

Epistaxis traumática y púrpura trombocitopénica inmunitaria grave en urgencias

Traumatic epistaxis and management of severe immune thrombocytopenic purpura in the emergency department

Sr. Editor:

Los pacientes con púrpura trombocitopénica inmunitaria (PTI) con sangrado activo constituyen una emergencia médica poco frecuente pero potencialmente grave.

Se presenta el caso de un varón de 79 años que acudió al servicio de urgencias por epistaxis incontrolable. Paciente de 79 años que acudió a urgencias debido a un sangrado incoercible por ambas fosas nasales, tras un traumatismo fortuito al golpearse la cara en una caída.

Entre sus antecedentes personales destacaban obesidad tipo I, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y PTI crónica en tratamiento con eltrombopag y prednisona, esplenectomizado en 2003 y una vida activa.

En la exploración inicial se mostraba hemodinámicamente estable, sin otros hallazgos relevantes. En las pruebas complementarias destacaba una hemoglobina de 13,3 g/dl y unas plaquetas de 15.000 uL, cifra habitual en el paciente debido a su antecedente.

De forma inicial, se aplicó

taponamiento anterior bilateral. Durante la observación evolutiva posterior, el paciente sufrió un episodio vasovagal, con bradicardia a 40 lpm y un vómito hemático, trasladándose al paciente a box de críticos para un mejor manejo clínico. En la nueva valoración se evidenció un sangrado persistente a nivel faríngeo posterior, con inestabilidad hemodinámica y compromiso la vía aérea. Se realizó un taponamiento posterior clásico, previa sedación con 2 mg de midazolam para mayor control de la técnica, reducir la ansiedad del paciente y permitir un adecuado control de la vía aérea mediante aspiración. El procedimiento resultó exitoso, lográndose el cese del sangrado y la estabilización clínica del paciente.

A su vez, tras premedicación con 5 mg de dexclorferamina y 1 g de paracetamol, se inició transfusión de 2 paquetes de plaquetas y un concentrado de hematíes y la administración de dexametasona e inmunoglobulina humana normal (IgIV) a dosis terapéuticas (1 g/kg) y comenzando a un ritmo de infusión lento y progresivo, el cual se continuó en el área de observación de urgencias donde el paciente permaneció estable hasta su ingreso 12 horas después. Tras la estabilización del paciente, se realizó nueva analítica, que evidenció una disminución de la hemoglobina hasta niveles de 8,5 g/dl y unas plaquetas en 93.000 uL.

La PTI se define como un recuento de plaquetas menor de 100.000 uL en ausencia de otras causas que puedan causar trombocitopenia, considerándose gra-

ve cuando hay sangrado activo, generalmente con plaquetas menores de 20.000 uL¹.

Para el abordaje de la PTI grave con sangrado activo existen unas recomendaciones elaboradas por el Grupo Español de Trombocitopenia Inmune (GEPTI)², que proponen como tratamiento inicial corticosteroides (prednisona a dosis de 0,5-1 mg/Kg/día o dexametasona a dosis de 40 mg/día), IgIV intravenosa a dosis de 1 g/kg/día, y la trasfusión de plaquetas solo en caso de sangrados con riesgo vital. No obstante, la American Society of Hematology en 2021³, propuso reservar la transfusión de plaquetas únicamente ante situaciones de emergencia, ya que al tratarse de una enfermedad autoinmune, el rendimiento de las mismas a largo plazo es limitado. En este caso, se actuó siguiendo este esquema, logrando el control del sangrado y la estabilización del paciente.

Como medidas adicionales se deben suspender los fármacos antiagregantes y anticoagulantes y considerar la opción de fármacos antifibrinolíticos, como el ácido tranexámico². El objetivo principal es revertir la hemorragia, manteniendo un recuento de plaquetas por encima de 20.000 uL³.

Es importante que la PTI sea considerada en el diagnóstico diferencial en los servicios de urgencias en situaciones de sangrado de difícil manejo, ya que un diagnóstico y actuación tempranos son claves para evitar complicaciones graves, al tener una mortalidad cercana al 30% en adultos⁴.

Autores:

Sara Ballesteros Galán,
Alejandra Cortés González,
Leticia García Sierra,
Beatriz Arias Román

Filiación de los autores:

Servicio de Urgencias, Hospital Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España.

E-mail:

saraballesterosgalan@gmail.com

Responsabilidades éticas:

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:

Guillermo Burillo-Putze.

