



Enfermería Científica Altoaragonesa

REVISTA CIENTÍFICA DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUESCA NÚMERO 18 · JULIO 2026

Perfil clínico y seguridad de la angiografía fluoresceínica: estudio de seis años sobre indicaciones y efectos adversos

Ashwagandha como complemento en el tratamiento de la salud mental: una revisión bibliográfica

Estrategias no invasivas y procedimientos asistenciales en la atención a la presentación podálica: revisión narrativa de la evidencia científica

XXIII PREMIOS DE ENFERMERÍA

Santiago Martín Jarauta

El Colegio Oficial de Enfermería de Huesca convoca estos premios en homenaje al Ilmo. Sr. D. Santiago Martín Jarauta, Presidente de esta institución desde noviembre de 1997 hasta diciembre de 2003

Presentación **hasta el 1 de marzo de 2027**

1800 €

Mejor Trabajo de Investigación

700 €

Mejor Proyecto de Investigación

Patrocinado por



Consulta las bases completas



Colegio Oficial
de Enfermería
de Huesca



Foto: Colegiata de Santa María. AÍNSA, provincia de Huesca

Carmen Tosat Mancho
Colegiada 220000974

Junta de Gobierno

Presidenta:	Carmen Tosat Mancho
Vicepresidenta:	Clara Navarro Pérez
Secretario E. F.:	José Antonio Franco Santa-Bárbara
Tesorera:	Carmen Campos Avellana
Vocal I:	Ángel Escuder Centelles
Vocal II (Enfermería Geriátrica):	Valentina Vilarrubí Lloréns
Vocal III E.F.:	Almudena Laliena Tolosana
Vocal IV:	Mónica Betrán Piracés
Vocal V (Obstétrico-Ginecología):	Noelia Malo Barrio
Vocal VI E. F.:	María Aránzazu Begué Pascual

Comité Científico Asesor

Presidente:	D. Luis Hijós Larraz
Secretario:	D. Carlos Viñuales Palomar
Vocales:	D.ª Carmen Campos Avellana
	D.ª Lorena Coarasa Almenara
	D.ª Isabel Sanclemente Vinué
	D.ª María Sarasa Hernández

Edita

Colegio Oficial de Enfermería de Huesca
Avda. Juan XXIII, 5 - 22003 Huesca
Teléfono 974 21 30 68
e-mail: administracion@colegioenfermeriahuesca.org

Maqueta e imprime

Gráficas Alós. Huesca
Teléfono 974 222 113 / e-mail: alos@graficasalos.com
ISSN 3127-4447 (versión en línea)



Indexada en la Base de Datos
CUIDEN de la Fundación INDEX

Sumario

Número 18

Julio 2026

5 Editorial

6 SalusOne

9 Noticias

11 Artículos

11 Perfil clínico y seguridad de la angiografía fluoresceínica: estudio de seis años sobre indicaciones y efectos adversos

20 Ashwagandha como complemento en el tratamiento de la salud mental: una revisión bibliográfica

27 Estrategias no invasivas y procedimientos asistenciales en la atención a la presentación podálica: revisión narrativa de la evidencia científica

39 Premio "Enfermería Joven"

41 Normas de publicación

45 "Los martes investigamos"

46 Agenda





Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

TU COLEGIO TE PROTEGE CON

**3,5
MILLONES
DE EUROS**

- Comprendido en el importe de la cuota colegial.
- Cubre los riesgos en los que puedan incurrir los enfermeros con motivo de su actividad profesional.
- La cobertura se extiende a actuaciones profesionales en cualquier país del mundo (previa autorización de la compañía), excepto EEUU, Canadá y territorios asociados.
- Incluye cobertura ante una inhabilitación profesional de hasta 4.000 € mensuales.



LA MUTUA DE LOS
PROFESIONALES SANITARIOS

Más de
30 años

Asegurando
la
actividad sanitaria

A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, ofrece otros beneficios sociales a través de su Fundación, como becas para la subvención de los cursos de preparación al examen de EIR, más de 70 programas de ayudas sociales, así como colaboración en jornadas, congresos o patrocinio de premios.



Editorial



ENFERMERÍA ES CIENCIA, CONOCIMIENTO Y COMPROMISO

La enfermería es una de las profesiones que mejor refleja la evolución que ha sufrido la sociedad a lo largo de la historia, pues se inició en un mundo vocacional, ligado al cuidado básico y al acompañamiento humano. Sin embargo, su evolución, aunque lenta y a veces tórpida, permitió que se convirtiera en lo que actualmente es, una disciplina altamente cualificada, formada y científica, esencial en los sistemas sanitarios.

Cabe destacar que este avance no ha sido casual, sino fruto de un esfuerzo colectivo de todas las generaciones comprometidas con el cuidado y con la dignificación de la disciplina enfermera. Y es que, en este largo camino, la enfermería pasó de ser una profesión con funciones subordinadas a considerarse y consolidarse como profesionales con competencias propias, capacidad plena para toma de decisiones y con un papel clave en la atención integral de las personas.

Y la verdad es que, mientras escribía estos primeros párrafos, he sido consciente de lo que se asemeja esta evolución con mi recorrido como enfermera (y probablemente con el de muchas otras compañeras). Me inicié en el mundo de los cuidados por vocación, una inspiración que surgió a una edad muy temprana. Lo que inicialmente fue algo inconsciente se fue convirtiendo, conforme me iba formando, en algo mucho mayor: el grado universitario aportó los conocimientos en cuanto a práctica y teoría de la disciplina; durante los estudios de postgrado y los primeros contratos empecé a abrir la mente y aprendí a desenvolverme en situaciones diferentes de forma autónoma; seguí formándome y el EIR abrió un mundo totalmente nuevo, que requiso compromiso, constancia, resiliencia y sacrificio, pero que compensó con creces el esfuerzo invertido, pues gracias a esa experiencia no solo mejoré como profesional sino que descubrí la importancia y la esencia verdadera de la Atención Primaria.

Con esto, quiero decir, que uno de los pilares fundamentales de nuestra evolución enfermera tanto en la historia como en cada caso particular es, sin duda, la formación. Sabemos que hoy en día esta profesión exige una preparación rigurosa, universitaria y en constante actualización, que garantiza una práctica basada en la evidencia. Y por eso mismo, la investigación ocupa un lugar central, ya que no solo permite mejorar la calidad de los cuidados y optimizar recursos, sino que contribuye y fortalece la autonomía de la profesión.

Por ello, debemos apostar por la formación pero también por la investigación, para lograr una enfermería más sólida, visible e influyente, permitiendo que los profesionales, además de aplicar el conocimiento, sean capaces de generarlo.

No olvidemos nunca reconocer el valor de nuestra profesión, nuestra capacidad de adaptación y nuestro compromiso con el bienestar de la población.

Rocío Herranz Lacruz



Gimnasio Virtual



Alimentación Saludable



Escuela de Padres y Madres



Bienestar Emocional



CUÍDATE

Cuidamos de tu salud física y mental



CUIDA

Te ayuda en tus prácticas clínicas



Infografías Científicas



Guía Administración Fármacos



Calculadoras Clínicas



Prescribes

Biblioteca Audiovisual



E-Books



Juego Salus Quizz



Webinars de Conocimiento



Píldoras de Conocimiento



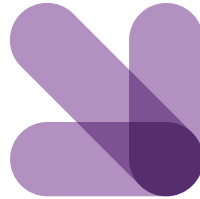
APRENDE

Complementa tu Aprendizaje



FÓRMATE

Cursos de Formación Continuada CFC



Más de 100 cursos CFC acreditados

Aprende y consigue méritos para OPEs y Bolsas de Trabajo

Nueva Funcionalidad



Descubre **SalusChat**, la nueva **herramienta de Inteligencia Artificial** que te responderá con evidencias científicas.



Resuelve al instante todas tus preguntas sobre **farmacología, NANDA, NIC, NOC y mucho más.**



COE Huesca

Accede a todos los contenidos de **forma gratuita** gracias al Colegio de Enfermería de Huesca.



Descarga la app y disfruta de sus ventajas

DISPONIBLE EN Google Play

Disponible en App Store



FÓRMATE

Cursos de Formación Continuada CFC

Mas de **100 cursos** CFC acreditados 🔍



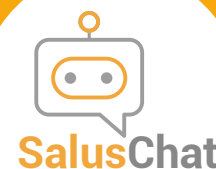
Realiza Cursos CFC ilimitados GRATIS

Elige entre diferentes **áreas de conocimiento:**

Lesiones Cutáneas y Heridas, UCI, Quirófano, Urgencias y Emergencias, Lactancia Materna, Investigación o Competencias digitales entre otras.

Novedades en SalusOne

SalusChat, tu nueva herramienta inteligente para resolver todas tus dudas sanitarias al instante



En el día a día de la práctica enfermera, las preguntas aparecen cuando menos lo esperas: una duda sobre un fármaco, la selección del diagnóstico de enfermería más adecuado o la planificación de cuidados.

Pensando en acompañarte en esos momentos clave, SalusOne presenta una nueva funcionalidad basada en inteligencia artificial que transformará tu rutina profesional: **SalusChat**.

¿Qué es SalusChat y qué puede hacer por ti?

SalusChat es una herramienta inteligente creada especialmente para profesionales sanitarios. Te ayuda a resolver tus dudas de manera ágil, clara y siempre apoyada en la mejor evidencia científica disponible.

Con SalusChat podrás consultar información sobre diferentes áreas de conocimiento como: ginecología, farmacología, NANDA-NOC-NIC, pediatría, urgencias, heridas....

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, SalusChat actúa como un auténtico **asistente sanitario virtual**, accesible en cualquier momento para aclarar conceptos, apoyar la toma de decisiones clínicas y ayudarte a diseñar los mejores planes de cuidados.



Una nueva herramienta a tu lado siempre que la necesites

Una propuesta innovadora que integra la inteligencia artificial en el sector sanitario con un enfoque ético, seguro y basado en evidencia científica.



Descubre más y haz tu primera consulta gratuita desde aquí
ESCANEA este QR



Premios de Enfermería Santiago Martín Jarauta

Premio al Trabajo de Investigación

Durante el acto de celebración del Día Internacional de la Enfermera, se hizo entrega de los XXII Premios Santiago Martín Jarauta.

Premio al mejor trabajo de investigación **"Aspiración frente a irrigación manual en la extracción de cerumen impactado en atención primaria: estudio comparativo de eficacia, seguridad y eficiencia"**. Autores: Alberto Alcázar, Andrés Benjamín Fernández, Cristina García, Margarita Pilar González, María Ocaña y Juan Antonio Pavón.

Este estudio analiza en la extracción de tapones de cerumen, un procedimiento habitual en la práctica profesional de las consultas de Atención Primaria. La investigación demuestra que la técnica de aspiración se consolida como la alternativa preferente frente a la irrigación tradicional con agua. Este método de succión no solo logra una mayor efectividad en la



D. Alberto Alcázar, D. Javier Landa y D.ª Natalia Martín

eliminación de la obstrucción, sino que reduce notablemente el tiempo de la intervención. Además, al evitar la introducción de líquidos a presión, incrementa el confort del usuario y agiliza el proceso clínico al requerir menos días de preparación previa en el domicilio.

La implementación de este sistema aporta ventajas estratégicas tanto para la seguridad del paciente como para la organización de la actividad diaria en los centros de salud. Al eliminar por completo complicaciones cotidianas como los mareos o las infecciones de oído, se disminuye significativamente la necesidad de derivar a los usuarios a los especialistas hospitalarios. De este

modo, el uso del aspirador optimiza el rendimiento de las consultas, aliviando en parte la saturación asistencial y refuerza la capacidad resolutoria y la autonomía de la enfermería ante uno de los motivos de consulta más recurrentes de su agenda.

Premio al Proyecto de Investigación

Premio al mejor proyecto de investigación **"Proyecto de vivencias y necesidades de las personas con covid persistente en La Rioja: un estudio cualitativo"**. Autores: Carmen Urbina, Vanesa Quijada, Marta Tomás, Miguel Ángel Martínez y Olga Galvete.

Este proyecto estudia la COVID persistente recordando que no deben caer en el olvido esta enfermedad ni sus efectos a largo plazo. Este estudio cualitativo explora las vivencias de las personas afectadas para identificar cómo las secuelas físicas y psíquicas alteran su autonomía y sus roles cotidianos. Al centrarse en la experiencia subjetiva del paciente, la investigación visualizará un problema de salud pública de primer orden y aportará la evidencia necesaria para corregir las barreras de acceso dentro del sistema sanitario.

Para los profesionales de enfermería, este proyecto resulta estratégico para liderar el abordaje integral de estas secuelas crónicas. Los hallazgos permitirán generar conocimiento transferible a las consultas de Atención Primaria, el ámbito clave para el seguimiento continuo

de estos usuarios. De este modo, se consolidará la autonomía y el rol educador de Enfermería diseñando itinerarios asistenciales específicos, promoviendo el autocuidado y coordinando la atención multidisciplinar que evite la fragmentación de los cuidados.



D. Miguel Ángel Martínez, D.ª Vanesa Quijada, D.ª Olga Galvete, D.ª Natalia Martín y D. Javier Landa

Ayudas a la Investigación

Entre los actos programados para la conmemoración del Día Internacional de la Enfermería, el Colegio hizo entrega de las Ayudas a la Investigación a:

• **D.^a Andra Costina Baciú** - II Congreso Nacional Innova Diabetes para profesionales sanitarios

Comunicación como Póster: "Lipohipertrofia en la terapia con insulina"

• **D.^a Amanda Bailo Ruiz de Eguilaz** - II Congreso Nacional Innova Diabetes para profesionales sanitarios
Comunicación como Póster: "Efectos beneficiosos del ayuno intermitente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2"

• **D.^a Isabel María García Parra** - XXIII Congreso de la Federación de Asociación de Matronas de España (FAME)

Comunicación Oral: "Consulta de bebés en presentación de nalgas liderada por matronas en un hospital comarcal"

• **D.^a M.^a del Pilar Grimal Escuin** - II Congreso Nacional Innova Diabetes para profesionales sanitarios

Comunicación como Póster: "Impacto de la educación diabetológica sobre las hipoglucemias en el diabético tipo 1"

• **D.^a Clara Peralta Nueno** - II Congreso Nacional Innova Diabetes para profesionales sanitarios

Comunicación como Póster: "Edulcorantes en la cesta de la compra española"

• **D. Adrián Vaquero Piquer** - II Congreso Nacional Innova Diabetes para profesionales sanitarios

Comunicación como Póster: "Plan de cuidados al paciente con diabetes mellitus tipo 2 con riesgo de hipoglucemia. Caso clínico"

• **D.^a Isabel Viñuales Laviña** - II Congreso Nacional Innova Diabetes para profesionales sanitarios

Comunicación como Póster: "Evolución de una herida compleja tras amputación atípica"



D.ª Noelia Malo Barrio y D.ª Amanda Bailo Ruiz de Eguilaz



D.ª Noelia Malo Barrio y D.ª Clara Peralta Nueno



D.ª Noelia Malo Barrio y D.ª Isabel Viñuales Laviña

Investigación



Consejo General de Enfermería

¿TIENES UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN?

El Consejo General de Enfermería convoca sus Premios de Investigación 2026.



Perfil clínico y seguridad de la angiografía fluoresceínica: estudio de seis años sobre indicaciones y efectos adversos

Autores

José Luis Laliena Santamaría (1), Virginia Gil Ferrer (2), Ana Cristina Núñez Allué (3)

(1) Facultativo Especialista de Área FEA Oftalmología. Hospital Universitario San Jorge (Huesca)

(2) Enfermera Consultas Externas Oftalmología. Hospital Universitario San Jorge (Huesca)

(3) Enfermera Consultas Externas Oftalmología. Hospital Universitario San Jorge (Huesca)

Cómo citar este artículo

Laliena Santamaría J. L., Gil Ferrer V, Núñez Allué A. C.

