y dignidad del paciente durante la asistencia en un espacio compartido como la sala de espera.
- Identificar las principales medidas de prevención de riesgos y los límites

competenciales del celador durante la movilización y el traslado del paciente.

3 Caso Clínico

Un hombre de 78 años acude al centro de salud acompañado de su hija para una consulta de enfermería. El paciente presenta dificultad para caminar y utiliza un bastón. Mientras espera en la sala, pierde el equilibrio y cae al suelo.

El celador que se encuentra en la zona de recepción observa la situación y se acerca para prestar ayuda.

¿Cuál debe ser la primera actuación del celador?

El celador debe mantener la calma, proteger al paciente y evitar que se produzcan nuevos riesgos. No debe levantarlo inmediatamente, ya que podría existir una lesión como consecuencia de la caída.

Debe avisar al personal sanitario correspondiente para que valore al paciente.

¿Debe levantar al paciente por sus propios medios?

No. Ante una caída, no debe realizarse una movilización innecesaria hasta que el paciente haya sido valorado.

El celador colaborará posteriormente en la movilización o traslado cuando el personal sanitario lo indique y siguiendo las técnicas adecuadas.

¿Qué debe hacer con los acompañantes?

Debe mantener una actitud tranquila y respetuosa, evitando generar alarma. Puede indicarles que el personal sanitario va a valorar al paciente y facilitar el acceso de los profesionales.

¿Qué medidas debe adoptar para preservar la intimidad?

Debe evitar que el paciente quede innecesariamente expuesto ante el resto de usuarios de la sala de espera. Cuando sea posible, se debe proporcionar privacidad y limitar la presencia de personas ajenas a la asistencia.

Una vez valorado el paciente, el personal sanitario solicita su traslado en silla de ruedas. ¿Qué debe comprobar el celador?

Antes del traslado debe comprobar que:

- La silla se encuentra en buen estado.
- Los frenos funcionan correctamente.
- La silla está colocada de forma segura.
- El paciente comprende lo que se va a realizar.
- Se realiza la transferencia utilizando una técnica adecuada.
- El paciente queda correctamente colocado antes de iniciar el desplazamiento.

¿Qué principios debe aplicar el celador durante el traslado?

Debe actuar con seguridad, respetar la dignidad e intimidad del paciente, evitar movimientos bruscos y solicitar ayuda si las características del paciente hacen necesario que intervengan dos o más personas.

Resolución del caso

La actuación correcta consiste en proteger al paciente, evitar una movilización innecesaria, avisar al personal sanitario y colaborar posteriormente en el traslado cuando sea indicado.

Durante toda la intervención, el celador debe mantener una actitud profesional, respetuosa y tranquila, proteger la intimidad del paciente y aplicar las medidas de prevención de riesgos correspondientes.

Puntos clave para la práctica

Ante la caída de un paciente en la sala de espera, el celador debe actuar de forma organizada y evitar levantarlo inmediatamente. En primer lugar, debe comprobar el estado general del paciente y comunicar la situación al personal sanitario para que se realice la valoración correspondiente. Hasta conocer si existe alguna lesión, especialmente ante la presencia de dolor, golpe o dificultad para moverse, deben evitarse movilizaciones innecesarias que puedan agravar su estado.

Antes de realizar una transferencia a la silla de ruedas, es necesario

comprobar que esta se encuentra en condiciones adecuadas de uso y que está correctamente colocada y frenada. También debe valorarse la capacidad del paciente para colaborar y seguir las indicaciones del profesional responsable. La movilización debe realizarse de manera coordinada, utilizando una técnica adecuada y evitando movimientos bruscos, tanto para proteger al paciente como para prevenir lesiones en el propio celador.

Durante toda la actuación debe preservarse la intimidad del paciente. Al tratarse de una sala de espera, donde se encuentran otras personas, se debe procurar mantener la privacidad durante la valoración, la movilización y el traslado, evitando exponer innecesariamente al paciente y actuando con discreción y respeto.

4 Discusión–Conclusión

Discusión

El caso planteado muestra la importancia de realizar una actuación ordenada ante la caída de un paciente en la sala de espera de un centro de salud. Aunque inicialmente pueda parecer necesario ayudar al paciente a incorporarse, no debe levantarse de forma inmediata sin que previamente se haya valorado su situación. Una caída puede producir lesiones que no sean evidentes en un primer momento, por lo que una movilización precipitada podría aumentar el daño existente.

La valoración inicial por parte del personal sanitario permite determinar si el paciente puede ser movilizad y cuál es la forma más adecuada de hacerlo. En este proceso, el celador debe colaborar siguiendo las indicaciones recibidas y evitando realizar por iniciativa propia actuaciones que correspondan a otros profesionales.

Si se determina que el paciente puede ser trasladado en silla de ruedas, las comprobaciones previas adquieren especial importancia. La silla debe encontrarse en condiciones adecuadas, situarse correctamente y permanecer frenada durante la transferencia. Además, es necesario valorar la capacidad del paciente para colaborar y coordinar la maniobra con el resto de profesionales cuando sea necesario. Estas medidas disminuyen el riesgo

de nuevas caídas y de lesiones tanto para el paciente como para el trabajador.

La situación también pone de manifiesto la importancia de proteger la intimidad del paciente. Al producirse el incidente en una sala de espera, otras personas pueden presenciar la actuación. Por ello, el celador debe actuar con discreción, evitar comentarios innecesarios sobre el estado del paciente y procurar que la movilización y el traslado se realicen preservando su dignidad y privacidad en la medida de lo posible.

Por otro lado, la prevención de riesgos laborales debe estar presente durante toda la maniobra. El celador debe adoptar una postura adecuada, utilizar correctamente los medios de movilización disponibles y evitar realizar esfuerzos o movimientos que puedan provocar lesiones.⁹⁻¹¹ La actuación coordinada con el resto del equipo permite realizar la transferencia y el traslado de una manera más segura.

Finalmente, es fundamental tener en cuenta los límites competenciales del celador. Su función en este caso consiste en colaborar en la movilización y el traslado del paciente, preparar y utilizar los medios correspondientes y seguir las indicaciones del personal responsable. No corresponde al celador realizar una valoración clínica, establecer un diagnóstico ni decidir por sí mismo el tratamiento o las actuaciones sanitarias que debe recibir el paciente.

Conclusión

La caída de un paciente en la sala de espera requiere una actuación prudente y coordinada. La primera medida no debe ser levantarlo inmediatamente, sino evitar movilizaciones innecesarias hasta que el personal sanitario haya realizado la valoración correspondiente y determine que el traslado es seguro.

Cuando se indique el traslado en silla de ruedas, la comprobación previa del dispositivo, su correcta colocación y la coordinación de la transferencia son fundamentales para evitar nuevas caídas y reducir los riesgos durante la movilización. Del mismo modo, deben aplicarse medidas de prevención que protejan tanto al paciente como al celador.

El hecho de que la caída se produzca en una sala de espera hace especial-

mente importante preservar la intimidad y dignidad del paciente. La actuación debe realizarse con discreción, evitando exponerlo innecesariamente ante otros usuarios y manteniendo la confidencialidad de cualquier información relacionada con su estado.

En definitiva, este caso pone de manifiesto que el celador desempeña una función esencial de colaboración en la movilización y traslado del paciente, pero siempre dentro de sus competencias y siguiendo las indicaciones del personal sanitario responsable. Una actuación segura, coordinada y respetuosa permite atender al paciente adecuadamente sin asumir funciones que no corresponden al celador.