DOI:

10.55633/s3me/REUE044.2025

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): SBG: ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo. ACG: ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo. LGS: ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo. BAR: ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa con pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davidson JC, Rahim S, Hanks SE, Patel IJ, Tam AL, Walker TG, et al. Society of Interventional Radiology Consensus Guidelines for the Periprocedural Management of Thrombotic and Bleeding Risk in Patients Undergoing Percutaneous Image-Guided Interventions-Part I: Review of Anticoagulation Agents and Clinical Considerations: Endorsed by the Canadian Association for Interventional Radiology and the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe. *J Vasc Interv Radiol.* 2019;30:1155-67. Erratum in: *J Vasc Interv Radiol.* 2024;35:946.
2. Izquierdo CP, Hirnyk MC, Sánchez González B, Castellano EM. Recomendaciones del GEPTI para el diagnóstico y tratamiento de la trombocitopenia inmune. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia; Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia, 2023. (Consultado 20 Marzo 2025). Disponible en: https://www.gepti.es/images/stories/recursos/2024/01/12/GUIA_GEPTI_2023.pdf
3. DeSouza S, Angelini D. Updated guidelines for immune thrombocytopenic purpura: Expanded management options. *Cleve Clin J Med.* 2021;88:664-8.
4. Chowdhury SR, Sirotych E, Guyatt G, Gill D, Modi D, Venier LM, et al. Treatment of Critical Bleeds in Patients With Immune Thrombocytopenia: A Systematic Review. *Eur J Haematol.* 2025;114:458-68.

Perfil del paciente con recurrencia de tentativa de suicidio en urgencias hospitalarias

Recurrence of suicide attempt in the emergency department: profile of the repeat patient

Sr. Editor:

En el año 2023 fallecieron en España 3.952 personas por suicidio según datos del Instituto Nacional de Estadística¹. Los métodos de suicidio más usados en nuestro país son el ahorcamiento en los varones, la precipitación desde altura en las mujeres^{1,2} y la intoxicación medicamentosa en los menores de 18 años^{3,4}.

Según la Organización Mundial de la Salud más de 720.000 personas mueren cada año en el mundo por suicidio y por cada muerte suicida, pueden existir hasta 20 tentativas de suicidio (TS). Por otro lado, la TS constituye uno de los mejores predictores de futuras tentativas e incluso de suicidio consu-

mado. Un 40-50% de estos presentaron TS previas^{2,5,6}.

La mayoría de TS se producen en la edad media de la vida, más frecuentemente mujeres, en situación de desempleo, sin pareja, y siendo la intoxicación medicamentosa el método más habitual⁷⁻⁹. Los trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión, constituyen uno de los factores de riesgo más implicados en la tentativa de suicidio⁶⁻⁹ y determinados rasgos de personalidad como la impulsividad y la desesperanza incrementan el riesgo.

El objetivo del estudio fue determinar las características de los pacientes que consultaron en urgencias de forma recurrente por TS. Se realizó un estudio retrospectivo entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2023. Se registraron los casos de pacientes con TS previa y pacientes que reincidieron durante el periodo del estudio. Se recogieron variables demográficas, variables clínicas (antecedentes psiquiátricos, medicación psicotrópica, consumo de sustancias tóxicas y seguimiento en salud mental), y las características del episodio autolítico

(desencadenante, mecanismo –ingesta medicamentosa, tóxicos, autolesiones–, y destino al alta.

La **Tabla 1** muestra las características de los pacientes y de los episodios autolíticos. Durante los 5 años estudiados consultaron 105 pacientes por TS recurrente, 69,5% mujeres y una edad media de 38,9 ± 16,8 (rango 12 años-87 años). Presentaban patología psiquiátrica 101 (96,2%). El número de antecedentes psiquiátricos por paciente fue 1,67 ± 0,8. De ellos, el más frecuente fue la depresión (46,5%), seguida de trastorno de personalidad (36,6%), trastorno mixto de ansiedad y depresión (25,7%), ansiedad (22,8%), y finalmente el trastorno por uso de sustancias (19,8%). Realizaban seguimiento en salud mental el 36,2% al inicio del estudio. El 31,4% de los pacientes había presentado una TS previa. Consumían sustancias tóxicas el 52,4%, siendo el alcohol el más frecuente (76,4%), seguido de la cocaína (47,5%) y el cannabis 25 (45,4%).

En cuanto a los episodios autolíticos, el mecanismo más frecuente fue el uso de

Autores:

Josep Guil Sánchez

Filiación de los autores:

Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari de Mollet, Fundació Sanitària de Mollet, Barcelona, España.

E-mail:

j.guil@fsm.cat

Responsabilidades éticas:

El autor ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:

Guillermo Burillo-Putze.