Perfil clínico y seguridad de la angiografía fluoresceínica: estudio de seis años sobre indicaciones y efectos adversos
Enfermería Científica Altoaragonesa. 2026; 18: 11-19

RESUMEN

Introducción: La angiografía fluoresceínica (AGF) es una técnica diagnóstica esencial en oftalmología para valorar la circulación retiniana y coroidea. Aunque es un procedimiento seguro y ampliamente utilizado, persisten dudas sobre los riesgos potenciales en determinados grupos de pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia con la AGF en el Hospital Universitario San Jorge (Huesca), un centro de segundo nivel, durante seis años, con especial atención a las indicaciones y efectos adversos.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado por un facultativo y dos enfermeras del servicio de Oftalmología del HUSJ, en el que se revisaron los datos de 384 pacientes sometidos a AGF entre enero de 2019 y diciembre de 2024. Se recogieron variables

demográficas, diagnóstico, factores de riesgo y presencia de efectos adversos. El análisis fue descriptivo, expresado en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se realizaron 384 AGF en el periodo estudiado, con predominio masculino (57 %). La retinopatía diabética fue la indicación más frecuente (41 % en mujeres - 59 % en hombres en el periodo de un año). Se registraron cuatro efectos adversos (1 %), todos ellos leves y autolimitados (mareo, náuseas, vómitos). No se produjeron reacciones graves ni necesidad de intervención médica.

Conclusiones: La AGF es un procedimiento seguro y eficaz para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades retinianas en la población estudiada. La baja incidencia de efectos adversos apoya su uso continuado en la práctica clínica, también en pacientes con comorbilidades.

Palabras clave: Angiografía con fluoresceína, evento adverso, retinopatía diabética, degeneración macular asociada a la edad.

ABSTRACT

Introduction

Fluorescein angiography (FA) is a key diagnostic technique in ophthalmology for assessing retinal and choroidal circulation. Although considered a safe procedure, concerns remain about potential risks in specific patient groups. This study reports the experience with FA at Hospital Universitario San Jorge (Huesca), a second-level center, over six years, focusing on indications and adverse events.

Methods: This is a retrospective observational study conducted by a physician and two nurses from the ophthalmology department at the HUSJ. Data were reviewed on 384 patients who underwent FGA between January 2019 and December 2024. Data were collected on demographic variables, diagnoses, risk factors, and the presence of adverse effects. The analysis was descriptive, expressed in frequencies and percentages.

Results: A total of 384 FA procedures were performed during the study period, with a male predominance (57 %). Diabetic retinopathy was the most frequent indication (42 %-59 % annually). Four patients (1 %) experienced mild and self-limiting adverse events (dizziness, nausea, vomiting). No severe reactions or need for medical intervention were observed.

Conclusions: FA is a safe and effective procedure for diagnosing and monitoring retinal diseases. The low incidence of adverse events supports its continued use in clinical practice, even in patients with comorbidities.

Key words: Fluorescein angiography, adverse effects, diabetic retinopathy, age-related macular degeneration.

INTRODUCCIÓN

La angiografía fluoresceínica (AGF) es una técnica diagnóstica utilizada en oftalmología para evaluar la circulación sanguínea en la retina y la coroides, que son capas del ojo situadas en la parte posterior. Comenzó a usarse experimentalmente en animales en 1920, pero no fue hasta

1960 cuando se produjo el desarrollo formal y la descripción de la técnica en su forma moderna gracias a Nowothy y Alvis¹.

La AGF consiste en administrar fluoresceína sódica (un colorante que emite luz al ser iluminado con luz azul), por vía intravenosa, generalmente en una vena del brazo. Este tinte viaja por el torrente sanguíneo hasta llegar a los vasos sanguíneos del ojo. Con una cámara especial equipada con filtros y bajo midriasis farmacológica, se toman fotografías seriadas de secuencia rápida del fondo de ojo a medida que la fluoresceína pasa por esos vasos. Es decir, se basa en la respuesta fluorescente del fármaco administrado^{1,2}. Existe otro colorante, verde indocianina (también se administra por vía intravenosa), que comenzó a utilizarse años después y que permite evaluar con mayor detalle la circulación en los vasos coroides².

Durante la AGF podemos distinguir las siguientes fases²:

- Fase coroidea: inicio llenado vasos de la coroides (2-10 sg).
- Fase arterial: seguida de la coroidea, inicio llenado de arterias.
- Fase arteriovenosa: las arterias se llenan completamente y comienza a intuir el llenado de las venas.
- Fase venosa: llenado de venas.
- Fase tardía: muestra los efectos de la recirculación continua, la dilución y la eliminación del contraste. La tinción tardía de la papila es un hallazgo normal.

El tiempo brazo-ojo (desde la inyección de la fluoresceína en el brazo hasta que esta es visible en las arterias retinianas) no se considera una fase en sí misma de la AGF, pero sí es un parámetro clave que se mide al inicio del estudio. Su valor típico es de 10-15 segundos. Un alargamiento del tiempo puede observarse en patologías sistémicas como insuficiencia cardíaca, obstrucción vascular o hipotensión severa, por ejemplo^{1,2}.

La AGF nos permite detectar posibles anomalías en la red capilar, como isquemia retiniana, aneurismas, edema, infartos capilares, oclusiones o formación de neovasos. Es una herramienta clave para el diagnóstico y control de enfermedades vasculares de la retina y seguimiento de patologías asociadas con alteraciones capilares o formación de neovasos².

- Retinopatía diabética (RD).
- Degeneración macular relacionada con la edad (DMAE).
- Oclusiones vasculares retinianas.
- Edema macular (EM).
- Coriorretinopatía serosa central (CSC).
- Tumores intraoculares.
- Inflamaciones del fondo del ojo (uveítis).
- Rastrear cambios en una enfermedad ocular a través del tiempo.
- Identificar las áreas (isquemia) que requieren tratamiento.

En resumen, la AGF se utiliza para investigar y documentar el estado de los sistemas vasculares retiniano y coroideo. Permite visualizar y documentar la dinámica del flujo sanguíneo retiniano, a la vez que registra la integridad de la barrera hemato retiniana interna y los detalles finos del epitelio pigmentario retiniano. Es un valioso complemento a la biomicroscopía estereoscópica del fondo de ojo. También es útil para determinar la idoneidad de fotocoagulación láser en enfermedades vasculares maculares y retinianas².

Otro método descrito en la bibliografía para realizar AGF se basa en la administración vía oral de fluoresceína^{3,4}. Por ejemplo, se ha planteado en pacientes pediátricos, ya que la canulación de una vía periférica puede representar un desafío en estos casos. Si bien la AGF oral se ha utilizado durante décadas, se ha visto limitada, entre otros factores, por la falta de confirmación de los tiempos de adquisición de imágenes. El fármaco en este caso tarda aproximadamente 30-60 minutos en llegar al ojo (dependiendo del vaciamiento gástrico y absorción intestinal) y alcanzar una concentración adecuada en la circulación coroidea^{3,4}. La administración vía oral (10 ml de fluoresceína al 10 %) ha demostrado buen perfil de seguridad⁴.

La AGF es un procedimiento mínimamente invasivo y relativamente seguro, pero está asociado a diversos factores de riesgo. Debe tenerse precaución en pacientes con insuficiencia renal, ya que la fluoresceína se elimina principalmente por esta vía. Se debe valorar, en estos casos, no realizar la prueba o administrar una dosis menor de fluoresceína^{1,3}.

No hay estudios estructurados que identifiquen asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica

(EPOC) como factores de riesgo específicos para realizar AGF, pero su existencia complicaría la situación del paciente si se diese una reacción alérgica grave (anafilaxia, broncoespasmo o edema laríngeo). La toma de betabloqueantes puede empeorar significativamente un broncoespasmo y dificultar el manejo de la reacción alérgica o inflamatoria. En estos casos, el beneficio del procedimiento se debe sopesar cuidadosamente frente al riesgo. Se recomienda monitorización estricta durante y después del procedimiento, tener disponible equipo de reanimación y medicación de emergencia y evaluar alternativas no invasivas cuando sea posible³.

Los efectos adversos neurológicos documentados al realizar una AGF incluyen convulsiones (crisis tónico-clónicas generalizadas) con una frecuencia estimada de 1:13.900 pacientes, es decir, una incidencia global muy baja, aproximadamente 0,007 % de las pruebas. Las crisis se han observado tanto en pacientes con y sin antecedentes de epilepsia, incluso en algunos que estaban bajo tratamiento con fenitoína o fenobarbital, lo que sugiere que la predisposición previa no es un requisito para que ocurran. La cefalea previa al evento se menciona como posible signo de advertencia³.

En general los efectos adversos más frecuentes y leves (significa que el paciente se recupera en minutos sin intervención médica) son náuseas, vómitos, prurito, alteración del gusto. Dentro de los moderados, menos frecuentes: mareo, síncope, eccema o rash cutáneo, tos, cefalea, dolor abdominal, flebitis en el lugar de la inyección y dolor local si se produce extravasación de la fluoresceína. En casos graves y excepcionales puede producirse reacción alérgica con dificultad respiratoria por broncoespasmo, alteración del ritmo cardíaco, de la presión arterial, o shock anafiláctico, shock vasovagal, infarto de miocardio^{1,3}.

Además, es posible que la piel adquiera una coloración amarillenta temporal y que la orina se torne de color naranja o amarillo oscuro durante las primeras 24 horas tras la inyección del contraste, porque el cuerpo elimina la fluoresceína (en forma no metabolizada) por vía renal (filtración glomerular)¹.

La concentración de fluoresceína utilizada, el volumen inyectado, la velocidad de inyección (aunque se recomienda hacerlo lento) o la tem-

peratura del producto, no se han relacionado con la incidencia de efectos adversos. El aspecto más importante para predecir posibles incidencias es el historial de alergias del paciente, específicamente un historial de reacción previa a la fluoresceína³.

Se ha podido evidenciar que inyectar la fluoresceína de forma lenta, es decir, durante aproximadamente 15-25 segundos, se asocia con una incidencia significativamente menor de náuseas y vómitos en comparación con una inyección rápida de 5-8 segundos⁵. Existe controversia en la literatura en cuanto a la velocidad de administración relacionada con la aparición de efectos secundarios^{3,6}.

Dada la importancia de la AGF en el contexto actual, el objetivo de este trabajo es analizar la experiencia con la AGF en el Hospital Universitario San Jorge (Huesca), un centro de segundo nivel, durante seis años, con especial atención a las indicaciones, factores de riesgo y efectos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado por oftalmólogos y enfermeras del servicio de Oftalmología del HUSJ de Huesca. Se han recogido los datos de 384 pacientes a los que se les ha realizado una AGF entre enero de 2019 y diciembre de 2024.

Para realizar la AGF se siguieron los pasos que se describen a continuación, técnica habitual en el servicio pero que no se ajusta a protocolo estandarizado ya que el HUSJ no dispone actualmente de ninguno para esta prueba:

- El paciente recibió explicación verbal del procedimiento en consulta por el facultativo que indicó el examen y firmó el consentimiento informado del procedimiento con más de 24 horas de antelación.
- Dilatación pupilar (colirio de tropicamida al 1 %, 1 gota cada 10 minutos, 2 dosis).
- Anamnesis (antecedentes médicos y reacciones adversas).
- Canalizar vía venosa periférica con catéter venoso del número 22.

- Inyección intravenosa de ampolla de 2,5 ml de fluoresceína 10 % (pasar lento, de forma manual, sin bomba de perfusión).

- En casos de la existencia de alteraciones en la función renal se valoró, según criterio médico, administrar una dosis menor de fluoresceína.

Las variables recogidas fueron: fecha de realización de la prueba, oftalmólogo que realiza la prueba, datos de filiación del paciente, diagnóstico que motiva la prueba o sospecha del mismo que se espera confirmar, factores de riesgo y presencia de efectos adversos. Los datos referidos al diagnóstico, factores de riesgo y efectos adversos han sido codificados (siguiendo patrón de numeración) con el fin no solo de facilitar su manejo estadístico sino también proporcionar anonimato y protección a los usuarios respecto a información sensible.

Los diagnósticos recogidos fueron: DMAE, RD, obstrucción venosa de rama retiniana (OVR), obstrucción de la vena central de la retina (OVCR), oclusión de arteria retiniana (OAR), CSC, nevus coroideo, membrana neovascular (MNV) miópica, uveítis, otros.

Los factores de riesgo considerados fueron: alergia a 2 o más fármacos, Insuficiencia renal crónica (IRC) (solo se realizó la prueba si FG >30 ml / min), enfermedad respiratoria: asma EPOC, epilepsia y la toma de betabloqueantes, ya fuera de forma tópica, con inhalador o vía oral.

Se describe la ocurrencia de efectos adversos relacionados con la prueba: vómitos, náuseas, mareo, malestar general, alteraciones cutáneas, tos, dificultad respiratoria, pérdida de conciencia, shock anafiláctico u otros.

El análisis estadístico según tipo de variable fue descriptivo, expresado en frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

El gráfico 1 confirma el pico de actividad en 2019, la caída de 2020 y la recuperación paulatina. El año 2019 concentra el mayor número de estudios (102 pruebas). El año 2020 sufre un descenso marcado (47 pruebas), coherente con la suspensión de actividad programada durante la pandemia. La actividad se recupera progresivamente en 2021-2024 (66 procedimientos en 2021, 71 en 2022, 40 en 2023), con un ligero

GRÁFICO 1: Volumen total de angiografías por año.



GRÁFICO 2: Distribución por sexo.



repunte otra vez en 2024 (58 pruebas). En total, se han realizado 384 AGF entre enero de 2019 y diciembre de 2024.

Globalmente se realizaron 220 angiografías en hombres (57 %) y 164 en mujeres (43 %). El repar-

to hombre-mujer se mantiene bastante estable cada año, como puede apreciarse en el gráfico 2. En ningún caso se supera 12 puntos porcentuales, lo que evidencia la estabilidad de reparto hombre-mujer.



GRÁFICO 3: Porcentaje anual de angiografías según diagnóstico (histograma compuesto)

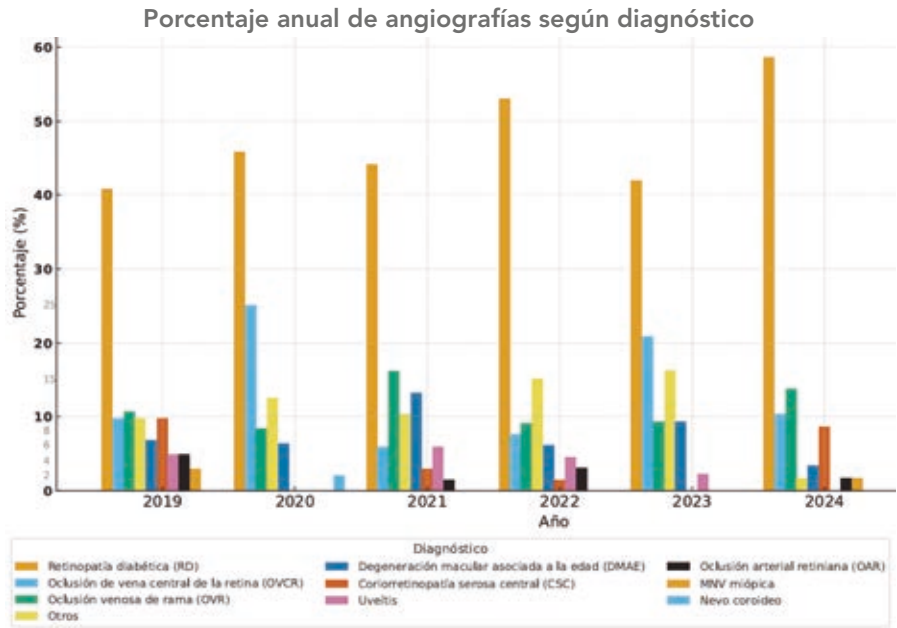


Tabla 1. Evolución de los diagnósticos RD y DMAE (obtenida a partir del gráfico 3).

Diagnóstico	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RD	40 %	45 %	46 %	54 %	43 %	59 %
DMAE	7 %	6 %	14 %	5 %	10 %	3 %

El gráfico 3 y la tabla 1 permiten observar que la RD gana peso relativo con el tiempo: pasa del 40 % del total en 2019 al máximo del 59 % en 2024. La DMAE presenta la tendencia opuesta: tras un pico del 14 % en 2021, desciende a cifras

residuales (≈3 %) en 2024. Las oclusiones venosas, ya sean OVR u OVCR, muestran oscilaciones, con picos alrededor del 25 % en 2020 y ligeramente inferior en 2023.

GRÁFICO 4: Número de angiografías por diagnóstico y sexo.