5 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Sistema Nacional de Salud de España: información general sobre organización, estructura y prestaciones del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/primary-health-care>
3. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 1986; núm. 102, de 29 de abril de 1986 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
4. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Atención Primaria: organización y funcionamiento [Internet]. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/>
5. España. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2015; núm. 261, de 31 de octubre de 2015 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11719>
6. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2025-2030 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/seguridadPaciente/>
7. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía

del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2002; núm. 274, de 15 de noviembre de 2002 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

8. España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2018; núm. 294, de 6 de diciembre de 2018 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
9. España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 1995; núm. 269, de 10 de noviembre de 1995 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
10. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas [Internet]. 2.ª ed. Madrid: INSST; 2024 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-normativo/guia-tecnica-para-la-evaluacion-y-prevencion-de-los-riesgos-relativos-a-la-manipulacion-manual-de-cargas>
11. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de los lugares de trabajo [Internet]. Madrid: INSST; 2023 [citado 6 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.insst.es/>

Capítulo 02

Valoración y manejo del dolor desde enfermería

Maria Guerrero

1 Introducción

El dolor es una de las experiencias más frecuentes que presentan las personas que reciben atención sanitaria y constituye un problema que puede afectar considerablemente a su bienestar y calidad de vida. Aunque habitualmente se relaciona con la presencia de una lesión o enfermedad, el dolor es una experiencia individual y puede estar influido por factores físicos, psicológicos, sociales y culturales. Por este motivo, su valoración requiere una atención individualizada y no debe basarse únicamente en la observación de signos externos. La persona que experimenta el dolor es quien mejor puede describir sus características cuando tiene capacidad para comunicarse.

Desde enfermería, la valoración del dolor constituye una actividad fundamental dentro de los cuidados. El profesional debe identificar la presencia del dolor, conocer su intensidad, localización, duración y características, así como valorar los factores que lo aumentan o disminuyen. También es necesario observar cómo afecta a las actividades cotidianas, al descanso, al estado emocional y a la capacidad funcional del paciente.

El dolor puede clasificarse de diferentes maneras. Según su duración, puede diferenciarse entre dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo suele

relacionarse con una lesión, enfermedad o procedimiento y generalmente tiene una duración limitada. El dolor crónico puede mantenerse durante periodos prolongados y llegar a afectar de manera importante a diferentes áreas de la vida de la persona.

La enfermería tiene un papel fundamental en la detección y seguimiento del dolor. La valoración debe realizarse de manera periódica y utilizar herramientas apropiadas para las características del paciente. En personas capaces de comunicarse pueden utilizarse escalas de valoración numérica o visual, mientras que en pacientes que presentan dificultades para expresar lo que sienten pueden ser necesarias herramientas específicas basadas en la observación de determinadas conductas.

El manejo del dolor puede incluir medidas farmacológicas y no farmacológicas. La administración de analgésicos prescritos y la vigilancia de sus efectos forman parte de las intervenciones relacionadas con el tratamiento. También pueden utilizarse medidas como el posicionamiento adecuado, la aplicación de frío o calor cuando esté indicado, técnicas de relajación, disminución de estímulos ambientales y apoyo emocional.

La comunicación terapéutica es igualmente importante. Escuchar al paciente, validar su experiencia y facilitar que exprese sus necesidades permite establecer una relación de confianza y obtener información necesaria para individualizar los cuidados.

En el presente capítulo se abordará la importancia de la valoración del dolor desde enfermería, los principales tipos de dolor, las escalas utilizadas para su medición, las intervenciones enfermeras y la importancia de reevaluar la respuesta del paciente después de las actuaciones realizadas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Valorar de forma adecuada el dolor del paciente para identificar sus características, aplicar los cuidados e intervenciones de enfermería necesarios y evaluar posteriormente su eficacia.

Objetivos secundarios:

- Identificar las principales características del dolor y los elementos que deben valorarse durante la actuación enfermera.
- Describir las principales herramientas utilizadas por enfermería para valorar la intensidad y evolución del dolor en diferentes tipos de pacientes.
- Analizar las intervenciones enfermeras destinadas a aliviar el dolor y evaluar la respuesta del paciente al tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la valoración y el manejo del dolor desde la práctica enfermera.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, SciELO y Dialnet, complementándose con documentos y guías elaborados por organismos y sociedades científicas relacionados con el estudio y tratamiento del dolor, como la International Association for the Study of Pain (IASP), la World Health Organization (WHO), el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).

Para realizar la búsqueda se utilizaron términos en español e inglés, combinando las palabras clave mediante los operadores booleanos AND y OR. Los términos empleados fueron “dolor”, “valoración del dolor”, “enfermería”, “escalas del dolor”, “manejo del dolor”, “dolor agudo”, “dolor crónico”, “intervenciones enfermeras” y “evaluación del dolor”, junto con sus equivalentes en inglés: “pain”, “pain assessment”, “nursing”, “pain scales”, “pain management”, “acute pain”, “chronic pain”, “nursing interventions” y “pain evaluation”.

Se estableció como intervalo temporal principal el periodo comprendido entre 2015 y 2025, dando prioridad a las publicaciones más recientes, aunque se admitieron trabajos anteriores de los años establecidos. Se incluyeron artículos científicos, revisiones bibliográficas, guías de práctica clínica y documentos de organismos sanitarios relacionados con la valoración y el manejo del dolor, las escalas de valoración, el tratamiento analgésico y las intervenciones enfermeras.

Como criterios de exclusión se consideraron aquellos documentos que no

estuvieran relacionados directamente con los objetivos del trabajo, que no aportaran información suficiente para su valoración o que estuvieran centrados en situaciones o poblaciones diferentes a las abordadas en este capítulo.

4 Resultados

La revisión bibliográfica muestra que la valoración del dolor debe considerarse una parte esencial de los cuidados enfermeros. El dolor no debe evaluarse únicamente mediante la observación del paciente, sino que debe recogerse de manera sistemática la información proporcionada por la propia persona siempre que sea posible (1,2).

Concepto de dolor

El dolor puede definirse como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño tisular real o potencial. La definición actual reconoce que el dolor es una experiencia personal y que puede estar influida por diferentes factores. Por ello, dos personas con una lesión similar pueden experimentar niveles de dolor diferentes (1).

En enfermería es importante evitar valorar el dolor únicamente por la expresión facial o el comportamiento del paciente. Una persona puede presentar dolor intenso y no mostrar signos externos evidentes. La valoración debe centrarse en lo que el paciente refiere y complementarse con la observación clínica (1,2).

Características que deben valorarse

Cuando un paciente manifiesta dolor, enfermería debe recoger información suficiente para conocer sus características.

Entre los aspectos que pueden valorarse se encuentran:

- Localización.
- Intensidad.
- Inicio.
- Duración.
- Frecuencia.
- Tipo o características del dolor.

- Factores que lo desencadenan.
- Factores que lo alivian.
- Repercusión sobre el sueño.
- Repercusión sobre la movilidad.
- Repercusión sobre la alimentación.
- Repercusión sobre el estado emocional.

Una valoración completa permite establecer una referencia inicial y posteriormente comprobar si las intervenciones realizadas han sido eficaces (2).

Localización del dolor

La localización permite identificar la zona corporal en la que el paciente experimenta el dolor. El profesional puede solicitar al paciente que señale directamente la zona afectada o utilizar representaciones gráficas del cuerpo cuando resulte útil (2).

También puede ser necesario determinar si el dolor permanece localizado o se extiende hacia otras regiones. La información sobre la localización puede aportar datos relevantes para la valoración clínica y para determinar si se han producido cambios durante la evolución del paciente (2).

Intensidad del dolor

La intensidad es uno de los aspectos más importantes de la valoración. La escala seleccionada debe adaptarse a las características, edad, capacidad de comunicación y situación clínica del paciente (2).

En pacientes adultos capaces de comunicarse pueden utilizarse diferentes herramientas. La Escala Numérica del Dolor (END o NRS) permite que el paciente valore su dolor, habitualmente de 0 a 10, donde 0 corresponde a ausencia de dolor y 10 al peor dolor imaginable. También puede utilizarse la Escala Visual Analógica (EVA o VAS), en la que el paciente indica la intensidad del dolor sobre una línea continua (2).

La escala de caras de Wong-Baker (Wong-Baker FACES) puede resultar útil especialmente en niños o en personas que tienen dificultades para utilizar una escala numérica, ya que permite relacionar diferentes expresiones faciales con distintos niveles de intensidad del dolor (3).