DOI:

10.55633/s3me/REUE045.2025

medicación (76,5%), siendo las benzodiazepinas el fármaco más utilizado (75,9%). El segundo grupo en frecuencia fueron los antidepresivos (24,6%), seguidos de antipsicóticos 22 (11,3%), antiepilépticos 13 (6,7%) y analgésicos/AINE (10,3%). En el 25,4% de las TS se ingirieron tóxicos, siendo el alcohol el más frecuente (81,5%), seguido del cannabis (15,4%) y la cocaína (10,8%). Las autolesiones (9,8%) fueron poco relevantes y leves, presentes en 9,8% de los episodios y en el 84% en extremidades superiores.

En el 41% de los casos se logró determinar un desencadenante: 35,2% problemática de pareja, 34,3% problemática familiar. La mayoría de los pacientes fueron dados de alta para seguimiento en salud mental 188 (73,4%) y 26 casos (10,2%) ingresaron en una Unidad de Psiquiatría.

La mayoría de los pacientes con tentativa recurrente de suicidio del estudio fueron mujeres en la edad media de la vida, en concordancia con otros estudios⁶⁻¹⁰. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas con relación al género ($p = 0,180$), pero sí para la edad ($p < 0,001$).

La mayoría de los pacientes presentaron patología psiquiátrica, que constituye uno de los factores de riesgo conocido para la TS y para la recurrencia⁶⁻¹¹. Aunque las diferencias no fueron significativas entre los dos grupos en cuanto a la existencia o no de dichos antecedentes, sí lo fueron cuando se analizaron el número de antecedentes ($p = 0,023$). El seguimiento en salud mental fue mucho más frecuente en los pacientes recurrentes que en aquellos sin intento previo ($p < 0,001$). Otros estudios también encuentran una mayor proporción de pacientes recurrentes en seguimiento en salud mental y bajo tratamiento psicofarmacológico⁸, medida que puede suponer una ayuda en este tipo de pacientes recurrentes.

Se ha determinado un periodo especialmente susceptible de reincidencia en la TS, que oscila entre 30 días^{8,10}, 3 meses^{6,12} y 6 meses¹¹. Este aspecto no se analizó en nuestro trabajo. Otros datos valorados en otros estudios son el estado civil, la situa-

Tabla 1. Características de los pacientes y de los episodios

	Total n (%)	Sin intento previo n (%)	Recurrente n (%)	P
Pacientes				0,189
Total	105	72	33	
Hombre	32 (30,5)	25 (34,7)	7 (21,2)	
Mujer	73 (69,5)	47 (65,3)	26 (78,8)	
Edad [media (DE)]				< 0,001
Total	38,9 ± 16,8	38,5 ± 17	38,1 ± 16,8	
Hombre	38,1 ± 16,5	36,2 ± 15,3	44,9 ± 20,3	
Mujer	38,5 ± 17,1	39,7 ± 17,8	36,3 ± 15,7	
Enfermedades psiquiátricas				0,75
Total	101 (96,2)	70 (97,2)	31 (93,9)	
Hombre	29 (90,6)	24 (96)	6 (85,7)	
Mujer	72 (98,6)	46 (97,9)	25 (96,1)	
Número de antecedentes psiquiátricos				0,023
0	4 (3,8)	2 (2,8)	2 (6,1)	
1	43 (42,6)	36 (51,4)	7 (22,6)	
2	43 (42,6)	24 (34,3)	19 (61,3)	
3	12 (11,4)	7 (10,0)	5 (16,1)	
4	3 (2,9)	3 (4,2)	0 (0)	
Seguimiento en Salud Mental				< 0,001
Total	38 (36,2)	15 (20,8)	23 (69,7)	
Hombre	8 (25,0)	5 (20,0)	3 (42,9)	
Mujer	30 (41,1)	10 (21,3)	20 (76,9)	
Intento previo				
Total	33 (31,4)	0 (0)	33 (100)	
Hombre	7 (21,9)	0 (0)	7 (100)	
Mujer	26 (35,6)	0 (0)	26 (100)	
Uso de sustancias tóxicas				0,87
Total	55 (52,4)	39 (54,2)	15 (45,5)	
Hombre	20 (62,5)	18 (72,0)	2 (28,6)	
Mujer	35 (47,9)	21 (44,7)	13 (50,0)	
Mecanismo				
Medicación	195 (76,2)	124 (73,4)	71 (81,6)	0,609
Tóxicos	65 (25,4)	45 (26,6)	20 (5,6)	0,609
Lesiones	25 (9,8)	17 (10,1)	8 (9,2)	0,64
Desencadenante	105 (41)	68 (40,2)	37 (42,5)	0,044
Destino				0,93
Domicilio	22 (8,6)	14 (8,3)	8 (9,2)	
Seguimiento en Salud Mental	188 (73,4)	128 (75,7)	60 (68,9)	
Ingreso en Psiquiatría	26 (10,2)	14 (8,3)	12 (13,8)	
Fuga	20 (7,8)	13 (7,7)	7 (8)	