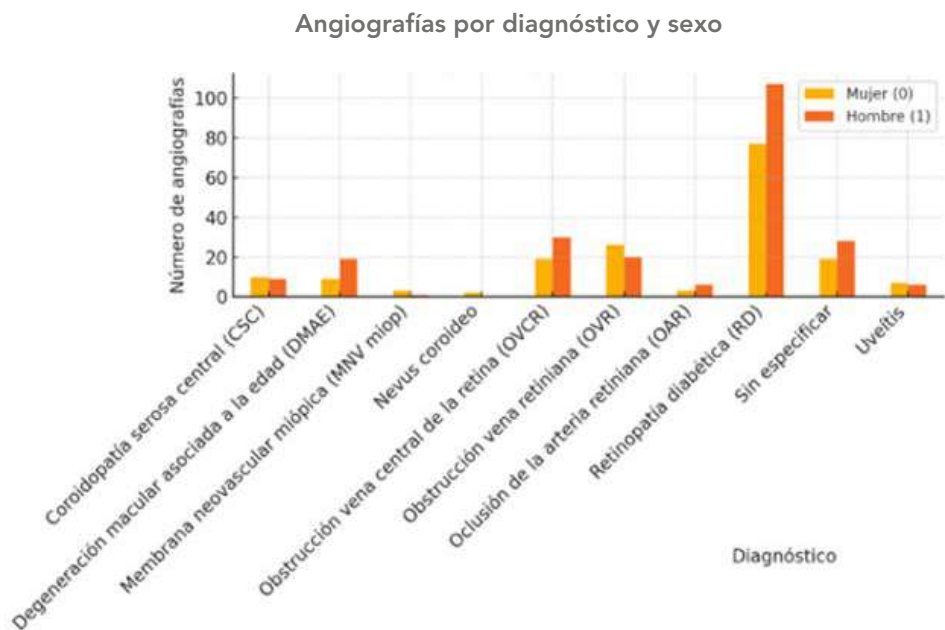


Tabla 2. Relación sexo – diagnóstico.

Diagnóstico	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO	% MUJERES	% HOMBRES
RD	73	105	41 %	59 %
DMAE	9	19	32 %	68 %
OVCR	16	27	37 %	63 %
OVR	24	19	56 %	44 %
CSC	9	9	50 %	50 %

El gráfico 4 muestra de forma visual cuántas angiografías se realizaron por sexo para cada uno de los nueve diagnósticos que ha recogido el estudio presentado. La tabla 2 ofrece datos de los diagnósticos más frecuentes. Del total de las 384 AGF realizadas en 6 años, 178 se realizaron en pacientes diabéticos, con predominio en varones 59 % (105 casos) frente al 41 % en mujeres. El mismo razonamiento se aplica para el resto de cifras presentadas. En resumen, cabe destacar que: en RD, DMAE y OVCR predomina la realización de AGF en los varones; en los casos de OVR se solicitan ligeramente más AGF en mujeres. Para los demás diagnósticos la diferencia no supera los 4 casos, sin sugerir un sesgo clínicamente relevante.

De los 384 casos, 191 (49,7 %) no presentan factores de riesgo (alergias a 2 o más fármacos, IRC, patología respiratoria, epilepsia, toma de betabloqueantes); 193 pacientes (50,2 %) presentan uno o más factores de riesgo considerados. Se han contabilizado 47 pacientes con alergia a 2 o más fármacos (12 % del total aproximadamente). De los 384 pacientes, 75 pacientes tienen diagnóstico de IRC, con un filtrado glomerular superior a 30 ml/min antes de realizarse la prueba. Por otro lado, 7 pacientes están diagnosticados de asma, 12 de EPOC, 3 de asma y EPOC; en total, 22 pacientes con patología respiratoria. De los 384 casos, 22 pacientes toman beta-bloqueantes vía tópica (colirio hipotensor) más vía oral; 56 pacientes solo vía oral; 41 solo tratamiento tópico. En total, 119 pacientes tomaban alguna forma de betabloqueantes, es decir, el 31 % de los casos. En ningún paciente que tomara betabloqueantes se registraron incidencias. Del total de la muestra 13 pacientes asocian diagnóstico previo de alguna de las patologías respiratorias consideradas más algún tratamiento con betabloqueantes (por alguna de las vías registradas), y en ningún

caso se registraron eventos adversos al realizar las pruebas.

Se han documentado en 4 pacientes efectos adversos (1 % del total). Todos los casos se dieron en mujeres, y solo uno de ellos reportó uno de los factores de riesgo considerados en el estudio, concretamente alergia a 2 o más fármacos. En 3 de los casos la AGF se realizó para estudiar su RD, y en 1 caso el diagnóstico fue DMAE. En los 4 casos, la reacción adversa consistió en malestar general transitorio y mareo, con vómito en un caso.

DISCUSIÓN

Respecto a las indicaciones de la AGF, el aumento de su realización en pacientes con RD podría reflejar la creciente prevalencia de la diabetes en España. En este contexto, la AGF sigue siendo esencial para detectar áreas de isquemia y neovascularización periférica. Por otro lado, el descenso de registros de DMAE no indica una menor incidencia, sino que podría ser debida a un cambio en el protocolo hacia técnicas no invasivas. Al estar disponible en el centro, resulta lógico que se haya sustituido la AGF (una prueba invasiva) por la SD-OCT para esta patología específica. Esta decisión concuerda con la literatura existente, que documenta diversas reacciones adversas asociadas a la AGF, lo que fomenta el uso de métodos de imagen no invasivos siempre que sea factible^{3,4}.

Así, el centro ha evolucionado hacia un uso más selectivo de la AGF, reservándose principalmente para la caracterización vascular de la diabetes y las oclusiones. La AGF sigue siendo la prueba de referencia para detectar la neovascularización periférica y la isquemia macular en la retinopatía diabética, hallazgos esenciales para guiar el tratamiento^{1,2}.

En cuanto a las diferencias por sexo, los resultados revelan que los hombres protagonizan la mayoría de las pruebas de RD. Este hecho podría

deberse a que los varones suelen presentar una mayor incidencia de complicaciones vasculares retinianas vinculadas a factores de riesgo metabólicos. La gestión de estos pacientes requiere consideraciones específicas, como las relacionadas con la función renal o el tratamiento previo con metformina, aspectos que han sido objeto de estudio reciente en la literatura clínica^{7,8}. En DMAE y OVCR, el predominio masculino podría sugerir una mayor severidad en los casos captados o una distinción en la indicación clínica según el perfil del paciente. Por el contrario, la OVR fue la única patología con mayor prevalencia en mujeres. El escaso número de casos en el resto de diagnósticos, no permite identificar diferencias de género.

Es habitual solicitar AGF en pacientes que presentan alguno de los factores de riesgo considerados en el estudio.

Tal como se ha señalado, la realización de una angiografía con fluoresceína (AGF) en pacientes con insuficiencia renal debe llevarse a cabo con precaución^{1,3}. En el presente estudio, los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) al momento de la prueba presentaban un filtrado glomerular superior a 30 ml/min, cumpliendo así con los criterios de los protocolos revisados⁷.

No se observaron reacciones respiratorias graves durante el procedimiento de AGF, de acuerdo con los porcentajes encontrados en estudios con amplia casuística³. A pesar de que existen opciones como la angiografía con verde de indocianina (más segura para pacientes con EPOC) o la OCT-Angiografía (OCTA), ninguna está disponible en el centro; por ello, se utiliza la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) como alternativa viable. Esta técnica no invasiva permite el seguimiento estructural de la retina y coroides sin riesgos de contraste, siendo la solución óptima para pacientes con comorbilidades².

En el presente estudio las crisis epilépticas fueron un factor de riesgo en un porcentaje mínimo, pero no representaron un efecto adverso, coincidiendo con la literatura previa³.

Al abordar los efectos adversos asociados a la AGF, los casos registrados en el presente estudio se catalogan como reacciones leves (malestar transitorio y vómito en un caso), lo que está en consonancia con la evidencia existente, donde se

observa que las reacciones leves son las más frecuentes^{1,3}. Todos los efectos secundarios quedan recogidos en el consentimiento informado previo a la realización de la prueba en la población estudiada.

Existe disonancia en la literatura respecto a la velocidad de inyección, ya que algunos estudios asocian la relación entre velocidad de inyección y reacción adversa como estadísticamente significativa⁵. Sin embargo, otros trabajos no han encontrado relación de la velocidad de inyección con la incidencia de efectos adversos³, e incluso algún trabajo refiere lo contrario, es decir, que una inyección rápida (en 2 segundos) se asocia a menos efectos secundarios que si se inyecta lento (en 10 segundos)⁶. En el centro estudiado se inyecta de forma lenta, si bien no se ha medido la velocidad de inyección ni se ha estandarizado en todos los pacientes la misma velocidad, al inyectar de forma manual, sin ayuda de mecanismos externos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y que el historial de alergias es el aspecto más importante para predecir posibles incidencias, es imprescindible una correcta anamnesis si el paciente es alérgico a dos o más fármacos, ya que el riesgo de posibles efectos adversos aumenta conforme es más abultado su historial de alergias a fármacos. La premedicación del paciente con antieméticos y/o antihistamínicos no suele ser necesaria, e incluso un estudio observó una mayor frecuencia de reacciones adversas en pacientes que habían recibido premedicación¹, razón por la cual ningún paciente fue premedicado previamente en este estudio.

Respecto al número de efectos adversos registrados en este trabajo, cabe destacar que el trabajo presenta un sesgo de exclusión selectiva, que puede afectar a la validez externa y representatividad de los resultados, debido a la exclusión de pacientes que podrían presentar una alta probabilidad de efectos adversos graves. Esto puede llevar a sobreestimar la seguridad de la prueba AGF o subestimar la gravedad de las reacciones adversas. No se puede cuantificar en este caso el impacto de dicho sesgo en los resultados ya que se ha trabajado con el listado de pruebas solicitadas, y si bien los oftalmólogos que la realizan pueden decidir no realizar la prueba en el momento en que estaba citada para la misma. Es probable que el número sea mayor y que no se

solicite la prueba por los factores de riesgo asociados, lo que hace que nunca fueran candidatos a su realización.

CONCLUSIÓN

La demanda de AGF se ha desplazado claramente hacia la vigilancia de RD, mientras que DMAE y CSC pierden protagonismo. Estos hallazgos permiten centrar la planificación de recursos (p. ej. consultas de retina-DM) y ajustar protocolos de cribado según la tendencia ascendente de RD. Para el diagnóstico y seguimiento de la

DMAE se utiliza actualmente la SD-OCT de forma preferente.

La AGF es un procedimiento seguro y eficaz para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades retinianas. La baja incidencia de efectos adversos apoya su uso continuado en la práctica clínica, también en pacientes con comorbilidades.

A raíz de este trabajo, el equipo de enfermería del servicio se ha planteado redactar un protocolo para realizar la prueba de AGF como línea de trabajo en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bennett TJ, Quillen DA, Coronica R. Fundamentals of fluorescein angiography. *Insight*. 2016 Winter;41(1):5–11.
2. Salmon JF. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. 10th ed. Amsterdam: Elsevier; 2024.
3. Kornblau IS, El-Annan JF. Adverse reactions to fluorescein angiography: a comprehensive review of the literature. *Surv Ophthalmol*. 2019 Sep–Oct;64(5):679–693.
4. Hara T, Inami M, Hara T. Efficacy and safety of fluorescein angiography with orally administered sodium fluorescein. *Am J Ophthalmol*. 1998 Oct;126(4):560–564.
5. Behboudi H, Pourhabibi A, Heidarzade A, Haghbin A. Slow versus rapid fluorescein injection in angiographic studies for retinal vascular disorders. *J Ophthalmic Vis Res*. 2009 Oct;4(4):228–231.
6. Bregu M, Tesha PE, Wong DT, Giavedoni LR, Altomare F, Yoganathan P, et al. Nausea and fluorescein injection speed. *Ophthalmology*. 2012 Jun;119(6):1281.
7. Ebrahimiadib N, Hadavand Mirzaei S, Riaz-Esfahani H, Amiri M. Renal function following fluorescein angiography in diabetic patients with chronic kidney disease. *J Ophthalmic Vis Res*. 2023 Apr;18(2):170–174.
8. Du J, Li R. Can fundus fluorescein angiography be performed for diabetic patients on oral metformin? *Chin Med Sci J*. 2017 Jun;32(2):119–122.

Investigación

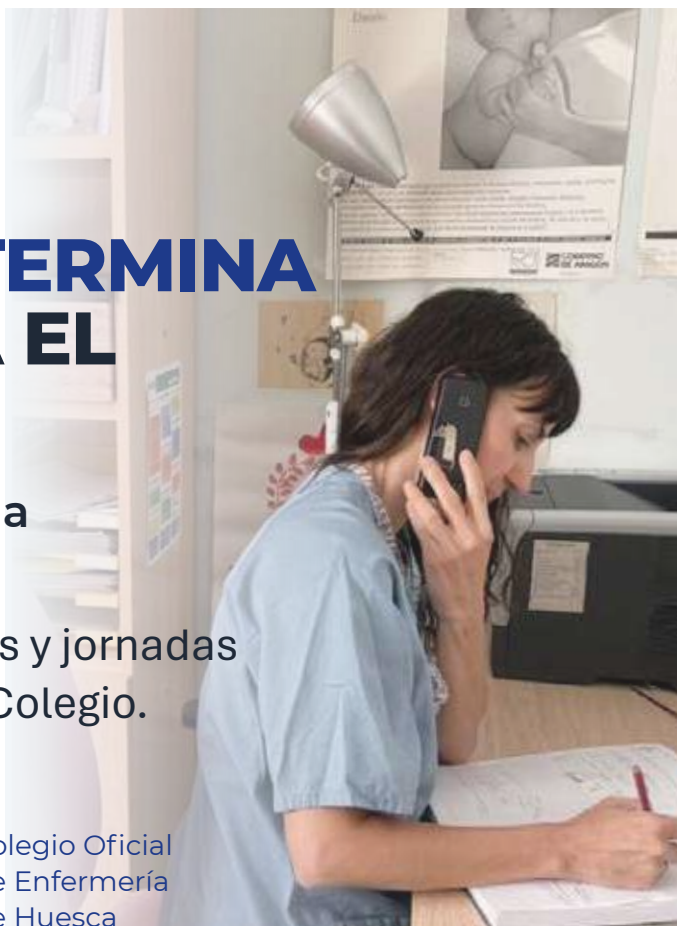
LA CIENCIA NO TERMINA CUANDO ACABA EL ESTUDIO

También hay que compartirla

Presenta tu trabajo en congresos y jornadas profesionales con el apoyo del Colegio.



Colegio Oficial
de Enfermería
de Huesca





Ashwagandha como complemento en el tratamiento de la salud mental: una revisión bibliográfica

Ashwagandha as a supplement in the treatment of mental health: a literature review

Autores:

José Carlos Azón Belarre (1), Patricia Berges Usán (2), Carmen García Sofín (3), Jessica Romeo García (4),
María Teresa García Guerra (5)

(1) Enfermero especialista en Salud Mental. Docente Grado de Enfermería Universidad San Jorge
Villanueva de Gállego (Zaragoza)

(2) TCAE. Centro de Rehabilitación Psicosocial Cinco Villas (Zaragoza)

(3) Terapeuta ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial Cinco Villas (Zaragoza)

(4) Enfermera especialista en Salud Mental. Unidad de Corta Estancia Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

(5) Enfermera especialista en Salud Mental. Centro de Rehabilitación Psicosocial Sto. Cristo de los Milagros (Huesca)

Cómo citar este artículo

Azón Bellarre J. C, Berges Usán P, García Sofín C, Romeo García J, García Guerra M.T.

Ashwagandha como complemento en el tratamiento de la salud mental: una revisión bibliográfica.

Enfermería Científica Altoaragonesa. 2026; 18: 20-26

RESUMEN

Introducción: La ashwagandha es una planta de origen asiático que ha sido utilizada durante siglos para el tratamiento de diversas patologías. En los últimos años se ha desarrollado el estudio de la misma para el tratamiento de diversos síntomas de salud mental. Se considera una planta catalogada como adaptógena.

Objetivo: Conocer el resultado de los estudios existentes sobre la eficacia de la ashawagandha y analizar sus efectos en salud mental.

Metodología: La búsqueda se realizó durante los meses de marzo a junio de 2023 utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane Library Plus, PubMed, Scielo y Dialnet durante el periodo 2013 a 2023.

Resultados: La ashwagandha ha demostrado eficacia en el tratamiento de la ansiedad, el estrés y el insomnio y para la que existe evidencia promisorio para el tratamiento de la depresión y aspectos cognitivos en trastorno bipolar y esquizofrenia.

Conclusiones: Se requieren estudios clínicos de mayor escala que profundicen en los efectos beneficiosos de esta y otras plantas especialmente en trastornos psicóticos y trastornos bipolar así como en sus efectos adversos a largo plazo.

Palabras clave

Fitoterapia, salud mental, ansiedad, depresión, insomnio.