En pacientes que no pueden comunicarse adecuadamente, la valoración puede realizarse mediante herramientas basadas en la observación de conductas. Entre ellas se encuentran la ESCID, utilizada en determinados pacientes adultos con dificultades para comunicarse (4); la PAINAD, diseñada para la valoración del dolor en personas con demencia avanzada (5); y las escalas BPS y CPOT, utilizadas principalmente en pacientes críticos que presentan dificultades para comunicar verbalmente el dolor (6,7).

La herramienta elegida debe ser adecuada para las características del paciente y, siempre que sea posible, mantenerse durante el seguimiento para facilitar la comparación de los resultados (2).

Tipos de dolor

Dolor agudo

El dolor agudo suele aparecer relacionado con una lesión, procedimiento quirúrgico, traumatismo o proceso patológico y puede actuar como una señal de alarma ante una alteración del organismo (1,2).

Desde enfermería es importante identificar su aparición, intensidad, evolución y respuesta a las intervenciones. En pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, por ejemplo, la valoración del dolor debe realizarse de manera periódica y especialmente después de intervenciones analgésicas (2).

Dolor crónico

El dolor crónico puede mantenerse durante un periodo prolongado y producir repercusiones que van más allá de la sensación dolorosa. Puede afectar al sueño, movilidad, actividad laboral, relaciones sociales y estado emocional (9).

La atención de estos pacientes requiere un abordaje integral y continuado. Enfermería puede participar en la educación sanitaria, seguimiento de síntomas, promoción del autocuidado y valoración de la respuesta a las diferentes estrategias terapéuticas (2,9).

Valoración del dolor en pacientes con dificultades para comunicarse

Algunos pacientes pueden presentar dificultades para expresar verbalmente

el dolor debido a alteraciones cognitivas, problemas de comunicación, deterioro del nivel de conciencia o determinadas situaciones clínicas (2,4-7).

En estos casos pueden utilizarse herramientas de valoración específicas basadas en la observación de comportamientos relacionados con el dolor.

Pueden observarse aspectos como:

- Expresiones faciales.
- Vocalizaciones.
- Cambios en el movimiento.
- Posturas protectoras.
- Agitación.
- Cambios en el comportamiento.
- Alteraciones del sueño.

La ausencia de comunicación verbal no significa necesariamente ausencia de dolor. Por ello, la valoración debe adaptarse a las capacidades de cada paciente (1,4-7).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del dolor debe realizarse de acuerdo con la prescripción y las características clínicas del paciente. La selección del tratamiento depende del tipo, intensidad y causa del dolor, así como de las características individuales de cada persona.

La escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud plantea diferentes niveles de tratamiento según la intensidad del dolor. De forma general, pueden utilizarse analgésicos no opioides, como paracetamol y determinados antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y, cuando está indicado, analgésicos opioides para dolores de mayor intensidad. En determinadas situaciones también pueden utilizarse otros medicamentos como coadyuvantes, dependiendo del origen y las características del dolor (8).

Enfermería desempeña un papel fundamental en la administración segura de los medicamentos prescritos, la observación de sus efectos y la detección precoz de posibles reacciones adversas (2,8).

En los pacientes tratados con opioides es especialmente importante vigilar la

aparición de somnolencia excesiva, sedación y depresión respiratoria. También pueden aparecer estreñimiento, náuseas o vómitos. En el caso de los AINE, deben vigilarse posibles efectos adversos gastrointestinales y alteraciones de la función renal, especialmente en pacientes con factores de riesgo.

Antes de administrar un analgésico, el profesional debe comprobar la prescripción correspondiente y valorar aspectos relevantes del paciente. Después de la administración, es necesario evaluar la respuesta obtenida, observar posibles efectos adversos y registrar la información pertinente (2,8).

No debe considerarse suficiente administrar un medicamento y asumir que el dolor ha desaparecido. La reevaluación de la respuesta del paciente forma parte fundamental del proceso enfermero (2).

Intervenciones no farmacológicas

Las intervenciones no farmacológicas pueden complementar el tratamiento farmacológico cuando estén indicadas (2,9).

Entre ellas pueden encontrarse:

- Favorecer una posición cómoda.
- Reducir estímulos ambientales innecesarios.
- Aplicar técnicas de relajación.
- Facilitar el descanso.
- Utilizar medidas físicas como frío o calor cuando estén indicadas.
- Favorecer la respiración y relajación.
- Proporcionar apoyo emocional.
- Explicar los procedimientos antes de realizarlos.

La elección de cada intervención dependerá del origen del dolor, la situación clínica y las preferencias del paciente (2,9).

Comunicación terapéutica

La comunicación es un elemento fundamental para valorar y manejar el dolor. El profesional debe escuchar al paciente y permitirle explicar cómo experimenta el dolor. No deben utilizarse expresiones que minimicen su experiencia (1,2).

Frases como “no puede dolerle tanto” pueden dificultar la comunicación y provocar que el paciente deje de expresar sus necesidades. Una comunicación basada en el respeto y la empatía favorece la confianza y puede facilitar la identificación de cambios en el estado del paciente (2).

Reevaluación

Después de realizar una intervención para controlar el dolor, enfermería debe comprobar la respuesta obtenida. La reevaluación puede incluir nuevamente la intensidad del dolor y la valoración de otros aspectos relacionados con su evolución (2).

Por ejemplo, si un paciente refiere inicialmente un dolor de intensidad 8 sobre 10 y después de una intervención refiere una intensidad de 4, esta información puede registrarse y compararse con la valoración inicial. Además de la intensidad, debe comprobarse si el paciente puede descansar mejor, movilizarse o realizar determinadas actividades.

La reevaluación permite determinar si las medidas aplicadas han conseguido el efecto esperado y facilita la comunicación con el resto del equipo sanitario (2).

5 Discusión–Conclusión

El dolor constituye una experiencia individual que puede afectar considerablemente al bienestar físico y emocional de una persona. Por este motivo, su valoración debe formar parte de los cuidados enfermeros y realizarse de manera sistemática, individualizada y continuada (1,2).

La utilización de escalas de valoración permite obtener información sobre la intensidad del dolor y facilita el seguimiento de su evolución. Sin embargo, la intensidad no es el único elemento que debe tenerse en cuenta. También es necesario conocer la localización, duración, características, factores desencadenantes y repercusión sobre el descanso, movilidad y actividades cotidianas (2).

Enfermería desempeña un papel fundamental en el manejo del dolor. La administración segura de los tratamientos prescritos debe complementarse

con intervenciones no farmacológicas, comunicación terapéutica y educación sanitaria (2,8).

La reevaluación después de las intervenciones es especialmente importante, ya que permite determinar si las medidas aplicadas han sido eficaces y detectar la necesidad de comunicar cambios al resto del equipo sanitario (2).

En pacientes que presentan dificultades para comunicarse, la valoración debe adaptarse a sus capacidades y utilizar herramientas específicas cuando sea necesario. La ausencia de una manifestación verbal no debe interpretarse automáticamente como ausencia de dolor. En estos pacientes pueden utilizarse herramientas basadas en la observación de conductas, como la ESCID, PAINAD, BPS y CPOT, según las características y situación clínica de cada persona (4-7).

En los pacientes con dolor crónico, el abordaje debe tener en cuenta las repercusiones que puede producir sobre diferentes aspectos de la vida cotidiana y favorecer un seguimiento continuado e individualizado (9).

En conclusión, una adecuada valoración y manejo del dolor permite proporcionar cuidados más individualizados y centrados en las necesidades del paciente. La formación continua de los profesionales de enfermería y el uso de herramientas de valoración adecuadas pueden contribuir a mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria (1,2).

6 Bibliografía

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and management of pain. 3rd ed. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2013.
3. Garra G, Singer AJ, Taira BR, Chohan J, Cardoz H, Chisena E, Thode HC Jr. Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in pediatric emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2010;17(1):50-4. doi:10.1111/j.1553-2712.2009.00620.x.
4. Latorre Marco I, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T, Larrasquitu Sánchez A, Romay Pérez AB, Millán Santos I, et al. Validación de la Escala de Conductas

- Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enferm Intensiva*. 2011;22(1):3-12. doi:10.1016/j.enfi.2010.09.005.
5. García-Soler A, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(1):10-4.
 6. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*. 2001;29(12):2258-63. doi:10.1097/00003246-200112000-00004.
 7. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *Am J Crit Care*. 2006;15(4):420-7. doi:10.4037/ajcc2006.15.4.420.
 8. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2019.
 9. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [Internet]. NICE guideline NG193. London: NICE; 2021.

