



ENFERMERÍA CLÍNICA INTEGRAL:

**ABORDAJE HOLÍSTICO DEL CUIDADO EN
CONTEXTOS LATINOAMERICANOS**

ENFERMERÍA CLÍNICA INTEGRAL: ABORDAJE HOLÍSTICO DEL CUIDADO EN CONTEXTOS LATINOAMERICANOS

- © Oldrich Santiago Ponce Rivera
- © Odeleisis Anaya Guerra
- © Marco Ronald Almeida Herrera
- © Mariela Silvana Herrera Mediavilla
- © Nardy Eliana Román Montenegro
- © Ximena Alexandra Mejía Reascos
- © Geovana Lisbeth Velastegui Morales
- © Carmen Natalia Vinuesa Martínez
- © Patricia Gabriela Benítez Terán
- © María Elisa Granda Imacaña
- © Luis Martín Arias Pardo
- © Arianna Daniela Cadena Mora

Jackeline Pazmay Galarza
Director General

Nicolás Isea Araque
Jefe Editor

Winston Morán Párraga
Diagramación y diseño

Yusmary Mora de Isea
Revisión de estilo

Casa Editorial Sin Fronteras CESFRO SAS.
296 pág. / Formato A5
Cuenca - Ecuador

Primera Edición Digital
Publicado el 27 de Mayo de 2026

ISBN: 978-9907-822-06-9
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20410539>

Enfermería Clínica Integral: Abordaje Holístico del Cuidado en contextos Latinoamericanos

Autores:

- © Oldrich Santiago Ponce Rivera
- © Odeleisis Anaya Guerra
- © Marco Ronald Almeida Herrera
- © Mariela Silvana Herrera Mediavilla
- © Nardy Eliana Román Montenegro
- © Ximena Alexandra Mejía Reascos
- © Geovana Lisbeth Velastegui Morales
- © Carmen Natalia Vinuesa Martínez
- © Patricia Gabriela Benítez Terán
- © María Elisa Granda Imacaña
- © Luis Martín Arias Pardo
- © Arianna Daniela Cadena Mora

Revisores:

Mgtr. Esthela Carolina Hidalgo Tapia
Mgtr. Anita Maggie Sotomayor Preciado

Se prohíbe la reproducción, distribución o comunicación pública, total o parcial, de la presente obra sin autorización expresa, salvo reproducción literal con el debido reconocimiento de los derechos intelectuales de los autores y de la editorial.

Esta obra está bajo una licencia internacional. Creative Commons Atribución-No Comercial Sin Derivadas 4.0.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	xvi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xvii
PRÓLOGO	xviii
CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA: EVOLUCIÓN HISTÓRICA, MODELOS Y TEORÍAS DEL CUIDADO, ROL PROFESIONAL EN EL SIGLO XXI, ÉTICA, BIOÉTICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	2
Introducción	4
Evolución Histórica de la Enfermería	5
De la práctica empírica a la profesionalización.....	5
La enfermería latinoamericana: retos y consolidación .	5
Modelos y Teorías del Cuidado	6
Función de los modelos conceptuales en la práctica clínica.....	6
Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem	6
Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson.....	7
Modelo de Adaptación de Callista Roy.....	8
Rol del Profesional de Enfermería en el Siglo XXI	8
Competencias del enfermero contemporáneo	8
Rol en atención primaria y promoción de la salud	9
Ética y Bioética en la Práctica Clínica.....	9
Principios bioéticos fundamentales	9
Código deontológico y responsabilidad profesional ...	10

Dilemas éticos en la práctica clínica.....	10
Seguridad del Paciente	11
Concepto y dimensiones.....	11
Prevención de eventos adversos: intervenciones basadas en evidencia	11
Cultura de seguridad y liderazgo clínico	12
Conclusiones.....	12
Referencias bibliográficas.....	14
CAPÍTULO II: VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE), TÉCNICAS DE VALORACIÓN FÍSICA, VALORACIÓN PSICOSOCIAL, HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS, ESCALAS CLÍNICAS (GLASGOW, NORTON, BRADEN).....	
RESUMEN	18
ABSTRACT	18
Valoración integral del paciente.....	20
Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	20
Técnicas de valoración física	21
Valoración psicosocial	21
Historia clínica y registros de enfermería	22
Escala clínica: Glasgow, Norton y Braden	22
Conclusiones.....	23
Referencias Bibliográficas	24
CAPÍTULO III: ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, PROGRAMAS DE VACUNACIÓN, ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, EDUCACIÓN AL PACIENTE.....	
RESUMEN	27

ABSTRACT	28
Introducción	29
Promoción y prevención.....	30
Fundamentos conceptuales y teóricos de la promoción de la salud.....	31
Prevención de enfermedades: niveles y enfoque integral	32
Promoción y prevención en América Latina	33
Promoción y prevención en el Ecuador: enfoque MAIS- FCI	33
Rol de la enfermería en promoción y prevención	34
Estrategias y herramientas de promoción y prevención	35
Desafíos y perspectivas futuras	35
Programas de vacunación.....	35
Atención familiar y comunitaria.....	39
Determinantes sociales de la salud	43
Estructura e interacción de los determinantes sociales de la salud.....	44
Determinantes sociales de la salud en América Latina y Ecuador	45
Implicaciones para la práctica de enfermería	46
Educación al paciente.....	48
Conclusiones.....	51
Referencias Bibliográficas	53
CAPÍTULO IV: MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	56
RESUMEN	57
ABSTRACT	57

Introducción	58
Manejo del Paciente Hospitalizado	59
Cuidados básicos hospitalarios	59
Administración de medicamentos.....	61
Prevención de infecciones nosocomiales	66
Manejo del dolor.....	69
Seguridad del paciente hospitalizado.....	71
Comunicación entre profesionales de salud.....	72
Nutrición del paciente hospitalizado.....	73
Movilización temprana del paciente hospitalizado	74
Continuidad del cuidado y alta hospitalaria	74
Humanización de la atención hospitalaria	75
Uso de tecnologías en la atención hospitalaria	76
Gestión de riesgos en el entorno hospitalario	77
Participación del paciente en su proceso de atención.	78
Conclusiones.....	79
Referencias Bibliográficas	80
CAPÍTULO V: ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS	84
RESUMEN	85
ABSTRACT	85
Introducción	86
Triage y Priorización en Urgencias y Emergencias	87
Fundamentos fisiológicos de la priorización	88
Principales sistemas de triage	89
Manchester Triage System (MTS).....	89
Triage en situaciones de desastre y víctimas en masa	90

Consideraciones éticas en el triage.....	91
Soporte vital básico y avanzado.....	92
Epidemiología del paro cardiorrespiratorio.....	93
Cadena de supervivencia	94
RCP de alta calidad: principios y técnica	97
Manejo de la vía aérea en el SVA.....	97
Desfibrilación y fármacos en el SVA.....	99
Cuidados posparo cardíaco.....	100
SVB y SVA pediátrico.....	100
Manejo del paciente politraumatizado: evaluación sistemática y reanimación inicial	101
Epidemiología del trauma	102
Evaluación primaria: protocolo ABCDE	102
Control de hemorragias: prioridad absoluta.....	103
La triada letal y resucitación hemostática	104
Cirugía de control de daños.....	105
Evaluación secundaria y manejo definitivo.....	105
Emergencias cardiovasculares: diagnóstico y manejo basado en evidencia	105
Evaluación del dolor torácico en urgencias	106
Síndrome coronario agudo (SCA): clasificación y diagnóstico	107
Tratamiento del IAMCEST	108
Arritmias con compromiso hemodinámico.....	108
Insuficiencia cardíaca aguda descompensada.....	109
4.6 Crisis hipertensiva y disección aórtica aguda.....	109
Atención en shock: fisiopatología, clasificación y manejo integral.....	110

Definición y fisiopatología del shock.....	111
Clasificación del shock.....	111
Shock séptico: diagnóstico y manejo según Surviving Sepsis Campaign 2021.....	112
Fluidoterapia en el shock: principios y controversias	112
Vasopresores e inotrópicos en el shock.....	113
Monitorización hemodinámica avanzada	114
Shock anafiláctico: particularidades del manejo.....	114
Conclusiones.....	115
Referencias Bibliográficas	117
CAPÍTULO VI: CUIDADOS EN EL PACIENTE CRÍTICO ...	123
RESUMEN	124
ABSTRACT	124
Introducción	125
Monitorización Hemodinámica.....	127
Conceptos básicos de hemodinamia.....	128
Tipos de monitorización	129
Parámetros clave	129
Interpretación clínica	130
Ventilación Mecánica	132
Indicaciones.....	132
Modalidades ventilatorias	133
Parámetros ventilatorios	133
Complicaciones.....	134
Estrategias de destete	135
Manejo en la UCI.....	135
Balance Hídrico	138

Fisiología del equilibrio hídrico.....	138
Evaluación del estado de volumen	139
Manejo del balance hídrico	140
Complicaciones.....	140
Prevención de Complicaciones.....	141
Infecciones asociadas a la atención en salud.....	141
Prevención de tromboembolismo	142
Prevención de úlceras por presión	143
Delirium y complicaciones neurológicas.....	144
Conclusiones.....	144
Referencias Bibliográficas	146
CAPÍTULO VII: ENFERMERIA MATERNO INFANTIL	150
RESUMEN	151
ABSTRACT	151
Control prenatal	153
Atención del parto	154
Cuidados del recién nacido.....	156
Lactancia materna	158
Complicaciones obstétricas	160
Conclusiones.....	162
Referencias Bibliográficas	164
CAPÍTULO VIII: ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES	
CRÓNICAS	166
RESUMEN	167
ABSTRACT	167
Introducción	169
Diabetes Mellitus.....	169

Hipertensión arterial	183
Enfermedades respiratorias crónicas	190
Educación en autocuidado en enfermedades crónicas.....	197
Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas:	
Enfoque de Enfermería	204
Conclusiones.....	208
Referencias Bibliográficas	210
CAPÍTULO IX: SALUD MENTAL Y APOYO PSICOLÓGICO	212
RESUMEN	213
ABSTRACT	213
Trastornos mentales comunes.....	214
Trastornos del estado de ánimo	215
Depresión	215
Trastorno de ansiedad o relacionados con el miedo.	216
Trastorno de estrés agudo	217
Trastorno de estrés postraumático.....	218
Trastornos de la conducta alimentaria.....	219
Anorexia	219
Bulimia	220
Intervención en crisis	220
Cuidado al interventor.....	222
El "Antes": Preparación y Autoconocimiento	223
El "Durante": Autorregulación en el Escenario.....	223
El "Después": Descompresión y Cierre	223
Relación terapéutica enfermera/o paciente	223
Prevención de suicidio.....	225

Factores de riesgo y protección para el suicidio y comportamientos suicidas.....	226
Factores de riesgo.....	226
Factores de protección	227
Evaluación del riesgo suicida	227
La intervención de profesionales de enfermería	228
Conclusiones.....	228
Referencias Bibliográficas	230
CAPÍTULO X: CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA	233
RESUMEN	234
ABSTRACT	234
Manejo del Dolor Crónico	235
Atención Humanizada.....	235
Apoyo a la Familia	236
Duelo.....	236
Aspectos Éticos	237
Conclusiones.....	238
Referencias Bibliográficas	240
CAPÍTULO XI: GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA: ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, CALIDAD, INDICADORES Y LIDERAZGO CLÍNICO	242
RESUMEN	243
ABSTRACT	243
Introducción	245
Fundamentos conceptuales de la gestión y el liderazgo en enfermería	246

Administración de servicios de salud desde enfermería ...	247
Planificación y organización de recursos	248
Gestión del talento humano y bienestar laboral	249
Trabajo en equipo interdisciplinario	250
Comunicación como núcleo del trabajo colaborativo	251
Conflicto, negociación y aprendizaje conjunto.....	251
Construcción de equipos de alto desempeño	252
Calidad percibida, experiencia del paciente y humanización	253
De los datos a la acción: gobernanza clínica basada en indicadores	253
Liderazgo clínico, mentoría y desarrollo profesional	254
Transformación digital y nuevos retos para la gestión enfermera	255
Desafíos éticos de la gestión y el liderazgo.....	256
Aplicaciones prácticas para contextos latinoamericanos	256
Propuesta de lineamientos para la práctica	257
Calidad y mejora continua en enfermería	258
Enfermería como motor de proyectos de mejora.....	259
Relación entre calidad, evidencia y liderazgo	260
Indicadores en salud y en enfermería	260
Criterios para seleccionar indicadores útiles	261
Tableros de control y toma de decisiones	262
Liderazgo clínico en enfermería	262
Diferencia entre liderazgo formal y liderazgo clínico	263
Liderazgo clínico y seguridad del paciente.....	263
Formación del liderazgo clínico	264

Integración estratégica de las cinco dimensiones	264
Resultados y discusión	265
Conclusiones.....	268
Referencias Bibliográficas	268
CAPÍTULO XII: INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA	272
RESUMEN	273
ABSTRACT	273
Introducción	275
Enfoque de la innovación y tecnología en enfermería en el contexto ecuatoriano	277
Transformación digital del sistema de salud en Ecuador: Teleenfermería.....	277
Teleenfermería en zonas rurales y amazónicas.....	279
Historia clínica electrónica y gestión de la información en Ecuador.....	280
Inteligencia artificial: avances y limitaciones en Ecuador	282
Simulación clínica en la educación en enfermería en Ecuador.....	285
Tendencias futuras en enfermería: Innovación, tecnología y nuevos enfoques del cuidado.....	286
La ética profesional en salud digital	291
Conclusiones.....	293
Referencias Bibliográficas	295

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Escala de Norton.....	23
Tabla 2 Escala de Braden	23
Tabla 3 Resumen de los determinantes sociales de la salud...	47
Tabla 4 Niveles de prioridad en el Emergency Severity Index (ESI)	89
Tabla 5 Comparación de cadenas de supervivencia AHA 2020: extrahospitalaria vs. Intrahospitalaria.....	94
Tabla 6 Protocolo ABCDE en la evaluación primaria del paciente politraumatizado	103
Tabla 7 Clasificación del síndrome coronario agudo y estrategia de reperfusión.....	107
Tabla 8 Clasificación fisiopatológica del shock y características clínicas diferenciales	111
Tabla 9 Criterios para el Episodio Depresivo según la CIE-10	215
Tabla 10 Criterios para el Trastorno de ansiedad generalizada según la CIE-10	216
Tabla 11 Criterios para el Trastorno de estrés agudo según la CIE-10.....	217
Tabla 12 Criterios para el Trastorno de Estrés Postraumático según la CIE-10	218
Tabla 13 Criterios para Los Trastornos de la Conducta Alimentaria Anorexia según la CIE-10.....	219
Tabla 14 Criterios para Los Trastornos de la Conducta Alimentaria Bulimia según la CIE-10	220
Tabla 15 Escala de evaluación de riesgo suicida	227
Tabla 16 Síntesis operativa de la gestión y liderazgo en enfermería	267

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Esquema de vacunación	38
Figura 2 Algoritmo de clasificación del triage Manchester, Utilizado en los sistemas hospitalarios	90
Figura 3 Algoritmo de clasificación del triage START para incidentes con múltiples víctimas	91
Figura 4 Cadena de Supervivencia Intra y Extra Hospitalarias Según la American Herth Asociation 2025, Guías Actualizadas	95
Figura 5 Algoritmo simplificado de soporte vital básico (BLS) para profesionales de la salud	96
Figura 6 Clasificación de dispositivos supraglóticos de vía aérea de un recurso del manejo del PCR en ACLS	98
Figura 7 Algoritmo de soporte vital avanzado en adultos	99
Figura 8 Flujograma de cuidados paliativos y atención al final de la vida	238

PRÓLOGO

La enfermería constituye una de las disciplinas fundamentales dentro de los sistemas de salud contemporáneos, debido a su capacidad para integrar el conocimiento científico, el cuidado humanizado y la atención integral de las personas en todas las etapas del ciclo vital. En América Latina, el ejercicio profesional de enfermería enfrenta desafíos complejos relacionados con las desigualdades sociales, las limitaciones estructurales de los sistemas sanitarios, el incremento de enfermedades crónicas y la necesidad de responder a contextos multiculturales diversos. Frente a esta realidad, surge la necesidad de fortalecer modelos de atención basados en un enfoque holístico que reconozca al ser humano como una unidad biopsicosocial, cultural y espiritual, promoviendo cuidados integrales centrados en la dignidad y el bienestar de las personas.

La obra representa un esfuerzo académico orientado a integrar conocimientos fundamentales y contemporáneos de la práctica enfermera, articulando dimensiones clínicas, comunitarias, éticas, tecnológicas y humanísticas. A través de sus distintos capítulos, el libro aborda temáticas esenciales que abarcan desde los fundamentos teóricos del cuidado, la atención primaria y hospitalaria, hasta áreas especializadas como urgencias, cuidados críticos, salud mental, cuidados paliativos, liderazgo e innovación tecnológica. Esta estructura permite comprender la enfermería no solo como una profesión asistencial, sino como una disciplina científica y social comprometida con la transformación de los sistemas de salud y la mejora de la calidad de vida de las poblaciones.

Uno de los principales aportes de esta obra radica en la contextualización de los contenidos dentro de la realidad latinoamericana y ecuatoriana, reconociendo las particularidades epidemiológicas, culturales y socioeconómicas que caracterizan a la región. El análisis de problemáticas relacionadas con el acceso a los servicios de salud, la atención en territorios rurales y amazónicos, la salud mental, las enfermedades crónicas y la transformación digital evidencia la necesidad de desarrollar competencias profesionales adaptadas a contextos dinámicos y desafiantes. Asimismo, el texto promueve una visión crítica y reflexiva sobre el rol del profesional de enfermería en la construcción de sistemas sanitarios más equitativos, inclusivos y humanizados.

De igual manera, destaca la importancia de la innovación, la investigación y la educación continua como pilares fundamentales para el fortalecimiento de la práctica enfermera. La incorporación de herramientas tecnológicas, inteligencia artificial, simulación clínica y sistemas digitales de información en salud demuestra cómo la enfermería evoluciona hacia escenarios más complejos y especializados, sin perder de vista el componente ético y humano del cuidado. En este sentido, el libro invita a reflexionar sobre la necesidad de equilibrar el avance científico-tecnológico con la empatía, la comunicación terapéutica y el respeto por la dignidad humana como esencia de la profesión.

Luis Martín Arias Pardo



CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS DEL CUIDADO EN
ENFERMERÍA: EVOLUCIÓN
HISTÓRICA, MODELOS Y TEORÍAS
DEL CUIDADO, ROL PROFESIONAL
EN EL SIGLO XXI, ÉTICA, BIOÉTICA
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



RESUMEN

Los fundamentos del cuidado en enfermería constituyen el eje epistemológico sobre el cual se construye toda práctica profesional, integrando dimensiones históricas, teóricas, éticas y de seguridad que otorgan coherencia y rigor al ejercicio clínico contemporáneo. Este capítulo desarrolla una revisión narrativa y analítica de cinco dimensiones articuladas del cuidado: la evolución histórica de la disciplina, los modelos y teorías del cuidado, el rol del profesional en el siglo XXI, la ética y bioética en la práctica clínica, y la seguridad del paciente como imperativo asistencial. A partir de literatura científica reciente, se argumenta que la enfermería ha superado su comprensión empírica y vocacional para consolidarse como disciplina científica con marcos teóricos propios, responsabilidades éticas definidas y una participación protagónica en la gestión de la calidad asistencial. Se examinan los aportes vigentes de los modelos de Orem, Watson y Roy, las competencias exigidas al enfermero contemporáneo, los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, y las estrategias de prevención de eventos adversos. Se concluye que una enfermería fundamentada teórica y éticamente fortalece la identidad profesional, mejora los resultados clínicos y contribuye decisivamente a la humanización del cuidado, con especial pertinencia para los sistemas de salud latinoamericanos.

Palabras claves: Enfermería clínica, modelos teóricos del cuidado, bioética, seguridad del paciente, rol profesional.

ABSTRACT

The foundations of nursing care constitute the epistemological axis upon which all professional practice is built, integrating historical, theoretical, ethical, and safety dimensions that provide coherence and rigor to contemporary clinical work. This chapter presents a narrative and analytical review of five interconnected dimensions: the historical evolution of the discipline, care models and theories, the professional role in the 21st century, ethics and bioethics in clinical practice, and patient safety as a care imperative. Based on recent scientific

literature, it is argued that nursing has consolidated itself as a scientific discipline with its own theoretical frameworks, defined ethical responsibilities, and a leading role in healthcare quality management. It is concluded that a theoretically and ethically grounded nursing practice strengthens professional identity, improves clinical outcomes, and contributes decisively to the humanization of care.

Keywords: Clinical nursing, Theoretical care models, Bioethics, Patient safety, Professional role.