ABSTRACT

Introduction: Ashwagandha is a plant of Asian origin that has been used for centuries for the treatment of various pathologies. In recent years, the study of it has been developed for the treatment of various mental health symptoms. It is considered a plant classified as adaptogenic.

Objective: To analyze existing meta-analyses and reviews on ashwagandha and evaluate its applications in mental health.

Methodology: The electronic search was carried out during the months of March to June 2023 using the following databases: Cuiden, Cochrane Library Plus, PubMed, Scielo and Dialnet during the period 2013 to 2023.

Results: Ashwagandha has demonstrated effectiveness in the treatment of anxiety, stress and insomnia and there is promising evidence for the treatment of depression and cognitive aspects in bipolar disorder and schizophrenia.

Conclusions: It is necessary to increase research on this and other plants. Likewise, it is necessary to standardize the preparations that go on the market.

Keywords: Phytotherapy, mental health, anxiety, depression, insomnia.

INTRODUCCIÓN

La ashwagandha (*Withania somnifera*) es una hierba medicinal que ha sido utilizada durante siglos en la medicina tradicional ayurvédica, un sistema de medicina antiguo originado en la India. Conocida como "ginseng indio" o "cereza de invierno", ha ganado popularidad tanto en la medicina tradicional como en la medicina moderna debido a sus propiedades potenciales para mejorar la salud y el bienestar^{1,2}.

En la medicina tradicional ayurvédica se considera una hierba adaptógena, lo que significa que ayuda al cuerpo a adaptarse y resistir los efectos del estrés. Se ha utilizado ampliamente para promover la salud general, mejorar la vitalidad y fortalecer el sistema inmunológico. También se ha utilizado tradicionalmente para ayudar a aliviar la ansiedad, mejorar la calidad del sueño y promover la longevidad^{3,4}.

En 1968 Brekhman y Dardymov acuñan el término *adaptógeno*. Se considera como tal todo agente que permita al organismo contrarrestar los estresores físicos, químicos o biológicos generando una resistencia no específica. Además, un adaptógeno debe ser inocuo y causar la mínima distorsión en el funcionamiento normal del organismo y su acción no debería ser específica. Por último, un adaptógeno puede poseer una acción normalizadora independientemente de la dirección de los cambios patológicos precedentes, es decir, tiene una acción reguladora, ni potenciadora ni reductora⁵.

En la medicina moderna, la ashwagandha (*Withania somnifera*) ha despertado un gran interés debido a su amplio perfil de beneficios potenciales para la salud. Algunos estudios científicos han investigado los efectos de ashwagandha y han encontrado evidencia de sus propiedades antioxidantes, antiinflamatorias, neuroprotectoras y antimicrobianas^{6,7}.

La raíz de ashwagandha es rica en compuestos bioactivos como los withanólidos, alcaloides, lactonas esteroidales y otros fitoquímicos. Estos componentes son los responsables de los efectos terapéuticos de la planta⁸.

La ashwagandha se ha utilizado en diversos trastornos de salud como estrés, ansiedad, depresión o trastornos del sueño o en la mejora de aspectos cognitivos en trastorno bipolar o esquizofrenia. La popularidad de la ashwagandha ha llevado a una creciente investigación científica en los últimos años, incluyendo metaanálisis y estudios doble ciego, que han buscado evaluar su eficacia y seguridad en diversas aplicaciones de salud^{9,10,11,12,13,14,15}.

El objetivo de esta revisión es conocer el resultado de los estudios existentes sobre la eficacia de la ashawagandha y analizar sus efectos en salud mental.

METODOLOGÍA

La revisión sistemática se realizó durante los meses de marzo a junio de 2024 utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane Library Plus, PubMed, Scielo y Dialnet durante el periodo 2013 a 2025, sin utilizar límite en el idioma.

Para analizar el uso de la ashwagandha, las palabras clave utilizadas como vocabulario libre

fueron: ansiolítico; antidepresivo; ashwagandha; salud mental. Estas se combinaron con los operadores booleanos AND y OR.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Artículos publicados entre el 1 de enero de 2013 y 31 de marzo de 2025.

- Revisiones y metanálisis sobre la eficacia de la ashwagandha como tratamiento en salud mental.

- Artículos a texto completo.

- Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

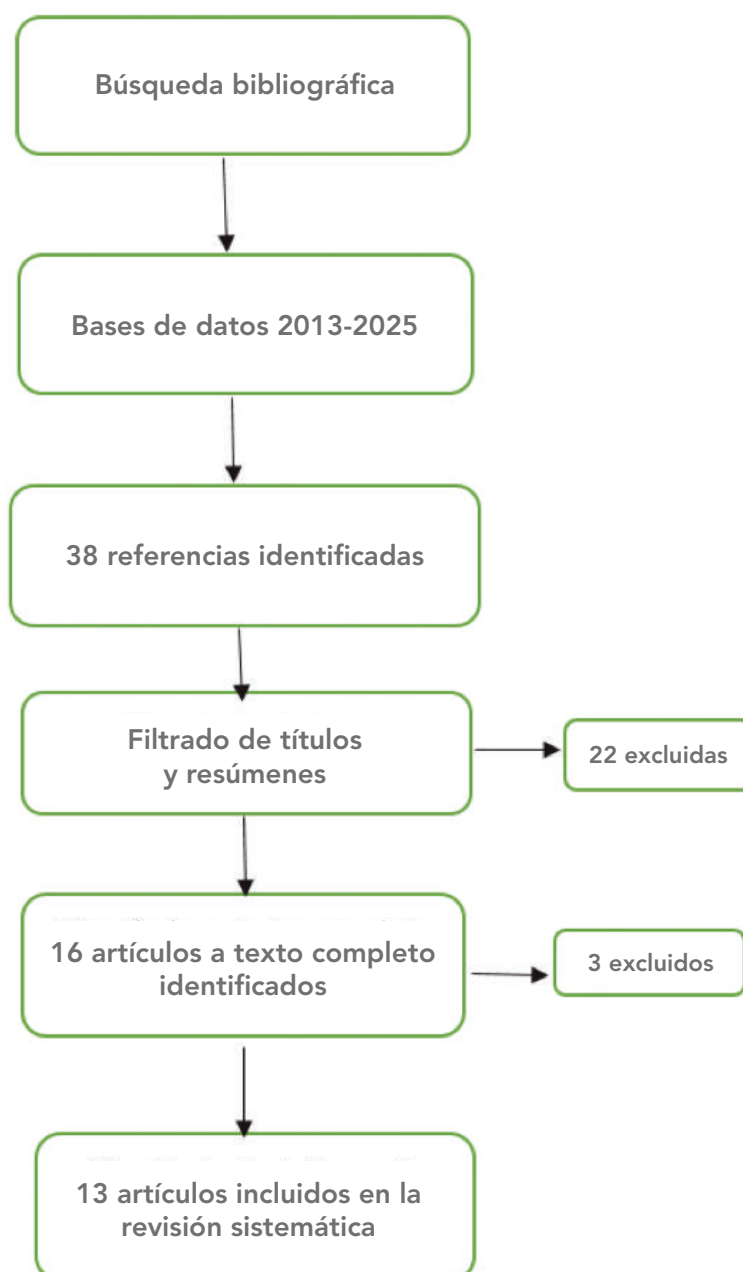
- Artículos que no estuvieran centrados en la salud mental del paciente.

- Estudios en animales.

CASOS CLÍNICOS

Al realizar la búsqueda bibliográfica, inicialmente se obtuvieron 32 referencias de los que, finalmente, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 7 para la realización de la revisión. Los artículos no seleccionados fueron rechazados, principalmente, por ser ensayos con animales o por no estar centrados en la salud mental (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo:



Resultados (Tabla 1):

En la siguiente tabla se muestra los resultados de la revisión, con un total de 13 artículos seleccionados donde se detalla el autor, el tipo

de estudio, la muestra, la duración del estudio, la dosis, la patología como variable principal, el resultado principal y las conclusiones.

Autor (año)	Tipo de estudio	Muestra (n)	Duración	Dosis / intervención	Patología / variable principal	Resultados principales	Conclusiones
Pratte MA et al. 2014 ¹⁰	Revisión sistemática	5 ECA	6–12 semanas	300–1000 mg/día extracto	Ansiedad	Reducciones significativas de ansiedad vs. placebo	Eficaz y segura; se requieren ECA más grandes
Cheah KL et al. 2021 ¹¹	Metaanálisis	5 ensayos	6–12 semanas	120–600 mg/día	Calidad del sueño	Mejoras significativas en sueño subjetivo y objetivo	Prometedora; más estudios necesarios
Speers AB et al. 2021 ¹²	Revisión sistemática	Variable	6–12 semanas	120 mg–4 g/día	Estrés, ansiedad, depresión, insomnio	Reducción sólida de estrés y ansiedad; evidencia preliminar en depresión y sueño	Prometedora para trastornos relacionados con el estrés
Çakici N et al. 2019 ¹³	Metaanálisis	56 ensayos	4–24 semanas	AINEs, minociclina, NAC, omega-3	Esquizofrenia	Mejoras moderadas, especialmente con minociclina y NAC	Útiles como adyuvantes
Chen WY et al. 2021 ¹⁴	Revisión sistemática y metaanálisis en red	71 ECA	2–12 semanas	Fármacos y neuroestimulación	Cognición en bipolaridad	Mejoras en dominios cognitivos específicos	Evidencia heterogénea; se requieren estudios homogéneos
Sánchez IA et al. 2023 ¹⁵	Revisión integrativa	Variable	Variable	Adaptógenos varios	Depresión y estrés	Efectos antidepresivos; posible sinergia con ejercicio	Adaptógenos útiles; combinar con ejercicio
Speers AB et al. 2021 ¹⁶	Revisión sistemática	14 ensayos en humanos	6–12 semanas promedio	120 mg–4 g/día (variable)	Estrés, ansiedad, depresión, insomnio	Reducción significativa del estrés y ansiedad; evidencia preliminar en depresión y sueño	Eficaz en ansiedad e insomnio; resultados prometedores en depresión, pero se requiere más investigación

Autor (año)	Tipo de estudio	Muestra (n)	Duración	Dosis / intervención	Patología / variable principal	Resultados principales	Conclusiones
Cheah KL et al. 2021 ¹⁷	Revisión sistemática y metaanálisis	5 ensayos clínicos	6–12 semanas	120–600 mg/día extracto seco	Calidad del sueño	Mejoras significativas en calidad del sueño subjetiva y objetiva frente a placebo	Ashwagandha puede mejorar el sueño; se necesitan más estudios de seguridad a largo plazo
Borrás S et al. 2021 ¹⁸	Revisión de actualización	Variable	Variable	Plantas medicinales	Insomnio con ansiedad	Mejoras moderadas; ashwagandha entre las más prometedoras	Útil como complemento; más evidencia necesaria
Shah N et al. 2025 ¹⁹	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego controlado con placebo	150 adultos con estrés leve-moderado	8 semanas	300 mg dos veces al día (Zenroot™)	Estrés percibido	Disminución significativa en escala PSS y cortisol sérico	Zenroot™ fue seguro y eficaz para reducir el estrés en adultos
Lopresti AL et al. 2023 ²⁰	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego controlado con placebo	100 adultos sanos	30 días	225 mg/día extracto de raíz con piperina	Estrés, ansiedad y cognición	Reducción de estrés y ansiedad; mejora en funciones cognitivas	El extracto con piperina mejora el bienestar emocional y cognitivo
Salve J et al. 2023 ²¹	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego controlado con placebo	150 adultos	6 semanas	120, 240 o 480 mg/día	Estrés y calidad del sueño	Mejora dosis-dependiente del sueño y reducción del estrés	Dosis ≥240 mg/día muestran mejor respuesta; buena tolerancia
Pérez-Piñero S et al. 2024 ²²	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado	52 adultos con problemas subjetivos de sueño	12 semanas	Extracto de <i>Withania somnifera</i> (250–600 mg) sola o combinada con triptófano (175 mg)	Calidad subjetiva del sueño	Mejoras significativas en la calidad subjetiva del sueño (PSQI y VAS) en los grupos con ashwagandha frente al control; la combinación con triptófano no mostró superioridad clara	La ingesta de leche enriquecida con ashwagandha mejora la calidad subjetiva del sueño y presenta un buen perfil de seguridad

DISCUSIÓN

Con la revisión sistemática realizada se concluye que la ashwagandha muestra un perfil promotor en los trastornos mentales analizados que pasamos a detallar:

Ansiedad y estrés

La ashwagandha ejerce un efecto ansiolítico significativo frente al placebo. Los metaanálisis y revisiones incluidos reportan mejoras en escalas validadas como la *Perceived Stress Scale* (PSS), la *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) o el *General Health Questionnaire* (GHQ-28), así como una disminución de los niveles de cortisol sérico^{9,12,15,18,19,20,21}. Estos hallazgos sugieren que la planta podría modular la respuesta al estrés mediante mecanismos neuroendocrinos y antiinflamatorios.

Depresión

La evidencia sobre el posible efecto antidepresivo de la ashwagandha es menos sólida. Algunos estudios en adultos con síntomas depresivos leves o moderados muestran mejorías estadísticamente significativas cuando se emplea como coadyuvante del tratamiento habitual, aunque persisten limitaciones metodológicas relevantes^{12,13,14}. Los posibles mecanismos implicados incluyen la regulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, la modulación de neurotransmisores como serotonina y dopamina y la acción antioxidante de sus withanólidos¹⁸.

Insomnio y calidad del sueño

Se ha evidenciado mejora tanto de la percepción subjetiva como de los parámetros objetivos del sueño tras la suplementación con extractos estandarizados de ashwagandha^{10,12,15,17,21,22}. Las dosis más efectivas parecen situarse en torno a los 600 mg/día, administradas durante un periodo mínimo de ocho semanas¹⁰. En general, la planta se considera bien tolerada, aunque la evidencia sobre la seguridad de su uso prolongado sigue siendo escasa. Estos resultados respaldan su posible utilidad como terapia complementaria en el manejo del insomnio leve o asociado al estrés.

ASPECTOS COGNITIVOS Y TRASTORNOS PSICÓTICOS

El uso de la *Withania somnifera* como agente adyuvante en pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia^{11,13}. La acción antioxidante y antiinflamatoria podría contribuir a dichos efectos.

El uso de la ashwagandha como agente adyuvante en pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia, manifiesta una posible mejoría en la memoria ejecutiva y la velocidad de procesamiento, si bien no se ha evidenciado en otras áreas cognitivas^{11,13}. La acción antioxidante y antiinflamatoria podría contribuir a dichos efectos.

CONCLUSIONES

La ashwagandha es un tratamiento eficaz para la ansiedad y el insomnio, y parece tener cierta evidencia para el tratamiento de síntomas depresivos. Por otra parte, merece ser investigada con mayor profundidad la línea relativa a los aspectos neurocognitivos en pacientes con trastorno bipolar o trastornos psicóticos.

El extracto de ashwagandha parece tener un efecto beneficioso para mejorar el sueño y la ansiedad, tanto subjetiva como objetivamente, en adultos. Como parece ser una intervención relativamente segura, puede considerarse una opción para mejorar ambos síntomas hasta que haya nueva evidencia disponible.

Los efectos adversos del extracto de ashwagandha son limitados y se necesitarían más datos de seguridad para evaluar si su uso es seguro a largo plazo. En definitiva, es necesario aumentar la investigación sobre esta y otras plantas.