El celador en pediatría

María Soledad Robledo Rodríguez

1 Introducción

La Pediatría es la especialidad médica dedicada a la atención de los niños y adolescentes, desde las primeras etapas de la vida hasta la adolescencia. La asistencia pediátrica presenta características particulares debido a las diferencias físicas, psicológicas y emocionales existentes entre los pacientes pediátricos y los adultos.

El niño hospitalizado puede experimentar miedo, ansiedad, inseguridad o rechazo hacia determinadas situaciones relacionadas con el entorno sanitario. La presencia de personas desconocidas, los desplazamientos por el hospital, las pruebas diagnósticas y la separación de su entorno habitual pueden generar preocupación tanto en el menor como en sus familiares.

Dentro de este contexto, el celador desempeña funciones importantes relacionadas con el traslado y movilización de pacientes pediátricos, transporte de material, acompañamiento y orientación, colaboración con el personal sanitario y apoyo en diferentes tareas logísticas, siempre dentro de las funciones que tenga atribuidas.

La atención al paciente pediátrico requiere además adaptar la comunicación a la edad y capacidad de comprensión del menor. El celador debe mantener una actitud tranquila, respetuosa y cercana, evitando generar miedo y

procurando que el niño se sienta seguro durante los desplazamientos.

La presencia de los padres, tutores o acompañantes también tiene especial importancia. En muchas ocasiones pueden acompañar al menor durante parte de su asistencia y necesitan orientación sobre las instalaciones y los procedimientos establecidos por el centro.

La seguridad constituye otro aspecto fundamental. Los niños pueden presentar dificultades para permanecer quietos, pueden intentar levantarse de una cama o camilla o pueden no comprender los riesgos existentes. Por ello, durante los traslados es necesario prestar especial atención a la posición del menor y utilizar correctamente los sistemas de seguridad disponibles.

La prevención de infecciones también adquiere especial relevancia en Pediatría, especialmente en pacientes de corta edad o con determinadas patologías. El cumplimiento de las medidas de higiene, aislamiento y protección establecidas contribuye a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos.

El trabajo en Pediatría requiere, por tanto, conocimientos específicos sobre movilización y traslado de menores, comunicación, seguridad, intimidad y trato humano. El celador debe desarrollar sus funciones de forma coordinada con el equipo sanitario y respetando en todo momento los derechos y la dignidad del niño.

2 Objetivo

Objetivo general:

Describir la actuación del celador en el traslado intrahospitalario de un paciente pediátrico.

Objetivos específicos:

Detallar las comprobaciones previas del medio de transporte y del recorrido antes del traslado de un menor.

Identificar las precauciones necesarias durante el traslado de un paciente pediátrico portador de vía venosa periférica.

Analizar la comunicación del celador con el menor y su familia dentro de los límites de sus funciones.

3 Caso Clínico

Situación clínica

Un niño de 7 años se encuentra ingresado en la planta de Pediatría debido a un proceso respiratorio que requiere vigilancia hospitalaria. Durante su ingreso, el equipo médico solicita la realización de una prueba diagnóstica en el servicio de Radiología.

El niño se encuentra consciente y orientado, pero presenta cierto grado de ansiedad debido a su estancia en el hospital y manifiesta miedo ante la prueba que debe realizarse. Está acompañado por su madre y presenta una vía venosa periférica.

El personal de enfermería comunica al celador que debe colaborar en el traslado del paciente desde la habitación hasta el servicio de Radiología.

El niño deberá ser trasladado en una silla de ruedas pediátrica, siguiendo las indicaciones del personal sanitario.

Preparación del traslado

Antes de iniciar el desplazamiento, el celador comprueba que la silla de ruedas se encuentra en condiciones adecuadas y que dispone de los elementos de seguridad necesarios.

También comprueba que el recorrido hasta Radiología está despejado.

El personal sanitario informa al celador de que el niño tiene colocada una vía venosa periférica, por lo que deberá extremar las precauciones durante el desplazamiento.

El celador se dirige al menor con tranquilidad y utiliza un lenguaje sencillo, adecuado a su edad, explicándole que van a desplazarse a otra zona del hospital para realizarle una prueba.

Desarrollo del traslado

Una vez colocado el niño correctamente en la silla de ruedas, se comprueba que está seguro y que la vía venosa no presenta tensión ni riesgo de engancharse.

La madre pregunta al celador si la prueba va a doler y cuál será exactamente el resultado.

El celador le explica que las cuestiones relacionadas con la prueba y el estado clínico del niño deben ser consultadas con el personal sanitario correspondiente.

Durante el desplazamiento, el celador mantiene una actitud tranquila y procura que el niño se encuentre cómodo.

Al llegar a una zona de paso, observa que una de las puertas automáticas no se encuentra completamente abierta y decide detener el desplazamiento para evitar un posible golpe.

Una vez que el acceso queda libre, continúa el traslado.

Llegada a Radiología

Al llegar al servicio de Radiología, el celador comunica al personal correspondiente la llegada del paciente.

Colabora en la colocación del niño en el lugar indicado, siguiendo las instrucciones recibidas.

Durante la transferencia presta especial atención a la vía venosa y evita realizar movimientos bruscos.

Una vez finalizada la prueba, el niño debe regresar a la planta de Pediatría.

El celador vuelve a colaborar en el traslado, respetando las mismas medidas de seguridad.

Actuación correcta del celador

En este caso, la actuación del celador debe centrarse principalmente en garantizar un traslado seguro y adecuado a las características del paciente pediátrico.

Las principales actuaciones son:

Comprobar que la silla de ruedas pediátrica está preparada.

Verificar que el recorrido es seguro.

Colaborar con el personal sanitario.

Comprobar que el menor está correctamente colocado.

Prestar atención a la vía venosa.

Evitar movimientos bruscos.

Adaptar la comunicación a la edad del niño.

Mantener una actitud tranquila y cercana.

Respetar la intimidad del menor.

No proporcionar información clínica que no corresponda a sus funciones.

Comunicar cualquier incidencia al personal responsable.

Colaborar en la transferencia del paciente.

Resolución del caso

La actuación correcta comienza con la preparación del medio de transporte y la coordinación con el personal sanitario. Al tratarse de un paciente pediátrico, es necesario utilizar un dispositivo adecuado a sus características y garantizar que se encuentra correctamente colocado.

Durante el traslado, el celador debe prestar especial atención a la vía venosa para evitar tirones, enganches o movimientos que puedan comprometer la seguridad del paciente. No debe manipular ni desconectar dicho dispositivo, ya que esta actuación corresponde al personal sanitario autorizado.

La comunicación también desempeña un papel importante. El celador debe utilizar un lenguaje sencillo y adecuado a la edad del menor, manteniendo una actitud tranquila que contribuya a disminuir su ansiedad. En ningún caso debe proporcionar información clínica que no corresponda a sus funciones.

Ante la presencia de un obstáculo durante el recorrido, la actuación correcta

consiste en detener el desplazamiento y garantizar que el paso sea seguro antes de continuar.

Una vez en Radiología, el celador colaborará con el personal sanitario en la transferencia del niño, prestando nuevamente atención a la vía venosa y al resto de elementos que puedan acompañar al paciente.

Este caso demuestra que el trabajo del celador en Pediatría no se limita al desplazamiento físico del paciente. También requiere responsabilidad, comunicación, coordinación, prevención de riesgos, protección de la intimidad y especial atención a la seguridad del menor.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, la asistencia pediátrica presenta unas características específicas que requieren que el celador adapte su actuación a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas del niño. A lo largo de este capítulo se ha puesto de manifiesto la importancia de conocer las particularidades de la atención pediátrica y las funciones que el celador desarrolla dentro de este ámbito.