Introducción

la familia y la comunidad en sus dimensiones biológica, psíquica, social y espiritual. Su desarrollo como profesión ha atravesado transformaciones profundas a lo largo del tiempo, transitando desde prácticas empíricas e informales hacia una disciplina con marcos epistemológicos sólidos, métodos científicos propios y responsabilidades éticas claramente definidas. Comprender estos fundamentos no es un ejercicio académico accesorio: es una condición indispensable para que el profesional actúe con identidad, criterio reflexivo y sentido en cualquier escenario del cuidado.

En los sistemas sanitarios del siglo XXI, la enfermería ocupa una posición estratégica que va más allá de la ejecución de procedimientos técnicos. Andrade-Pizarro et al. (2023) señalan que el rol de enfermería es crucial para la calidad del sistema de salud, y que la seguridad del paciente constituye una prioridad ineludible en la práctica actual. Esta centralidad exige una formación profunda en los principios que sustentan la disciplina, especialmente en contextos latinoamericanos marcados por alta complejidad social, diversidad cultural y sistemas sanitarios sometidos a presión permanente. Álvarez Moreno et al. (2025) evidenciaron que en el primer nivel de atención de Ecuador los profesionales presentan conocimiento limitado y aplicación insuficiente de modelos conceptuales, lo que refuerza la urgencia de fortalecer estos fundamentos desde la formación inicial.

La pandemia de COVID-19 profundizó estos desafíos al tiempo que visibilizó la capacidad de respuesta de la enfermería ante crisis sanitarias sin precedentes. Alarcón-Barra et al. (2023) documentan que la pandemia impulsó nuevas condiciones laborales para el personal de enfermería y exacerbó desafíos preexistentes como la falta de recursos, la sobrecarga y la ausencia de protocolos actualizados, comprometiendo tanto la seguridad laboral como la del paciente. Este contexto refuerza la necesidad de fortalecer los fundamentos teóricos, éticos y de seguridad como pilares de una práctica enfermera resiliente y de calidad. El presente capítulo aborda

estas cinco dimensiones desde la evidencia científica reciente, con énfasis en su aplicabilidad al contexto latinoamericano.

Evolución Histórica de la Enfermería

De la práctica empírica a la profesionalización

El cuidado de las personas enfermas antecede a cualquier sistema sanitario formal; su transformación en disciplina científica es el resultado de un proceso histórico que se intensificó a partir del siglo XIX. Naranjo (2020) describe cómo la enfermería transitó de una práctica ligada a la caridad religiosa hacia una profesión con autonomía técnica, marcos regulatorios y producción científica propia.

Siendo Florence Nightingale (1820–1910) el hito fundacional más reconocido de esta transformación. Su intervención durante la Guerra de Crimea demostró empíricamente que las condiciones higiénicas del entorno hospitalario influían decisivamente en la mortalidad, y la creación de la primera escuela laica de enfermería en el Hospital Saint Thomas de Londres en 1860 institucionalizó un modelo formativo que separó el cuidado profesional de la vocación religiosa y lo ancló en principios científicos.

La enfermería latinoamericana: retos y consolidación

En América Latina, la profesionalización de la enfermería avanzó de manera heterogénea durante el siglo XX, impulsada por organismos internacionales y por la creación progresiva de programas universitarios y colegios profesionales. Andrade-Pizarro et al. (2023) identifican que los retos actuales de la enfermería en la región incluyen la sobrecarga laboral, la brecha entre formación académica y práctica real, y la necesidad urgente de fortalecer la identidad disciplinar.

La pandemia de COVID-19 aceleró una reconfiguración del rol profesional al visibilizar tanto la capacidad de respuesta como las condiciones precarias en que muchos enfermeros ejercen. Alarcón et al. (2024) documentan que la pandemia obligó al personal de enfermería a improvisar y adaptarse continuamente ante la ausencia

de protocolos actualizados y la escasez de recursos humanos, lo que pone de manifiesto la importancia de una formación teórica sólida como sustento de la práctica en contextos de crisis.

Modelos y Teorías del Cuidado

Función de los modelos conceptuales en la práctica clínica

Los modelos conceptuales de enfermería orientan, organizan y fundamentan la práctica profesional al definir las relaciones entre los cuatro metaparadigmas de la disciplina: persona, entorno, salud y cuidado (Álvarez Moreno et al., 2025). Su valor no es exclusivamente teórico: al aplicarlos, el profesional estructura el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), toma decisiones clínicas más coherentes y proyecta su práctica más allá del modelo biomédico. Navarro et al. (2023) señalan que en entornos de alta complejidad clínica la aplicación de modelos teóricos mejora la sistematización de los cuidados, reduce la variabilidad injustificada y favorece la continuidad asistencial. Sin embargo, Álvarez Moreno et al. (2025) encontraron que en el primer nivel de atención de Ecuador los profesionales no aplican los modelos de manera sistemática, evidenciando la necesidad de incorporarlos como herramientas prácticas de razonamiento clínico.

Muñoz et al. (2025) amplían esta perspectiva al documentar que en unidades de cuidado intensivo los modelos de Watson, Neuman y Orem son los más utilizados, y que su aplicación se asocia con mejoras en la comunicación, el acompañamiento emocional y la seguridad del paciente. Estos hallazgos confirman que los modelos teóricos no son patrimonio exclusivo del ámbito académico: tienen implicaciones directas sobre la calidad y la humanización del cuidado en los entornos clínicos más exigentes.

Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem

El Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem sostiene que el ser humano tiene capacidad inherente para cuidar de sí mismo y que la intervención de enfermería se justifica cuando esta capacidad se ve limitada por condiciones de salud, desarrollo o contexto (Navarro-

Gómez et al., 2023). Orem distingue tres sistemas: el totalmente compensatorio, el parcialmente compensatorio y el de apoyo-educación, siendo este último especialmente relevante para el primer nivel de atención, donde la educación al autocuidado es la intervención de mayor impacto (Álvarez et al., 2025). En contextos latinoamericanos con alta prevalencia de enfermedades crónicas, este modelo ofrece un marco sistemático para planificar intervenciones educativas que empoderen al paciente y a su familia como agentes activos del cuidado.

Muñoz et al. (2025) destacan que la Teoría del Autocuidado de Orem es ampliamente utilizada en unidades de cuidado crítico para guiar la transición del paciente hacia la recuperación progresiva de su capacidad de autogestión, particularmente durante el proceso de destete de la ventilación mecánica y de preparación para el egreso hospitalario. Esta aplicación demuestra la versatilidad del modelo más allá de los entornos comunitarios, confirmando su utilidad en escenarios de alta complejidad donde la planificación del alta y la continuidad del cuidado son prioritarias.

Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson

La Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson propone que la relación entre el enfermero y el paciente trasciende lo técnico para constituirse en un encuentro profundamente humano, fundado en la empatía, el respeto y la presencia auténtica (Navarro et al., 2023). Muñoz et al. (2025) documentan que la aplicación de esta teoría en la Unidad de Cuidados Intensivos mejora la comunicación, el acompañamiento emocional y la satisfacción tanto del paciente crítico como de su familia, lo que es especialmente valioso en entornos altamente tecnificados donde la dimensión humana del cuidado puede verse desplazada. En el contexto latinoamericano, Watson ofrece un fundamento conceptual sólido para la humanización del cuidado hospitalario y comunitario.

García et al. (2022) señalan que, en el ámbito de la atención primaria y la promoción de la salud, los procesos clínicos de Watson pueden orientar intervenciones de educación comunitaria que fortalezcan el vínculo terapéutico entre el enfermero y las

comunidades con las que trabaja. Cuando los profesionales integran estos principios en su práctica cotidiana, la relación de ayuda se convierte en un factor protector del bienestar psicosocial del paciente, especialmente en poblaciones vulnerables con acceso limitado a servicios de salud especializados.

Modelo de Adaptación de Callista Roy

El Modelo de Adaptación de Callista Roy concibe a la persona como un sistema adaptativo que responde a estímulos del entorno a través de cuatro modos: fisiológico-físico, autoconcepto, función de rol e interdependencia (Álvarez et al., 2025). Roy distingue entre estímulos focales, contextuales y residuales, proporcionando al enfermero un marco analítico para comprender la complejidad de la situación clínica y planificar intervenciones más precisas. Navarro et al. (2023) señalan que este modelo es especialmente útil en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas complejas, donde múltiples factores biopsicosociales interactúan simultáneamente y demandan respuestas adaptativas en distintos ámbitos de la vida.

Rol del Profesional de Enfermería en el Siglo XXI

Competencias del enfermero contemporáneo

El perfil del profesional de enfermería en el siglo XXI integra competencias técnicas, científicas, éticas, comunicacionales y de gestión que le permiten actuar con eficacia y autonomía en distintos niveles del sistema sanitario. Soto et al. (2025) identifican que estas competencias incluyen el pensamiento crítico, la toma de decisiones basada en evidencia, la comunicación efectiva, la colaboración interprofesional y el liderazgo clínico. Andrade-Pizarro et al. (2023) documentan que los enfermeros contemporáneos han demostrado una notable capacidad de adaptación ante cambios históricos, incluyendo la respuesta a la pandemia de COVID-19, transformando su rol para responder a necesidades sociales cada vez más exigentes.

Ríos et al. (2023) complementan esta perspectiva al señalar que la gobernanza en enfermería durante la pandemia evidenció la

necesidad de potenciar la confianza, la autoeficacia y las habilidades de gestión y liderazgo, de modo que los modelos de formación enfermera no solo se orienten a la preparación técnica sino también al empoderamiento profesional. Esta dimensión del rol cobra especial relevancia en contextos latinoamericanos donde la enfermería frecuentemente debe asumir funciones de coordinación y decisión ante la escasez de recursos humanos especializados.

Rol en atención primaria y promoción de la salud

En el ámbito de la atención primaria, el enfermero asume un papel protagónico en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la educación comunitaria. García-Saucedo et al. (2024) documentan que, aunque la práctica enfermera en atención primaria de salud (APS) enfrenta desafíos como la sobrecarga laboral, la escasez de recursos y la necesidad de formación continua, su contribución a la salud comunitaria es indispensable para alcanzar los objetivos de cobertura universal. Fleitas-Gutiérrez et al. (2025) añaden que las tendencias actuales en investigación enfermera destacan el enfoque centrado en la persona como paradigma dominante, que prioriza la individualidad del paciente, sus valores, deseos, creencias y contexto social, promoviendo la participación activa en la toma de decisiones sobre su propio cuidado.

Ética y Bioética en la Práctica Clínica

Principios bioéticos fundamentales

La práctica de enfermería está regida por principios éticos que garantizan la dignidad, la autonomía y los derechos del paciente en cada acto de cuidado. Romero et al. (2025) determinaron que el personal de enfermería muestra un firme compromiso con los principios bioéticos: beneficencia al priorizar el bienestar del paciente, no maleficencia al evitar daños, justicia al promover la igualdad y autonomía al respetar y apoyar las decisiones del paciente y su familia, reflejando un enfoque centrado en la persona incluso en entornos de alta complejidad como la UCI. Este compromiso no surge espontáneamente: requiere una formación ética sólida que combine el

conocimiento de marcos teóricos con la práctica reflexiva en situaciones reales.

Flores et al. (2025) analizaron la relación entre el principio de justicia y la calidad de la gestión en enfermería, encontrando que cuando los principios éticos no orientan efectivamente la práctica, la calidad del cuidado se deteriora y aumenta el riesgo de eventos adversos evitables. Zaldívar-Mayas et al. (2021) refuerzan estos hallazgos al señalar que la bioética en enfermería proporciona un marco que garantiza una atención integral y humana orientada hacia la satisfacción de las necesidades individuales, lo cual se traduce en mejoras medibles en la calidad de los servicios prestados.

Código deontológico y responsabilidad profesional

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2023) establece en su Código de Ética que las enfermeras participan activamente en la promoción de la seguridad del paciente, fomentando la conducta ética ante errores, denunciando situaciones que amenacen la seguridad, abogando por la transparencia y cooperando con otros profesionales para reducir el riesgo de daño. Este marco deontológico es vinculante para la práctica profesional en la mayoría de los países latinoamericanos y constituye una referencia fundamental para la formación ética de los enfermeros. Andrade-Pizarro et al. (2023) subrayan que la responsabilidad ética del enfermero trasciende el ámbito individual para abarcar dimensiones interprofesionales e institucionales, incluyendo la defensa activa de los derechos del paciente.

Dilemas éticos en la práctica clínica

La práctica clínica de enfermería está atravesada por dilemas éticos que exigen análisis, tolerancia a la ambigüedad y diálogo interprofesional. Romero-Zambrano et al. (2025) documentan que en la UCI los dilemas más frecuentes incluyen la gestión del consentimiento en pacientes con capacidad disminuida, el manejo de información al paciente y su familia en situaciones críticas, y la limitación del esfuerzo terapéutico. Zaldívar-Mayas et al. (2021) señalan que el desarrollo de la competencia ética en enfermería

requiere espacios formativos que combinen estudio de marcos teóricos con reflexión supervisada sobre situaciones reales, de modo que el profesional sea capaz de identificar dilemas y tomar decisiones fundamentadas incluso bajo presión.

Seguridad del Paciente

Concepto y dimensiones

La seguridad del paciente es una dimensión esencial de la calidad asistencial, entendida como la reducción al mínimo aceptable del riesgo de daño innecesario asociado a la atención de salud. Ordóñez et al. (2025) realizaron una revisión sistemática con artículos indexados entre 2020 y 2025 en PubMed, SciELO, Dialnet y Science Direct, e identificaron que los eventos adversos más frecuentes incluyen errores de medicación, infecciones asociadas al cuidado, caídas, úlceras por presión y fallas en la identificación del paciente. Estos eventos son en su mayoría prevenibles mediante la implementación sistemática de estrategias específicas respaldadas por evidencia científica, lo que reafirma el rol activo de la enfermería como garante de la calidad asistencial.

Prevención de eventos adversos: intervenciones basadas en evidencia

Entre las estrategias de mayor impacto en la reducción de eventos adversos, la prevención de úlceras por presión (UPP) ocupa un lugar central en la práctica de enfermería. Morejon et al. (2025) realizaron una revisión sistemática de artículos publicados entre 2020 y 2025 e identificaron que las intervenciones de mayor eficacia incluyen la valoración sistemática del riesgo mediante escalas validadas (Braden, Norton), los cambios posturales periódicos, el uso de superficies especiales de apoyo y la educación al equipo de salud y a la familia. Peñafiel-Naranjo et al. (2026) complementan estos hallazgos al concluir que la prevención de UPP requiere un enfoque integral e interdisciplinario, con implementación de bundles de cuidado estandarizados y protocolos institucionales basados en evidencia.

En cuanto a la identificación segura del paciente, López-Rodríguez et al. (2024) identificaron en su revisión sistemática que las principales causas de error incluyen la sobrecarga de trabajo, la distracción, la comunicación deficiente y la ausencia de sistemas de verificación estandarizados. Anchundia-Mendoza et al. (2024) complementan estos hallazgos al señalar que la correcta identificación del paciente, la comunicación estructurada entre el equipo, la higiene de manos y la verificación de medicamentos son las intervenciones de mayor impacto en la reducción del daño evitable en centros hospitalarios.

Cultura de seguridad y liderazgo clínico

La seguridad del paciente requiere una cultura organizacional que promueva el aprendizaje sobre el error, proteja a quienes reportan incidentes y responda a las fallas con análisis sistémico. Ordóñez et al. (2025) concluyen que la efectividad de las estrategias de seguridad depende del fortalecimiento de una cultura no punitiva que incentive la mejora continua. Ríos et al. (2023) señalan que el liderazgo clínico en enfermería es un factor determinante en la construcción de esta cultura, ya que los jefes de servicio y coordinadores que modelan comportamientos de seguridad y responden al error con análisis crean entornos donde la seguridad se vive como valor compartido. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2023) refuerza esta perspectiva al establecer que las enfermeras tienen la responsabilidad profesional de abogar por la transparencia ante los errores y de cooperar activamente en la reducción de riesgos.

Conclusiones

Los fundamentos del cuidado en enfermería son el sustento activo sobre el cual el profesional construye su identidad, orienta sus decisiones y responde a las necesidades de quienes cuida. La evidencia científica reciente confirma que la aplicación de modelos teóricos en la práctica clínica mejora la sistematización del cuidado y fortalece la autonomía profesional, aunque persiste una brecha entre la formación académica y la práctica real en los contextos latinoamericanos.

Los modelos de Orem, Watson y Roy ofrecen perspectivas complementarias y vigentes para comprender al paciente en su complejidad, y su combinación reflexiva con la práctica basada en evidencia es una de las formas más sólidas de fundamentar la toma de decisiones clínicas. La ética y la seguridad del paciente son dimensiones inseparables de un cuidado de calidad: Flores et al. (2025), Romero et al. (2025) y Ordóñez et al. (2025) coinciden en que la calidad asistencial depende tanto de principios éticos aplicados en la práctica como de una cultura institucional de seguridad que proteja al paciente y apoye al profesional. Fortalecer estos fundamentos en la formación y en la práctica cotidiana de la enfermería latinoamericana es una tarea urgente y una contribución decisiva a la humanización y la calidad de los sistemas de salud de la región.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, L., Palominos, A., & Vásquez, M. (2024). Experiencias de enfermeros relacionados al liderazgo del cuidado durante la pandemia de Covid-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, e4352. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962024000400008&script=sci_arttext
- Álvarez, M., Galeano, F., & Flores, M. (2025). Aplicación de modelos conceptuales de enfermería en la práctica del cuidado en el primer nivel. *Metanoia: Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 11(1). <https://doi.org/10.46296/mt.v11i1.0196>
- Anchundia, J., Torres, K., & Sánchez, L. (2024). Seguridad del paciente asociada a eventos adversos en la gestión de enfermería de centros hospitalarios. Repositorio Universidad de El Salvador. <https://repositorio.ues.edu.sv/items/5fbe4def-eeco-4e88-83d6-4f7ecb0a7443>
- Andrade, L., Morales, P., & Rodríguez, T. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista de Información Científica*, 6(2), e602089. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000200041
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2023). Código de ética del CIE para las enfermeras. CIE. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
- Fleitas, D., López, M., & Reyes, A. (2025). Tendencias en la investigación científica sobre cuidado enfermero en adultos mayores. *Revista de Portales Médicos*, 20(16), 860–875. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tendencias-en-la-investigacion-cientifica-sobre-cuidado-enfermero-en-adultos-mayores>
- Flores, R., Gutiérrez, M., & Vera, J. (2025). Principio de justicia, enfermería, gestión, seguridad, calidad. *Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas*, 46(1), 45–58.

<https://remca.umet.edu.ec/index.php/REMCA/article/view/946>

- García, M., Ramírez, E., & Martínez, R. (2024). Rol de la enfermería en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en atención primaria. *Revista de Información Científica*, 7(1), 314–328.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2960-24672024000100314
- López, C., Medina, A., & Cárdenas, F. (2024). Intervenciones de enfermería en la identificación del paciente: revisión sistemática. *MQR Investigar*, 8(4), 5173–5202.
<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.4.2024.5173-5202>
- Morejon, M., Torres, L., & Cabrera, K. (2025). Intervenciones de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Ibero Journal of Health Research*, 4(1), e849.
<https://health.iberojournals.com/index.php/IBEROJHR/article/view/849>
- Muñoz, C., Hernández, V., & Soto, K. (2025). Aplicación de modelos y teorías de enfermería en unidades de cuidado crítico. *Revista Venezolana de Enfermería y Ciencias de la Salud*, 8(2), 345–362.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2542-30292025000200345
- Naranjo, Y. (2020). Florence Nightingale, la primera enfermera investigadora. *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 14–22.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000300014
- Navarro, G., Velásquez, P., & Cadena, J. (2023). Actualidad en la aplicación de los modelos y teorías de enfermería en pacientes críticos: revisión integrativa. *Revista Portales Médicos*, 18(22).
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actualidad-en-la-aplicacion-de-los-modelos-y-teorias-de-enfermeria-en-pacientes-criticos>
- Ordóñez, M., Rosales, L., & Bermeo, A. (2025). Estrategias de enfermería para reducir eventos adversos en pacientes hospitalizados: revisión sistemática. *Ciencia y Educación*, 6(2),

- 1–14.
<https://www.cienciayeducacion.com/index.php/journal/article/view/zenodo.17000212>
- Peñafiel, E., Velasco, M., & Moreira, R. (2026). Intervenciones de enfermería en la prevención de úlceras por presión: revisión sistemática. *BioSana*, 10(1), 1–12.
<https://soeici.org/index.php/biosana/article/view/1071>
- Ríos, A., Barra, E., & Fernández, M. (2023). Gobernanza en enfermería durante la pandemia de COVID-19: retos y aprendizajes. *Revista Cubana de Enfermería*, 39(1), e2439.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192023000100047
- Romero, C., Alvarado, L., & Cevallos, K. (2025). Aspectos de la bioética en el cuidado de enfermería de pacientes críticos. *Polo del Conocimiento*, 10(1), e8844.
<https://doi.org/10.23857/pc.v10i1.8844>
- Soto, P., Riquelme, G., & Villarroel, L. (2025). Competencias del profesional de enfermería en el contexto actual. *Revista de la Facultad de Medicina de Venezuela*, 1(1), 159–170.
https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S2542-30292025000100159&script=sci_arttext
- Vega, J. (2025). Enfermería en el siglo XXI: la gestión de los cuidados. *Revista ASDEC*, 25, 1–8.
<https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-25/enfermeria-en-el-siglo-xxi-la-gestion-de-los-cuidados/>
- Zaldívar, I., Pérez, Y., & Mena, Y. (2021). La bioética: un elemento fundamental en la práctica de enfermería. *Dialnet*, 5(1), 112–121.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9592245.pdf>



CAPÍTULO II

VALORACIÓN INTEGRAL DEL
PACIENTE: PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA (PAE), TÉCNICAS DE
VALORACIÓN FÍSICA, VALORACIÓN
PSICOSOCIAL, HISTORIA CLÍNICA Y
REGISTROS, ESCALAS CLÍNICAS
(GLASGOW, NORTON, BRADEN)



RESUMEN

La valoración integral del paciente constituye la primera etapa del cuidado enfermero(a) y representa el proceso sistemático mediante el cual el profesional de enfermería recopila, organiza, valida y analiza información relacionada con el estado de salud físico, psicológico, social, cultural y espiritual del individuo, familia y comunidad. Esta valoración permite identificar necesidades reales o potenciales y establecer diagnósticos de enfermería que orienten el cuidado humanizado e individualizado. Dentro del sistema sanitario ecuatoriano, el enfoque de atención integral se fundamenta en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el cual promueve una atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, priorizando la promoción de la salud, prevención de enfermedades y continuidad del cuidado.