Asimismo, sería beneficiosa la estandarización de la preparación y dosificación del extracto de ashwagandha, ya que actualmente la ausencia de normativa constituye una limitación importante. Es fundamental continuar con estudios clínicos de mayor escala y seguimiento prolongado para establecer dosis óptimas e identificar poblaciones específicas que puedan beneficiarse de su uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mishra L-C, Singh BB, Dagenais S. Scientific basis for the therapeutic use of *Withania somnifera* (Ashwagandha): a review. *Altern Med Rev* 2000; 5: 334-346.
2. Singh N, Bhalla M, de Jager P, Gilca M. An overview on ashwagandha: a Rasayana (rejuvenator) of Ayurveda. *Afr J Tradit Complement Altern Med* 2011; 8 (5 Suppl): 208-13.
3. Sarris J, McIntyre E, Camfield DA. Plant-based medicines for anxiety disorders, part 2: a review of clinical studies with supporting preclinical evidence. *CNS Drugs* 2013; 27: 301-19.
4. Bhattacharya S., Muruganandam A. Adaptogenic activity of *Withania somnifera*: an experimental study using a rat model of chronic stress. *Pharmacol Biochem Behav* 2003; 75: 547-555.
5. Brekhman II, Dardymov IV. New substances of plant origin which increase non-specific resistance. *Ann Rev Pharmacol*. 1968; 9: 419-30.
6. Archana R, Namasivayam A. Antistressor effect of *Withania somnifera*. *J Ethnopharmacol* 1998; 64: 91-93.
7. Bhattacharya SK, Bhattacharya A, Sairam K, Ghosal S. Anxiolytic-antidepressant activity of *Withania somnifera* glycowithanolides: an experimental study. *Phytomedicine* 2000; 7: 463-9.
8. Sharma H, Chandola HM, Singh G, Basisht G. Utilization of Ayurveda in health care: an approach for prevention, health promotion, and treatment of disease. Part 2. Ayurveda in primary health care. *J Altern Complement Med*. 2007; 13: 1135-50.
9. Morgan A, Pratte, BS et al. An alternative treatment for anxiety: a systematic review of human trials results reported for the ayurvedic herb ashwagandha (*withania somnifera*). *The journal of alternative and complementary medicine*. 2014; 20(12): 901-908.
10. Cheah KL et al. Effect of Ashwagandha (*Withania somnifera*) extract on sleep: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2021; 16(9): e0257843
11. Çakici N et al. An update of the efficacy of anti-inflammatory agents for patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2019; 49: 2307-2319.
12. Speers AB et al. Effects of *Withania somnifera* (Ashwagandha) on stress and the stress-related neuropsychiatric disorders anxiety, depression and insomnia. *Current neuropharmacology*. 2021; 19: 1468-1495.
13. Chen WY et al. Effect of pharmacological and neurostimulation interventions for cognitive domains in patients with bipolar disorder: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical epidemiology*. 2021; 13: 1039-1049.
14. Sánchez IA et al. Adaptogens on depression-related outcomes: A systematic integrative review and rationale of synergism with physical activity. *Int. Environ. Res. Public Health*. 2023; 20: 5298.
15. Borrás S et al. Medicinal plants for insomnia related to anxiety: An update review. *Planta Med*. 2021; 87: 738-753.
16. Pratte MA, Nanavati KB, Young V, Morley CP. An alternative treatment for anxiety: a systematic review of human trial results reported for the Ayurvedic herb ashwagandha (*Withania somnifera*). *J Altern Complement Med*. 2014;20(12):901-908. doi:10.1089/acm.2014.0177
17. Cheah KL, Norhayati MN, Husniati Yaacob L, Abdul Rahman R. Effect of Ashwagandha (*Withania somnifera*) extract on sleep: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257843. doi:10.1371/journal.pone.0257843
18. Speers AB, Cabey KA, Soumyanath A, Wright KM. Effects of *Withania somnifera* (ashwagandha) on stress and the stress-related neuropsychiatric disorders anxiety, depression, and insomnia. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2021;19(9):1468-1495. doi:10.2174/1570159X19666210712151556
19. Shah N, Patel P, Koshy V, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of a standardized *Withania somnifera* root extract (Zerroot™) in adults with mild to moderate stress. *Adv Ther*. 2025;42(2):1200-1216. doi:10.1007/s12325-025-03327-z
20. Lopresti AL, Smith SJ, Drummond PD. Efficacy of an Ashwagandha root extract containing withanolides and piperine on stress, anxiety, and cognitive performance in healthy adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Med*. 2023;12(19):6201. doi:10.3390/jcm12196201
21. Salve J, Pande V, Patil S, et al. Dose-dependent effects of *Withania somnifera* extract on stress and sleep quality: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Nutrients*. 2023;16(9):1293. doi:10.3390/nu16091293
22. Pérez-Piñero S, Muñoz-Carrillo JC, Echepare-Taberna J, Muñoz-Cámara M, Herrera-Fernández C, Ávila-Gandía V, et al. Effectiveness of enriched milk with Ashwagandha extract and tryptophan for improving subjective sleep quality in adults with sleep problems: a randomized double-blind controlled trial. *Clocks Sleep*. 2024;6(3):417-432.

Formación

ENSEÑAR SOPORTE VITAL TAMBIÉN SALVA VIDAS

El Colegio pone a disposición de las colegiadas material docente para desarrollar actividades de formación de Soporte Vital Básico (SVB) en centros educativos, asociaciones, entidades y otros espacios comunitarios.





Estrategias no invasivas y procedimientos asistenciales en la atención a la presentación podálica: revisión narrativa de la evidencia científica

Autores:

Sonsoles María Iglesias Constante (1), Celia Navarro Gil (2)

(1) Matrona. Hospital de Jaca (Huesca)

(2) Matrona. Hospital de Jaca (Huesca)

Cómo citar este artículo

Iglesias Constante S.M, Navarro Gil C.

Estrategias no invasivas y procedimientos asistenciales en la atención a la presentación podálica: revisión narrativa de la evidencia científica.

Enfermería Científica Altoaragonesa. 2026; 18: 27-37

RESUMEN

La presentación podálica afecta al 3-4 % de las gestaciones a término y se asocia a un aumento de cesáreas programadas y riesgos obstétricos innecesarios. Diversas intervenciones, como los ejercicios posturales, la moxibustión o la versión cefálica externa (VCE), han mostrado eficacia variable y distinta implantación clínica. Esta revisión analiza críticamente la evidencia científica sobre estrategias no invasivas y procedimientos asistenciales aplicables a la presentación podálica, con especial énfasis en su aplicabilidad en hospitales comarcales. Se realizó una búsqueda sistematizada en Medline y Cochrane Library, incluyendo ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, meta-

análisis, estudios observacionales y guías de práctica clínica publicadas entre 2000 y 2024. Tras eliminar duplicados, se identificaron 98 estudios únicos, de los cuales se seleccionaron 23 para esta síntesis narrativa. Los ejercicios posturales se consideran intervenciones seguras, aunque presentan eficacia limitada. La moxibustión, sola o combinada con posturas, ha mostrado resultados prometedores en ensayos clínicos y metaanálisis, aunque con variabilidad metodológica. La versión cefálica externa es la intervención con mayor nivel de evidencia, alcanzando altas tasas de éxito según paridad y estando recomendada por guías internacionales. En conclusión, la combinación de intervenciones seguras con la versión cefálica

externa protocolizada, integrada en consultas estructuradas lideradas por matronas, constituye una estrategia potencialmente eficaz y alineada con un modelo de atención humanizado de la presentación podálica en hospitales comarcales.

Palabras clave (MeSH/DeCS): "Breech Presentation", "External Cephalic Version", "Moxibustion", "Postural Techniques", "Midwifery"

INTRODUCCIÓN

La presentación podálica al término del embarazo constituye una situación obstétrica que afecta al 3-4 % de las gestaciones y representa un factor de riesgo importante para la indicación de cesárea¹. Desde la publicación del Term Breech Trial en el año 2000, que concluyó que la cesárea electiva reducía la morbilidad perinatal en presentación podálica, se produjo un incremento significativo de las tasas de cesárea en este contexto, llegando en algunos países a superar el 90 %^{2,3}.

Sin embargo, análisis posteriores y revisiones críticas del Term Breech Trial han cuestionado sus conclusiones, señalando limitaciones metodológicas importantes y sesgos en la selección de casos. Además, la cesárea no está exenta de riesgos maternos, especialmente en gestaciones posteriores, lo que ha renovado el interés en estrategias que faciliten la versión cefálica antes del parto⁴.

La versión cefálica externa es actualmente la intervención con mayor nivel de evidencia para reducir la presentación podálica al término. Las guías clínicas internacionales, incluyendo las de la Organización Mundial de la Salud, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y el National Institute for Health and Care Excellence, recomiendan ofrecer la versión cefálica externa a todas las mujeres elegibles⁵⁻⁷. Sin embargo, las tasas de éxito varían considerablemente entre centros y poblaciones, oscilando entre el 35 % y el 77 %, y la técnica no está exenta de molestias y, ocasionalmente, complicaciones^{8,9}.

Paralelamente, se han investigado técnicas no invasivas que podrían facilitar la versión espontánea o aumentar el éxito de la versión cefálica externa, incluyendo ejercicios posturales y técnicas de medicina tradicional china como la moxibustión y la acupuntura¹⁰. La evidencia sobre estas intervenciones es heterogénea y su aplicación clínica sigue siendo objeto de debate.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Sintetizar la evidencia científica disponible sobre estrategias no invasivas y procedimientos asistenciales en la atención a la presentación podálica al término del embarazo.

Objetivos específicos:

1. Analizar la efectividad de los ejercicios posturales para facilitar la versión cefálica espontánea.
2. Evaluar la efectividad de la moxibustión y acupuntura para promover la versión cefálica.
3. Revisar la evidencia sobre la versión cefálica externa, incluyendo tasas de éxito, factores predictores, complicaciones.
4. Identificar el papel de las matronas y las consultas estructuradas en la atención a la presentación podálica.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa con metodología sistematizada, integrando ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, meta-análisis, estudios observacionales y guías de práctica clínica relacionadas con la presentación podálica. La estrategia de búsqueda se llevó a cabo entre enero y mayo de 2024 en las bases de datos Medline y Cochrane Library. Además, se empleó el buscador Google Scholar para acceder a algunos artículos hallados en las bases de datos y se usó la herramienta SciSpace como asistente para la búsqueda semántica y texto completo.

Para garantizar la exhaustividad, se combinaron descriptores DeCS/MeSH y términos libres relacionados con la presentación podálica: "Breech Presentation", "External Cephalic Version", "Moxibustion", "Postural Techniques", "Midwifery" y sus equivalentes en castellano (presentación podálica, versión cefálica externa, moxibustión, técnicas posturales, partería). Se emplearon operadores booleanos AND/OR.

Para garantizar la coherencia terminológica, a lo largo del artículo se utilizará el término "presentación podálica" para referirse a la presentación de nalgas, respetando la terminología original cuando los estudios empleen el término "no cefálica".

Los criterios de inclusión fueron: estudios publicados entre 2000 y 2024, en idiomas inglés o español, y con diseño de ensayo clínico, revisión sistemática, metaanálisis, ensayo controlado aleatorio, estudio observacional o guía de práctica clínica. Los criterios de exclusión fueron artículos de opinión, duplicados, estudios que valoraban

el uso de fármacos en la versión cefálica externa, artículos sobre el parto en presentación podálica y aquellos sin acceso a texto completo. La estrategia de búsqueda se presenta en la Tabla 1. En dicha estrategia se combinaron los descriptores DeCS/MeSH.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Base de datos/Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Observaciones/Motivo de exclusión
Medline: "Breech Presentation" AND "Moxibustion" OR "Postural Techniques"	30	10	Se excluyen 20 artículos: 12 por centrarse en opciones de parto en podálica 5 por no disponer de texto completo 3 por no cumplir criterios metodológicos
Medline: "Breech Presentation" AND "External Cephalic Version"	100	9	Se excluyen 91 artículos: 35 por evaluar intervenciones farmacológicas (uteroinhibidores o analgesia) 22 por centrarse en resultados del parto en podálica 18 por duplicados 16 por no ajustarse a los objetivos del estudio
Medline: "Breech Presentation" AND "Midwifery"	19	3	Se excluyen 16 artículos: 9 por no abordar específicamente presentación podálica 4 por analizar modelos de atención obstétrica sin referencia a la versión cefálica externa ni a la presentación podálica 3 por no cumplir criterios de diseño
Cochrane (PICO): "Breech Malpresentation Successfully Converted To Cephalic Presentation"	1	1	Cumple criterios de inclusión.
Cochrane (PICO): "Breech Presentation" AND "Moxibustion" OR "Postural Exercises"	1	1	Cumple criterios de inclusión.
Cochrane (PICO): "Breech Presentation" AND "Acupuncture And Allied Techniques"	2	1	Se excluye un artículo por duplicado con búsqueda en Medline.

En cuanto a la selección de estudios, la búsqueda inicial identificó 153 artículos distribuidos de la siguiente manera: PubMed/Medline (n=149) y Cochrane Library 4 (n=4). Tras la eliminación de duplicados (n=55), se obtuvieron 98 estudios únicos. De estos, 58 fueron excluidos tras la revisión de título y resumen por no cumplir los criterios de inclusión establecidos.

Un total de 40 artículos fueron evaluados a texto completo para determinar su elegibilidad. Tras esta evaluación, se excluyeron 17 estudios por no ajustarse completamente a los objetivos de la revisión o por presentar limitaciones metodológicas relevantes. Finalmente, 23 estudios fueron incluidos en la síntesis narrativa. Este proceso se refleja en el flujograma PRISMA (Figura 1).

Además de los estudios científicos identificados mediante la estrategia de búsqueda sistematizada, se revisaron las principales Guías de Práctica Clínica (GPC) internacionales y naciona-

les relacionadas con la presentación podálica, con el objetivo de contextualizar y contrastar la evidencia científica con las recomendaciones oficiales vigentes. Entre ellas se incluyeron las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵, el Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona⁶, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)⁷, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE)⁸ y el Ministerio de Sanidad⁹. Estas guías no formaron parte del proceso de selección PRISMA, sino que fueron consideradas como marco de referencia para el análisis y discusión de los resultados.

La síntesis de la evidencia se organizó en cuatro bloques principales: ejercicios posturales, moxibustión y acupuntura, versión cefálica externa, y consultas estructuradas por matronas, con el objetivo de facilitar la comprensión global de las distintas estrategias y su aplicabilidad en el contexto asistencial actual.

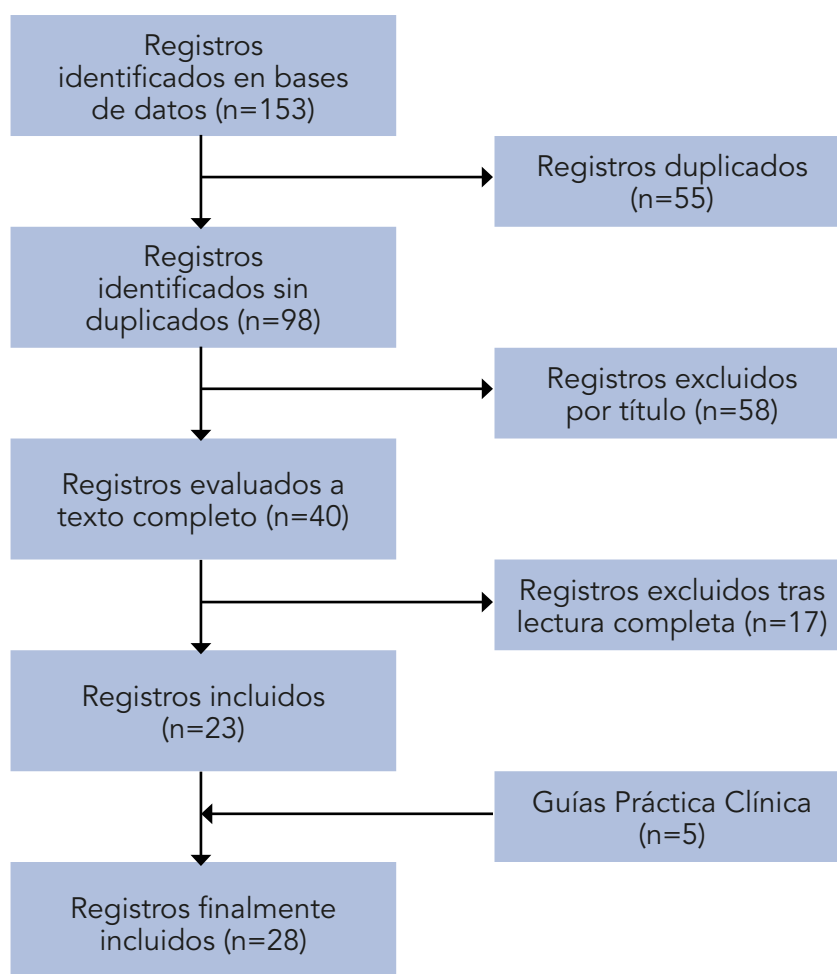


Imagen 1. Flujograma PRISMA

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 23 estudios en la síntesis narrativa, distribuidos en cuatro bloques temáticos: ejercicios posturales, moxibustión y acupuntura, versión cefálica externa y modelos

de atención estructurados liderados por matronas.

En la Tabla 2, se presentan los objetivos y principales conclusiones de los estudios seleccionados para este artículo.