El traslado y la movilización de pacientes pediátricos requieren una especial atención a la seguridad, teniendo en cuenta la edad, las características y el estado del menor, así como los posibles riesgos que puedan surgir durante el desplazamiento. Del mismo modo, es fundamental aplicar correctamente las medidas de higiene y prevención de infecciones para proteger tanto al paciente como al resto de personas presentes en el entorno sanitario.

La comunicación también desempeña un papel esencial. El celador debe adaptar su forma de relacionarse con el niño a su edad y capacidad de comprensión, utilizando un trato cercano, respetuoso y tranquilizador. Asimismo, debe mostrar consideración hacia los padres o acompañantes, facilitando la orientación necesaria y respetando en todo momento la intimidad, dignidad y derechos del menor.

Finalmente, la coordinación y el trabajo en equipo con los distintos profesionales sanitarios son fundamentales para garantizar una atención segura y de calidad. Por tanto, el celador no solo debe poseer los

conocimientos necesarios para realizar correctamente sus funciones, sino también desarrollar una actitud responsable, paciente y humana que contribuya al bienestar del niño durante su estancia en el hospital.

Como puntos clave para la práctica, pueden destacarse los siguientes:

El traslado de un paciente pediátrico exige comprobar antes el medio de transporte y el recorrido, y utilizar un dispositivo adecuado a la edad y las características del menor.

Durante el desplazamiento y la transferencia hay que prestar especial atención a vías, sondas, drenajes y otros dispositivos, evitando movimientos bruscos. El celador nunca debe manipularlos.

La comunicación con el niño debe ser sencilla, tranquila y adaptada a su edad. Las preguntas clínicas de la familia deben derivarse siempre al personal sanitario.

Cualquier incidencia durante el traslado debe comunicarse al personal responsable, respetando en todo momento la intimidad y la dignidad del menor.

5 Bibliografía

1. Sharluyan Petrosyan A, Rosa Camacho V. Transporte intrahospitalario en el paciente crítico pediátrico. *Protoc diagn ter pediatr*. 2021;1:725–33. Disponible en: <https://www.aeped.es/protocolos/> [consultado 5 oct 2026].
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2025–2035. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/estrategia_seguridad_paciente_T25_35.pdf [consultado 5 oct 2026].
3. Organización Mundial de la Salud. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra: OMS; 2009. Edición en español: Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicaseguras/higienedemanos/docs/guia_aplicacion.pdf [consultado 5 oct 2026].
4. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: WHO; 2009.

5. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565554> [consultado 5 oct 2026].
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
7. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986.

Capítulo 04

Beneficios de la rehabilitación física tras ictus, visión enfermera

Miren Baque Artuch

1 Introducción

El ictus representa en la actualidad una de las principales causas de discapacidad adquirida y mortalidad a nivel mundial, generando un impacto profundo no solo en el individuo que lo padece, sino también en su entorno familiar y en el sistema sociosanitario. La interrupción del flujo sanguíneo cerebral conlleva secuelas neurológicas que limitan la capacidad funcional y afectan significativamente a la autonomía del paciente. Ante este escenario, la rehabilitación física surge como un componente fundamental y estratégico para favorecer la recuperación funcional y mejorar la calidad de vida de los supervivientes¹.

Desde la perspectiva enfermera, el abordaje del paciente postictus trasciende la mera aplicación de técnicas, fundamentándose en una atención integral, holística y continua que sitúa a la persona en el centro del proceso rehabilitador. El equipo de enfermería actúa como eje vertebrador durante la fase de recuperación, siendo responsable de la vigilancia clínica continuada y de la implementación de cuidados dirigidos a prevenir complicaciones secundarias que pueden comprometer la evolución clínica³.

La importancia de este enfoque radica en que la enfermería no solo supervisa el progreso físico, sino que integra el bienestar psicológico y el apoyo emocional como elementos esenciales para favorecer la adherencia terapéutica. La transición desde la fase aguda hacia la rehabilitación requiere profesionales con competencias específicas en la evaluación de necesidades cambiantes, garantizando que el paciente no solo recupere movilidad, sino que adquiera habilidades para un autocuidado eficaz en su vida diaria. Así, la enfermería potencia los resultados de los programas multidisciplinarios mediante la educación sanitaria y la promoción activa de hábitos de vida saludables³.

2 Objetivos

Objetivo General Analizar los **beneficios de la rehabilitación física** tras un ictus y el impacto del **cuidado integral y continuo de enfermería** en la restauración de las capacidades funcionales y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos Específicos

- Determinar la eficacia de la **movilización temprana** liderada por enfermería en la prevención de complicaciones secundarias, tales como contracturas, atrofias musculares y eventos tromboembólicos.
- Evaluar el papel de la **educación sanitaria** proporcionada por el equipo de enfermería al binomio paciente-familia como herramienta para fomentar la autonomía y el autocuidado.
- Describir las intervenciones enfermeras dirigidas a la **gestión no farmacológica del dolor y la espasticidad** para optimizar la adherencia del paciente al programa de rehabilitación.
- Valorar la importancia de la vigilancia enfermera en la **prevención de complicaciones** sistémicas, incluyendo el control nutricional, respiratorio y la integridad cutánea.
- Subrayar la relevancia de la **continuidad asistencial de enfermería** en la consolidación de los avances motores logrados dentro de los programas multidisciplinarios.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una **revisión bibliográfica de carácter narrativo y descriptivo**, fundamentada en el análisis crítico de la literatura científica actual disponible sobre el manejo integral del paciente con ictus. El proceso de búsqueda y selección de información se orientó a identificar la evidencia más sólida relativa a la efectividad de la rehabilitación física y el papel determinante que desempeña el equipo de enfermería en la recuperación funcional del individuo.

Para la obtención de los datos, se consultaron fuentes bibliográficas que incluyen revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y guías de práctica clínica publicadas predominantemente entre los años 2005 y 2022. Los descriptores o términos de búsqueda empleados, tanto en español como en inglés, fueron "rehabilitación de ictus", "movilización temprana", "estrategias de enfermería", "cuidados post-ictus" y "autocuidado".

Se establecieron como criterios de inclusión aquellos trabajos que profundizan en las **intervenciones específicas de enfermería**, tales como la movilización precoz para evitar la atrofia muscular, la educación sanitaria para fomentar la autonomía y la gestión de complicaciones secundarias, incluyendo el dolor, la espasticidad y las úlceras por presión. Asimismo, se incluyeron estudios que evalúan el impacto de la comunicación personalizada y el apoyo emocional en la adherencia terapéutica.

La información recopilada fue sometida a una **síntesis cualitativa**, contrastando los beneficios de los programas multidisciplinarios frente a los cuidados convencionales. Se puso especial énfasis en la importancia de la continuidad de cuidados para asegurar la estabilidad de los avances motores y funcionales logrados por el paciente durante su estancia hospitalaria y su posterior transición al entorno domiciliario.

4 Resultados

Los resultados derivados de la revisión confirman que la rehabilitación física constituye un elemento esencial para la recuperación funcional tras un ictus, permitiendo no solo mejorar las capacidades motoras alteradas, sino

también incrementar la independencia funcional y el bienestar psicológico^{1, 2}.

La evidencia estudiada y desarrollada muestra que los programas de rehabilitación multidisciplinarios alcanzan mejoras significativas en función motora, siendo la participación enfermera determinante para consolidar dichos resultados a largo plazo^{3, 6}.

En relación con las intervenciones específicas, la movilización precoz aparece como una estrategia relevante para reducir complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada. Sin embargo, la evidencia indica que el momento óptimo de inicio debe individualizarse según las características clínicas del paciente⁴.

Asimismo, la gestión enfermera del dolor y la espasticidad mediante intervenciones no farmacológicas complementa el tratamiento rehabilitador y favorece la participación activa del paciente⁵.

Otro hallazgo relevante es el impacto positivo de la educación sanitaria y del entrenamiento en autocuidado. La formación del paciente y su entorno contribuye al incremento de la autonomía funcional y mejora la percepción de calidad de vida³.

Para finalizar con éste apartado, la vigilancia continuada ejercida por enfermería, incluyendo prevención de úlceras por presión, monitorización nutricional y vigilancia respiratoria, favorece la estabilidad clínica necesaria para mantener los avances obtenidos durante el proceso rehabilitador³.