Los valores en negrita denotan significación estadística ($p < 0,05$).

ción laboral, el tipo de convivencia (solo, con familia, otros), la existencia de historia familiar de suicidio (en grado de tentativa o consumado) y el grado apoyo familiar y social, ítems que constituyen limitaciones en nuestro trabajo, debido a la naturaleza retrospectiva del mismo^{8,9,11}. Aún así, este trabajo supone el punto de partida de futuros estudios prospectivos de cohortes que permitan un mayor conocimiento y una mejor atención a este tipo de pacientes.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT):

El autor ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: El autor declara no haber utilizado herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa con pares.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023. Datos provisionales. (Consultado 25 Octubre 2024). Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/pE-DCM2023.htm>
- Gómez-Durán EL, Forti-Buratti MA, Gutiérrez-López B, Belmonte-Ibáñez A, Martín-Fumadó C. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitala-

- ria entre 2007-2010. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016;9:31-8.
3. Margarit Soler A, Martínez Sánchez L, Martínez Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto González MD, Villar Cabeza F, et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. An Pediatr. 2016;85:13-7.
 4. Azkunaga B, Echarte P, Zumalde A, Mintegi S. Incremento de las intoxicaciones con fin suicida en los servicios de urgencias en España durante la pandemia COVID-19. An Pediatr. 2023;98:67-9.
 5. Aizteguena M, Morentin B. Factores de riesgo del suicidio consumado en los jóvenes y los adultos de mediana edad: estudio poblacional forense. Rev Española de Medicina Legal. 2022;48:53-9.
 6. Espandian A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrer E, Saiz PA, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020;13:11-21.
 7. De Santiago-Díaz AI, Pérez-Herrera M, Medina-Blanco R, Díaz-de Santiago I, López-García E, Artal-Simón J. Conducta Suicida: frecuencia en el servicio de urgencias por recurrencia suicida y otros motivos psiquiátricos o médicos en los 6 meses posteriores al episodio índice. Actas Esp Psiquiatr. 2021;49:244-52.
 8. López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Azcárate-Jiménez L, Sabater-Maestro P. Repetición de conductas suicidas en urgencias psiquiátricas en pacientes sin intentos previos, index y repetidores: un estudio prospectivo. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020;13:192-201.
 9. Liu Y, Zhang J, Sun L. Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers. Compr Psychiatry. 2017;78:54-60.
 10. Zerkowit RL, Jiang T, Horváth-Puhó E, Street AE, Lash TL, Sørensen HT, et al. Predictors of nonfatal suicide attempts within 30 days of discharge from psychiatric hospitalization: Sex-specific models developed using population-based registries. J Affect Disord. 2022;306:260-8.
 11. Nobile B, Jausseint I, Kahn JP, Leboyer M, Risch N, Olié E, et al. Risk factors of suicide re-attempt: A two-year prospective study. J Affect Disord. 2024;356:535-44.
 12. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017;74:694-702.

Estrés percibido por el personal de urgencias hospitalarias

Perceived stress among emergency department staff in a hospital

Sr. Editor:

El estrés laboral constituye un problema de salud ocupacional ampliamente reconocido por su impacto en el bienestar de los profesionales sanitarios y en la calidad asistencial. En los servicios de urgencias, las condiciones inherentes a la labor asistencial (carácter impredecible de la demanda, necesidad de toma de decisiones inmediatas, elevada responsabilidad clínica y exposición continua a situaciones de alta carga emocional) configuran un entorno especialmente propenso al desarrollo de estrés sostenido¹. En este contexto, la medición sistemática del estrés percibido adquiere relevancia no solo para dimensionar su magnitud, sino también para orientar estrategias institucionales de prevención y mitigación.

Por ello se planteó como objetivo determinar el nivel de estrés percibido por el personal que trabaja en un servicio de urgencias hospitalario de Zaragoza. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico durante la primavera de 2025, mediante la aplicación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14)² y un cuestionario sociodemográfico. Se incluyó todo el personal sanitario que prestaba servicio activo en el área de urgencias de la Clínica Viamed Montecanal, que aceptaron participar voluntariamente y que completaron correctamente el cuestionario. El análisis estadístico se realizó con las pruebas de t de Student, ANOVA y correlación de Pearson ($p < 0,05$).