Tabla 2: Objetivos y principales conclusiones de los estudios seleccionados para este artículo

Autores	Tipo de Estudio	Título	Objetivo y Conclusiones
Hofmeyr GJ, Kulier R. ¹¹	Meta-análisis	Versión cefálica mediante manejo postural para presentación de nalgas	No existe evidencia suficiente de ensayos bien controlados que respalde el uso del manejo postural para la presentación de nalgas. El número de mujeres estudiadas hasta la fecha sigue siendo relativamente bajo.
de Wolff MG, Ladekarl M, Sparholt L, Lykke JA. ¹²	Ensayo clínico	Rebozo y versión cefálica externa en presentación de nalgas (RECEIVE): Un estudio controlado aleatorizado	En presentación de nalgas o transversal, el ejercicio de rebozo en el hogar antes de la versión cefálica externa redujo la tasa general de presentación podálica al nacer.
Coyle ME, Smith C, Peat B ¹³	Meta-análisis	Versión cefálica mediante moxibustión para presentación de nalgas	Se encontró evidencia de certeza moderada de que la moxibustión más los cuidados habituales probablemente reduce la probabilidad de presentación no cefálica al nacer, pero evidencia incierta sobre la necesidad de versión cefálica externa.
Li X, Hu J, Wang X, Zhang H, Liu J. ¹⁴	Revisión sistemática de ensayos clínicos	Moxibustión y otros métodos de estimulación de puntos de acupuntura para tratar la presentación de nalgas: una revisión sistemática de ensayos clínicos	La moxibustión, la acupuntura y la estimulación del punto de acupuntura con láser tienden a ser eficaces en la corrección de la presentación de nalgas.
Liao JA, Shao SC, Chang CT, Chai PY, Owang KL, Huang TH, Yang CH, Lee TJ, Chen YC. ¹⁵	Rev. sistemática y meta-análisis	Corrección de la presentación de nalgas con moxibustión y acupuntura: una revisión sistemática y metaanálisis	La terapia de moxibustión tiene efectos positivos en la corrección de la presentación de nalgas, especialmente en la población asiática.
Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, Ramos-Monserrat M, Barón M, Aguilar I, Benítez-Parejo N, Ramírez-Carmona C, Rivas-Ruiz F. ¹⁶	Ensayo clínico	Uso de moxibustión en atención primaria para corregir la presentación no vertex: un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico	La moxibustión en el punto de acupuntura BL67 es eficaz y segura para corregir la presentación no vertex cuando se utiliza entre las semanas 33 y 35 de gestación.
Vas J, Aranda JM, Nishishinya B, Méndez C, Martín MA, Pons J, Liu JP, Wang CY, Perea-Milla E. ¹⁷	Meta-análisis	Corrección de la presentación no vertex con moxibustión: una revisión sistemática y metaanálisis	La moxibustión en el punto de acupuntura BL67 produce un efecto positivo, ya sea utilizada sola o en combinación con acupuntura o medidas posturales.

Autores	Tipo de Estudio	Título	Objetivo y Conclusiones
Neri I, Airola G, Contu G, Allais G, Facchinetti F, Benedetto C. ¹⁸	Ensayo clínico	Acupuntura más moxibustión para resolver la presentación de nalgas: un estudio controlado aleatorizado	La acupuntura combinada con moxibustión es más eficaz que la observación en fetos en rotación en presentación de nalgas.
García-Mochón L, Martín JJ, Aranda-Regules JM, Rivas-Ruiz F, Vas J. ¹⁹	Meta-análisis	Rentabilidad del uso de moxibustión para corregir la presentación no vertical	El tratamiento de moxibustión aplicado en el punto de acupuntura BL67 puede evitar la necesidad de cesárea y lograr un ahorro de costes para el sistema sanitario en comparación con el tratamiento convencional.
Sananes N, Roth GE, Aissi GA, Meyer N, Bigler A, Bouschbacher JM, Helmlinger C, Viville B, Guilpain M, Gaudineau A, Akladios CY, Nisand I, Langer B, Vayssiere C, Favre R. ²⁰	Ensayo clínico	Versión de acupuntura de la presentación de nalgas: un ensayo aleatorizado, simulado, controlado, simple ciego	La acupuntura con punción de fuego en el punto BL67 no promueve la versión cefálica fetal.
van den Berg I, Bosch JL, Jacobs B, Bouman I, Duvekot JJ, Hunink MG. ²¹	Revisión sistemática	Eficacia de la intervención de tipo acupuntura versus manejo expectante para corregir la presentación de nalgas: una revisión sistemática	Las intervenciones de tipo acupuntura en el BL 67 son eficaces para corregir la presentación de nalgas en comparación con el manejo expectante.
Weiniger CF, Lyell DJ, Tsen LC, Butwick AJ, Shafer SL, Flood PD ²²	Estudio observacional de gran tamaño muestral	Resultados maternos del parto a término en presentación de nalgas: impacto de la versión cefálica externa exitosa en una muestra nacional de admisiones por parto en los Estados Unidos	El aumento del uso de la versión cefálica externa podría ser una estrategia importante para mitigar la alta tasa de cesáreas observada en Estados Unidos.
Devold Pay AS, Johansen K, Staff AC, Laine KH, Blix E, Økland ²³	Revisión sistemática	Efectos de la versión cefálica externa para la presentación de nalgas en el momento del parto o cerca del término en entornos de altos recursos: una revisión sistemática de estudios aleatorizados y no aleatorizados	Las mujeres que intentan la versión cefálica externa a término o cerca del término presentan un menor riesgo de cesárea.
Hutton EK, Hofmeyr GJ, Dowswell T ²⁴	Meta-análisis	Versión cefálica externa para presentación de nalgas antes del término	En comparación con no intentar la versión cefálica externa, la versión cefálica externa iniciada antes del término reduce la presentación no cefálica al nacer. Sin embargo, la versión cefálica externa temprana (34-35 sg) puede aumentar el riesgo de parto prematuro tardío
Ramakrishnan R, Ravi M ²⁵	Estudio observacional retrospectivo	Un análisis retrospectivo de los resultados en el parto de nalgas	Tasa de éxito de la versión cefálica externa del 64 % con un 1,5 % de complicaciones significativas. Concluyen que es una técnica segura

Autores	Tipo de Estudio	Título	Objetivo y Conclusiones
David M, Srinivas A, Balakrishna S ²⁶	Estudio observacional retrospectivo	Tasa de éxito y resultado fetal de la versión cefálica externa a término y factores que la influyen	La tasa de éxito global de la versión cefálica externa es del 35,5 %. 51,1 % en múltiparas y 26,8 % en primíparas.
Rijnders M, Herschderfer K, Prins M, van Baaren GJ, Roumen F, Pop V. ²⁷	Ensayo clínico	Un estudio retrospectivo del éxito, la seguridad y la eficacia de la versión cefálica externa sin tocólisis en un centro de obstetricia especializado en los Países Bajos.	La versión cefálica externa sin tocólisis es un procedimiento seguro para las embarazadas y sus bebés. Repetir la versión cefálica externa aumenta el número de presentaciones cefálicas al nacer y debe considerarse tras una versión cefálica externa fallida.
Hutton EK, Simioni JC, Thabane L. ²⁸	Ensayo clínico	Predictores de éxito de la versión cefálica externa y la presentación cefálica al nacer entre 1253 mujeres con presentación no cefálica utilizando regresión logística y análisis de árboles de clasificación.	Independientemente de la paridad, el descenso de la parte que se presenta fue el factor más discriminante para predecir una versión cefálica externa exitosa y la presentación cefálica al nacer.
Grootscholten K, Kok M, Oei SG, Mol BW, van der Post JA ²⁹	Meta-análisis	Riesgos relacionados con la versión cefálica externa: un metanálisis	La versión cefálica externa es un procedimiento seguro. No existen complicaciones relacionadas con la posición fetal tras la versión cefálica externa.
Schmidt M, Callies R, Kuhn U, Willruth A, Kimmig R. Die äussere Wendung bei Beckenendlage ³⁰	Ensayo clínico	Versión cefálica externa en casos de presentación de nalgas: ¿renacimiento de un procedimiento bien conocido?	La versión cefálica externa es un tratamiento eficaz y seguro para facilitar el parto vaginal en presentación cefálica. Para esta operación, las 37 semanas de embarazo se consideran el mejor momento.
Rijnders M, Offerhaus P, van Dommelen P, et al ³¹	Estudio observacional prospectivo poblacional	Prevalencia, resultados y experiencias de las mujeres con versión cefálica externa en una población de bajo riesgo	El 25 % de las mujeres con presentación podálica no recibieron oferta de versión cefálica externa.
Rijnders M ³²	Tesis doctoral	Intervenciones en la atención dirigida por parteras en los Países Bajos para lograr resultados óptimos en el parto: efectos y experiencias de las mujeres	Las mujeres muestran mayor satisfacción en la atención al parto cuando la atención ha sido dirigida por parteras.
Say RE. ³³	Tesis doctoral	Decision making about breech presentation: exploring women's experiences and developing decision support	Son importantes los modelos de atención que integren información, valoración y acompañamiento.

DISCUSIÓN

Esta revisión examina la evidencia sobre estrategias no invasivas para la presentación podálica, encontrando niveles de evidencia variables según la intervención y en comparación con las 5 GPC⁵⁻⁹ más utilizadas en el entorno hospitalario.

Los **ejercicios posturales** y el uso del rebozo pese a su popularidad y seguridad, carecen de evidencia sólida de efectividad^{11,12}. Esto no implica que deban descartarse completamente, ya que son seguros y de bajo coste, preparan la musculatura implicada en la versión cefálica, pero es fundamental informar honestamente a las gestantes sobre la ausencia de evidencia científica que respalde su uso.

La **moxibustión** presenta evidencia prometedora, con beneficio moderado¹³, incluso mostrando un aumento significativo en la tasa de versión cefálica espontánea, con incrementos estimados entre un 29 % y un 35 % en comparación con no intervención¹⁴⁻¹⁸. Así mismo, se ha observado que la moxibustión podría reducir la tasa de cesáreas y generar ahorro económico en comparación con el manejo convencional¹⁹.

De forma contraria, algunos estudios controlados²⁰ no evidencian beneficios significativos, lo que refleja variabilidad en los resultados. En términos de seguridad, los estudios coinciden en que se trata de técnicas con bajo perfil de efectos adversos.

Sin embargo, la heterogeneidad metodológica entre estudios, la variabilidad en protocolos y la falta de comprensión del mecanismo fisiológico limitan su implementación rutinaria. La técnica puede considerarse como complemento a otras estrategias, especialmente en mujeres que prefieran evitar procedimientos invasivos.

En cuanto a las intervenciones de tipo **acupuntura** en el BL 67, se observa que son eficaces para corregir la presentación de nalgas en comparación con el manejo expectante²¹.

La **versión cefálica externa** es la intervención con mayor nivel de evidencia, respaldada por estudios poblacionales grandes y recomendada por todas las guías clínicas internacionales⁵⁻⁸, llegando a concluir que podría ser una estrategia importante para mitigar la alta tasa de cesáreas²²⁻²⁴. Los estudios muestran tasas de éxito variables, que oscilan entre el 35 % y el 64 % en estudios obser-

vacionales^{25,26}, con mejores resultados en mujeres multíparas. Así mismo, repetir la versión cefálica externa tras un intento fallido aumenta el número de presentaciones cefálicas en el nacimiento²⁷.

El descenso de la parte que se presenta fue el factor más discriminante para predecir una versión cefálica externa exitosa y la presentación cefálica al nacer²⁸, considerándose un procedimiento seguro, con baja tasa de complicaciones graves²⁹, cuyo momento óptimo de realización sería la semana 37 de gestación³⁰. De hecho, realizar la versión cefálica externa de forma temprana (semana 34-35) puede aumentar el riesgo de parto prematuro tardío²⁴.

Pese a la numerosa bibliografía que apoya el uso de la versión cefálica externa en el momento adecuado como intervención eficaz y segura para reducir la tasa de presentación no cefálica al nacimiento y la necesidad de cesárea, algunos estudios concluyen que no todas las mujeres con presentación podálica reciben oferta de esta técnica³¹, lo que sugiere variabilidad en la implementación clínica, demostrando que existe una brecha importante entre la evidencia y la práctica clínica, con tasas de ofrecimiento y éxito muy variables entre centros, ya que no está exenta de complicaciones^{23,25,26}.

Un hallazgo crítico de esta revisión es la ausencia casi completa de estudios sobre el **rol de las matronas y las consultas estructuradas** en la atención a la presentación podálica. Este gap representa una prioridad alta para investigación futura, especialmente considerando que existe variación entre hospitales en tasas de éxito de versión cefálica externa^{22,25}, los modelos de atención pueden influir en los resultados³¹, y la atención liderada por matronas ha demostrado beneficios en otros contextos obstétricos. Las investigaciones sugieren que hay espacio para desarrollar y evaluar modelos estructurados de consultas que integren educación, valoración y acompañamiento destacando la importancia de la información, la toma de decisiones compartida y el acompañamiento en la experiencia de las mujeres con presentación podálica^{31,32}. Estudios sobre toma de decisiones refuerzan la necesidad de modelos centrados en la mujer³³, ya que no se identificaron estudios específicos que evaluaran de forma directa consultas estructuradas lideradas por matronas en el manejo de la presentación podálica.

Los hallazgos de esta revisión tienen implicaciones específicas para hospitales comarcales. Los ejercicios posturales pueden ofrecerse como opción inicial por su seguridad y bajo coste, pero con información honesta sobre la limitada evidencia de efectividad⁶⁻¹¹. La moxibustión requiere formación específica y protocolos estandarizados, pero es una opción viable con evidencia de beneficio moderado¹³⁻¹⁸.

La versión cefálica externa debe ser prioritaria en la estrategia de implementación, requiriendo formación continua de equipos obstétricos, protocolos institucionales claros, equipamiento para monitorización fetal, y respaldo institucional^{5-9,22,26}. Las consultas estructuradas, aunque la evidencia específica es limitada, representan un modelo organizativo que puede integrar educación, valoración y acompañamiento³³.

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, se trata de una revisión narrativa con metodología sistematizada, pero no de un metaanálisis cuantitativo, lo que impide realizar estimaciones combinadas de las intervenciones analizadas.

Asimismo, la búsqueda se limitó a dos bases de datos electrónicas (Pubmed/Medline y Cochrane Library), lo que podría haber condicionado la omisión de estudios indexados en otras bases. La exclusión de artículos sin acceso a texto completo y la restricción a publicaciones en inglés y español pueden haber introducido sesgo de selección.

Por otro lado, los estudios incluidos presentan heterogeneidad en diseño metodológico, tamaño muestral y criterios de evaluación de resultados, lo que dificulta la comparación directa entre intervenciones.

Finalmente, se constató una escasez de estudios específicos que evalúen consultas estructuradas lideradas por matronas en el manejo de la presentación podálica, especialmente en el contexto español.

CONCLUSIONES

La atención a la presentación podálica sigue siendo un reto clínico y organizativo, pero la evidencia disponible muestra que diversas intervenciones pueden mejorar los resultados maternos y neonatales y reducir la necesidad de cesáreas programadas.

La evidencia disponible indica que los **ejercicios posturales** no han demostrado una efectividad sólida para favorecer la versión cefálica espontánea, aunque se consideran intervenciones seguras y de bajo riesgo, lo que permite su ofrecimiento como medida complementaria con información adecuada a la gestante.

En relación con **la moxibustión y la acupuntura**, la mayoría de estudios sugieren un efecto favorable en la corrección de la presentación podálica cuando se aplican entre las semanas 32 y 35 de gestación. No obstante, la heterogeneidad metodológica y la variabilidad de los resultados indican la necesidad de mayor estandarización y estudios de alta calidad.

La **versión cefálica externa** constituye la intervención con mayor respaldo científico. Presenta tasas de éxito variables, superiores en mujeres multíparas, y se asocia a una reducción significativa de la tasa de cesáreas cuando es exitosa. El descenso de la presentación fetal se identifica como uno de los principales factores predictores de éxito. En cuanto a la seguridad, la evidencia indica un perfil favorable, con baja incidencia de complicaciones graves cuando se realiza en entornos adecuados y por profesionales entrenados.

Por último, no se identificaron estudios específicos que evalúen **consultas estructuradas lideradas por matronas** para el manejo de la presentación podálica, lo que pone de manifiesto un vacío relevante en la literatura científica. La evidencia indirecta sugiere que los modelos asistenciales que integran información, acompañamiento y toma de decisiones compartida podría tener un impacto positivo, constituyendo una línea prioritaria para futuras investigaciones.

En conjunto, los resultados apoyan la implementación de protocolos actualizados, la formación específica de los equipos y un enfoque basado en la evidencia, el respeto a la autonomía materna y la humanización de la atención al parto.