Palabras claves: Valoración integral del paciente, Proceso sistemático, Individuo, Familia, Comunidad, Diagnósticos de Enfermería, Cuidado humanizado, Cuidado individualizado.

ABSTRACT

The comprehensive patient assessment constitutes the first stage of nursing care and represents the systematic process through which the nursing professional collects, organizes, validates, and analyzes information related to the physical, psychological, social, cultural, and spiritual health status of the individual, family, and community. This assessment makes it possible to identify real or potential needs and establish nursing diagnoses that guide humanized and individualized care. Within the Ecuadorian healthcare system, the comprehensive care approach is based on the Comprehensive Family, Community, and Intercultural Health Care Model (MAIS-FCI) developed by the Ministerio de Salud Pública del Ecuador, which promotes person-centered, family-centered, and community-centered care, prioritizing health promotion, disease prevention, and continuity of care.

Keywords: Comprehensive patient assessment, Systematic process, Individual, Family, Community, Nursing diagnoses, Humanized care, Individualized care.

Introducción

La atención integral en enfermería constituye uno de los pilares fundamentales dentro de los sistemas modernos de salud, debido a que permite brindar cuidados humanizados, seguros y centrados en las necesidades reales del paciente. En este contexto, la valoración integral y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) representan herramientas científicas esenciales que orientan la práctica profesional hacia una atención sistemática, organizada y basada en evidencia. El profesional de enfermería no solamente interviene sobre alteraciones biológicas, sino que también considera factores emocionales, sociales, culturales y espirituales que influyen directamente en el proceso salud-enfermedad. Por ello, la valoración integral adquiere un enfoque biopsicosocial e intercultural, alineado con las políticas sanitarias promovidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (s.f.) y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

El Proceso de Atención de Enfermería constituye un método científico que permite identificar problemas reales y potenciales, formular diagnósticos, planificar intervenciones, ejecutar cuidados y evaluar resultados de manera continua. Su aplicación fortalece la autonomía profesional, mejora la calidad asistencial y favorece la seguridad del paciente dentro de los distintos niveles de atención. Asimismo, el desarrollo de técnicas de valoración física, psicosocial y clínica facilita la detección temprana de riesgos y contribuye a la toma de decisiones oportunas dentro del equipo multidisciplinario (Alfaro, s.f.).

Además, la utilización de registros clínicos y escalas estandarizadas como Glasgow, Norton y Braden permite documentar de manera objetiva la evolución del paciente, optimizando la continuidad del cuidado y garantizando respaldo legal y ético de las intervenciones realizadas. En consecuencia, la integración de estos componentes dentro del ejercicio profesional de enfermería fortalece la calidad de atención, promueve la prevención de complicaciones y contribuye al desarrollo de una práctica clínica basada en estándares científicos y humanísticos. A continuación, se presentan los presupuestos teóricos asociados a la valoración integral de Enfermería y al proceso de atención de Enfermería.

Valoración integral del paciente

La valoración integral constituye la primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería y se define como un proceso sistemático de recopilación de información relacionada con el estado de salud del paciente, familia o comunidad. Esta valoración contempla aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, permitiendo identificar necesidades alteradas y factores de riesgo que puedan afectar el bienestar del individuo. Dentro del sistema sanitario ecuatoriano, el enfoque integral se sustenta en el modelo biopsicosocial promovido por el MAIS-FCI, el cual reconoce al ser humano como una entidad compleja influenciada por múltiples dimensiones de la vida cotidiana (Bickley, s.f.).

La recolección de datos incluye información objetiva y subjetiva obtenida mediante entrevista clínica, observación, examen físico y revisión de antecedentes clínicos. Los datos objetivos corresponden a parámetros medibles como signos vitales, resultados de laboratorio y medidas antropométricas, mientras que los datos subjetivos incluyen percepciones, emociones y experiencias relatadas por el paciente. Para organizar la valoración, enfermería utiliza modelos teóricos como los patrones funcionales de Marjory Gordon y las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, los cuales facilitan la identificación de respuestas humanas y problemas de salud relacionados con el cuidado (Gordon, s.f.; Henderson, s.f.).

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería es un método científico y sistemático que orienta la práctica clínica mediante cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Su finalidad es proporcionar cuidados individualizados y basados en evidencia científica, favoreciendo la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. El PAE fortalece el pensamiento crítico del profesional de enfermería y contribuye a mejorar la calidad de atención dentro de las instituciones sanitarias.

En la etapa diagnóstica se emplea la taxonomía NANDA-I para identificar respuestas humanas frente a problemas de salud

reales o potenciales. Posteriormente, durante la planificación, se establecen objetivos e intervenciones utilizando clasificaciones estandarizadas como NOC y NIC. La ejecución implica la aplicación directa de cuidados, administración de medicamentos, educación sanitaria y monitorización continua, mientras que la evaluación permite verificar si los objetivos propuestos fueron alcanzados y determinar la necesidad de modificar el plan terapéutico (Bulechek et al., s.f.).

Técnicas de valoración física

La valoración física representa una herramienta fundamental para identificar alteraciones clínicas mediante la exploración sistemática del cuerpo humano. Tradicionalmente se realiza siguiendo un orden cefalocaudal y empleando cuatro técnicas básicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. Estas técnicas permiten evaluar estructuras corporales, detectar signos patológicos y establecer prioridades de cuidado dentro de la práctica clínica.

La inspección consiste en la observación visual del paciente para identificar alteraciones en postura, piel, marcha o estado general. La palpación utiliza el tacto para valorar temperatura, sensibilidad y presencia de masas, mientras que la percusión permite determinar densidad y tamaño de órganos mediante sonidos obtenidos al golpear áreas específicas del cuerpo. Finalmente, la auscultación se realiza con estetoscopio para evaluar ruidos cardíacos, respiratorios e intestinales. Estas técnicas deben desarrollarse respetando principios de bioseguridad, privacidad y comunicación terapéutica con el paciente.

Valoración psicosocial

La valoración psicosocial permite identificar factores emocionales, conductuales y sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad. Esta evaluación comprende aspectos relacionados con estado emocional, funcionamiento mental, relaciones familiares, condiciones socioeconómicas y creencias culturales o espirituales. El enfoque psicosocial es indispensable para brindar cuidados

humanizados y centrados en la persona, especialmente en contextos donde los determinantes sociales afectan significativamente la salud.

Las principales técnicas utilizadas incluyen la entrevista clínica, la observación conductual y la aplicación de escalas estandarizadas como el APGAR Familiar, la Escala de Yesavage o el cuestionario GHQ-12. Estas herramientas facilitan la detección de ansiedad, depresión, estrés, violencia intrafamiliar y otras situaciones de vulnerabilidad que requieren intervención oportuna. Asimismo, el modelo intercultural del MSP promueve el respeto hacia costumbres, tradiciones y creencias propias de cada comunidad, fortaleciendo la relación terapéutica entre el profesional y el usuario.

Historia clínica y registros de enfermería

La historia clínica es un documento técnico, científico y legal donde se registra cronológicamente toda la información relacionada con el estado de salud del paciente y las intervenciones realizadas por el equipo sanitario. Dentro del sistema ecuatoriano, el MSP establece el uso obligatorio de la Historia Clínica Única como mecanismo para garantizar continuidad asistencial, calidad de atención y respaldo legal de las acciones sanitarias.

Los registros de enfermería forman parte esencial de este documento y permiten evidenciar valoraciones, diagnósticos, intervenciones y evolución clínica del paciente. Para garantizar su validez, deben ser claros, objetivos, completos, cronológicos y confidenciales. Además, constituyen una herramienta fundamental para auditorías, investigación científica y evaluación de calidad dentro de las instituciones de salud.

Escalas clínicas: Glasgow, Norton y Braden

Las escalas clínicas son instrumentos estandarizados utilizados para valorar objetivamente el estado del paciente y prevenir complicaciones. La Escala de Glasgow permite evaluar el nivel de conciencia mediante la valoración de respuesta ocular, verbal y

motora, siendo ampliamente utilizada en pacientes neurológicos y críticos (Braden et al., s.f.).

Por otra parte, las escalas Norton y Braden son herramientas utilizadas para identificar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados o con movilidad limitada. Estas escalas consideran variables como estado físico, movilidad, nutrición, humedad y percepción sensorial, facilitando la implementación de medidas preventivas oportunas. Su aplicación sistemática fortalece la seguridad del paciente y disminuye complicaciones asociadas a la hospitalización prolongada.

Tabla 1

Escala de Norton

Parámetro	1	2	3	4
Estado físico	Muy malo	Malo	Regular	Bueno
Estado mental	Estuporoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Silla	Camina con ayuda	Independiente
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Completa
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria	Ocasional	Ninguna

Fuente: Elaboración propia en base a la Escala de Norton.

Tabla 2

Escala de Braden

Dimensión	Puntaje
Percepción sensorial	1 – 4
Humedad	1 – 4
Actividad	1 – 4
Movilidad	1 – 4
Nutrición	1 – 4
Fricción y cizallamiento	1 – 3

Fuente: Elaboración propia en base a la Escala de Braden.

Conclusiones

La valoración integral y el Proceso de Atención de Enfermería constituyen herramientas fundamentales para garantizar cuidados

seguros, humanizados y basados en evidencia científica dentro de la práctica clínica. La integración de componentes físicos, psicológicos, sociales y culturales permite abordar al paciente de manera holística, favoreciendo intervenciones individualizadas y orientadas a mejorar la calidad de vida.

Asimismo, la correcta aplicación de técnicas de valoración física y psicosocial fortalece la capacidad del profesional de enfermería para detectar alteraciones tempranas, prevenir complicaciones y optimizar la toma de decisiones clínicas. Estas acciones contribuyen significativamente al fortalecimiento de la atención integral dentro de los servicios sanitarios.

El uso adecuado de registros clínicos y escalas estandarizadas como Glasgow, Norton y Braden permite mejorar la continuidad asistencial, fortalecer la seguridad del paciente y proporcionar respaldo legal y científico a las intervenciones realizadas por enfermería. En consecuencia, el dominio de estas herramientas representa una competencia esencial para el ejercicio profesional contemporáneo.

Referencias Bibliográficas

Bickley, L. Guía de exploración física e historia clínica.

Braden, B., & Bergstrom, N. Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk.

Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Gordon, M. Patrones funcionales de salud. Valoración clínica de enfermería.

Henderson, V. Principios básicos de los cuidados de enfermería.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Uso de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única. Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI). Quito: MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito: MSP.

Moorhead, S., & Johnson, M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023.

Potter, P., & Perry, A. Fundamentos de Enfermería.

Teasdale, G., & Jennett, B. Assessment of coma and impaired consciousness. The Lancet, 1974.

Townsend, M. Enfermería Psiquiátrica: Conceptos de cuidados en salud mental.



CAPÍTULO III

ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD: PROMOCIÓN Y
PREVENCIÓN, PROGRAMAS DE
VACUNACIÓN, ATENCIÓN FAMILIAR Y
COMUNITARIA, DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD, EDUCACIÓN
AL PACIENTE



RESUMEN

La enfermería en Atención Primaria de Salud (APS) constituye un eje estratégico en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, al enfocarse en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral centrada en la persona, la familia y la comunidad. A nivel global, la APS es considerada la estrategia más efectiva para mejorar los indicadores de salud, reducir desigualdades y garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales, lineamientos impulsados por organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. En el contexto ecuatoriano, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) orienta la práctica de enfermería hacia intervenciones preventivas, educativas y comunitarias, promoviendo la participación social y el respeto por la diversidad cultural. En este marco, el profesional de enfermería desempeña un rol clave en la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como en la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de grupos vulnerables. En relación con los programas de vacunación, la enfermería garantiza la correcta conservación de la cadena de frío, la administración segura de biológicos, la identificación de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización y la educación a la población, contribuyendo al control de enfermedades inmunoprevenibles. Asimismo, en la atención familiar y comunitaria, realiza visitas domiciliarias, identifica factores de riesgo y planifica cuidados acordes al contexto sociocultural. Los determinantes sociales de la salud, como el nivel educativo, las condiciones económicas, el acceso a servicios básicos y la vivienda, son abordados desde una perspectiva integral, reconociendo su impacto en el bienestar colectivo. Finalmente, la educación al paciente se posiciona como una intervención fundamental para fomentar el autocuidado, mejorar la adherencia terapéutica y fortalecer la corresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad, consolidando a la enfermería como un pilar para una APS humanizada, eficiente y sostenible.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, Enfermería comunitaria, Promoción de la salud, Prevención de enfermedades, Vacunación, Determinantes sociales de la salud, Educación al paciente, MAIS-FCI, Ecuador.

ABSTRACT

Nursing in Primary Health Care (PHC) is a strategic pillar in strengthening health systems, focusing on health promotion, disease prevention, and comprehensive care centered on individuals, families, and communities. Globally, PHC is recognized as one of the most effective approaches to improving health indicators, reducing inequalities, and ensuring equitable access to essential services, as promoted by organizations such as the World Health Organization and the Pan American Health Organization. In Ecuador, the Comprehensive Family, Community and Intercultural Health Care Model (MAIS-FCI) guides nursing practice toward preventive, educational, and community-based interventions, emphasizing social participation and cultural respect. Within this framework, nurses play a key role in promoting healthy lifestyles, preventing communicable and non-communicable diseases, conducting epidemiological surveillance, and monitoring vulnerable populations. In immunization programs, nursing professionals ensure proper cold chain management, safe vaccine administration, identification of adverse events following immunization, and public education, contributing to the control of vaccine-preventable diseases. Furthermore, in family and community care, nurses conduct home visits, identify risk factors, and develop care plans tailored to sociocultural contexts. Social determinants of health, such as education level, economic conditions, access to basic services, and housing, are addressed from a comprehensive perspective, recognizing their impact on collective well-being. Finally, patient education is a key intervention to promote self-care, improve treatment adherence, and strengthen shared responsibility in the health-disease process, positioning nursing as a fundamental component for achieving humanized, efficient, and sustainable PHC.

Keywords: Primary Health Care, Community Nursing, Health Promotion, Disease Prevention, Vaccination, Social Determinants of Health, Patient Education, MAIS-FCI, Ecuador.

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) se ha consolidado como el eje articulador de los sistemas de salud contemporáneos, al responder de manera integral a las necesidades sanitarias de la población desde un enfoque preventivo, participativo y centrado en las personas. Más que un primer nivel de atención, la APS constituye una estrategia que integra dimensiones biológicas, sociales, culturales y económicas, reconociendo que el proceso salud-enfermedad está profundamente condicionado por el contexto en el que viven los individuos (OMS, 2023; OPS, 2019; Stafield, 1998).

Este paradigma fue impulsado a nivel internacional a partir de la Declaración de Alma-Ata, la cual estableció principios fundamentales como la equidad, la accesibilidad, la participación comunitaria y la intersectorialidad, orientando a los países hacia la construcción de sistemas de salud más inclusivos y sostenibles. Posteriormente, estos lineamientos han sido reforzados por organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, que destacan la APS como la vía más efectiva para alcanzar la cobertura universal en salud (OMS, 1986; OPS, 2018).

En este contexto, la enfermería desempeña un papel estratégico, debido a su formación integral, su enfoque humanista y su estrecha relación con la comunidad. El profesional de enfermería en APS no se limita a la atención clínica, sino que asume funciones clave en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la educación sanitaria, la vigilancia epidemiológica y la gestión del cuidado en distintos escenarios (Frenk et al., 2010; García, 2023).

Su accionar se caracteriza por la capacidad de identificar necesidades de salud desde una perspectiva holística, considerando tanto los factores individuales como los determinantes sociales que influyen en el bienestar de la población. Esta visión amplía el alcance del cuidado, permitiendo intervenciones más oportunas, pertinentes y culturalmente adecuadas (Marmot, 2015, OMS, 2008)

En el caso del Ecuador, la APS se operacionaliza a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el cual propone una reorganización de los

servicios de salud basada en la integralidad, la continuidad del cuidado y la participación activa de la comunidad. Este modelo reconoce la diversidad cultural del país y promueve un enfoque intercultural que busca respetar y articular los saberes ancestrales con la práctica científica. En este marco, la enfermería adquiere un rol fundamental en la implementación de estrategias orientadas a la promoción de estilos de vida saludables, el fortalecimiento de programas prioritarios como la inmunización, la atención familiar y comunitaria, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud, tales como la educación, el acceso a servicios básicos, las condiciones de vivienda y el entorno social (MSP, 2018; Macinko y Harris, 2015).

El presente capítulo tiene como finalidad analizar de manera integral el rol de la enfermería en la Atención Primaria de Salud, abordando sus principales campos de acción y su contribución al mejoramiento de la calidad de vida de la población. A lo largo del desarrollo, se examinarán aspectos fundamentales como la promoción y prevención, los programas de vacunación, la atención familiar y comunitaria, los determinantes sociales de la salud y la educación al paciente. Este abordaje permitirá comprender a la enfermería no solo como una disciplina asistencial, sino como un agente clave en la transformación de los sistemas de salud, capaz de incidir en la reducción de inequidades y en la construcción de sociedades más saludables, equitativas y resilientes (Choez et al., 2023; Herrera et al., 2024).

Promoción y prevención

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen los pilares fundamentales de la Atención Primaria de Salud (APS), al representar estrategias esenciales para mejorar la calidad de vida de la población, reducir la carga de enfermedad y fortalecer la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. A diferencia del enfoque curativo tradicional, centrado en el tratamiento de la enfermedad una vez instaurada, estas estrategias se orientan a intervenir de manera anticipada sobre los factores que determinan el estado de salud, promoviendo el bienestar integral y evitando la aparición de patologías (OMS, 1986; OMS, 2023).

Desde una perspectiva conceptual, la promoción de la salud se define como un proceso social, político y educativo que permite a las personas y comunidades incrementar el control sobre los determinantes de su salud, mejorando así su calidad de vida. Este enfoque fue consolidado a partir de la Carta de Ottawa, la cual estableció un marco de acción basado en cinco áreas estratégicas: la formulación de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud. Estas áreas continúan siendo la base de las intervenciones en salud pública a nivel global (Aliaga et al., 2016; González, 2022).

Por su parte, la prevención de enfermedades se refiere al conjunto de acciones destinadas a evitar la aparición, progresión y complicaciones de las enfermedades. Aunque tradicionalmente se ha conceptualizado en niveles (primaria, secundaria y terciaria), en la práctica actual se reconoce la necesidad de integrar estos niveles en un enfoque continuo que abarque todo el ciclo de vida. Ambos conceptos, promoción y prevención, aunque diferentes en su enfoque, son complementarios y deben ser abordados de manera integrada en el marco de la APS (Hernández et al., 2019; Glanz et al., 2008).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han destacado la importancia de estas estrategias como base para alcanzar la cobertura universal en salud, señalando que los sistemas sanitarios deben orientarse hacia la promoción del bienestar y la prevención de enfermedades, más que hacia la atención de eventos agudos. En este sentido, la APS se posiciona como el escenario ideal para la implementación de estas estrategias, debido a su cercanía con la comunidad, su enfoque integral y su capacidad para intervenir sobre los determinantes sociales de la salud (OPS, 2019; Starfield, 1998).