Participaron 49 profesionales (63,3% enfermeros/as, 16,3% médicos/as, 14,3% técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y 6,1% celadores/as. Su edad media fue de 37,5 años ($DE \pm 10,7$) y el 71,4% eran mujeres. La puntuación media en la PSS-14 fue de $26,24 \pm 7,24$, (rango 10-39 puntos) con predominio de niveles altos de estrés (53,1%), seguido de mode-

rado (34,7%) y bajo (12,2%). No se observaron diferencias significativas por sexo ($p = 0,763$), pero sí por categoría profesional ($p = 0,025$), con mayores valores de puntuación en médicos/as ($32,38 \pm 4,57$) y menores en celadores/as ($17,67 \pm 8,02$), con una diferencia estadísticamente significativa entre estos dos grupos ($p = 0,023$). La correlación entre edad y estrés fue positiva débil pero no significativa ($r = 0,259$; $p = 0,072$).

Este estudio confirma que el estrés percibido en el personal de urgencias es un fenómeno muy prevalente, con más de la mitad de la muestra situada en niveles altos, confirmando que la urgencia hospitalaria es un entorno de alta exigencia cognitiva y emocional³. El análisis por categoría profesional aporta un elemento novedoso, ya que los médicos presentaron puntuaciones más elevadas que los celadores, y una tendencia también superior respecto al resto de grupos⁴. Esto indica que la complejidad en la toma de decisiones clínicas y la responsabilidad directa en la atención al paciente

Autores:

Eduardo José Blanco Ron

Filiación de los autores:

Clínica Viamed Montecanal, Zaragoza, España.

E-mail:

eduardo.blanco82@gmail.com

Responsabilidades éticas:

El autor ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:

Montserrat Amigó Tadrín.

DOI:

10.55633/s3me/REUE047.2025

son factores determinantes en la intensidad del estrés percibido. La ausencia de diferencias significativas por sexo coincide con trabajos que apuntan a la influencia predominante de las condiciones de trabajo sobre las variables sociodemográficas, aunque en otros estudios todavía se cuestiona la idea de que el género por sí solo determina la vulnerabilidad al estrés, y orienta la atención hacia los factores organizativos y estructurales. La correlación débil y no significativa entre la edad y el nivel de estrés denota que la experiencia profesional no actúa como un factor protector en este contexto.

Como limitaciones de este estudio destaca el tamaño muestral, especialmente reducido en algunas categorías profesionales, y que puede haber limitado la potencia estadística. El muestreo no probabilístico por conveniencia disminuye la capacidad de generalización de los resultados. Asimismo, la evaluación se basó exclusivamente en autoinformes, lo que podría introducir sesgos de deseabilidad social o subestimación de los sínto-

mas. Futuros estudios deberían incorporar muestras más amplias o multicéntricas y variables adicionales, como la antigüedad en el puesto, el número de turnos nocturnos o la presencia de apoyo institucional.

Creemos que los resultados obtenidos señalan la necesidad de diseñar estrategias de prevención y manejo del estrés adaptadas a cada perfil profesional, con especial énfasis en aquellos grupos que asumen mayor responsabilidad clínica. Intervenciones como programas de gestión emocional⁵, el apoyo psicológico continuado y la optimización de las cargas de trabajo podrían contribuir a mitigar el impacto negativo del estrés en este entorno y a mejorar el bienestar de los profesionales y la calidad de la atención en urgencias.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): El autor ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: El autor declara no haber utilizado herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa con pares.

Agradecimientos: Al personal de urgencias de la Clínica Viamed Montecanal por su colaboración y al comité ético del centro hospitalario por su apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Crit Care Nurse*. 2017;37:e1-9.
2. Carrobes JA, Remor E. Versión española de la escala de estrés percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Aniedad Estrés*. 2001;7:195-201.
3. Ramírez A, González M. Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Rev Salud Pública*. 2016;18:1-10.
4. Vilà Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López MP, Davins Miralles J. Burnout y trabajo en equipo en profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25-31.
5. Ramal López JM. Intervenciones enfermeras para la reducción de estrés con Mindfulness: Una revisión bibliográfica [Internet]. Universidad de las Palmas de Gran Canarias; 2015. (Consultado 19 Junio 2025). Disponible en: <https://acceda.cris.ulpgc.es/handle/10553/19327>.