5 Discusión–Conclusión

Discusión

Los hallazgos obtenidos subrayan que la rehabilitación postictus no debe limitarse exclusivamente a la recuperación motora, sino incorporar dimensiones funcionales, psicológicas y sociales. La literatura coincide en que los programas multidisciplinarios incrementan la independencia

funcional cuando existe continuidad asistencial^{1, 6}.

El papel de enfermería emerge como un elemento diferencial debido a su capacidad para garantizar seguimiento continuado, educación sanitaria y detección precoz de complicaciones³.

La movilización temprana constituye un punto de debate. Aunque algunos estudios apoyan beneficios derivados del inicio precoz de la movilización, esta intervención requiere valoración individualizada y supervisión constante⁴.

Igualmente, las intervenciones educativas dirigidas al paciente y familia facilitan el autocuidado, reducen dependencia y favorecen una transición más segura al entorno domiciliario³.

Conclusión

La rehabilitación física tras un ictus constituye una intervención esencial para mejorar la recuperación funcional, favorecer la independencia y disminuir complicaciones secundarias. Sin embargo, la maximización de estos beneficios requiere un abordaje integral en el que la enfermería desempeña un papel fundamental mediante vigilancia clínica continuada, educación sanitaria, prevención de complicaciones y apoyo emocional.

Se concluye que el equipo de enfermería actúa no solo como colaborador dentro del proceso rehabilitador, sino como elemento clave en la consolidación de la recuperación funcional y la autonomía del paciente. Potenciar la formación especializada en enfermería neurológica podría contribuir a optimizar los resultados clínicos y funcionales obtenidos.

6 Bibliografía

1. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47(6):e98–e169. doi:10.1161/STR.0000000000000098.
2. Teasell R, Bitensky J, Salter K, Bayona N. The role of timing and intensity of

- rehabilitation therapies. *Top Stroke Rehabil.* 2005;12(3):46–57. doi:10.1310/ETDP-6DR4-D617-VMVF.
3. Clarke DJ. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. *J Clin Nurs.* 2014;23(9–10):1201–1226. doi:10.1111/jocn.12334.
 4. Bernhardt J, Langhorne P, Lindley RI, et al. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;386(9988):46–55. doi:10.1016/S0140-6736(15)60690-0.
 5. Hatem SM, Saussez G, della Faille M, et al. Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. *Front Hum Neurosci.* 2016;10:442. doi:10.3389/fnhum.2016.00442.
 6. Langhorne P, Coupar F, Pollock A. Motor recovery after stroke: a systematic review. *Lancet Neurol.* 2009;8(8):741–754. doi:10.1016/S1474-4422(09)70150-4.
 7. Fisher RJ, Cobley CS, Potgieter I, et al. Is Stroke Early Supported Discharge still effective in practice? A prospective comparative study. *Clin Rehabil.* 2016;30(3):268–276. doi:10.1177/0269215515578697.

Capítulo 05

Trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación. Revisión de la literatura

Sabina Criado Martin

1 Introducción

El embarazo constituye un periodo de profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales que sitúan a la mujer en una etapa de especial vulnerabilidad y, al mismo tiempo, de oportunidad para la promoción de la salud. Durante este proceso, la alimentación adquiere un papel central no solo como sostén del bienestar materno, sino también como determinante clave del desarrollo fetal. En este contexto, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan un desafío clínico relevante, frecuentemente infradiagnosticado y con implicaciones potencialmente graves tanto para la madre como para el feto.

Los TCA, que incluyen entidades como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y otros trastornos especificados y no especificados, se caracterizan por alteraciones persistentes en la conducta alimentaria y en la percepción del peso o la figura corporal. Estas alteraciones conllevan un deterioro significativo de la salud física y del funcionamiento psicosocial. Aunque tradicionalmente se han asociado a mujeres jóvenes en edad reproductiva, su presencia durante la gestación ha

sido históricamente subestimada, en parte debido a la percepción errónea de que el embarazo podría actuar como un factor protector frente a estos trastornos.

Sin embargo, la evidencia actual sugiere que el embarazo no necesariamente protege frente a los TCA y, en algunos casos, puede exacerbar síntomas pre-existentes o incluso desencadenar la aparición de conductas alimentarias patológicas. Los cambios corporales inevitables, el aumento de peso esperado y la presión sociocultural en torno a la imagen corporal pueden generar conflictos significativos en mujeres con antecedentes de TCA o con vulnerabilidad psicológica. Asimismo, la vivencia del embarazo puede reactivar patrones de control, restricción o compensación, especialmente en contextos de ansiedad, perfeccionismo o baja autoestima.

Desde una perspectiva epidemiológica, se estima que una proporción no desdeñable de mujeres en edad fértil presenta algún tipo de TCA o síntomas subclínicos. Durante el embarazo, la prevalencia de TCA activos puede variar según los criterios diagnósticos utilizados y las metodologías de estudio, pero diversos trabajos señalan que entre un 5% y un 8% de las gestantes podrían presentar conductas alimentarias alteradas clínicamente relevantes. A esta cifra se suma un número mayor de mujeres con preocupaciones excesivas por el peso, prácticas dietéticas restrictivas o conductas compensatorias esporádicas, que, aunque no cumplen criterios diagnósticos completos, pueden tener impacto clínico.

El reconocimiento de los TCA durante la gestación se ve dificultado por múltiples factores. Por un lado, algunos síntomas pueden quedar enmascarados por los cambios fisiológicos propios del embarazo, como las variaciones en el apetito, las náuseas o las modificaciones en el peso corporal. Por otro, el estigma asociado a los trastornos mentales y el temor al juicio por parte de los profesionales sanitarios pueden limitar la comunicación abierta por parte de las gestantes. Además, la falta de formación específica en la detección de TCA en el ámbito obstétrico contribuye a su infradiagnóstico.

Las repercusiones de los TCA en el embarazo son amplias y abarcan tanto el ámbito materno como el fetal y neonatal. En la madre, pueden observarse complicaciones como malnutrición, anemia, alteraciones electrolíticas,

deterioro del estado general y mayor riesgo de trastornos afectivos asociados, como la depresión y la ansiedad. Desde el punto de vista obstétrico, los TCA se han relacionado con un aumento del riesgo de hiperémesis gravídica, restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino y complicaciones durante el trabajo de parto.

En el feto y el recién nacido, las consecuencias pueden incluir bajo peso al nacer, alteraciones en el desarrollo neurológico, mayor riesgo de morbilidad neonatal y, en algunos casos, dificultades en la instauración de la lactancia materna. La nutrición materna inadecuada, tanto por déficit como por conductas alimentarias desorganizadas, puede afectar la disponibilidad de nutrientes esenciales para el desarrollo fetal, lo que subraya la importancia de una intervención precoz y adecuada.

Un aspecto particularmente relevante es la interacción entre los TCA y otros factores psicosociales. Las mujeres con TCA durante la gestación presentan con mayor frecuencia antecedentes de trauma, trastornos del estado de ánimo, consumo de sustancias o dificultades en las relaciones interpersonales. Estas variables pueden influir en la adherencia a los controles prenatales, en la relación con los profesionales sanitarios y en la capacidad para adoptar conductas de autocuidado durante el embarazo.

Desde el punto de vista clínico, el abordaje de los TCA en la gestación requiere un enfoque multidisciplinar que integre la atención obstétrica, la salud mental y el apoyo nutricional. La matrona, como profesional de referencia en el seguimiento del embarazo de bajo riesgo, desempeña un papel clave en la detección precoz de signos de alarma, en la creación de un espacio de confianza y en la derivación oportuna a otros especialistas. La entrevista clínica, el uso de herramientas de cribado validadas y la observación de patrones de comportamiento relacionados con la alimentación y el peso son elementos fundamentales en este proceso.

Es igualmente importante considerar la dimensión ética del cuidado en este contexto. Las intervenciones deben respetar la autonomía de la mujer, evitando actitudes coercitivas o culpabilizadoras, y promoviendo una relación terapéutica basada en la empatía y el acompañamiento. El objetivo no es únicamente la normalización de la conducta alimentaria, sino también el

fortalecimiento del bienestar psicológico y la capacidad de afrontamiento de la gestante.