Fundamentos conceptuales y teóricos de la promoción de la salud

La promoción de la salud se sustenta en una visión amplia del proceso salud-enfermedad, que reconoce la influencia de factores sociales, económicos, culturales y ambientales en el bienestar de las personas. Este enfoque implica un cambio de paradigma, pasando de

una visión centrada en la enfermedad a una centrada en la salud y el bienestar (OMS, 1986; Nutbeam, 2000).

Uno de los principios fundamentales de la promoción de la salud es el empoderamiento, entendido como el proceso mediante el cual las personas adquieren mayor control sobre las decisiones que afectan su salud. Este concepto está estrechamente relacionado con la participación social, ya que las comunidades deben ser protagonistas en la identificación de sus problemas y en la implementación de soluciones (Laverack y Labonté, 2000; Kickbush, 2001).

Otro principio clave es la equidad, que implica la necesidad de reducir las desigualdades en salud, garantizando que todas las personas tengan acceso a las mismas oportunidades para alcanzar un nivel óptimo de bienestar. En este sentido, la promoción de la salud debe priorizar a los grupos más vulnerables, abordando las barreras que limitan su acceso a servicios y recursos (Whitehead y Dahlgren, 2006; Bambra et al., 2010).

La intersectorialidad constituye otro elemento esencial, ya que muchos de los determinantes de la salud se encuentran fuera del sector sanitario. La coordinación con sectores como educación, vivienda, trabajo y ambiente permite abordar de manera integral los problemas de salud, generando intervenciones más efectivas y sostenibles (Marmot, 2015; OMS, 2008).

Prevención de enfermedades: niveles y enfoque integral

La prevención de enfermedades se clasifica tradicionalmente en tres niveles:

- Prevención primaria, orientada a evitar la aparición de enfermedades mediante la reducción de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables. Incluye intervenciones como la vacunación, la educación para la salud y el saneamiento ambiental (Glanz et al., 2008; OMS; 2023)
- Prevención secundaria, centrada en la detección precoz de enfermedades en etapas iniciales, mediante el tamizaje y el diagnóstico oportuno. Su objetivo es iniciar un tratamiento temprano que evite complicaciones (García, 2023; Villa, 2022).

- Prevención terciaria, enfocada en reducir el impacto de enfermedades ya establecidas, mediante la rehabilitación, la educación para el autocuidado y el seguimiento continuo (OPS, 2018; Choez et al., 2023).

En los últimos años, se ha incorporado el concepto de prevención cuaternaria, que busca evitar intervenciones innecesarias o potencialmente dañinas, promoviendo una práctica clínica ética y basada en la evidencia.

Promoción y prevención en América Latina

En América Latina, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades han sido fundamentales para enfrentar los desafíos sanitarios de la región, caracterizada por profundas desigualdades sociales y epidemiológicas. La región ha implementado diversas estrategias orientadas a fortalecer la APS, mejorar la cobertura de servicios y reducir las inequidades en salud (OPS, 2019; González, 2022).

La Organización Panamericana de la Salud ha liderado iniciativas para fortalecer la promoción de la salud, destacando la importancia de la participación comunitaria, la educación en salud y el abordaje de los determinantes sociales. Estas estrategias han permitido avances significativos en indicadores de salud, como la reducción de la mortalidad infantil y el control de enfermedades transmisibles (Hernández et al., 2019; Bambra et al., 2010).

Sin embargo, la región enfrenta desafíos importantes, como el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, la urbanización acelerada, el envejecimiento poblacional y el impacto del cambio climático. Estos desafíos requieren un enfoque integral que combine promoción, prevención y atención oportuna (Macinko y Harris, 2015; Starfield, 1998).

Promoción y prevención en el Ecuador: enfoque MAIS-FCI

En el Ecuador, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades se articulan a través del Modelo de Atención Integral de

Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el cual constituye el marco normativo que orienta la organización del sistema de salud. Este modelo prioriza el primer nivel de atención y promueve un enfoque integral, centrado en la persona, la familia y la comunidad (MSP, 2018).

El MAIS-FCI incorpora principios como la interculturalidad, la participación social y la equidad, reconociendo la diversidad cultural del país. En este contexto, la promoción de la salud se orienta a fortalecer las capacidades de las personas y comunidades, mientras que la prevención se centra en reducir la incidencia de enfermedades mediante la aplicación de intervenciones oportunas (Villa, 2022; Herrera et al., 2024).

Entre las estrategias implementadas se incluyen programas de vacunación, control de enfermedades crónicas, promoción de estilos de vida saludables y educación para la salud. Estas acciones se desarrollan principalmente en el primer nivel de atención, con la participación activa del personal de enfermería (Choez et al., 2023; García, 2023).

Rol de la enfermería en promoción y prevención

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, debido a su formación integral y su cercanía con la comunidad. Su rol incluye la educación para la salud, la identificación de factores de riesgo, la implementación de intervenciones preventivas y el seguimiento continuo de los pacientes (OMS, 2018; Frenk et al., 2010).

La enfermería también actúa como agente de cambio, promoviendo la participación comunitaria y el empoderamiento de las personas. Además, contribuye a la articulación intersectorial, coordinando acciones con otros actores para abordar los determinantes sociales de la salud (Herrera et al., 2024; Choez et al., 2023).

Estrategias y herramientas de promoción y prevención

Las estrategias de promoción y prevención incluyen: educación para la salud, campañas comunitarias, programas de vacunación, tamizaje y diagnóstico precoz, intervenciones comunitarias, entre otras. Estas estrategias deben ser planificadas y evaluadas de manera sistemática, considerando las características de la población y el contexto social (García, 2023; Villa, 2022).

Desafíos y perspectivas futuras

Entre los principales desafíos se encuentran: desigualdades sociales, limitaciones en recursos, resistencia al cambio, desinformación entre otros desafíos importantes. A futuro, es necesario fortalecer la APS, promover la participación comunitaria y utilizar tecnologías innovadoras para mejorar la efectividad de las intervenciones, tomando en cuenta que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen estrategias fundamentales para mejorar la calidad de vida de la población y fortalecer los sistemas de salud. Su implementación requiere un enfoque integral, participativo e intersectorial, en el que la enfermería desempeña un rol clave como educador y agente de cambio (OMS, 2023; OPS, 2019).

Programas de vacunación

Los programas de vacunación constituyen una de las intervenciones más costo-efectivas en salud pública a nivel mundial, al contribuir significativamente a la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas. A nivel global, la inmunización ha permitido prevenir millones de muertes cada año, consolidándose como un pilar fundamental de la Atención Primaria de Salud (APS) y un componente clave en el logro de la cobertura sanitaria universal. Organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han promovido el fortalecimiento de los programas de inmunización como estrategia esencial para el control, eliminación y erradicación de enfermedades inmunoprevenibles (OMS, 2023; OPS, 2019).

En América Latina, los programas de vacunación han sido estructurados principalmente a partir del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), creado en 1974 por la Asamblea Mundial de la Salud, con el objetivo de garantizar el acceso equitativo a vacunas esenciales en todos los países. La región ha logrado importantes avances, posicionándose como una de las más exitosas en la implementación de estrategias de inmunización, alcanzando hitos históricos como la erradicación de la poliomielitis en 1994 y la eliminación de enfermedades como la rubéola y el sarampión en varios periodos (MSP, 2019).

Un elemento clave en el éxito regional ha sido el Fondo Rotatorio de la OPS, que permite a los países adquirir vacunas de calidad a precios accesibles, garantizando el abastecimiento continuo y fortaleciendo la sostenibilidad de los programas. Asimismo, las estrategias implementadas incluyen campañas masivas de vacunación, esquemas regulares, vigilancia epidemiológica activa y sistemas de monitoreo de coberturas, lo que ha permitido mantener altos niveles de protección en la población (OMS, 2023; OPS, 2019).

En el contexto ecuatoriano, los programas de vacunación han evolucionado significativamente, consolidándose como una prioridad en salud pública. Según el manual oficial del Ministerio de Salud Pública, la vacunación ha demostrado ser una de las intervenciones con mayor impacto en la reducción de enfermedades infecciosas, evitando complicaciones, discapacidades y muertes. Ecuador fue pionero en la región al implementar el Programa Ampliado de Inmunizaciones en 1976, convirtiéndose en el primer país latinoamericano en establecer este programa de manera formal (Frenk et al., 2010; García, 2023).

Con el tiempo, este programa evolucionó hacia la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI), que actualmente forma parte de la Red Pública Integral de Salud y garantiza el acceso universal a la vacunación. La ENI contempla un enfoque integral que abarca todo el ciclo de vida, pasando de un modelo centrado en la población materno-infantil a un esquema de vacunación familiar que incluye recién nacidos, niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y grupos de riesgo.

El esquema nacional de inmunizaciones del Ecuador ha experimentado una ampliación progresiva, incorporando nuevas vacunas de acuerdo con el perfil epidemiológico nacional e internacional. Actualmente, incluye alrededor de 18 biológicos destinados a prevenir enfermedades como tuberculosis, hepatitis B, rotavirus, neumococo, poliomielitis, sarampión, rubéola, fiebre amarilla, varicela, virus del papiloma humano, entre otras. Esta expansión refleja la capacidad del sistema de salud para adaptarse a nuevas necesidades sanitarias y responder a cambios epidemiológicos.

Un aspecto fundamental de los programas de vacunación es la organización operativa, que incluye componentes técnicos como la cadena de frío, la logística de almacenamiento y distribución, las técnicas de administración de vacunas y la vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI). Estos elementos garantizan la seguridad, eficacia y calidad del proceso de inmunización, siendo responsabilidad directa del personal de salud, especialmente del profesional de enfermería.

Desde la perspectiva de la APS, la vacunación no se limita a la administración de biológicos, sino que implica un proceso integral que incluye la captación activa de la población, la educación sanitaria, el seguimiento de esquemas incompletos y la reducción de oportunidades perdidas de vacunación. En este sentido, estrategias como las campañas masivas, la vacunación extramural y el trabajo comunitario permiten alcanzar poblaciones vulnerables y mejorar las coberturas.

El rol de enfermería en los programas de vacunación es determinante, ya que el profesional no solo ejecuta la administración de vacunas, sino que también participa en la planificación, organización, supervisión y evaluación de las actividades de inmunización. Además, cumple funciones clave en la educación a la población, la vigilancia epidemiológica y la identificación de eventos adversos, contribuyendo a la confianza de la comunidad en los programas de vacunación.

A pesar de los avances logrados, los programas de inmunización enfrentan desafíos importantes tanto a nivel regional como nacional, entre ellos la disminución de coberturas en ciertos grupos poblacionales, la reemergencia de enfermedades previamente

controladas, la desinformación y la resistencia a la vacunación. En este contexto, se hace necesario fortalecer las estrategias de promoción, educación y participación comunitaria, así como garantizar la sostenibilidad de los programas mediante políticas públicas sólidas.

Figura 1
Esquema de vacunación



Fuente: Ministerio de Salud Pública

Es así que los programas de vacunación representan una de las intervenciones más efectivas en salud pública, con un impacto demostrado en la reducción de enfermedades y la mejora de la calidad de vida de la población. En América Latina, su éxito ha sido resultado de la cooperación regional y el compromiso político, mientras que en el Ecuador, la implementación de la Estrategia Nacional de

Inmunizaciones ha permitido consolidar un sistema robusto, equitativo y adaptado a las necesidades de la población. El fortalecimiento continuo de estos programas, con la participación activa del personal de enfermería, es fundamental para garantizar la protección de la salud y avanzar hacia sistemas sanitarios más resilientes y sostenibles.

Atención familiar y comunitaria

La atención familiar y comunitaria constituye uno de los pilares fundamentales de la Atención Primaria de Salud (APS), al reconocer que la salud de las personas no puede comprenderse ni abordarse de manera aislada, sino en estrecha relación con su entorno familiar, social y comunitario. Este enfoque representa una evolución del modelo biomédico tradicional, centrado exclusivamente en la enfermedad, hacia un paradigma integral que incorpora dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y ambientales. En este sentido, la APS, impulsada desde la Declaración de Alma-Ata, establece la necesidad de reorganizar los sistemas de salud para responder de manera equitativa, accesible y participativa a las necesidades de la población, priorizando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación activa de las comunidades (OMS, 2019; Starfield, 1998).

A nivel regional, América Latina ha experimentado importantes transformaciones en sus sistemas de salud, orientadas a fortalecer la APS como estrategia central para alcanzar la cobertura universal. Estas reformas han sido promovidas por organismos como la Organización Panamericana de la Salud, que ha impulsado modelos de atención basados en la familia y la comunidad, destacando la importancia de la territorialización, la integralidad del cuidado y la participación social. En países como Brasil, con la Estrategia de Salud de la Familia, y Cuba, con su modelo de atención comunitaria, se han evidenciado avances significativos en indicadores de salud, lo que demuestra la efectividad de este enfoque en contextos diversos (Macinko y Harris, 2015).

En el Ecuador, la atención familiar y comunitaria se materializa a través del Modelo de Atención Integral de Salud

Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el cual constituye el marco normativo que orienta la organización y prestación de los servicios de salud en el país. Este modelo se basa en principios fundamentales como la integralidad, la equidad, la interculturalidad, la continuidad del cuidado y la participación social, reconociendo la diversidad cultural y geográfica del territorio ecuatoriano. El MAIS-FCI propone una atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, integrando acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles del sistema de salud (MSP, 2019).

Uno de los elementos centrales de la atención familiar es la consideración de la familia como unidad básica de cuidado. La familia no solo constituye el entorno inmediato del individuo, sino también un espacio donde se construyen hábitos, creencias y comportamientos relacionados con la salud. Por lo tanto, el abordaje familiar permite comprender de manera más amplia los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad, incluyendo dinámicas relacionales, roles, redes de apoyo y condiciones socioeconómicas. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel clave en la valoración integral de la familia, utilizando herramientas como el genograma, el ecomapa y la historia familiar, que permiten identificar factores de riesgo y protectores, así como planificar intervenciones específicas (Choez et al., 2023; Herrera et al., 2024).

El genograma, por ejemplo, facilita la representación gráfica de la estructura familiar y las relaciones entre sus miembros, permitiendo identificar patrones hereditarios, conflictos y vínculos significativos. El ecomapa, por su parte, permite analizar las relaciones de la familia con su entorno, incluyendo redes sociales, instituciones y recursos comunitarios. Estas herramientas son fundamentales para desarrollar un enfoque sistémico del cuidado, que considere tanto los aspectos individuales como los contextuales (Laverack y Labonté, 2000).

La atención comunitaria, en paralelo, se enfoca en el análisis y abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva colectiva. Este enfoque implica la identificación de necesidades de salud a nivel poblacional, mediante diagnósticos comunitarios participativos que permiten priorizar problemas y diseñar intervenciones acordes a la

realidad local. En este proceso, la participación activa de la comunidad es esencial, ya que permite incorporar conocimientos locales, fortalecer el sentido de pertenencia y garantizar la sostenibilidad de las acciones.

El diagnóstico comunitario constituye una herramienta clave en la atención comunitaria, ya que permite analizar la situación de salud de una población específica, considerando indicadores epidemiológicos, condiciones socioeconómicas, factores ambientales y percepciones de la comunidad. Este diagnóstico se realiza a través de métodos cuantitativos y cualitativos, incluyendo encuestas, entrevistas, grupos focales y observación directa. A partir de este análisis, se establecen prioridades y se diseñan planes de intervención que buscan mejorar las condiciones de salud de la población.

En el marco del MAIS-FCI, la territorialización es un componente fundamental que permite organizar los servicios de salud en función de una población definida. Cada equipo de salud es responsable de un territorio específico, lo que facilita el seguimiento continuo de las familias y la identificación de riesgos de manera oportuna. Este enfoque permite establecer una relación cercana entre el personal de salud y la comunidad, fortaleciendo la confianza y mejorando la accesibilidad a los servicios.

Otro elemento clave es la longitudinalidad del cuidado, que implica la atención continua de las personas a lo largo de su ciclo de vida. Este enfoque permite establecer relaciones terapéuticas sólidas, mejorar la adherencia a los tratamientos y garantizar la continuidad de las intervenciones. La enfermería, en este contexto, desempeña un rol fundamental en el seguimiento de pacientes crónicos, la educación para el autocuidado y la coordinación de servicios.

La visita domiciliaria constituye una de las estrategias más importantes en la atención familiar y comunitaria, ya que permite al profesional de salud conocer de manera directa las condiciones de vida de las familias, identificar factores de riesgo y brindar cuidados personalizados en el entorno natural del paciente. Esta estrategia es especialmente relevante en poblaciones vulnerables, como adultos mayores, personas con discapacidad y pacientes con enfermedades crónicas, donde el acceso a los servicios de salud puede estar limitado.

La educación para la salud es otro componente esencial, orientado a fortalecer las capacidades de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud. A través de procesos educativos, el profesional de enfermería promueve la adopción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y el autocuidado. Estas intervenciones deben ser culturalmente pertinentes y adaptadas a las características de la población, considerando factores como el nivel educativo, las creencias y las prácticas culturales.

La interculturalidad, en el contexto ecuatoriano, representa un aspecto clave de la atención familiar y comunitaria. El país cuenta con una gran diversidad étnica y cultural, lo que implica la coexistencia de diferentes concepciones de salud y enfermedad. El MAIS-FCI promueve el respeto y la articulación de los saberes ancestrales con la medicina occidental, lo que permite brindar una atención más integral y culturalmente adecuada. En este sentido, el profesional de enfermería debe desarrollar competencias interculturales que le permitan comunicarse de manera efectiva con diferentes grupos poblacionales y respetar sus prácticas y creencias.

La articulación intersectorial es otro componente fundamental, ya que muchos de los determinantes de la salud se encuentran fuera del sector sanitario. La coordinación con sectores como educación, vivienda, trabajo y ambiente permite abordar de manera integral los problemas de salud y generar intervenciones más efectivas. Por ejemplo, la mejora de las condiciones de vivienda, el acceso a agua potable y la educación son factores que tienen un impacto directo en la salud de la población.

En América Latina, diversas experiencias han demostrado que la atención familiar y comunitaria contribuye a mejorar los indicadores de salud, reducir las inequidades y fortalecer los sistemas sanitarios. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos importantes, como la falta de recursos, la distribución desigual del personal de salud, las barreras geográficas y culturales, y la resistencia al cambio en los modelos tradicionales de atención. En este contexto, es fundamental fortalecer la formación del personal de salud, especialmente en competencias comunitarias, interculturales y de gestión.

El rol de enfermería en la atención familiar y comunitaria es fundamental, ya que el profesional no solo brinda cuidados directos, sino que también actúa como educador, gestor, investigador y agente de cambio social. Su cercanía con la comunidad y su enfoque integral del cuidado le permiten identificar necesidades de salud, diseñar intervenciones y evaluar su impacto. Además, la enfermería contribuye a la articulación entre los servicios de salud y la comunidad, facilitando el acceso y la continuidad del cuidado.

Es por eso que la atención familiar y comunitaria representa un enfoque esencial para el desarrollo de sistemas de salud más equitativos, accesibles y centrados en las necesidades de la población. En el Ecuador, el MAIS-FCI proporciona el marco necesario para su implementación, alineado con las tendencias regionales de América Latina. El fortalecimiento de este enfoque, con la participación activa del personal de enfermería, es fundamental para mejorar la calidad de vida de la población y avanzar hacia la cobertura universal en salud.

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) representan uno de los enfoques más relevantes para comprender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva integral. Este paradigma surge como una crítica al modelo biomédico tradicional, el cual se centraba principalmente en factores biológicos e individuales, dejando en segundo plano las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen de manera decisiva en la salud de las poblaciones. En la actualidad, existe consenso a nivel internacional en que la salud no depende exclusivamente de la atención sanitaria, sino de un conjunto de condiciones estructurales que configuran las oportunidades de bienestar de las personas (OMS, 2008; Marmot, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estas condiciones están determinadas por factores políticos, económicos y sociales que influyen en la distribución del poder, los recursos y las oportunidades. En este sentido, las desigualdades en salud no son fenómenos aislados ni inevitables, sino el resultado de

inequidades sociales estructurales que pueden ser modificadas mediante políticas públicas y acciones intersectoriales (Whitehead y Dahlgren, 2006; Bambra et al., 2010).

El reconocimiento de los DSS implica un cambio de paradigma en la comprensión de la salud, ya que desplaza el enfoque desde la enfermedad hacia el bienestar, integrando dimensiones sociales y colectivas. Este enfoque adquiere especial relevancia en el marco de la Atención Primaria de Salud, consolidada desde la Declaración de Alma-Ata, donde se plantea la necesidad de abordar la salud desde una perspectiva integral, equitativa y participativa (Petersen y Kwan, 2010).

Estructura e interacción de los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud no actúan de manera aislada, sino que se interrelacionan en diferentes niveles que influyen de forma directa e indirecta en el estado de salud de las personas. Entre los modelos explicativos más utilizados se encuentra el de capas concéntricas, que permite comprender cómo factores individuales, sociales y estructurales interactúan entre sí.