Futuras investigaciones deberían centrarse en evaluar el impacto de la implementación de consultas estructuradas lideradas por matronas para la atención a gestantes con presentación podálica, mediante estudios prospectivos y diseños comparativos.

Asimismo, sería relevante desarrollar ensayos multicéntricos que analicen de forma estandarizada la combinación de técnicas no invasivas –como ejercicios posturales, moxibustión o técnicas manuales– y su posible efecto sobre la tasas de versión cefálica externa y los resultados perinatales.

Finalmente, se requiere mayor investigación sobre los factores predictores de éxito de la versión cefálica externa y sobre la implementación equitativa de esta intervención en distintos entornos asistenciales.

REFERENCIAS

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
2. Lawson GW. The term breech trial ten years on: primum non nocere? *Birth*. 2012;39(1):3-9.
3. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(1):20-5.
4. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD000166.
5. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Marimon E, Cahuana M, Basteiro F, Migliorelli F. Protocolo de Versión Cefálica Externa. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona; 2025.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. Green-top Guideline No. 20b. London: RCOG; 2017.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. NICE Clinical guideline [CG62]. London: NICE; 2019.
9. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
10. Weiniger CF, Lyell DJ, Tsen LC, Butwick AJ, Shafer SL, Flood PD. Maternal outcomes of term breech presentation delivery: impact of successful external cephalic version in a nationwide sample of delivery admissions in the United States. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:150.
11. Hofmeyr GJ, Kulier R. Cephalic version by postural management for breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10(10):CD000051.
12. de Wolff MG, Ladekarl M, Sparholt L, Lykke JA. Rebozo y versión cefálica externa en presentación de nalgas (RECEIVE): Un estudio controlado aleatorizado. *BJOG*. Septiembre de 2022;129(10):1666-1675. doi: 10.1111/1471-0528.17111. Publicación electrónica: 8 de marzo de 2022. PMID: 35114058.
13. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;(5):CD003928.
14. Li X, Hu J, Wang X, Zhang H, Liu J. Moxibustion and other acupuncture point stimulation methods to treat breech presentation: a systematic review of clinical trials. *Chin Med*. 2009;4:4.
15. Liao JA, Shao SC, Chang CT, Chai PY, Owang KL, Huang TH, Yang CH, Lee TJ, Chen YC. Corrección de la presentación de nalgas con moxibustión y acupuntura: Revisión sistemática y metaanálisis. *Healthcare (Basilea)*. 22 de mayo de 2021;9(6):619. doi: 10.3390/healthcare9060619. PMID: 34067379; PMCID: PMC8224784.
16. Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, Ramos-Monserrat M, Barón M, Aguilar I, Benítez-Parejo N, Ramírez-Carmona C, Rivas-Ruiz F. Using moxibustion in primary healthcare to correct non-vertex presentation: a multicentre randomised controlled trial. *Acupunct Med*. 2013 Mar;31(1):31-8. doi: 10.1136/acupmed-2012-010261. Epub 2012 Dec 18. PMID: 23249535.
17. Vas J, Aranda JM, Nishishinya B, Mendez C, Martin MA, Pons J, Liu JP, Wang CY, Perea-Milla E. Correction of nonvertex presentation with moxibustion: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Sep;201(3):241-59. doi: 10.1016/j.ajog.2008.12.026. PMID: 19733275.
18. Neri I, Airola G, Contu G, Allais G, Facchinetti F, Benedetto C. Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2004 Apr;15(4):247-52. doi: 10.1080/14767050410001668644. PMID: 15280133.
19. García-Mochón L, Martín JJ, Aranda-Regules JM, Rivas-Ruiz F, Vas J. Cost effectiveness of using moxibustion to correct non-vertex presentation. *Acupunct Med*. 2015 Apr;33(2):136-41. doi: 10.1136/acupmed-2014-010696. Epub 2015 Feb 10. PMID: 25669428.
20. Sananes N, Roth GE, Aissi GA, Meyer N, Bigler A, Bouschbacher JM, Helmlinger C, Viville B, Guilpain M, Gaudineau A, Akladios CY, Nisand I, Langer B, Vayssiere C, Favre R. Acupuncture version of breech presentation: a randomized sham-controlled single-blinded trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016 Sep;204:24-30. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.07.492. Epub 2016 Aug 2. PMID: 27521594.
21. van den Berg I, Bosch JL, Jacobs B, Bouman I, Duvekot JJ, Hunink MG. Efectividad de las intervenciones de tipo acupuntura frente a la conducta expectante para corregir la presentación de nalgas: una revisión sistemática. *Complement Ther Med. Abr. 2008;16(2):92-100*. doi: 10.1016/j.ctim.2008.01.001. Publicación electrónica, 4 de marzo de 2008. PMID: 18514911.
22. Weiniger CF, Ginosar Y, Elchalal U, Sela HY, Weissman C, Ezra Y. External cephalic version for breech presentation with or without spinal analgesia in nulliparous women at term: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007;110(6):1343-50.
23. Devold Pay AS, Johansen K, Staff AC, Laine KH, Blix E, Økland I. Effects of external cephalic version for breech presentation at or near term in high-resource settings: A systematic review of randomized and non-randomized studies. *Eur J Midwifery*. 2020 Nov 20;4:44. doi: 10.18332/ejm/128364. PMID: 33537645; PMCID: PMC7839085.
24. Hutton EK, Hofmeyr GJ, Dowswell T. Versión cefálica externa para presentación de nalgas antes del término. *Cochrane Database Syst Rev*. 29 de julio de 2015;2015(7):CD000084. doi: 10.1002/14651858.CD000084.pub3. PMID: 26222245; PMCID: PMC9188447.

25. Ramakrishnan R, Ravi M. A retrospective analysis of outcome in breech delivery. J Obstet Gynaecol India. 2020;70(4):292-297.
26. David M, Srinivas A, Balakrishna S. Success rate and fetal outcome of external cephalic version at term and factors influencing it. J Obstet Gynaecol India. 2019;69(5):427-432.
27. Rijnders M, Herschderfer K, Prins M, van Baaren R, van Velen AJ, Schönbeck Y, Buitendijk S. A retrospective study of the success, safety and effectiveness of external cephalic version without tocolysis in a specialised midwifery centre in the Netherlands. Midwifery. 2008 Mar;24(1):38-45. doi: 10.1016/j.midw.2006.07.009. PMID: 17196716.
28. Hutton EK, Simioni JC, Thabane L. Predictors of success of external cephalic version and cephalic presentation at birth among 1253 women with non-cephalic presentation using logistic regression and classification tree analyses. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 Aug;96(8):1012-1020. doi: 10.1111/aogs.13161. Epub 2017 May 27. PMID: 28449212.
29. Grootsholten K, Kok M, Oei SG, Mol BW, van der Post JA. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2008 Nov;112(5):1143-51. doi: 10.1097/AOG.0b013e31818b4ade. PMID: 18978117.
30. Schmidt M, Callies R, Kuhn U, Willruth A, Kimmig R. Die äussere Wendung bei Beckenendlage: Renaissance eines altbekannten Verfahrens? [External cephalic version in cases of breech presentation: renaissance of a well-known procedure?]. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch. 2009;49(1):29-34. German. doi: 10.1159/000184443. PMID: 19204399.
31. Rijnders M, Offerhaus P, van Dommelen P, et al. Prevalence, Outcome, and Women's Experiences of External Cephalic Version in a Low-Risk Population. Birth. 2010;37(2):124-33.
32. Rijnders M. Interventions in midwife led care in the Netherlands to achieve optimal birth outcomes: effects and women's experiences [tesis doctoral]. Amsterdam: VU University Amsterdam; 2011.
33. Say RE. Decision making about breech presentation: exploring women's experiences and developing decision support [tesis doctoral]. Newcastle University; 2016.

Doctorado

LLEVA TU INVESTIGACIÓN HASTA EL MÁXIMO NIVEL

Programa de ayudas a doctorandos y realización de tesis

Apoyo a las colegiadas que cursan estudios de doctorado mediante ayudas destinadas a facilitar la realización de la tesis doctoral.



Colegio Oficial
de Enfermería
de Huesca



XXXII CONGRESO NACIONAL VI CONGRESO VIRTUAL

Sociedad Española de Enfermería
Urgencias y Emergencias



Colegio Oficial
de Enfermería
de Huesca

3,4 y 5
marzo 2027
Huesca



**enfermeriadeurgencias
.com**



Ayuntamiento
de **Huesca**



Entrega del premio al mejor TRABAJO FIN DE GRADO

Coincidiendo con la celebración de Santa Isabel de Hungría, patrona de nuestra profesión, el pasado día 17 de noviembre se hizo entrega, en la Sede Colegial, de los Premios Enfermería Joven al mejor Trabajo Fin de Grado y fue otorgado al titulado "PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE CON CONGELACIONES", cuyo autor es: D. Rubén Cordero Egido.

En este TFG se presenta un plan de cuidados estandarizado que optimiza la intervención enfermera ante lesiones por congelación, estructurando la asistencia en tres fases: prehospitalaria, urgencias y hospitalización. Al integrar el modelo de Virginia Henderson con las taxonomías NANDA, NOC y NIC, este protocolo unifica el conocimiento científico para guiar la toma de decisiones clínicas y mitigar secuelas físicas graves. Su aplicación sistemática ayudará a reducir la variabilidad en la práctica asistencial, garantizando intervenciones homogéneas, seguras y adaptadas a la gravedad y evolución del daño.

Asimismo, con este trabajo se impulsa el progreso profesional al consolidar la autonomía de enfermería en entornos críticos y de urgencia extrema. Utilizar intervenciones basadas en la evidencia eleva el rigor técnico y fortalece el posi-



Rubén Cordero Egido con D. Luis Hijós Larraz, presidente de la Comisión Científica

cionamiento de los profesionales de enfermería en los equipos multidisciplinares.

En el desarrollo de su carrera profesional, la exposición del personal de enfermería a situaciones de urgencia exige el dominio de estas intervenciones. El déficit en la adquisición y actualización de estas competencias técnicas limita la calidad del cuidado, impidiendo una respuesta asistencial oportuna y eficaz ante el paciente crítico.

Premios ENFERMERÍA JOVEN

Colegio Oficial de Enfermería de Huesca

Bases de participación

1. Podrán participar en él los profesionales pertenecientes al Colegio Oficial de Enfermería de Huesca que hayan defendido y superado durante el curso académico 2025/2026 el Trabajo fin de Grado (TFG) o Trabajo Fin de Máster (TFM), y se encuentren al corriente en sus obligaciones colegiales. No podrán presentarse los miembros de la Comisión Científica ni de la Junta de Gobierno del Colegio.
2. Estos premios son incompatibles con otros premios recibidos previamente por el mismo

TFG/TFM, procedentes de cualquier administración o ente público o privado. Igualmente, los trabajos premiados no podrán haber sido publicados, ni total ni parcialmente, por ningún medio, con anterioridad a la concesión de los premios de la presente convocatoria.

3. Se hará llegar un original encuadernado (tamaño DIN-A4) a doble cara, así como en formato electrónico, PDF, al correo electrónico del Colegio, indicando en el asunto "Premio Enfermería Joven TFG" o "Premio Enfermería Joven TFM" según corresponda. Se garanti-

zará el anonimato del/de la autor/a, preservándose por la Secretaría del Colegio hasta el fallo de los premios.

Los trabajos deberán estar estructurados de la siguiente forma:

- Resumen y palabras clave.
 - Introducción.
 - Objetivos.
 - Metodología.
 - Resultados/Desarrollo.
 - Discusión/Conclusiones.
 - Referencias bibliográficas.
 - Anexos, si procede.
4. Los trabajos se presentarán bajo seudónimo, y el envío incluirá, en el interior de un sobre cerrado, la identificación del/de la autor/a, teléfono, certificado de colegiación, certificado académico que incluya la calificación del TFG/TFM, y una Declaración Jurada de no haber sido premiado con anterioridad, así como de que su trabajo no ha sido publicado. La única referencia externa del sobre será el seudónimo mencionado. El jurado, una vez fallado el premio, tras apertura de las plicas, podrá solicitar al premiado que remita la documentación sobre el trabajo que se considere oportuna.
 5. En todo el trabajo, se omitirán obligatoriamente referencias a la localidad, centro de trabajo o cualquier otro dato que pudiese inducir al Jurado a la identificación del/de la autor/a antes de la apertura de las plicas.
 6. El plazo de presentación finalizará a las 20:00 horas del día 1 de octubre.
 7. La dirección de envío será: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huesca: Avda. Juan XXIII 5, 22003 – HUESCA. Deberá indicarse en el sobre y de manera clara:
 - “PARA 6.ª Edición Premios ENFERMERÍA JOVEN: TFG”, o bien,
 - “PARA 6.ª Edición Premios ENFERMERÍA JOVEN: TFM”.
 8. Se establecen las siguientes cuantías:
 - 300 € para el mejor TFG.
 - 600 € para el mejor TFM.

En ambos casos se practicará la retención establecida en el Reglamento del IRPF. Será titular del importe del premio quien aparezca como primer firmante del trabajo. La adjudicación del premio será comunicada mediante email.

9. En ambos premios actuará el mismo Jurado, que estará compuesto por los miembros de la Comisión Científica del Colegio Oficial de Enfermería de Huesca. Si algún miembro del Jurado ha intervenido como director/tutor en alguno de los trabajos presentados, deberá inhibirse de la valoración de dicho trabajo. El Jurado tendrá en cuenta el interés científico del contenido, la concordancia entre las partes, la originalidad y creatividad, la presentación y redacción, su aplicabilidad y el valor de la investigación. El fallo del Jurado es inapelable, y podrá otorgar también cuantas “Menciones de Honor” determine, pudiendo, asimismo, declarar desierto el premio, sin que su decisión requiera motivación expresa alguna.
10. La persona ganadora se compromete en un plazo máximo de un mes, desde el fallo del jurado, a adaptar el TFG/TFM a las normas de publicación de la revista. En caso de no hacerlo, el premio podrá ser revocado. El trabajo premiado será publicado de forma íntegra o resumida en la revista científica anual del Colegio de Enfermería de Huesca. En todo caso, los trabajos ganadores quedarán en propiedad del Colegio Oficial de Enfermería de Huesca, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno.
11. Para los trabajos no premiados se establece un plazo de dos meses a partir de la fecha de entrega de premios para solicitar por escrito su devolución. Pasado este plazo, los trabajos que no hayan sido devueltos serán destruidos, reservándose el Colegio la posibilidad de conservar un ejemplar en su poder.
12. El fallo se hará público a lo largo del mes de noviembre, y la entrega de los premios formará parte de los actos que se organicen por la celebración del día de la patrona de la Enfermería, Santa Isabel de Hungría (17 de noviembre).
13. La presentación de trabajos indica la aceptación de las bases.

Huesca, a 28 de octubre de 2025



Normas de Publicación

La revista Enfermería Científica Altoaragonesa es la revista científica del Colegio de Enfermería de Huesca indexada en CUIDEN; Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index. ISSN 3127-4447 (versión en línea).

Esta revista cuenta con un Comité Científico Técnico compuesto por profesionales con experiencia en temas científicos, de investigación y docencia. Su misión es colaborar en la promoción y apoyo a la investigación enfermera.

Para enviar trabajos a esta revista, los autores deben tener en cuenta lo siguiente:

1) Antes de elaborar el trabajo:

- Tipos de trabajos o contribuciones:
 - Trabajos de investigación
 - Trabajos conceptuales
 - Revisiones bibliográficas
 - Casos clínicos
 - Comunicaciones breves
- Información del copyright

2) Elaboración y envío de los trabajos originales:

- Formato de presentación
 - Idioma
 - Medio de presentación
 - Contenidos de la primera página
 - Contenidos de la segunda página
 - En el resto de páginas
- Bibliografía
- Tablas y figuras
- Envío de los trabajos

3) Proceso de evaluación y seguimiento de originales

- Acuse de recibo y envío a evaluadores
- Método de revisión
- Resultados de la revisión
- Seguimiento del proceso

1.- ANTES DE ELABORAR EL TRABAJO

TIPOS DE TRABAJOS O CONTRIBUCIONES:

Dependiendo de la temática, los trabajos podrán ser de cinco tipos: (a) Investigación, (b) conceptuales (c) revisiones bibliográficas, (d) casos clínicos y (e) comunicaciones breves.

Según estos tipos, el contenido de los trabajos deberá ir en relación y estar organizado del siguiente modo:

a) Trabajos de investigación:

El objetivo de estos estará en relación con los cuidados de la salud, que aporten o demuestren nuevos conocimientos en el campo de la atención de Enfermería.