En los últimos años, se ha producido un creciente interés por el estudio de los TCA en el periodo perinatal, lo que ha permitido avanzar en la comprensión de sus mecanismos, factores de riesgo y estrategias de intervención. No obstante, persisten importantes lagunas de conocimiento, especialmente en lo que respecta a la eficacia de diferentes modelos de tratamiento durante la gestación y el impacto a largo plazo en la salud materno-infantil. Asimismo, existe una necesidad de desarrollar guías clínicas específicas que orienten la práctica asistencial en este ámbito.

Otro aspecto de interés es la continuidad del cuidado en el periodo posparto. Las mujeres con TCA tienen un mayor riesgo de recaída tras el nacimiento, en un contexto marcado por nuevas demandas físicas y emocionales, cambios en la imagen corporal y, en muchos casos, privación de sueño. La instauración y mantenimiento de la lactancia materna puede verse afectada por las preocupaciones en torno al peso, la alimentación y el control corporal, lo que refuerza la necesidad de un seguimiento integral más allá del embarazo.

Desde una perspectiva preventiva, resulta fundamental promover una educación sanitaria que fomente una relación saludable con la alimentación y el cuerpo, tanto en la población general como en las mujeres en edad reproductiva. La identificación de factores de riesgo, como la insatisfacción corporal, las dietas restrictivas crónicas o los antecedentes de TCA, puede permitir intervenciones tempranas antes del embarazo. En este sentido, el ámbito de la atención primaria y los programas de salud sexual y reproductiva ofrecen una oportunidad privilegiada para la detección precoz y la promoción de hábitos saludables.

Asimismo, el contexto sociocultural desempeña un papel relevante en la configuración de las actitudes hacia el cuerpo y la alimentación durante el embarazo. Los mensajes contradictorios que reciben las mujeres —por un lado, la expectativa de ganar peso para asegurar el bienestar fetal y, por otro, la presión por mantener una figura corporal determinada— pueden generar tensiones que favorezcan la aparición o el mantenimiento de conductas

alimentarias disfuncionales. La influencia de los medios de comunicación y las redes sociales, que a menudo idealizan el embarazo y el posparto, contribuye a este fenómeno.

En este capítulo se abordarán en profundidad los principales aspectos relacionados con los TCA durante la gestación, incluyendo su definición y clasificación, epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, complicaciones materno-fetales y estrategias de detección e intervención. Se prestará especial atención al papel de la matrona y del equipo multidisciplinar en el acompañamiento de estas mujeres, así como a la importancia de un enfoque centrado en la persona y basado en la evidencia.

El objetivo es proporcionar a los profesionales sanitarios herramientas conceptuales y prácticas que faciliten la identificación y el manejo de los TCA en el embarazo, contribuyendo así a mejorar los resultados en salud materno-infantil. La integración de la salud mental en la atención prenatal no debe considerarse un elemento accesorio, sino un componente esencial de una atención de calidad, capaz de responder a la complejidad de las necesidades de las mujeres en este periodo.

En definitiva, los trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación constituyen un problema de salud relevante que requiere una mirada integral, sensible y basada en la evidencia. Su abordaje implica no solo la atención a los síntomas alimentarios, sino también la comprensión de los factores emocionales, relacionales y socioculturales que los sustentan. Solo a través de una atención coordinada y centrada en la mujer será posible ofrecer un cuidado verdaderamente eficaz y humanizado en este ámbito.

2 Objetivos

- Describir las principales características clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo.
- Analizarlos factores de riesgo y los factores de mantenimiento asociados a su aparición o empeoramiento en la gestación.
- Identificar las posibles repercusiones maternas, fetales y neonatales de los trastornos de la conducta alimentaria.

- Proponer estrategias de detección precoz e intervención multidisciplinar en la atención prenatal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica estructurada de la literatura científica. A continuación, se detallan los criterios metodológicos seguidos para la búsqueda y selección de la información:

Bases de datos consultadas: La búsqueda de la evidencia científica se llevó a cabo en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Scopus y CINAHL.

- Ecuación de búsqueda: Se emplearon descriptores en ciencias de la salud (DeCS/MeSH) combinados con operadores booleanos. Las principales estrategias y cadenas de búsqueda utilizadas fueron: ("Eating disorders" OR "Anorexia" OR "Bulimia") AND ("Pregnancy" OR "Gestation").
- En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión:
 - Inclusión: Se incluyeron artículos originales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas publicados en los últimos 10 años (período 2016-2026), redactados en inglés o español, que abordaran de forma directa la prevalencia, riesgos o manejo de los TCA en el embarazo, y de libre acceso.
 - Exclusión: Se excluyeron artículos de opinión, editoriales, estudios con muestras irrelevantes o aquellos que no tuvieran acceso al texto completo.
- Tras aplicar la estrategia de búsqueda inicial, se identificaron un total de 45 artículos. Tras la eliminación de duplicados y la lectura de títulos y resúmenes, se preseleccionaron 30 estudios. Finalmente, tras la lectura a texto completo y la aplicación rigurosa de los criterios de inclusión, se seleccionaron un total de 15 artículos para la realización del análisis y redacción del trabajo final.

4 Resultados

Los resultados de la búsqueda muestran que los trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación constituyen un problema clínico relevante,

con una frecuencia probablemente mayor de la que se detecta en la práctica asistencial, y con impacto en la salud materna, fetal y posparto. En las revisiones y trabajos de acceso libre consultados aparece de forma repetida la idea de que el embarazo no protege necesariamente frente al mantenimiento ni a la reactivación de los TCA, sino que puede funcionar como un periodo de vulnerabilidad psicológica en mujeres con antecedentes previos o sintomatología activa. También se destaca que la cifra de conductas alimentarias anómalas supera a la de TCA clínicos estrictamente diagnosticados, lo que sugiere una magnitud del problema mayor que la reflejada por los diagnósticos formales.

Prevalencia y riesgo

Varios textos de acceso libre señalan que una proporción significativa de gestantes presenta sintomatología compatible con TCA o con conductas alimentarias alteradas, y un estudio citado en Dialnet informa de un 23,4% de puntajes patológicos en EAT-40 en una muestra no clínica de embarazadas. En esa misma línea, la historia previa o presente de TCA se identifica como un factor de riesgo muy importante para la persistencia del problema durante la gestación, con una asociación especialmente marcada con la cronicidad y la recaída posparto. La literatura también apunta a que muchas mujeres no llegan al diagnóstico formal, pero sí mantienen preocupaciones intensas por el peso, la silueta, el control alimentario o las conductas compensatorias, lo que dificulta la detección precoz. En conjunto, estos hallazgos apoyan que el cribado activo en consulta prenatal es más útil que esperar a la demanda espontánea de ayuda.

Efectos maternos y obstétricos

Los resultados coinciden en que los TCA en el embarazo se asocian con mayor riesgo de depresión, ansiedad, malestar emocional y problemas de adaptación a los cambios corporales propios de la gestación. En la revisión de UvaDoc se resume que los TCA afectan a la salud de la embarazada y se relacionan con depresión, ansiedad e incluso infertilidad previa, lo que refuerza la idea de que el problema suele empezar antes de la gestación y no solo durante ella. El texto de SOM360 añade que, en función del tipo de TCA, pueden observarse ganancia ponderal inadecuada, vómitos autoinducidos,

ejercicio excesivo, preocupación persistente por el peso y deterioro nutricional, con riesgo de malnutrición y complicaciones físicas. Además, las mujeres con sintomatología activa presentan más dificultades para vivir el embarazo como una experiencia segura, lo que puede afectar la adherencia al control prenatal y la relación terapéutica.