En el nivel más inmediato se encuentran los factores individuales, como la edad, el sexo y la predisposición genética. Sin embargo, estos elementos, aunque importantes, no explican por sí solos las diferencias en salud entre poblaciones. A continuación, se ubican los estilos de vida, que incluyen comportamientos como la alimentación, la actividad física y el consumo de sustancias. Estos comportamientos, lejos de ser decisiones puramente individuales, están condicionados por el entorno social y económico en el que viven las personas.

Un nivel más amplio corresponde a las redes sociales y comunitarias, que incluyen el apoyo familiar, la cohesión social y las relaciones interpersonales. Estas redes actúan como factores protectores o de riesgo, influyendo en la salud mental, el acceso a recursos y la capacidad de enfrentar situaciones adversas.

Finalmente, en el nivel más estructural se encuentran las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, que

determinan las oportunidades de acceso a educación, empleo, vivienda, servicios básicos y atención sanitaria. Este nivel es clave para entender las desigualdades en salud, ya que refleja la distribución desigual de recursos en la sociedad.

La interacción entre estos niveles genera un efecto acumulativo a lo largo del ciclo de vida, lo que significa que las desventajas sociales tienden a perpetuarse y profundizarse si no se interviene oportunamente. Por ello, el abordaje de los DSS requiere estrategias integrales que actúen simultáneamente en diferentes niveles.

Determinantes sociales de la salud en América Latina y Ecuador

América Latina se caracteriza por ser una de las regiones con mayores desigualdades sociales a nivel mundial, lo que se traduce en importantes brechas en salud. Factores como la pobreza, la desigual distribución del ingreso, la informalidad laboral y el acceso limitado a servicios básicos generan condiciones que afectan negativamente el bienestar de amplios sectores de la población. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud ha promovido el enfoque de los DSS como una estrategia clave para reducir las inequidades y fortalecer los sistemas de salud.

En el Ecuador, estas desigualdades se manifiestan de manera particular debido a la diversidad geográfica, cultural y socioeconómica del país. Existen marcadas diferencias entre áreas urbanas y rurales, así como entre distintos grupos étnicos, lo que influye en el acceso a servicios de salud, educación y condiciones de vida. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) reconoce explícitamente la importancia de los determinantes sociales y propone su abordaje desde una perspectiva integral.

Entre los determinantes más relevantes en el contexto ecuatoriano se encuentran el nivel educativo, las condiciones económicas, el acceso a servicios básicos, el entorno ambiental y la interculturalidad. La educación, por ejemplo, influye directamente en la capacidad de las personas para adoptar comportamientos

saludables y acceder a mejores oportunidades laborales. Por su parte, las condiciones económicas determinan el acceso a una alimentación adecuada, vivienda digna y servicios de salud.

El acceso a agua potable y saneamiento es otro factor crítico, especialmente en zonas rurales, donde su ausencia favorece la aparición de enfermedades infecciosas. Asimismo, la interculturalidad juega un papel importante, ya que las creencias y prácticas culturales influyen en la percepción de la salud y en la utilización de los servicios sanitarios.

Implicaciones para la práctica de enfermería

El abordaje de los determinantes sociales de la salud implica un cambio significativo en la práctica de enfermería, especialmente en el contexto de la Atención Primaria de Salud. El profesional de enfermería no solo debe centrarse en el cuidado clínico, sino también en la identificación y análisis de los factores sociales que afectan la salud de los individuos y comunidades.

En este sentido, la valoración integral del paciente debe incluir aspectos socioeconómicos, culturales y ambientales, permitiendo identificar riesgos que no son evidentes desde una perspectiva exclusivamente biomédica. La enfermería también desempeña un rol clave en la educación para la salud, promoviendo cambios en los estilos de vida y fortaleciendo las capacidades de autocuidado de las personas.

Además, la intervención comunitaria constituye una herramienta fundamental para abordar los DSS, ya que permite trabajar directamente con la población en la identificación de problemas y la implementación de soluciones. El trabajo intersectorial, por su parte, es esencial para abordar factores que trascienden el ámbito sanitario, como la educación, la vivienda y el empleo.

Finalmente, el rol de abogacía en enfermería adquiere especial relevancia, ya que implica la defensa de los derechos de las personas y la promoción de políticas públicas que favorezcan la equidad en salud. Los determinantes sociales de la salud constituyen un elemento central para comprender las desigualdades en salud y diseñar

intervenciones efectivas en el marco de la Atención Primaria. Su abordaje requiere una visión integral que considere tanto los factores individuales como las condiciones estructurales que influyen en el bienestar de las personas. En el contexto ecuatoriano, el MAIS-FCI proporciona un marco adecuado para integrar este enfoque en la práctica sanitaria, destacando el papel fundamental de la enfermería como agente de cambio en la promoción de la equidad y la mejora de la calidad de vida de la población.

Tabla 3

Resumen de los determinantes sociales de la salud

Determinante	Descripción	Impacto en la salud
Educación	Nivel de escolaridad	Mejora la toma de decisiones en salud
Ingreso económico	Capacidad adquisitiva	Acceso a servicios y alimentación
Vivienda	Condiciones habitacionales	Prevención de enfermedades
Agua potable	Acceso a servicios básicos	Disminuye enfermedades infecciosas
Empleo	Condiciones laborales	Influye en salud física y mental
Redes sociales	Apoyo familiar y comunitario	Mejora bienestar emocional
Cultura	Creencias y prácticas	Influye en conductas de salud

Fuente: Elaboración propia

Educación al paciente

La educación al paciente constituye uno de los pilares fundamentales de la Atención Primaria de Salud (APS), al orientarse hacia el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para el autocuidado, la toma de decisiones informadas y la adopción de estilos de vida saludables. Este componente trasciende la simple transmisión de información, configurándose como un proceso educativo dinámico, participativo y contextualizado que busca generar cambios sostenibles en el comportamiento y en las condiciones de salud de las personas (OMS, 2023; Nutbeam, 2000).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la educación en salud es una herramienta esencial para promover la autonomía de los individuos, mejorar la adherencia a los tratamientos y contribuir a la prevención de enfermedades. En este sentido, se vincula estrechamente con la promoción de la salud, al fomentar el desarrollo de habilidades personales que permitan a las personas ejercer mayor control sobre su bienestar. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud destaca que la educación al paciente es clave para reducir las inequidades en salud, especialmente en contextos donde existen limitaciones en el acceso a servicios sanitarios (Kickbusch, 2001; Glanz et al., 2008).

En el marco de la APS, la educación al paciente se fundamenta en principios como la equidad, la participación social, la pertinencia cultural y la integralidad del cuidado. Estos principios implican que las intervenciones educativas deben adaptarse a las características específicas de la población, considerando factores como el nivel educativo, el contexto socioeconómico, las creencias culturales y las condiciones de vida. De esta manera, se busca garantizar que la información sea comprensible, relevante y aplicable en la vida cotidiana de las personas.

En el contexto ecuatoriano, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) reconoce la educación al paciente como una estrategia clave para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Este modelo enfatiza la importancia de la interculturalidad, promoviendo el respeto por los saberes ancestrales y la integración de diferentes formas de conocimiento en los procesos educativos. En este sentido, la educación

en salud no se limita a la transmisión de conocimientos biomédicos, sino que incorpora elementos culturales que permiten una mayor aceptación y efectividad de las intervenciones.

Desde la perspectiva de la enfermería, la educación al paciente constituye una competencia esencial, ya que el profesional de enfermería actúa como educador, facilitador y agente de cambio. Su rol implica no solo brindar información, sino también promover procesos de aprendizaje significativos que permitan a las personas comprender su situación de salud y desarrollar habilidades para el autocuidado. Esto requiere el uso de estrategias pedagógicas adecuadas, habilidades comunicativas y una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

Uno de los aspectos fundamentales de la educación al paciente es la comunicación efectiva. La capacidad de transmitir información de manera clara, sencilla y adaptada al nivel de comprensión del paciente es clave para lograr resultados positivos. En este sentido, es importante evitar el uso de tecnicismos innecesarios y utilizar un lenguaje accesible, apoyado en ejemplos prácticos y recursos visuales. Además, la comunicación debe ser bidireccional, permitiendo al paciente expresar sus dudas, preocupaciones y experiencias.

Otro elemento clave es la alfabetización en salud, entendida como la capacidad de las personas para acceder, comprender y utilizar información relacionada con la salud. Niveles bajos de alfabetización en salud se asocian con una menor adherencia a los tratamientos, mayor riesgo de complicaciones y un uso inadecuado de los servicios sanitarios. Por ello, la educación al paciente debe orientarse a fortalecer estas habilidades, promoviendo la comprensión de conceptos básicos y el desarrollo de competencias para la toma de decisiones.

En la práctica, la educación al paciente puede desarrollarse a través de diferentes modalidades, incluyendo la educación individual, grupal y comunitaria. La educación individual permite adaptar la información a las necesidades específicas del paciente, mientras que la educación grupal facilita el intercambio de experiencias y el aprendizaje colectivo. Por su parte, la educación comunitaria permite abordar problemas de salud a nivel poblacional, promoviendo cambios en los estilos de vida y fortaleciendo la participación social.

En el ámbito de la prevención de enfermedades, la educación al paciente juega un papel fundamental en la promoción de hábitos saludables, como una alimentación equilibrada, la actividad física regular, la prevención del consumo de sustancias nocivas y la adherencia a los programas de vacunación. Asimismo, en el manejo de enfermedades crónicas, la educación es esencial para mejorar la adherencia al tratamiento, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El proceso educativo en salud debe ser planificado, ejecutado y evaluado de manera sistemática. Esto implica identificar las necesidades educativas de la población, establecer objetivos claros, seleccionar estrategias adecuadas y evaluar los resultados obtenidos. La evaluación permite determinar la efectividad de las intervenciones y realizar ajustes en función de los resultados.

En el contexto de América Latina, la educación al paciente enfrenta diversos desafíos, entre los que se incluyen las desigualdades sociales, las barreras culturales, el bajo nivel educativo en algunos sectores y las limitaciones en recursos. Sin embargo, también existen oportunidades, como el uso de tecnologías de la información y la comunicación, que permiten ampliar el alcance de las intervenciones educativas y facilitar el acceso a la información.

En el Ecuador, la implementación de estrategias educativas en el marco del MAIS-FCI ha permitido fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, especialmente en comunidades rurales y grupos vulnerables. No obstante, es necesario continuar fortaleciendo la formación del personal de salud en competencias educativas, así como promover la participación activa de la comunidad en los procesos de aprendizaje (MSP, 2018).

Un aspecto relevante en la educación al paciente es la incorporación del enfoque intercultural, que reconoce la diversidad de conocimientos, creencias y prácticas relacionadas con la salud. Este enfoque permite adaptar las intervenciones educativas a las características culturales de la población, favoreciendo su aceptación y efectividad. En este sentido, el profesional de enfermería debe desarrollar competencias interculturales que le permitan establecer una comunicación respetuosa y efectiva con diferentes grupos poblacionales.

Asimismo, la educación al paciente debe considerar el enfoque de ciclo de vida, adaptando las intervenciones a las diferentes etapas de desarrollo, desde la infancia hasta la adultez mayor. Cada etapa presenta necesidades específicas, lo que requiere estrategias diferenciadas para garantizar la efectividad del proceso educativo (Villa, 2022; Herrera et al., 2024).

Es así que la educación al paciente se configura como una herramienta fundamental para el empoderamiento de las personas y comunidades, permitiéndoles asumir un rol activo en el cuidado de su salud. Este enfoque contribuye no solo a mejorar los resultados en salud, sino también a fortalecer la equidad y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, es así que la educación al paciente representa un componente esencial de la Atención Primaria de Salud, al promover el autocuidado, la prevención de enfermedades y la mejora de la calidad de vida.

Su implementación requiere un enfoque integral, participativo e intercultural, en el que el profesional de enfermería desempeña un rol central como educador y agente de cambio. En el contexto ecuatoriano, el MAIS-FCI proporciona el marco adecuado para el desarrollo de estrategias educativas efectivas, alineadas con las necesidades de la población y orientadas hacia la construcción de una sociedad más saludable y equitativa.

Conclusiones

La enfermería en Atención Primaria de Salud constituye un componente estratégico para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios contemporáneos, debido a su capacidad para integrar acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación sanitaria y atención integral centrada en la persona, la familia y la comunidad. A través del enfoque impulsado por la Atención Primaria de Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), la práctica de enfermería trasciende el ámbito asistencial y se consolida como una disciplina orientada al bienestar colectivo, la equidad y la participación social.

Asimismo, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades representan pilares fundamentales dentro del accionar de enfermería, ya que permiten intervenir sobre los factores de riesgo antes de que se instauren procesos patológicos. El desarrollo de programas educativos, campañas preventivas y estrategias comunitarias fortalece el autocuidado y contribuye significativamente a la reducción de enfermedades transmisibles y no transmisibles, favoreciendo una mejora sostenida de la calidad de vida de la población.

En relación con los programas de vacunación, se evidencia que constituyen una de las intervenciones más costo-efectivas en salud pública, permitiendo disminuir la morbimortalidad asociada a enfermedades inmunoprevenibles. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un rol esencial en la administración segura de biológicos, el mantenimiento de la cadena de frío, la vigilancia epidemiológica y la educación a la población, garantizando el cumplimiento de los esquemas nacionales de inmunización y fortaleciendo la confianza comunitaria en las vacunas.

Por otra parte, la atención familiar y comunitaria permite comprender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva integral, considerando la influencia del entorno social, cultural y familiar sobre el bienestar de las personas. Herramientas como la visita domiciliaria, el diagnóstico comunitario y la valoración familiar fortalecen la capacidad del profesional de enfermería para identificar necesidades prioritarias, diseñar intervenciones contextualizadas y promover la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud.

El análisis de los determinantes sociales de la salud evidencia que factores como la educación, las condiciones económicas, la vivienda, el acceso a servicios básicos y las redes de apoyo influyen directamente en las condiciones de bienestar de la población. El abordaje de estos determinantes requiere una visión integral e intersectorial, donde la enfermería actúe como agente de cambio social, promoviendo acciones orientadas a reducir inequidades y fortalecer el acceso equitativo a los servicios sanitarios.

La educación al paciente se consolida como una herramienta esencial dentro de la Atención Primaria de Salud, al favorecer el

empoderamiento, la adherencia terapéutica y el desarrollo de habilidades de autocuidado. La implementación de procesos educativos participativos, interculturales y adaptados a las necesidades de la población permite fortalecer la corresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad y consolidar una práctica de enfermería humanizada, eficiente y orientada hacia la construcción de comunidades más saludables y resilientes.

Referencias Bibliográficas

- Aliaga, E., Cuba, S., & Mar, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 311–320. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2143>
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(4), 284–291. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.082743>
- Choez, S., Solís, M., Padilla, M., Torres, G., & Niño, Y. (2023). Promoción de salud y prevención de enfermedades desde la enfermería comunitaria. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(5), 1–15. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i5.1383>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- García, A. (2023). Enfermería en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*, 4(1), 1–17. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v4i1.19>

- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education: Theory, research, and practice. *Annual Review of Public Health*, 29, 1–23. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090845>
- González, D. (2022). La promoción de la salud en la comunidad: Enfoques de enfermería en América Latina. *Revista Veritas de Difusión Científica*, 3(2), 15–28.
- Hernández, J., Oviedo, M., Rincón, A., Hakspiel, M., & Mantilla, B. (2019). Tendencias teóricas y prácticas de la promoción de la salud en el ámbito escolar en Latinoamérica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 155–167. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019007>
- Herrera, M., Escobar, N., Quingaluiza, A., Molina, J., & Vallejo, M. (2024). Rol de la enfermería en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en comunidades vulnerables. *e-Revista Multidisciplinaria del Saber*, 2(1), 1–12.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289–297. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>
- Laverack, G., & Labonté, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15(3), 255–262. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.255>
- Macinko, J., & Harris, M. (2015). Brazil's family health strategy—Delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2177–2181. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>
- Marmot, M. (2015). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Ministerio de Salud Pública.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Estrategia Nacional de Inmunizaciones*. Ministerio de Salud Pública.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Health promotion*. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Ampliación del rol de la enfermería en la atención primaria de salud*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*. OPS.
- Petersen, P., & Kwan, S. (2010). Equity, social determinants and public health programmes—the case of oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(6), 481–487. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00523.x>
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
- Villa, A. (2022). Estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades desde la perspectiva de la enfermería en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 1(3), 1–14.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*. *Studies on Social and Economic Determinants of Population Health*, 2, 1–105.



CAPÍTULO IV

MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO



RESUMEN

El manejo del paciente hospitalizado constituye un componente esencial dentro de la atención integral en salud, debido a que involucra intervenciones orientadas a garantizar la seguridad, recuperación y bienestar del paciente durante su estancia hospitalaria. Este capítulo aborda aspectos fundamentales relacionados con los cuidados básicos hospitalarios, la administración segura de medicamentos, el control de signos vitales, la prevención de infecciones nosocomiales, el manejo del dolor y la seguridad del paciente. Asimismo, se analizan elementos como la comunicación entre profesionales de salud, la nutrición, la movilización temprana, la continuidad del cuidado y la humanización de la atención hospitalaria. Finalmente, se destaca la importancia del uso de tecnologías y de la participación activa del paciente en su proceso de atención como estrategias orientadas a fortalecer la calidad asistencial y mejorar los resultados clínicos dentro de los establecimientos de salud.

Palabras claves: Manejo hospitalario, Seguridad del paciente, Cuidados de enfermería, Atención hospitalaria, Prevención de infecciones.

ABSTRACT

Hospitalized patient management constitutes an essential component of comprehensive healthcare, as it involves interventions aimed at ensuring patient safety, recovery, and well-being during hospitalization. This chapter addresses fundamental aspects related to basic hospital care, safe medication administration, vital signs monitoring, prevention of nosocomial infections, pain management, and patient safety. Likewise, elements such as communication among healthcare professionals, nutrition, early mobilization, continuity of care, and the humanization of hospital care are analyzed. Finally, the importance of technology use and active patient participation in the care process is highlighted as key strategies to strengthen healthcare quality and improve clinical outcomes within healthcare institutions..

Keywords: Hospital management, Patient safety, Nursing care, Hospital care, Infection prevention.

Introducción

El manejo del paciente hospitalizado constituye uno de los componentes fundamentales dentro de la atención integral en salud, debido a que comprende un conjunto de intervenciones orientadas a preservar la estabilidad clínica, prevenir complicaciones y favorecer la recuperación física y emocional del paciente durante su estancia hospitalaria. La hospitalización representa un proceso complejo que involucra no solo el tratamiento de la enfermedad, sino también la vigilancia continua, el acompañamiento terapéutico y la aplicación de cuidados humanizados centrados en las necesidades individuales de cada persona.

En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un rol esencial dentro del equipo multidisciplinario, ya que participa activamente en actividades relacionadas con los cuidados básicos hospitalarios, la administración segura de medicamentos, el control de signos vitales, la prevención de infecciones y la educación al paciente. Estas acciones permiten garantizar la continuidad del cuidado, fortalecer la seguridad del paciente y contribuir a una atención sanitaria basada en principios científicos, éticos y humanísticos.

El entorno hospitalario moderno exige la incorporación de estrategias orientadas a mejorar la calidad asistencial y reducir los riesgos asociados a la atención sanitaria. Aspectos como la movilización temprana, el manejo adecuado del dolor, la gestión de riesgos hospitalarios y la comunicación efectiva entre profesionales de salud se han convertido en elementos fundamentales para optimizar los resultados clínicos y mejorar la experiencia del paciente durante la hospitalización.

La humanización de la atención y el uso de tecnologías aplicadas al ámbito hospitalario han transformado significativamente la manera en que se desarrollan los procesos asistenciales. La participación activa del paciente en su proceso de atención, junto con la implementación de herramientas tecnológicas y protocolos de seguridad, permite fortalecer la calidad del cuidado y promover una atención más eficiente, segura y centrada en la dignidad humana.

Manejo del Paciente Hospitalizado

Cuidados básicos hospitalarios

Concepto y relevancia de los cuidados básicos hospitalarios

Los cuidados básicos hospitalarios constituyen el conjunto de intervenciones esenciales que el personal de salud realiza para mantener el bienestar físico, psicológico y funcional del paciente durante su estancia en una institución hospitalaria. Estas intervenciones forman parte del cuidado integral y buscan preservar las funciones fisiológicas del organismo, prevenir complicaciones derivadas de la hospitalización y favorecer la recuperación del paciente. En los sistemas de salud modernos, estos cuidados se consideran un componente fundamental dentro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención hospitalaria (Jackson et al., 2023).

A nivel internacional, diversos organismos de salud han señalado que la adecuada implementación de cuidados básicos contribuye significativamente a la reducción de eventos adversos en los hospitales. Actividades aparentemente simples, como la movilización temprana, la correcta hidratación o la vigilancia del estado general del paciente, pueden prevenir complicaciones graves como trombosis, infecciones o deterioro funcional. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha promovido estrategias orientadas a fortalecer las prácticas de cuidado básico como parte de los programas globales de seguridad del paciente (WHO, 2023).