Deberán comprender:

Introducción (incluirá los objetivos), Método, Resultados, Discusión/Conclusiones, Notas y Referencias (recopilación por orden de aparición de las referencias bibliográficas); la extensión máxima recomendada será de 10 páginas, excluidas figuras. Cuando así proceda, los autores deberán reseñar el marco conceptual que ha servido de apoyo a su labor investigadora.

b) Trabajos conceptuales:

En este apartado se incluirán aquellos trabajos referidos al marco teórico, metodológico y conceptual de la atención enfermera (o a elementos de este).

Deberán comprender:

Introducción (incluirá el planteamiento del problema), Desarrollo del tema (con los apartados específicos que correspondan según los contenidos desarrollados), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación por orden de aparición de las referencias bibliográficas); extensión máxima recomendada de 10 páginas, excluidas figuras.

c) Revisiones bibliográficas:

Síntesis de conocimiento mediante revisiones sistemáticas y críticas de artículos publicados. Igualmente, aquellos trabajos realizados para el análisis, comparación, interpretación y adaptación a una situación concreta de la bibliografía existente sobre un tema determinado en el que los autores puedan aportar su experiencia personal.

Deberán incluir:

Introducción (incluirá el planteamiento del problema), Desarrollo del tema (con los apartados específicos que correspondan según los contenidos desarrollados), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación por orden de aparición de las referencias bibliográficas); extensión máxima recomendada de 10 páginas, excluidas figuras.

d) Casos clínicos:

Estarán relacionados con la práctica asistencial de los profesionales de enfermería en cualquiera de los campos de su competencia profesional.

Deberán incluir:

Introducción, Descripción del proceso de Enfermería (valoración, problema, plan cuidados...), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación por orden de aparición de las referencias bibliográficas); extensión máxima recomendada de 10 páginas, excluidas notas y figuras.

e) Comunicaciones breves:

Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en esta revista, la aportación

de observaciones sobre las líneas editoriales y las experiencias que puedan ser resumidas en un breve texto.

Extensión máxima recomendada de 3 páginas con formato libre.

INFORMACIÓN DEL COPYRIGHT

Para uso impreso o reproducción del material publicado en esta revista se deberá solicitar autorización al Colegio Oficial de Enfermería de Huesca.

La aceptación de un artículo para su publicación implicará que el autor o autores transfieren los derechos de copyright al editor de la revista.

En cualquier caso, el Consejo de Redacción entiende que las opiniones vertidas por los autores son de su exclusiva responsabilidad.

2.- ELABORACIÓN Y ENVÍO DE LOS TRABAJOS ORIGINALES

FORMATO DE PRESENTACIÓN:

- **Idioma:** Todos los trabajos estarán escritos en castellano (excepto el resumen, que además de en castellano se puede publicar en inglés).

- **Medio de presentación:** Se presentarán en archivo para ordenador compatible PC, en el procesador de textos Microsoft Word, en versión para Windows. El archivo se podrá enviar en un soporte digital para PC o adjuntado a un mensaje de correo electrónico a la dirección electrónica del Colegio: administracion@colegioenfermeriahuesca.org

Adicionalmente se podrán enviar impresos en papel tamaño DINA4 –tres copias–.

- Medio de presentación (correo electrónico):

administracion@colegioenfermeriahuesca.org

- **Contenidos de la primera página:** En la primera página deberá aparecer, justificado a la izquierda, solamente:

- el título (en minúsculas, sin cursiva ni negrita)
- nombre (completo, sin iniciales) y apellidos de los autores
- centro de trabajo
- una dirección para correspondencia: postal, así como, en su caso, telefónica o correo electrónico.

- **Contenidos de la segunda página:** En la segunda hoja deben constar únicamente:

- el título del trabajo,
- un resumen (con una extensión no superior a las 200 palabras) y
- un número de palabras-clave comprendido entre 4 y 8.
- En ningún caso en esta hoja aparecerán los autores y sus direcciones.

- En el resto de páginas:

- Los títulos, apartados y subapartados se pondrán en negrita o subrayado y nunca en mayúsculas.
- Se presentarán por una sola cara, espaciado doble, tamaño de letra 12, a ser posible, TimesNewRoman.

Todas las referencias bibliográficas deben numerarse correlativamente y señalarse en el texto mediante un claudator y su correspondiente numeración. P ej. (1)

Bibliografía: Los autores podrán reseñar citas procedentes de libros o revistas previamente publicados, así como trabajos que estén aceptados por alguna revista o editorial y se encuentren pendientes de publicación, en cuyo caso deberán señalar “en prensa”.

Todas las citas se ajustarán a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a las revistas biomédicas. (Normas de Vancouver).

Ejemplos:

- Artículo estándar:

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura* internacional de la revista año; volumen (número)**: página inicial-final del artículo.

Díez Jarilla J. Cienfuegos Vázquez M. Suárez Salvador E. Ruidos adventicios respiratorios: factores de confusión. MedClin (Barc) 1997; 109 (16): 632-634

*Las abreviaturas internacionales pueden consultarse en “List of Journals Indexed in Index Medicus”, las españolas en el catálogo de revistas del Instituto Carlos III.

** El número es optativo si la revista dispone de N.º de volumen.

Se mencionan seis primeros autores seguidos de la abreviatura et al. (Nota: National Library of Medicine (NML), incluye hasta 25 autores; cuando su número es mayor cita los primeros 24, luego el último autor y después et al.)

- Autores individuales

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Nota: La primera edición no es necesario consignarla. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2.ªed.-2nded. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debemos citarlo a continuación del título del libro Vol. 3 Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997

- Editor(es) Compilador(es)

Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavete López-Montes J., Torío Durántez J. Editores. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2.ª Ed. Madrid: SEMFYC; 1997

- Organización como autor y editor

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.

- Capítulo de libro

Autor/es del capítulo. Título del capítulo.

En: Director/Recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo.

Nota: el anterior estilo Vancouver tenía un punto y coma en lugar de una “p” para la paginación. Buti

Ferrer M. Hepatitis vírica aguda. En: Rodés Tixidor J, Guardia Massó J Dir. Medicina Interna. Barcelona: Masson; 1997. p. 1520-1535.

Tablas y figuras: Con sus correspondientes títulos y leyendas, se podrán incluir en el texto en la versión de procesador de textos. En caso de figuras especiales que requieran un programa informático de gráficos específico, se enviarán en archivo aparte y en papel aparte que permita una buena reproducción. Además, una hoja final del archivo de ordenador en el que se incluye el trabajo deberá incluir los títulos y leyendas correlativamente numeradas, a las que se refieren las tablas/figuras correspondientes. En el texto se debe marcar el lugar o lugares donde se deben insertar. Si el gráfico ha sido generado por ordenador, deben acompañarse los correspondientes archivos en disco, especificando el programa de gráficos empleado.

ENVÍO DE LOS TRABAJOS

Los autores enviarán sus trabajos originales (que no hayan sido enviados a otras revistas para su publicación) al Consejo de Redacción.

- Toda la correspondencia relativa a la publicación de artículos puede enviarse:

- por correo electrónico a administracion@colegioenfermeriahuesca.org

- Por envío postal dirigido a: Colegio Oficial de Enfermería. Avda. Juan XXIII, N.º 5, 22003 HUESCA

- administracion@colegioenfermeriahuesca.org

3.- PROCESO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ORIGINALES

Acuse de recibo y envío a evaluadores:

Una vez acusado recibo del original recibido (con asignación de un código de referencia), este será enviado a dos evaluadores.

- Método de revisión:

Los evaluadores serán dos miembros del Consejo de Redacción para juzgar sobre la conveniencia de su publicación y, en su caso, sugerirán las rectificaciones oportunas. El método de revisión empleado será de doble ciego (anonimato de autor y evaluadores).

- Resultados de la revisión:

El resultado del proceso de evaluación podrá ser:

(a) Aceptación del artículo.

(b) Rechazo.

(c) Aceptación condicionada a rectificaciones.

Cualquiera de estos informes se enviará al autor normalmente por correo electrónico.

El envío postal solo se utilizará cuando las rectificaciones hayan sido hechas por el revisor o revisores sobre el trabajo original o bien cuando el autor requiera la aceptación en papel.

- Seguimiento del proceso:

Los autores podrán solicitar información sobre el proceso en la Secretaría del Colegio.

Investigación

TODA GRAN CARRERA INVESTIGADORA EMPIEZA CON UN BUEN TRABAJO

Premios al mejor TFG y al mejor TFM

Tu TFG o tu TFM puede ser el primer reconocimiento de una trayectoria dedicada a mejorar los cuidados.



Colegio Oficial
de Enfermería
de Huesca



Instituto Superior de
Formación Sanitaria



Colegio Oficial de
Enfermería de Huesca



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

isfos

FORMANDO LÍDERES

FORMANDO PROFESIONALES

FORMANDO PERSONAS



Formación de posgrado en Enfermería

Expertos Universitarios
Formación Continuada
Jornadas y Webinars

WWW.ISFOS.COM



ISFOS

Fuente del Rey, 2. 28023 Madrid
Tel.: 91 334 55 20
info@isfos.com
www.isfos.com

**Colegio Oficial de Enfermería
de Huesca**

Av. Juan XXIII, 5. 22003 Huesca
Tel. 974 21 30 68
info@colegioenfermeriahuesca.org
www.colegienfermeriahuesca.org

“Los martes investigamos”, un impulso para la investigación en la enfermería altoaragonesa

El ciclo de talleres “Los martes investigamos” se ha clausurado con éxito. Ha tenido un programa formativo orientado a potenciar y desarrollar la labor investigadora entre los profesionales de la Enfermería.

Este ciclo ha ofrecido una respuesta directa a las demandas de los propios profesionales a través de una metodología activa. En el itinerario de las sesiones han destacado módulos de vanguardia digital, como el uso ético y avanzado de la inteligencia artificial generativa para la síntesis de evidencia científica (mediante estructuras de prompts basadas en el modelo clínico PICO), así como el manejo técnico de gestores bibliográficos.

A lo largo de las sesiones, los alumnos adquirieron capacidades críticas para el diseño metodológico cuantitativo y cualitativo, la lectura crítica y la evaluación del rigor de estudios publicados.

Asimismo, el ciclo reservó sus jornadas finales para adiestrar a los profesionales en las habilidades comunicativas necesarias para la difusión de resultados, desde la superación del miedo escénico y fomentando la oratoria, hasta el diseño visual de pósteres científicos para congresos.

Uno de los puntos fuertes de la actividad ha sido el equipo docente, abarcando el entorno académico, el gestor y el clínico asistencial.



Entre otros, se ha contado con la participación de profesoras titulares de la Escuela de Enfermería de Huesca y profesionales vinculados al Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), junto con documentalistas expertas de la red BiblioSalud Aragón y del Hospital Universitario San Jorge.

“Los martes investigamos” se consolida como un modelo formativo de éxito en este colegio. El impacto final del ciclo se traducirá promoviendo la investigación y una práctica basada en la evidencia científica que repercutirá directamente en una mayor calidad asistencial y seguridad para los usuarios de nuestros cuidados.

Asesoramiento

CUANDO LO NECESITES, ESTAMOS A TU LADO

Asesoría Jurídica y Laboral

El Colegio pone a disposición de las colegiadas un servicio de asesoría jurídica y laboral para resolver consultas relacionadas con el ejercicio profesional.



I CONGRESO AECA Y I ENCUENTRO EIR DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ARAGÓN

1-2 de octubre de 2026. Zaragoza

<https://enfermeriacomunitariaaragon.wordpress.com/>

VI CONGRESO INTERNACIONAL Y X NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD (AEES)

1-2 de octubre de 2026. Barcelona

<https://congresoaees.com/>

XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SEMAP) “LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA, ESTACIÓN CENTRAL DE LA SALUD”

1-2 de octubre de 2026. Madrid

<https://semap.org/xii-congreso-presentacion/>

19.º CONGRESO NACIONAL DE ANECORM.

14-16 de octubre de 2026. Valencia

<https://anecorm.org/congreso2026/>

30.º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

15-17 de octubre de 2026. Valencia

<https://www.aneh.es/>

XXV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (ADENYD)

11-13 de noviembre de 2026. Murcia

<https://www.25foroadenyd.com/>

XXXIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA (SEDENE)

18-20 de noviembre de 2026. Donostia-San Sebastián

<https://congreso.sedene.com/>

XVII CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

26-27 de noviembre de 2026. Granada

<https://www.congreso enfermeria.com/2026/>

XXXII CONGRESO NACIONAL Y VI CONGRESO VIRTUAL

3-5 de marzo de 2027. Huesca

<https://enfermeriadeurgencias.com/>

Biblioteca

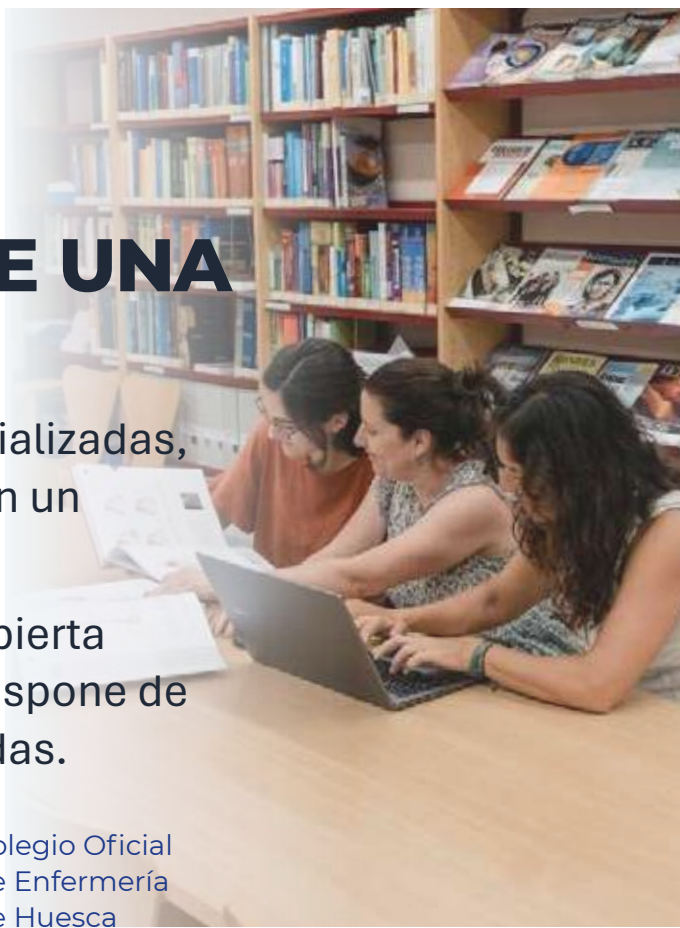
MUCHO MÁS QUE UNA BIBLIOTECA

Consulta libros y revistas especializadas, prepara tus trabajos o estudia en un espacio tranquilo.

La biblioteca del Colegio está abierta durante el horario de oficina y dispone de conexión Wi-Fi para las colegiadas.



Colegio Oficial
de Enfermería
de Huesca



DONDE OCURRE LA ENFERMERÍA DE HUESCA, ALLÍ ESTAMOS

Actualidad, formación, investigación, empleo, salud comunitaria, divulgación científica y mucho más.

Sigue nuestros canales y no te pierdas ninguna novedad.



Instagram

Descubre el día a día de la profesión



TikTok

Aprende en menos de un minuto



LinkedIn

Conecta con la actualidad profesional



Canal de WhatsApp

Recibe los avisos importantes



Colegio Oficial
de Enfermería
de Huesca



Calcula online tu seguro de hogar con A.M.A.



Simulación
100% ONLINE



Colegio Oficial
de Enfermería
de Huesca



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

Protección

PORQUE
Somos
Sanitarios



**Seguro Multirriesgo
de Hogar**

Con la **nueva calculadora online** podrás hacer una cotización personalizada.

Obtén tu cotización
en apenas tres minutos.

Nos adaptamos a tus necesidades
y tipo de vivienda.

Descubre nuestras coberturas
y compara diferentes opciones.



900 82 20 82 / 974 22 33 54
www.amaseguros.com



A.M.A. HUESCA
Zaragoza, 5; bajo Tel. 974 22 33 54 huesca@amaseguros.com

A.M.A.
GRUPO

A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

AmaVida
Seguros de vida para
profesionales sanitarios

A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora
Fundación A.M.A.

A.M.A.
ECUADOR

La Mutua de los Profesionales Sanitarios.