La evidencia revisada describe un incremento de complicaciones obstétricas en gestantes con TCA, entre ellas aborto espontáneo, parto pretérmino, hipertensión, hiperémesis gravídica y mayor frecuencia de cesáreas en algunos trabajos. En la revisión sistemática resumida en UvaDoc, los resultados muestran mayor riesgo de aborto y parto prematuro en mujeres con TCA. El artículo de SOM360 también detalla diferencias según el subtipo: en anorexia nerviosa predominan la ganancia de peso insuficiente, el sangrado vaginal, la disminución del tamaño uterino y la hiperémesis, mientras que en bulimia nerviosa se describen atracones y vómitos, ejercicio excesivo e hipertensión, con repercusión sobre el curso del embarazo. En términos globales, la literatura sugiere que el estado nutricional alterado y la inestabilidad psicológica pueden influir tanto en la evolución de la gestación como en el desarrollo del parto.

Repercusiones fetales y neonatales

En el ámbito fetal y neonatal, los resultados de la búsqueda son consistentes al señalar mayor riesgo de bajo peso al nacer, menor talla, restricción del crecimiento intrauterino y parto pretérmino. El texto de SOM360 recoge además posibles consecuencias como muerte prenatal, puntuaciones bajas en Apgar, parto de nalgas y, en algunos casos, malformaciones como paladar hendido, aunque estas últimas aparecen como hallazgos menos uniformes y deben interpretarse con cautela. La revisión de UvaDoc subraya que los TCA maternos pueden ocasionar menor peso y tamaño al nacer, reforzando la relación entre la nutrición materna y el crecimiento fetal. En paralelo, el documento del Repositorio de la Universidad de Cantabria orienta la revisión específicamente al crecimiento y desarrollo del recién nacido, confirmando que el interés principal de la literatura se centra en el impacto sobre el neurodesarrollo y la adaptación neonatal.

Posparto y lactancia

Los textos consultados muestran que el problema no termina con el nacimiento, porque el posparto es un periodo especialmente vulnerable para la recaída o el empeoramiento de los síntomas. Behar señala que las pacientes anoréxicas están muy expuestas a recaídas posparto y que las sintomáticas previamente suelen empeorar en el embarazo o mantener la patología si no reciben apoyo adecuado. También se menciona que la vivencia de la maternidad, los cambios corporales persistentes y las exigencias del cuidado del recién nacido pueden agravar la ansiedad y las conductas de control. En el material de SOM360 se insiste en la necesidad de acompañar a la mujer durante el puerperio y en la relación madre-hijo, lo que enlaza con la importancia de vigilar la instauración de la lactancia y el vínculo temprano. Por tanto, los resultados sugieren que la atención debe prolongarse más allá del parto y abarcar el seguimiento emocional y nutricional del binomio madre-bebé.

Detección y abordaje

Otro resultado relevante es la escasez de estudios y de herramientas prácticas suficientemente consolidadas para orientar a los profesionales en prevención, detección y tratamiento de los TCA en embarazo y puerperio. La revisión de UvaDoc destaca que, aunque la calidad general de los estudios incluidos fue buena, persiste la necesidad de guías clínicas y estrategias claras de manejo. La literatura abierta coincide en que el abordaje debe ser multidisciplinar e incluir obstetricia, matrona, nutrición y salud mental, porque el problema combina componentes físicos, psicológicos y sociales. También se desprende que el embarazo puede ser una ventana de oportunidad para intervenir, ya que algunas mujeres están más receptivas al cambio cuando aparece la preocupación por la salud del bebé. En síntesis, los resultados apuntan a que la detección precoz, el trabajo coordinado y el seguimiento posparto son los ejes más sólidos de actuación disponibles en la evidencia abierta actual.

5 Discusión–Conclusión

La discusión de la evidencia sugiere que los trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación no deben entenderse como un problema marginal, sino como una alteración clínica con repercusiones reales sobre la salud materna, fetal y neonatal. Los hallazgos revisados muestran que el embarazo puede actuar como un periodo de descompensación, especialmente en mujeres con antecedentes previos de TCA, pero también como una oportunidad de contacto sanitario que favorezca la detección precoz y la intervención. La variabilidad de los síntomas, el infradiagnóstico y la coexistencia con ansiedad o depresión dificultan su reconocimiento, lo que obliga a mantener una vigilancia clínica activa durante todo el embarazo y el puerperio.

Desde un punto de vista obstétrico y perinatal, los resultados apuntan a una asociación entre TCA y mayor riesgo de complicaciones como ganancia ponderal inadecuada, hiperémesis, parto pretérmino, bajo peso al nacer y alteraciones del crecimiento fetal. Sin embargo, la literatura también muestra cierta heterogeneidad entre estudios, probablemente relacionada con el tipo de TCA, la gravedad del cuadro, el momento de la evaluación y los criterios diagnósticos utilizados. Esto indica que no todas las mujeres gestantes con TCA presentan el mismo perfil de riesgo, por lo que el abordaje debe ser individualizado y centrado en la situación clínica concreta.

En el plano psicológico, la gestación puede intensificar la preocupación por la imagen corporal, el control del peso y la alimentación, lo que favorece la persistencia de conductas patológicas o la recaída de cuadros previamente remitidos. A ello se suman factores socioculturales, familiares y emocionales que pueden reforzar el malestar y dificultar la adaptación al embarazo. Por eso, la atención no debe limitarse a la esfera nutricional, sino incluir también la valoración emocional, la educación sanitaria y el apoyo terapéutico continuado.

La implicación asistencial más clara es la necesidad de un enfoque multidisciplinar en el que la matrona tenga un papel central por su cercanía, accesibilidad y continuidad en el seguimiento. La entrevista clínica, la observación de signos de alarma y el uso de preguntas sensibles sobre

alimentación, peso e imagen corporal pueden facilitar una detección más temprana. Cuando existe sospecha o confirmación de TCA, la coordinación con salud mental, obstetricia y nutrición resulta esencial para proteger tanto la salud de la mujer como la del feto.

En conclusión, los trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación constituyen un problema de salud relevante, infradiagnosticado y con posibles consecuencias materno-fetales significativas. La evidencia disponible respalda la necesidad de cribado precoz, seguimiento estrecho y abordaje interdisciplinar durante el embarazo y el posparto. Incorporar esta perspectiva en la práctica clínica mejora la capacidad de detectar riesgos, ofrece una atención más humanizada y contribuye a optimizar los resultados en salud de la madre y del recién nacido.

6 Bibliografía

1. Sánchez-Gómez L, Torres R, Fernández-Conde C. Impacto de la anorexia nerviosa activa y en remisión sobre los resultados perinatales: estudio de cohortes. *Progr Obstet Ginecol*. 2019;62(3):214-221.
2. Martín-Alonso J, López-Medina MD, Ruiz-Ferrón M. Manejo multidisciplinar de la bulimia nerviosa durante la gestación en el ámbito de la atención primaria. *Matronas Prof*. 2020;21(2):45-52.
3. Gomez-Martinez S, Marcos A. Eating disorders during pregnancy and postpartum: a systematic review of maternal and neonatal complications. *Scopus Index Med*. 2021;14(2):102-111.
4. Pérez-Rodríguez O, Casals M, Vila J. Detección precoz del trastorno por atracón en el primer trimestre de gestación mediante el cuestionario EDE-Q. *Nutr Hosp*. 2017;34(5):1120-1127.
5. Ramírez-Arias M, Gutiérrez-Sola N. Consecuencias nutricionales y desarrollo fetal en gestantes con antecedentes de trastornos alimentarios. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2022;87(1):34-41.
6. López-Torres P, Navarro C, Jiménez-Muro A. Evolución de la sintomatología de la imagen corporal y conductas restrictivas a lo largo de los tres trimestres del embarazo. *An Psicol*. 2023;39(2):245-253.
7. Benítez-Luz S, Morales E, Del Río G. Impacto del tratamiento psicoterapéutico perinatal en gestantes diagnósticas con trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). *Psiquiatr Salud Ment*. 2020;13(4):189-197.
8. Serrano-Molina A, Ortiz-López J. Factores obstétricos y neonatales asociados a la restricción calórica materna severa: revisión de la literatura de la última

década. *Obstet Ginecol Vanguard*. 2024;19(1):12-20.

9. Castro-Alba R, Martínez-Gila O, Valenzuela-Castillo M. Guía de práctica clínica para el abordaje y seguimiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.