En el contexto de América Latina, los sistemas hospitalarios presentan importantes desafíos relacionados con la implementación efectiva de estos cuidados. Factores como la sobrecarga laboral del personal sanitario, las limitaciones en la infraestructura hospitalaria y la disponibilidad insuficiente de recursos humanos pueden afectar la calidad del cuidado brindado a los pacientes hospitalizados. A pesar de estos desafíos, varios países de la región han implementado programas de capacitación dirigidos al personal de enfermería con el objetivo de fortalecer las competencias relacionadas con el cuidado básico del paciente (PAHO, 2022).

En Ecuador, el fortalecimiento de los cuidados básicos hospitalarios se ha convertido en una prioridad dentro de las políticas

de salud pública. El Ministerio de Salud Pública ha desarrollado lineamientos y protocolos orientados a garantizar la atención integral de los pacientes hospitalizados, enfatizando la importancia de la vigilancia continua del estado clínico, la atención humanizada y la prevención de complicaciones durante la hospitalización. No obstante, todavía existen desafíos relacionados con la estandarización de estos cuidados en todos los niveles del sistema sanitario, especialmente en hospitales con alta demanda de servicios (MSP, 2023).

Higiene y confort del paciente

La higiene del paciente hospitalizado constituye un componente fundamental de los cuidados básicos, ya que contribuye a mantener la integridad de la piel, prevenir infecciones y mejorar el bienestar general del paciente. Las actividades relacionadas con la higiene incluyen el baño diario, el cuidado bucal, el cambio de ropa de cama, el aseo del entorno inmediato y el mantenimiento de condiciones adecuadas de limpieza en la unidad hospitalaria. Estas prácticas permiten reducir la proliferación de microorganismos y disminuir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria (Johnson et al., 2022).

Desde una perspectiva internacional, la higiene del paciente ha sido reconocida como un factor clave en la prevención de infecciones hospitalarias. Estudios recientes han demostrado que la correcta aplicación de protocolos de higiene puede reducir significativamente la incidencia de infecciones nosocomiales, particularmente en pacientes con sistemas inmunológicos comprometidos o con estancias hospitalarias prolongadas. Además, el mantenimiento de condiciones adecuadas de confort contribuye a mejorar la experiencia del paciente durante su hospitalización (Jackson et al., 2023).

En América Latina, la implementación de prácticas adecuadas de higiene hospitalaria enfrenta diversas limitaciones relacionadas con la disponibilidad de personal sanitario, la carga de trabajo en los hospitales y las condiciones de infraestructura. Estas dificultades pueden afectar la frecuencia con la que se realizan las actividades de higiene del paciente, lo que incrementa el riesgo de infecciones y otras complicaciones durante la hospitalización. Por esta razón, organismos

internacionales han promovido programas de fortalecimiento de las prácticas de cuidado básico en los hospitales de la región (PAHO, 2022).

En Ecuador, los establecimientos de salud cuentan con protocolos que establecen la responsabilidad del personal de enfermería en la supervisión de las actividades de higiene y confort del paciente hospitalizado. Estas acciones incluyen la evaluación del estado de la piel, la prevención de lesiones por presión y el mantenimiento de un entorno limpio y seguro para el paciente. Sin embargo, algunos estudios nacionales han señalado la necesidad de reforzar la capacitación continua del personal sanitario para garantizar la correcta aplicación de estas prácticas en todos los hospitales del país (MSP, 2023).

Administración de medicamentos

Importancia de la administración segura de medicamentos

La administración de medicamentos constituye una de las responsabilidades más complejas y críticas dentro del ejercicio profesional de enfermería, ya que no se limita únicamente a la ejecución de una indicación médica, sino que implica un proceso integral que abarca la valoración del paciente, la preparación del fármaco, su administración y la monitorización de sus efectos terapéuticos y adversos. En este sentido, el profesional de enfermería se posiciona como el último eslabón en la cadena de seguridad del paciente, desempeñando un rol determinante en la prevención de errores de medicación y en la garantía de una atención segura y de calidad (WHO, 2023).

Desde una perspectiva clínica, la administración de medicamentos requiere conocimientos sólidos en farmacología, habilidades técnicas y un alto sentido de responsabilidad ética. Cada intervención debe orientarse a asegurar que el tratamiento farmacológico cumpla su objetivo terapéutico sin generar riesgos innecesarios para el paciente. Esto implica no solo seguir indicaciones médicas, sino también analizarlas críticamente, verificar su pertinencia y actuar ante posibles inconsistencias, lo cual forma parte del juicio clínico propio de la enfermería (Assunção et al., 2022).

A nivel global, los errores de medicación representan una de las principales causas de eventos adversos evitables en los hospitales. Estos pueden ocurrir en distintas etapas del proceso terapéutico, pero una proporción significativa se relaciona directamente con fallas en la administración, como errores en la identificación del paciente, en la dosificación o en la vía de administración. Esta problemática evidencia la necesidad de fortalecer las prácticas seguras dentro del ejercicio profesional de enfermería (Bohórquez et al., 2021).

En respuesta a esta situación, la enfermería ha incorporado herramientas fundamentales para garantizar la seguridad del paciente, entre las cuales destacan los denominados “10 correctos” de la administración de medicamentos. Estos principios constituyen una guía esencial que orienta la práctica clínica hacia la reducción de errores y la mejora de la calidad del cuidado. Su aplicación sistemática permite fortalecer la seguridad del paciente y optimizar los resultados terapéuticos (WHO, 2023).

Los 10 correctos incluyen: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía de administración correcta, hora correcta, velocidad de administración, razón correcta, respuesta correcta, educación correcta y verificación de la fecha de vencimiento correcta tomando en cuenta el derecho del paciente a rechazar el medicamento. Y de igual importancia son los *yo*, que representan la responsabilidad del enfermero administrador del medicamento y estos son: Yo preparo, yo administro y yo registro.

El cumplimiento del paciente correcto implica la verificación rigurosa de la identidad mediante métodos seguros, reduciendo el riesgo de errores graves. El medicamento correcto requiere confirmar el nombre, la presentación y la compatibilidad con la prescripción, mientras que la dosis correcta exige precisión en el cálculo y preparación del fármaco, considerando características individuales del paciente (Assunção et al., 2022).

Por su parte, la vía y la hora correctas aseguran que el medicamento se administre de acuerdo con sus propiedades farmacológicas, favoreciendo su eficacia. El registro correcto constituye un elemento clave para la continuidad del cuidado, ya que permite documentar de manera precisa las intervenciones realizadas. Asimismo, la razón correcta implica que el profesional de enfermería

comprenda el propósito del tratamiento, lo que facilita la identificación de posibles errores en la prescripción (Bohórquez et al., 2021).

Desde un enfoque más integral, la respuesta correcta se relaciona con la evaluación continua de los efectos del medicamento, permitiendo detectar oportunamente reacciones adversas o la falta de eficacia terapéutica. La educación correcta al paciente es fundamental para promover la adherencia al tratamiento y fortalecer su participación activa en el proceso de cuidado. Finalmente, el respeto al derecho del paciente a rechazar el medicamento refleja la dimensión ética y humanizada de la práctica de enfermería, basada en el respeto a la autonomía del paciente (WHO, 2023).

En América Latina, la aplicación de estos principios se enfrenta a diversos desafíos estructurales, como la sobrecarga laboral, la escasez de personal sanitario y las limitaciones en los sistemas de registro clínico. Estas condiciones pueden aumentar el riesgo de errores de medicación, lo que refuerza la importancia del rol del profesional de enfermería como garante de la seguridad del paciente. En este contexto, la capacitación continua y el fortalecimiento de la cultura de seguridad son estrategias clave para mejorar la calidad del cuidado (PAHO, 2022).

En Ecuador, la normativa del Ministerio de Salud Pública establece lineamientos orientados a garantizar la administración segura de medicamentos, reconociendo el papel fundamental del profesional de enfermería en este proceso. La aplicación de los principios de seguridad, incluyendo los 10 correctos, permite reducir eventos adversos, mejorar la calidad de la atención y fortalecer la práctica clínica. No obstante, persiste la necesidad de reforzar la formación continua y mejorar las condiciones laborales del personal de enfermería para asegurar la correcta implementación de estos estándares (MSP, 2023).

Importancia del monitoreo clínico y técnica de toma y registro desde la enfermería

El control de los signos vitales constituye una de las intervenciones fundamentales del cuidado de enfermería, ya que

permite valorar de manera continua el estado fisiológico del paciente y detectar oportunamente posibles alteraciones clínicas. Esta actividad no solo implica la medición de parámetros biológicos, sino también su interpretación dentro del contexto clínico del paciente, lo que posiciona al profesional de enfermería como un actor clave en la vigilancia y seguimiento del estado de salud durante la hospitalización (Johnson et al., 2022).

Desde la práctica enfermera, la toma de signos vitales se realiza mediante técnicas estandarizadas que garantizan la precisión y confiabilidad de los datos obtenidos. Estos parámetros incluyen la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la saturación de oxígeno, los cuales reflejan el funcionamiento de los sistemas cardiovascular, respiratorio y metabólico. La correcta medición de estos signos requiere no solo el uso adecuado de equipos, sino también la aplicación de procedimientos técnicos específicos que aseguren resultados válidos y comparables en el tiempo (Smith y Taylor, 2022).

En relación con la técnica de toma, el profesional de enfermería debe considerar diversos factores que pueden influir en la medición. Por ejemplo, en la toma de la presión arterial es necesario utilizar un manguito adecuado al tamaño del brazo del paciente, colocarlo correctamente a nivel del corazón y garantizar que el paciente se encuentre en reposo previo a la medición. En el caso de la frecuencia cardíaca, se recomienda evaluar el pulso en sitios anatómicos adecuados, valorando no solo la frecuencia sino también el ritmo y la amplitud. Asimismo, la frecuencia respiratoria debe medirse de forma discreta para evitar que el paciente modifique su patrón respiratorio, mientras que la temperatura corporal debe registrarse utilizando el método más apropiado según la condición del paciente (Johnson et al., 2022).

La saturación de oxígeno, por su parte, se mide comúnmente mediante pulsioximetría, técnica no invasiva que permite evaluar la oxigenación del paciente de forma rápida y continua. Sin embargo, su correcta interpretación requiere considerar factores como la perfusión periférica, la presencia de esmalte de uñas o el movimiento del paciente, los cuales pueden alterar la lectura. En este sentido, la

enfermería no solo ejecuta la medición, sino que también analiza la validez de los resultados obtenidos (Smith y Taylor, 2022).

Otro aspecto fundamental dentro del control de signos vitales es el registro adecuado de la información, el cual constituye una responsabilidad legal, ética y clínica del profesional de enfermería. El registro debe realizarse de manera clara, precisa, oportuna y completa en la historia clínica del paciente, permitiendo dar seguimiento a su evolución y facilitando la toma de decisiones por parte del equipo de salud. Un registro adecuado contribuye a la continuidad del cuidado y a la identificación temprana de cambios en la condición del paciente (WHO, 2023).

Además, el registro no se limita a consignar valores numéricos, sino que debe incluir observaciones relevantes, como la presencia de signos de alarma, cambios en el estado general del paciente o intervenciones realizadas. Esta información resulta esencial para establecer tendencias clínicas y anticipar posibles complicaciones, lo que refuerza el papel de enfermería en la vigilancia continua del paciente hospitalizado (Johnson et al., 2022).

A nivel internacional, el monitoreo de signos vitales es considerado un indicador clave de calidad en la atención hospitalaria, debido a su impacto en la detección temprana del deterioro clínico. La evidencia señala que una adecuada frecuencia en la toma de signos vitales, junto con un registro preciso, permite reducir la incidencia de eventos adversos y mejorar los resultados clínicos (Smith y Taylor, 2022).

En América Latina, la práctica de enfermería en el control de signos vitales enfrenta desafíos relacionados con la disponibilidad de recursos, la carga laboral y el acceso a tecnologías de monitoreo continuo. A pesar de estas limitaciones, el profesional de enfermería mantiene un rol esencial en la vigilancia clínica mediante la aplicación de técnicas tradicionales y el uso racional de los recursos disponibles (PAHO, 2022).

En Ecuador, los protocolos de atención hospitalaria establecen que la toma y registro de signos vitales deben realizarse de manera periódica según la condición clínica del paciente, siendo responsabilidad directa del personal de enfermería. Estas prácticas

permiten garantizar un seguimiento adecuado del estado de salud, contribuyendo a la toma de decisiones clínicas oportunas y a la mejora de la calidad del cuidado (MSP, 2023).

Prevención de infecciones nosocomiales

Panorama global de las infecciones hospitalarias

Las infecciones nosocomiales, también conocidas como infecciones asociadas a la atención de salud, representan uno de los principales desafíos para los sistemas hospitalarios a nivel mundial. Estas infecciones se adquieren durante la estancia hospitalaria y pueden afectar tanto a pacientes como al personal sanitario. Su aparición está relacionada con diversos factores, entre ellos la exposición a microorganismos patógenos, el uso de dispositivos médicos invasivos y las condiciones del entorno hospitalario (WHO, 2023).

Desde una perspectiva global, las infecciones nosocomiales generan un impacto significativo en la salud pública debido al aumento de la morbilidad, la mortalidad y los costos asociados a la atención sanitaria. Según estimaciones internacionales, una proporción considerable de pacientes hospitalizados adquiere algún tipo de infección durante su estancia en el hospital, lo que prolonga el tiempo de hospitalización y aumenta la complejidad del tratamiento médico (Jackson et al., 2023).

En América Latina, la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria suele ser mayor en comparación con países de ingresos altos, debido a factores como la limitada disponibilidad de recursos, el incumplimiento de protocolos de higiene y las deficiencias en los sistemas de vigilancia epidemiológica hospitalaria. Estas condiciones han llevado a los organismos regionales de salud a implementar programas de control y prevención de infecciones en los establecimientos de salud (PAHO, 2022).

En Ecuador, la prevención de infecciones nosocomiales constituye una prioridad dentro de las políticas de seguridad del paciente. El Ministerio de Salud Pública ha desarrollado programas de vigilancia epidemiológica hospitalaria que permiten identificar los

principales tipos de infecciones asociadas a la atención sanitaria y establecer estrategias de control. Entre las medidas más importantes se encuentran la higiene de manos, el uso adecuado de equipos de protección personal y la esterilización de equipos médicos (MSP, 2023).

Prevención de IAAS: higiene de manos en la práctica de Enfermería

La prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) constituye una de las prioridades fundamentales dentro del cuidado de enfermería, debido a su impacto en la morbilidad, mortalidad y prolongación de la estancia hospitalaria. En este contexto, la higiene de manos se reconoce como la medida más efectiva, sencilla y costo-efectiva para interrumpir la transmisión de microorganismos en los entornos sanitarios, siendo una práctica esencial dentro de la seguridad del paciente (WHO, 2023).

Desde la perspectiva de enfermería, el lavado de manos no es únicamente una acción rutinaria, sino una intervención crítica basada en principios de bioseguridad y control de infecciones. El profesional de enfermería, al mantener contacto directo y continuo con el paciente, asume la responsabilidad de aplicar correctamente esta técnica en cada momento del cuidado, contribuyendo a la reducción del riesgo de infecciones cruzadas y garantizando un entorno seguro tanto para el paciente como para el personal de salud (Santos-Costa et al., 2024).

El protocolo de higiene de manos establece una serie de pasos técnicos que deben seguirse para asegurar una limpieza adecuada. Este proceso incluye la aplicación de solución alcohólica o el lavado con agua y jabón cuando las manos se encuentran visiblemente sucias. La técnica adecuada comprende la fricción de todas las superficies de las manos durante un tiempo suficiente, incluyendo palmas, dorso, espacios interdigitales, pulgares, puntas de los dedos y muñecas. La correcta ejecución de estos pasos garantiza la eliminación de microorganismos transitorios y reduce significativamente la carga microbiana (WHO, 2023).

El lavado con agua y jabón debe realizarse durante al menos 40 a 60 segundos, mientras que la fricción con solución hidroalcohólica requiere entre 20 y 30 segundos, asegurando que las manos permanezcan húmedas durante todo el procedimiento. Además, el profesional de enfermería debe evitar el uso de accesorios como anillos o pulseras, mantener las uñas cortas y sin esmalte, y cuidar la integridad de la piel, ya que estos factores pueden favorecer la colonización bacteriana (MSP, 2022).

Un elemento clave dentro de la higiene de manos es la aplicación de los denominados “5 momentos”, establecidos por la Organización Mundial de la Salud como una estrategia para estandarizar esta práctica dentro de los servicios de salud. Estos momentos orientan al personal de enfermería sobre cuándo es imprescindible realizar la higiene de manos durante la atención del paciente, contribuyendo a cortar la cadena de transmisión de infecciones (WHO, 2023).

El primer momento corresponde a la higiene de manos antes del contacto con el paciente, con el fin de protegerlo de microorganismos presentes en las manos del personal de salud. El segundo momento se realiza antes de llevar a cabo una tarea limpia o aséptica, como la administración de medicamentos o la manipulación de dispositivos invasivos, evitando así la introducción de patógenos en el organismo del paciente.

El tercer momento se aplica después del riesgo de exposición a fluidos corporales, independientemente de si se han utilizado guantes, con el objetivo de proteger al profesional de salud y al entorno. El cuarto momento corresponde a la higiene de manos después del contacto directo con el paciente, reduciendo la posibilidad de transmisión de microorganismos a otras personas o superficies. Finalmente, el quinto momento se realiza después del contacto con el entorno del paciente, incluso si no ha existido contacto directo, ya que las superficies pueden actuar como reservorios de patógenos (WHO, 2023).

En América Latina, la adherencia a la higiene de manos continúa siendo un desafío importante debido a factores como la sobrecarga laboral, la disponibilidad limitada de insumos y la falta de capacitación continua. Estas condiciones pueden afectar el

cumplimiento de los protocolos, incrementando el riesgo de IAAS. En este contexto, el rol del profesional de enfermería es fundamental no solo en la aplicación de la técnica, sino también en la promoción de una cultura de seguridad dentro de los servicios de salud (PAHO, 2022).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ha establecido lineamientos específicos para la prevención y control de infecciones, destacando la higiene de manos como una medida prioritaria. El personal de enfermería participa activamente en la implementación de estos protocolos, así como en la educación del paciente y su familia sobre la importancia de esta práctica. Sin embargo, se reconoce la necesidad de fortalecer la capacitación y supervisión para garantizar un cumplimiento adecuado en todos los niveles del sistema de salud (MSP, 2022).

Manejo del dolor

Importancia del control del dolor

El manejo del dolor constituye una dimensión esencial dentro del cuidado de enfermería, debido a su impacto directo en el bienestar físico, emocional y funcional del paciente hospitalizado. El dolor, al ser una experiencia subjetiva, requiere una valoración sistemática y continua que permita identificar su intensidad, características y evolución en el tiempo. En este contexto, el profesional de enfermería cumple un rol fundamental, ya que es quien mantiene contacto directo y permanente con el paciente, lo que facilita una evaluación oportuna y una intervención adecuada (Smith y Taylor, 2022).

Desde la práctica clínica, la valoración del dolor no debe limitarse a la observación, sino que requiere el uso de herramientas estandarizadas que permitan objetivar una experiencia subjetiva. Entre estas herramientas, la Escala Visual Analógica (EVA) es una de las más utilizadas a nivel hospitalario, debido a su simplicidad, rapidez de aplicación y confiabilidad en la medición de la intensidad del dolor (IASP, 2021).

La EVA consiste en una línea continua, generalmente de 10 centímetros, en la que un extremo representa la ausencia de dolor (0)

y el otro el dolor máximo imaginable (10). El paciente debe señalar el punto que mejor describa la intensidad de su dolor en ese momento, lo que permite al profesional de enfermería cuantificarlo y registrar su evolución. Esta herramienta facilita la toma de decisiones clínicas, especialmente en la selección y ajuste de intervenciones terapéuticas (Smith & Taylor, 2022). Desde el enfoque enfermero, la correcta aplicación de la escala EVA implica no solo su uso técnico, sino también la adecuada orientación al paciente para garantizar que comprenda su funcionamiento. Asimismo, es fundamental considerar factores como la edad, el estado cognitivo y la condición clínica del paciente, ya que estos pueden influir en la capacidad para expresar el dolor. En pacientes que no pueden comunicarse verbalmente, el profesional de enfermería debe complementar la valoración con la observación de signos conductuales y fisiológicos (IASP, 2021).

El proceso de valoración del dolor mediante la EVA debe realizarse de forma periódica y sistemática, especialmente antes y después de la administración de analgésicos, con el fin de evaluar la efectividad del tratamiento. Este seguimiento continuo permite identificar cambios en la intensidad del dolor y ajustar las intervenciones de manera oportuna, contribuyendo a una atención centrada en el paciente (Smith y Taylor, 2022).

Además de la valoración, el manejo del dolor desde la enfermería incluye la implementación de intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas. Entre estas últimas se encuentran técnicas como la relajación, el posicionamiento adecuado, la aplicación de frío o calor y el acompañamiento emocional, las cuales complementan el tratamiento médico y favorecen el bienestar integral del paciente (IASP, 2021).

En América Latina, el control del dolor continúa siendo un desafío debido a factores como la disponibilidad limitada de recursos, la variabilidad en la formación del personal sanitario y la falta de protocolos estandarizados en algunos establecimientos de salud. Estas condiciones pueden generar un manejo insuficiente del dolor, lo que resalta la importancia del rol de enfermería en la valoración continua y en la aplicación de herramientas como la EVA (PAHO, 2022). En Ecuador, los protocolos hospitalarios establecen que la valoración del dolor debe formar parte del monitoreo clínico rutinario, siendo

responsabilidad del personal de enfermería registrar la intensidad del dolor y aplicar intervenciones oportunas. La incorporación de la escala EVA en la práctica clínica ha permitido mejorar la calidad de la atención, facilitando una evaluación más objetiva y sistemática del dolor (MSP, 2023).

Seguridad del paciente hospitalizado

La seguridad del paciente hospitalizado se ha convertido en una de las prioridades fundamentales de los sistemas de salud a nivel mundial. Este concepto se refiere a la prevención de errores y eventos adversos que puedan ocurrir durante la atención sanitaria y que puedan causar daño al paciente. De acuerdo con investigaciones recientes, los eventos adversos relacionados con la atención hospitalaria continúan representando un desafío importante para los sistemas de salud, ya que afectan la calidad de la atención, prolongan la estancia hospitalaria y generan costos adicionales para las instituciones sanitarias (Slawomirski et al., 2022).

A nivel internacional, la OMS ha desarrollado diversas estrategias orientadas a mejorar la seguridad del paciente en los hospitales. Entre estas estrategias se incluyen programas de reporte de eventos adversos, la implementación de protocolos clínicos estandarizados y la promoción de una cultura de seguridad dentro de las instituciones sanitarias. Estas iniciativas buscan fomentar un enfoque preventivo que permita identificar los riesgos antes de que se produzcan daños en los pacientes (WHO, 2023).

En América Latina, la seguridad del paciente continúa siendo un desafío importante debido a factores como la escasez de recursos, la sobrecarga laboral del personal sanitario y las limitaciones en la infraestructura hospitalaria. Diversos estudios regionales han señalado que la implementación de sistemas de gestión de calidad y la capacitación continua del personal de salud son estrategias fundamentales para reducir los eventos adversos en los hospitales de la región (OPS, 2022).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ha promovido la implementación de políticas orientadas a fortalecer la seguridad del paciente dentro de los establecimientos de salud. Estas políticas incluyen la aplicación de protocolos de identificación del paciente, la

prevención de caídas, la vigilancia de infecciones hospitalarias y el monitoreo de eventos adversos. No obstante, algunos estudios han señalado la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad en los hospitales del país mediante procesos de capacitación y mejora continua.

Comunicación entre profesionales de salud

La comunicación efectiva entre los profesionales de salud constituye un elemento esencial para garantizar una atención hospitalaria segura y de calidad. Durante la hospitalización, los pacientes suelen recibir atención de diferentes profesionales, incluyendo médicos, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas, por lo que una comunicación adecuada entre estos actores es fundamental para evitar errores y asegurar la continuidad del tratamiento (O'Daniel y Rosenstein, 2021).

En el contexto internacional, diversos estudios han demostrado que las fallas en la comunicación entre profesionales de salud representan una de las principales causas de errores clínicos en los hospitales. Estas fallas pueden manifestarse durante la transferencia de información entre turnos de trabajo, en la comunicación de resultados diagnósticos o en la coordinación de los tratamientos médicos. Por esta razón, muchos hospitales han implementado herramientas de comunicación estructurada como SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) para mejorar la transmisión de información clínica (Müller et al., 2023).

En América Latina, las barreras de comunicación dentro de los equipos de salud pueden verse influenciadas por factores organizacionales, como la carga laboral, las diferencias jerárquicas entre profesionales y la falta de protocolos estandarizados para la transferencia de información clínica. Estas condiciones pueden afectar la coordinación de la atención y aumentar el riesgo de errores médicos en los pacientes hospitalizados.

En Ecuador, la mejora de la comunicación entre los profesionales de salud se ha convertido en una estrategia importante para fortalecer la seguridad del paciente. Algunos hospitales han

comenzado a implementar protocolos de entrega de turno estructurados y sistemas de registro clínico electrónico que facilitan el intercambio de información entre los diferentes miembros del equipo sanitario.

Nutrición del paciente hospitalizado

La nutrición adecuada constituye un elemento fundamental para la recuperación del paciente hospitalizado. Durante la hospitalización, muchos pacientes presentan alteraciones metabólicas, pérdida de apetito o dificultades para la alimentación, lo que puede afectar su estado nutricional y retrasar su recuperación. La literatura científica ha señalado que la desnutrición hospitalaria es un problema frecuente que puede aumentar el riesgo de complicaciones clínicas y prolongar la estancia hospitalaria (Cederholm et al., 2022).

A nivel internacional, diversos organismos de salud han destacado la importancia de evaluar el estado nutricional de los pacientes al momento de su ingreso hospitalario. La implementación de programas de soporte nutricional permite identificar de manera temprana a los pacientes en riesgo de desnutrición y establecer intervenciones nutricionales adecuadas para mejorar su estado de salud.

En América Latina, la desnutrición hospitalaria continúa siendo un problema relevante debido a factores como la falta de evaluación nutricional sistemática y la disponibilidad limitada de servicios especializados de nutrición clínica. Diversos estudios han señalado que la implementación de protocolos de evaluación nutricional puede contribuir a mejorar los resultados clínicos de los pacientes hospitalizados.

En Ecuador, algunos hospitales han comenzado a incorporar evaluaciones nutricionales dentro de los procesos de atención hospitalaria con el objetivo de identificar a los pacientes en riesgo nutricional. Estas evaluaciones permiten diseñar planes de alimentación personalizados que contribuyen a mejorar la recuperación del paciente y reducir las complicaciones asociadas a la hospitalización.

Movilización temprana del paciente hospitalizado

La movilización temprana del paciente hospitalizado constituye una estrategia fundamental para prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad durante la hospitalización. La permanencia prolongada en cama puede generar efectos negativos en el organismo, como pérdida de masa muscular, alteraciones circulatorias y aumento del riesgo de trombosis venosa profunda. Por esta razón, la movilización temprana se ha convertido en una práctica recomendada en los protocolos de atención hospitalaria (Hodgson et al., 2022).

A nivel internacional, diversos estudios han demostrado que la movilización temprana contribuye a mejorar la recuperación funcional de los pacientes hospitalizados, reducir la duración de la estancia hospitalaria y disminuir el riesgo de complicaciones respiratorias. Estas intervenciones incluyen actividades como cambios de posición, ejercicios pasivos o activos y la deambulación asistida.

En América Latina, la implementación de programas de movilización temprana puede verse limitada por factores como la disponibilidad de personal sanitario y la falta de protocolos estandarizados en algunos hospitales. Sin embargo, diferentes estudios han señalado que incluso intervenciones simples de movilización pueden generar beneficios significativos en la recuperación de los pacientes hospitalizados.

En Ecuador, la movilización temprana forma parte de las recomendaciones clínicas para la atención hospitalaria, especialmente en pacientes que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas o que presentan enfermedades crónicas. La aplicación de estas prácticas permite mejorar la funcionalidad del paciente y prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad prolongada.

Continuidad del cuidado y alta hospitalaria

La continuidad del cuidado constituye un elemento clave en el manejo del paciente hospitalizado, especialmente durante el proceso de transición entre la hospitalización y el regreso al hogar. Una planificación adecuada del alta hospitalaria permite garantizar que el

paciente continúe recibiendo los cuidados necesarios después de abandonar el hospital, lo que contribuye a prevenir complicaciones y reducir las readmisiones hospitalarias (Gonçalves et al., 2022).

A nivel internacional, los programas de planificación del alta hospitalaria han demostrado ser efectivos para mejorar la coordinación entre los servicios hospitalarios y los servicios de atención primaria. Estos programas incluyen la educación del paciente y su familia, la entrega de instrucciones claras sobre el tratamiento médico y la coordinación con otros profesionales de salud que participarán en el seguimiento del paciente.

En América Latina, la continuidad del cuidado puede verse afectada por la fragmentación de los sistemas de salud y la limitada coordinación entre los diferentes niveles de atención sanitaria. Estas condiciones pueden dificultar el seguimiento adecuado de los pacientes después del alta hospitalaria, lo que incrementa el riesgo de complicaciones y rehospitalizaciones.

En Ecuador, la planificación del alta hospitalaria se ha incorporado progresivamente dentro de los protocolos de atención hospitalaria. Estas estrategias buscan garantizar que los pacientes reciban la información necesaria sobre su tratamiento, medicamentos y cuidados posteriores al alta, promoviendo así una transición segura desde el hospital hacia el hogar o hacia otros servicios de atención sanitaria.

Humanización de la atención hospitalaria

La humanización de la atención hospitalaria se ha convertido en un componente esencial dentro de los sistemas modernos de salud, ya que busca garantizar que los pacientes reciban una atención basada no solo en criterios clínicos, sino también en principios éticos, emocionales y sociales. La literatura científica reciente señala que la humanización del cuidado implica reconocer al paciente como un ser integral con necesidades físicas, psicológicas y sociales, promoviendo un trato digno, respetuoso y empático por parte del personal sanitario (Busch & Moretti, 2021). Este enfoque contribuye a mejorar la

experiencia del paciente durante la hospitalización y fortalece la relación entre el personal de salud y los pacientes.

A nivel internacional, diversos organismos de salud han promovido estrategias orientadas a fortalecer la humanización de los servicios hospitalarios. Estas estrategias incluyen la mejora de la comunicación con los pacientes, la participación de la familia en el proceso de atención, el respeto a la autonomía del paciente y la promoción de un entorno hospitalario que favorezca el bienestar emocional. Estudios recientes han demostrado que los hospitales que implementan programas de humanización presentan mayores niveles de satisfacción de los pacientes y mejores resultados clínicos (Paparella, 2022).

En América Latina, la humanización de la atención hospitalaria ha cobrado mayor relevancia en los últimos años debido a la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud y fortalecer la confianza de la población en los sistemas sanitarios. Diversos estudios han evidenciado que los pacientes valoran aspectos como la empatía del personal sanitario, la claridad en la información brindada y el respeto a sus creencias culturales durante el proceso de atención médica.

En Ecuador, el enfoque de atención humanizada ha sido incorporado progresivamente dentro de las políticas del sistema nacional de salud. El Ministerio de Salud Pública ha promovido programas orientados a fortalecer la atención centrada en el paciente, fomentando prácticas como la comunicación efectiva con el paciente y su familia, el respeto a los derechos del paciente y la promoción de un trato digno en los establecimientos de salud.

Uso de tecnologías en la atención hospitalaria

El desarrollo de tecnologías en salud ha transformado significativamente la manera en que se gestionan los procesos de atención hospitalaria. Las herramientas tecnológicas, como los sistemas de historia clínica electrónica, los sistemas de monitoreo clínico y las plataformas digitales de gestión hospitalaria, han permitido mejorar la eficiencia en la atención médica y fortalecer la

seguridad del paciente. Diversos estudios han señalado que la incorporación de tecnologías en los hospitales contribuye a reducir errores clínicos, mejorar la coordinación entre los profesionales de salud y optimizar el acceso a la información médica del paciente (Topol, 2022).

A nivel internacional, los sistemas de salud han impulsado la digitalización de los procesos hospitalarios como parte de las estrategias de modernización de los servicios sanitarios. La implementación de historias clínicas electrónicas, sistemas de prescripción electrónica y herramientas de monitoreo remoto ha permitido mejorar la continuidad del cuidado y facilitar la toma de decisiones clínicas basadas en información actualizada y accesible (Keesara et al., 2021).

En América Latina, la adopción de tecnologías en los hospitales ha avanzado progresivamente, aunque aún existen desafíos relacionados con la infraestructura tecnológica, la capacitación del personal sanitario y la disponibilidad de recursos económicos para implementar sistemas digitales de salud. A pesar de estas limitaciones, diversos países de la región han comenzado a desarrollar estrategias de transformación digital en salud con el objetivo de mejorar la calidad de la atención hospitalaria.

En Ecuador, la incorporación de tecnologías en los establecimientos de salud ha sido promovida mediante iniciativas orientadas a fortalecer los sistemas de información sanitaria. El uso de registros clínicos electrónicos y plataformas digitales de gestión hospitalaria ha permitido mejorar la organización de los servicios de salud y facilitar el seguimiento clínico de los pacientes hospitalizados.

Gestión de riesgos en el entorno hospitalario

La gestión de riesgos en el entorno hospitalario constituye una estrategia fundamental para prevenir eventos adversos y garantizar la seguridad del paciente. Este proceso implica la identificación, análisis y control de los riesgos que pueden afectar la calidad de la atención sanitaria dentro de los establecimientos de salud. La literatura científica señala que la implementación de sistemas de gestión de

riesgos permite identificar situaciones potencialmente peligrosas y desarrollar medidas preventivas que reduzcan la probabilidad de que ocurran eventos adversos durante la atención hospitalaria (Reason, 2021).

A nivel internacional, los hospitales han desarrollado programas de gestión de riesgos que incluyen herramientas como auditorías clínicas, sistemas de reporte de incidentes y análisis de causas raíz. Estas estrategias permiten identificar los factores que contribuyen a la ocurrencia de errores y establecer acciones correctivas orientadas a mejorar la seguridad del paciente (Vincent y Amalberti, 2022).

En América Latina, la implementación de sistemas de gestión de riesgos hospitalarios ha avanzado en los últimos años como parte de las iniciativas orientadas a mejorar la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, algunos estudios han señalado que aún existen desafíos relacionados con la cultura de seguridad en las instituciones de salud y con la disponibilidad de recursos para implementar sistemas de monitoreo y evaluación de riesgos.

En Ecuador, la gestión de riesgos hospitalarios forma parte de las políticas de calidad del sistema nacional de salud. Los establecimientos de salud han comenzado a implementar procesos de identificación y reporte de eventos adversos con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y fortalecer la cultura de prevención dentro de las instituciones sanitarias.

Participación del paciente en su proceso de atención

La participación del paciente en su proceso de atención constituye un enfoque cada vez más reconocido dentro de los sistemas de salud modernos. Este enfoque promueve que los pacientes participen en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento, comprendan su estado de salud y colaboren activamente en las estrategias de cuidado durante su hospitalización. Diversos estudios han demostrado que la participación del paciente contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento y a fortalecer la seguridad del paciente (Coulter et al., 2022).

A nivel internacional, los sistemas de salud han promovido estrategias orientadas a fomentar la participación del paciente mediante programas de educación sanitaria, comunicación efectiva entre el personal de salud y los pacientes, y la promoción del consentimiento informado. Estas iniciativas buscan empoderar a los pacientes para que puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y participar activamente en su proceso de recuperación.

En América Latina, la participación del paciente en la atención sanitaria ha cobrado mayor importancia en los últimos años como parte de los esfuerzos por fortalecer la atención centrada en el paciente. Sin embargo, diversos estudios han señalado que aún existen barreras relacionadas con el acceso a la información, la educación sanitaria y las diferencias culturales entre los profesionales de salud y los pacientes.

En Ecuador, el sistema nacional de salud ha promovido el reconocimiento de los derechos del paciente y la importancia de su participación en el proceso de atención sanitaria. Las políticas de salud han incorporado mecanismos para garantizar que los pacientes reciban información clara sobre su diagnóstico, tratamiento y opciones terapéuticas, promoviendo así una mayor participación en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Conclusiones

El manejo del paciente hospitalizado constituye un proceso integral y dinámico que requiere la aplicación coordinada de conocimientos científicos, habilidades técnicas y principios humanísticos orientados a garantizar la seguridad, recuperación y bienestar del paciente durante su estancia hospitalaria. Los cuidados básicos hospitalarios, junto con la vigilancia continua y la atención individualizada, representan elementos fundamentales para prevenir complicaciones, favorecer la estabilidad clínica y mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Asimismo, la administración segura de medicamentos y el control sistemático de los signos vitales permiten fortalecer la seguridad del paciente y reducir el riesgo de eventos adversos dentro

de los establecimientos de salud. La aplicación de protocolos estandarizados, como los “10 correctos” en la administración de medicamentos y las estrategias de monitoreo clínico continuo, contribuye significativamente a optimizar los resultados terapéuticos y garantizar una práctica de enfermería segura y basada en evidencia científica.

Por otra parte, la prevención de infecciones nosocomiales, el manejo adecuado del dolor y la movilización temprana constituyen intervenciones esenciales para disminuir complicaciones asociadas a la hospitalización prolongada. La correcta aplicación de medidas de bioseguridad, especialmente la higiene de manos y el cumplimiento de protocolos hospitalarios, fortalece la calidad asistencial y favorece la recuperación funcional del paciente, reduciendo la morbilidad asociada a las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

De igual manera, la comunicación efectiva entre los profesionales de salud y la continuidad del cuidado representan componentes indispensables para garantizar una atención coordinada, segura y centrada en el paciente. La adecuada transferencia de información clínica, la planificación del alta hospitalaria y el seguimiento posterior permiten mejorar la adherencia terapéutica, prevenir rehospitalizaciones y fortalecer la integración entre los distintos niveles de atención sanitaria.

Finalmente, la humanización de la atención hospitalaria, el uso de tecnologías aplicadas a la salud y la participación activa del paciente en su proceso de atención reflejan la evolución de los sistemas sanitarios hacia modelos más integrales, seguros y centrados en la dignidad humana. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un rol fundamental como gestor del cuidado, educador y garante de la seguridad del paciente, contribuyendo al fortalecimiento de una atención hospitalaria eficiente, ética y de calidad.

Referencias Bibliográficas

Assunção, L., Santos, K., & Silva, R. (2022). Medication errors in hospital settings: A systematic review of incidence and

- contributing factors. *Patient Safety in Surgery*, 16(1), 34.
<https://doi.org/10.1186/s13037-022-00325-4>
- Bohórquez, C., Manotas, M., Ríos, A., & Hernández, L. (2021). Errores de medicación en pacientes hospitalizados: una revisión sistemática. *Ars Pharmaceutica*, 62(2), 203–212.
<https://doi.org/10.30827/ars.v62i2.16166>
- Busch, I., & Moretti, F. (2021). Humanization of care: Key elements identified in a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 12, 658445.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.658445>
- Cederholm, T., Jensen, G., Correia, M., Gonzalez, M., Fukushima, R., Higashiguchi, T., Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A., Crivelli, A., Evans, D., Gramlich, L., Fuchs, V., Keller, H., Llido, L., Malone, A., Mogensen, K., Morley, J., & Compher, C. (2022). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report. *Clinical Nutrition*, 41(8), 1830–1840.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.06.018>
- Coulter, A., Entwistle, V., & Eccles, A. (2022). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub3>
- Feo, R., Conroy, T., Kitson, A., & Jackson, D. (2021). The fundamentals of care framework: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13–14), 2039–2053.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15621>
- Gonçalves, D., Lannin, N., Clemson, L., Cameron, I., & Shepperd, S. (2022). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(2).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>
- Hodgson, C., Capell, E., & Tipping, C. (2022). Early mobilization in intensive care units: Why, what and how? *Critical Care*, 26(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03995-6>
- International Association for the Study of Pain. (2021). *IASP terminology and pain definitions*. <https://www.iasp-pain.org>

- Jackson, D., Bradbury, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., & Smith, G. (2023). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1–2), 7–9. <https://doi.org/10.1111/jocn.16213>
- Johnson, K., Miller, T., & Adams, R. (2022). Monitoring vital signs in hospitalized patients and the importance of early detection of deterioration. *Journal of Patient Safety*, 18(4), e845–e851. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000897>
- Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2021). COVID-19 and health care's digital revolution. *New England Journal of Medicine*, 382(23), e82. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005835>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Manual de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud*. <https://www.salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *Normativa técnica para la seguridad del paciente en establecimientos de salud*. <https://www.salud.gob.ec>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., & Stock, S. (2023). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 13(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063381>
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. (2021). *Professional communication and team collaboration in patient safety*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Seguridad del paciente en América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org>
- Paparella, G. (2022). Humanising health care: A holistic approach to patient-centred care. *BMJ Leader*, 6(2), 82–84. <https://doi.org/10.1136/leader-2021-000527>
- Patrician, P., Loan, L., McCarthy, M., Fridman, M., Donaldson, N., Bingham, M., & Brosch, L. (2024). The association of nurse staffing with patient outcomes. *Health Services Research*, 59(1). <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14127>

- Reason, J. (2021). Human error and patient safety: Models and management. *BMJ Quality & Safety*, 30(7), 551–557. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011316>
- Santos, P., Costa, J., & Ferreira, M. (2024). Healthcare-associated infections in hospitals: Global perspectives and prevention strategies. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13756-024-01267-2>
- Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. (2022). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm*. OECD Health Working Papers. <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>
- Smith, R., & Taylor, P. (2022). Pain assessment and management in hospitalized patients. *Pain Management Nursing*, 23(2), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.08.003>
- Topol, E. (2022). High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 28(1), 44–56. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01614-8>
- World Health Organization. (2023). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int>

CAPÍTULO V

ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS



RESUMEN

La atención en urgencias y emergencias representa un área crítica dentro de los sistemas de salud debido a la necesidad de realizar intervenciones rápidas y efectivas frente a condiciones potencialmente mortales. Este capítulo aborda aspectos fundamentales relacionados con el triage y priorización de pacientes, el soporte vital básico y avanzado, el manejo inicial del paciente politraumatizado, las emergencias cardiovasculares y la atención integral del paciente en shock. Asimismo, se analizan protocolos internacionales basados en evidencia científica, incluyendo el enfoque ABCDE, la reanimación cardiopulmonar de alta calidad, la desfibrilación temprana y las estrategias de resucitación hemostática. Finalmente, se destaca la importancia de la capacitación continua, la monitorización avanzada y el trabajo interdisciplinario para fortalecer la seguridad del paciente y optimizar los resultados clínicos en contextos de alta complejidad asistencial.

Palabras claves: Urgencias y emergencias, Triage, Soporte vital avanzado, Politraumatismo, Shock.

ABSTRACT

Emergency and critical care represents a highly complex area within healthcare systems due to the need for rapid and effective interventions in potentially life-threatening conditions. This chapter addresses essential topics related to triage and patient prioritization, basic and advanced life support, initial management of polytraumatized patients, cardiovascular emergencies, and comprehensive shock management. Likewise, international evidence-based protocols are analyzed, including the ABCDE approach, high-quality cardiopulmonary resuscitation, early defibrillation, and hemostatic resuscitation strategies. Finally, the importance of continuous training, advanced monitoring, and interdisciplinary teamwork is emphasized to strengthen patient safety and optimize clinical outcomes in high-complexity healthcare settings.

Keywords: Urgent and emergency care, Triage, Advanced life support, Polytrauma, Shock.

Introducción

La atención de urgencias y emergencias constituye uno de los componentes más complejos y dinámicos dentro de los sistemas de salud contemporáneos, debido a que implica la valoración, priorización y manejo inmediato de pacientes con condiciones clínicas potencialmente mortales. En estos escenarios, el tiempo de respuesta, la capacidad de toma de decisiones rápidas y la aplicación de protocolos basados en evidencia representan factores determinantes para disminuir la morbilidad y mejorar los resultados clínicos. Los servicios de urgencias se enfrentan constantemente a situaciones de alta demanda asistencial, sobrecarga operativa y limitaciones de recursos, lo que exige profesionales altamente capacitados capaces de actuar con precisión técnica y criterio clínico bajo presión.

Dentro de este contexto, el triage se ha consolidado como una herramienta fundamental para la clasificación y priorización de pacientes según la gravedad de su condición clínica y la necesidad de intervención inmediata. Su correcta implementación permite optimizar el uso de recursos disponibles, reducir tiempos de espera y garantizar que los pacientes con mayor riesgo vital reciban atención oportuna. Asimismo, el desarrollo de sistemas estructurados de clasificación, como el Manchester Triage System y el Emergency Severity Index, ha fortalecido la seguridad del paciente y la organización de los servicios de emergencia en diferentes contextos hospitalarios yprehospitalarios.

Por otra parte, el soporte vital básico y avanzado, junto con el manejo inicial del paciente politraumatizado, representan pilares esenciales en la atención de emergencias tiempo-dependientes. La aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar de alta calidad, la desfibrilación temprana, el manejo avanzado de la vía aérea y la evaluación sistemática mediante protocolos como el ABCDE del ATLS permiten mejorar significativamente las probabilidades de supervivencia y disminuir las secuelas neurológicas y funcionales asociadas a eventos críticos. De igual manera, el reconocimiento precoz del shock y de las emergencias cardiovasculares favorece la implementación rápida de medidas terapéuticas orientadas a restaurar la perfusión tisular y estabilizar al paciente.

El abordaje de las emergencias cardiovasculares y de los diferentes tipos de shock requiere una comprensión integral de la fisiopatología, monitorización hemodinámica y aplicación de intervenciones terapéuticas basadas en guías clínicas actualizadas. El uso racional de fluidos, vasopresores, estrategias de reperfusión coronaria y cuidados críticos especializados constituye una parte esencial del manejo de pacientes en estado crítico, especialmente en contextos donde las decisiones deben tomarse en períodos muy cortos de tiempo y bajo condiciones de alta complejidad asistencial.

La atención moderna en urgencias y emergencias exige no solo competencias técnicas avanzadas, sino también habilidades relacionadas con el trabajo interdisciplinario, la comunicación efectiva, la ética clínica y la humanización de la atención. La capacitación continua, la simulación clínica y la actualización permanente basada en evidencia científica representan elementos indispensables para fortalecer la capacidad resolutive de los profesionales de salud y garantizar una atención segura, eficiente y centrada en el paciente en escenarios de alta presión y complejidad.

Triage y Priorización en Urgencias y Emergencias

El triage es un pilar de la atención en urgencias y emergencias. Se trata de un proceso dinámico y sistemático que clasifica a los pacientes según la gravedad y la urgencia de intervención, con el fin de asignar recursos de forma segura y oportuna. En este capítulo se describen los principales sistemas utilizados a nivel internacional; Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI) y Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), y se analizan sus fundamentos clínicos y fisiológicos. Además, se revisan errores frecuentes en la aplicación, limitaciones en escenarios de alta demanda y dilemas éticos cuando los recursos son insuficientes. La evidencia revisada respalda que un triage correctamente implementado reduce la mortalidad evitable, mejora los tiempos de atención y contribuye a resultados clínicos más favorables en servicios de urgencias y en incidentes con múltiples víctimas.

El término "triage" proviene del vocablo francés *trier*, que significa clasificar o separar. Su uso sistemático en el ámbito de la

salud se remonta a las campañas napoleónicas del siglo XVIII, cuando el cirujano militar Dominique Jean Larrey estableció un sistema de clasificación de heridos en el campo de batalla, priorizando a aquellos que podían sobrevivir con atención inmediata. Desde entonces, el triage ha evolucionado significativamente, adaptándose a los contextos hospitalarios modernos y a las demandas crecientes de los servicios de urgencias (Fitzgerald, 2020).

En el contexto contemporáneo, la saturación de los servicios de urgencias hospitalarias representa uno de los principales desafíos de los sistemas de salud a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2022), más del 60% de los países de ingresos medios y bajos reportan niveles críticos de saturación en sus servicios de emergencia, lo que impacta directamente sobre los resultados clínicos y la seguridad del paciente. Frente a esta realidad, el triage estructurado emerge como una herramienta clave para garantizar que los pacientes con mayor riesgo vital reciban atención oportuna.

La implementación de sistemas estandarizados de triage permite no solo organizar el flujo de pacientes, sino también asignar eficientemente los recursos disponibles, establecer prioridades clínicas basadas en evidencia y mejorar la comunicación interprofesional dentro del equipo de salud (Göransson y von Rosen, 2021).

Fundamentos fisiológicos de la priorización

La priorización en triage se sustenta en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos que determinan el riesgo vital inmediato. Los parámetros fisiológicos fundamentales evaluados durante el triage incluyen:

- Frecuencia respiratoria.
- La frecuencia cardíaca.
- Presión arterial.
- Nivel de consciencia.

- Saturación de oxígeno.

La alteración aguda de cualquiera de estos indicadores señala un compromiso potencial de la vía aérea, la ventilación o la perfusión tisular, condiciones que requieren intervención inmediata (American College of Emergency Physicians, 2023). El triángulo de evaluación pediátrica (TEP) es una herramienta específicamente diseñada para la población infantil, que permite una valoración rápida basada en la apariencia general, el trabajo respiratorio y la circulación cutánea. Su aplicación en los primeros 30 segundos del encuentro clínico permite identificar al niño gravemente enfermo antes incluso de la medición de constantes vitales, optimizando significativamente el tiempo de respuesta (Dieckmann et al., 2021).

Tabla 4

Niveles de prioridad en el Emergency Severity Index (ESI)

Nivel	Categoría	Tiempo máximo de atención	Descripción clínica
ESI-1	Resucitación	Inmediato	Paciente con riesgo vital inmediato. Requiere intervención inmediata.
ESI-2	Emergencia	< 10 minutos	Situación de alto riesgo. Confusión, letargo, dolor severo ($\geq 8/10$).
ESI-3	Urgente	< 30 minutos	Paciente estable pero que requiere múltiples recursos diagnósticos.
ESI-4	Menos urgente	< 60 minutos	Paciente estable que necesita un solo recurso diagnóstico o terapéutico.
ESI-5	No urgente	< 120 minutos	Paciente estable, sin necesidad de recursos adicionales. Puede ser referido.

Fuente: Adaptado de Gilboy et al. (2020).

Principales sistemas de triage

Manchester Triage System (MTS)

El Manchester Triage System, desarrollado en el Reino Unido en 1994 y actualizado en su quinta edición en 2022, es uno de los sistemas de triage estructurado más ampliamente implementados a nivel internacional. Emplea 52 flujogramas de presentación que guían

al profesional de salud hacia una clasificación en cinco categorías de urgencia: inmediata (rojo), muy urgente (naranja), urgente (amarillo), estándar (verde) y no urgente (azul). Cada categoría lleva asociado un tiempo máximo de atención médica recomendado (Mackway-Jones et al., 2022). La fortaleza del MTS radica en su enfoque basado en síntomas y no en diagnósticos, lo que facilita su aplicación por profesionales de distintos niveles de experiencia. (van der Wulp et al., 2021).

Figura 2

Algoritmo de clasificación del triage Manchester, Utilizado en los sistemas hospitalarios



Fuente: Elaboración propia basada en literatura científica actualizada.

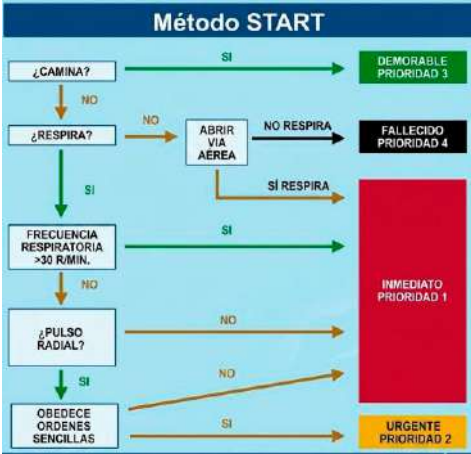
Triage en situaciones de desastre y víctimas en masa

En escenarios de desastre o incidentes con múltiples víctimas (IMV), el enfoque del triage experimenta un cambio conceptual fundamental: el objetivo no es proporcionar el máximo beneficio a cada individuo, sino lograr el mayor beneficio para el mayor número posible de víctimas, dado el desequilibrio entre la demanda y los

recursos disponibles. Bajo este principio, el triage START (Simple Triage and Rapid Treatment) y sus variantes pediátricas como el JumpSTART han demostrado ser herramientas eficaces para la clasificación rápida en el campo (Lerner et al., 2021).

El triage en desastres introduce categorías específicas como el nivel expectante (negro vivo), reservado para víctimas con lesiones incompatibles con la supervivencia o que requieren recursos desproporcionados en relación con el beneficio esperado. La aplicación correcta de este nivel requiere entrenamiento específico y soporte institucional, dada su alta carga ética para el personal de salud interviniente (Iserson y Moskop, 2022).

Figura 3
Algoritmo de clasificación del triage START para incidentes con múltiples víctimas



Fuente: Elaboración propia basada en literatura científica actualizada.

Consideraciones éticas en el triage

El triage introduce inevitablemente dimensiones éticas complejas, particularmente en contextos de recursos limitados. Los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y

autonomía deben orientar cada decisión de priorización. En situaciones de sobresaturación extrema, la aplicación del principio de justicia puede entrar en tensión con el de beneficencia individual, lo que exige marcos normativos claros y formación ética del personal de urgencias (Triage Ethics Consortium, 2022).

La equidad en el triage implica garantizar que factores como la edad, el sexo, la etnia, la condición socioeconómica o la discapacidad no influyan de manera injustificada en la asignación de prioridades clínicas. Estudios recientes han documentado sesgos implícitos en la práctica del triage que afectan desproporionalmente a grupos vulnerables, lo que refuerza la necesidad de protocolos estandarizados y supervisión sistemática del proceso.

El triage es un proceso crítico y dinámico que determina de manera directa los resultados clínicos en los servicios de urgencias y emergencias. La implementación de sistemas estandarizados, validados y adaptados al contexto local, junto con la formación continua del personal de salud, constituyen los pilares de una práctica de triage segura y efectiva. La integración de tecnologías emergentes y el fortalecimiento del marco ético que guía la priorización representan los desafíos inmediatos de este campo en constante evolución.

Para estudiantes y profesionales de la salud, el dominio del triage no se limita al aprendizaje de algoritmos y categorías, sino que implica desarrollar un juicio clínico crítico, una sensibilidad ética profunda y la capacidad de actuar con eficiencia y compasión bajo presión. La práctica reflexiva, el trabajo en equipo y la mejora continua son los atributos del profesional de urgencias del siglo XXI.

Soporte vital básico y avanzado

El soporte vital básico (SVB) y el soporte vital avanzado (SVA) constituyen la columna vertebral de la atención al paciente en paro cardiorrespiratorio (PCR). Este capítulo sintetiza recomendaciones

basadas en guías vigentes de reanimación, incluyendo los fundamentos de la reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad, la desfibrilación temprana, el manejo avanzado de la vía aérea, el uso de vasopresores y los cuidados posparto. Se revisan las cadenas de supervivencia intra y extrahospitalaria, particularidades en población pediátrica y la relevancia de los programas comunitarios de RCP en la supervivencia. En conjunto, la evidencia destaca que la RCP de alta calidad iniciada precozmente y combinada con desfibrilación temprana es la intervención con mayor impacto en la supervivencia y en los desenlaces neurológicos favorables.

Epidemiología del paro cardiorrespiratorio

El paro cardiorrespiratorio extrahospitalario (PCREH) representa una emergencia médica de primera magnitud a nivel mundial, con una incidencia estimada de 55 a 113 casos por 100.000 habitantes por año en países de ingresos altos (Gräsner et al., 2021). En América Latina, la epidemiología del PCREH permanece subestimada debido a las deficiencias en los sistemas de registro, aunque estudios regionales estiman tasas similares a las reportadas en Europa. La supervivencia con función neurológica favorable al alta hospitalaria varía ampliamente, oscilando entre el 5% y el 15% en la mayoría de los contextos, dependiendo de factores como la presencia de testigos, el ritmo inicial y el tiempo de respuesta de los servicios de emergencia (Perkins et al., 2021).

El paro cardiorrespiratorio intrahospitalario (PCRIH) presenta características epidemiológicas distintas: mayor frecuencia de ritmos no desfibrilables (asistolia y actividad eléctrica sin pulso), mayor comorbilidad asociada y mayor acceso a intervenciones avanzadas. Las tasas de supervivencia al alta oscilan entre el 15% y el 25%, con marcadas diferencias según el tipo de institución, el turno de hospitalización y la competencia del equipo de respuesta (Andersen et al., 2022).

Cadena de supervivencia

El concepto de cadena de supervivencia, introducido por la AHA en 1992, describe la secuencia de intervenciones críticas que determinan el pronóstico del PCR. Las guías 2020-2023 establecen cadenas diferenciadas para el entorno extrahospitalario e intrahospitalario. Para el PCREH, los eslabones son: activación del sistema de emergencias, RCP de alta calidad precoz por testigos, desfibrilación temprana con DEA, soporte vital avanzado y cuidados posparo integrados. Para el PCRIH se agrega el eslabón de la vigilancia y prevención del deterioro clínico (AHA, 2020).

Tabla 5
Comparación de cadenas de supervivencia AHA 2020:
extrahospitalaria vs. Intrahospitalaria

Eslabón	PCREH (Extrahospitalaria)	PCRIH (Intrahospitalaria)
1°	Reconocimiento y activación del sistema de respuesta a emergencias.	Vigilancia, prevención y reconocimiento de signos de alerta.
2°	RCP de alta calidad iniciada por testigos presenciales.	Activación inmediata del sistema de respuesta a emergencias.
3°	Desfibrilación rápida (uso de DEA).	RCP de alta calidad (énfasis en compresiones sin demora).
4°	Soporte Vital Avanzado efectivo (traslado y cuidados médicos).	Desfibrilación rápida y Soporte Vital Avanzado.
5°	Cuidados posparo cardíaco (manejo hemodinámico y neurológico).	Cuidados posparo cardíaco (multidisciplinarios).

Nota. Adaptado de las Guías AHA 2020 para Resucitación Cardiopulmonar y Atención Cardiovascular de Emergencia. AHA: American Heart Association; PCREH: paro cardiorrespiratorio extrahospitalario; PCRIH: paro cardiorrespiratorio intrahospitalario.

La comparación entre las cadenas de supervivencia extrahospitalaria (PCREH) e intrahospitalaria (PCRIH) evidencia que, aunque ambas comparten el objetivo de restablecer la circulación espontánea y disminuir la mortalidad asociada al paro cardiorrespiratorio, presentan diferencias importantes relacionadas con el contexto asistencial y la disponibilidad de recursos. En el ámbito extrahospitalario, la supervivencia depende en gran medida

del reconocimiento precoz del evento por parte de testigos presenciales, la activación rápida del sistema de emergencias y el inicio inmediato de maniobras de RCP básica y desfibrilación temprana mediante DEA, debido a que el paciente aún no se encuentra dentro de un entorno sanitario especializado.

Por el contrario, en el contexto intrahospitalario, la prioridad inicial se centra en la vigilancia clínica continua, la identificación temprana de signos de deterioro y la activación inmediata de equipos de respuesta rápida, lo que permite intervenciones avanzadas en menor tiempo. Asimismo, ambas cadenas convergen en la importancia del soporte vital avanzado y de los cuidados posparo cardíaco, destacando que la coordinación multidisciplinaria, la calidad de la RCP y la atención integral posterior al evento son determinantes para mejorar la supervivencia y reducir las secuelas neurológicas del paciente.

Figura 4

Cadena de Supervivencia Intra y Extra Hospitalarias Según la American Heart Association 2025, Guías Actualizadas

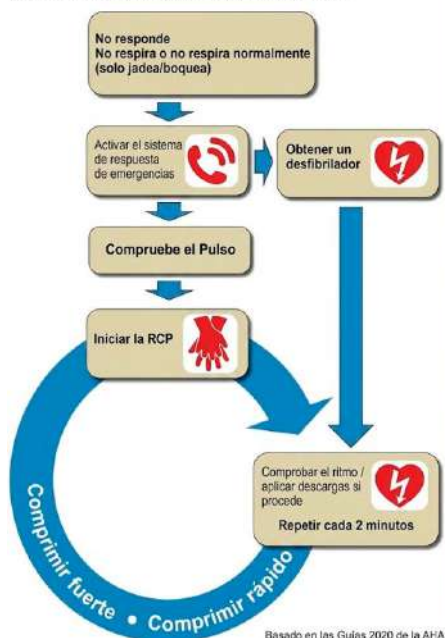


Nota. Adaptado de las cadenas de supervivencia para el paro cardíaco extrahospitalario e intrahospitalario (American Heart Association, 2020). Texto recuperado de <https://cpr.heart.org/>

Figura 5

Algoritmo simplificado de soporte vital básico (BLS) para profesionales de la salud

Algoritmo simplificado de SVB/BLS para Profesionales del Equipo de Salud



Nota. Adaptado de *Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association de 2020 para RCP y ACE* (American Heart Association, 2020).

La figura sobre la cadena de supervivencia de la American Heart Association (AHA) 2025 evidencia la importancia de una secuencia organizada, rápida y coordinada de intervenciones para aumentar la supervivencia de los pacientes que presentan paro cardiorrespiratorio tanto en el ámbito extrahospitalario como intrahospitalario. En el caso del paro cardiorrespiratorio extrahospitalario (PCREH), la cadena inicia con el reconocimiento temprano y la activación inmediata del sistema de emergencias, seguido de la realización precoz de RCP de alta calidad por parte de

testigos presenciales y la desfibrilación rápida mediante DEA, elementos que resultan fundamentales debido a la ausencia inicial de personal sanitario especializado.

RCP de alta calidad: principios y técnica

La RCP de alta calidad es la intervención con mayor impacto demostrado en la supervivencia al PCR. Los parámetros que definen la calidad de las compresiones torácicas incluyen:

- Frecuencia entre 100 y 120 compresiones por minuto.
- Profundidad de 5 a 6 cm en adultos.
- Permitir la descompresión torácica completa entre cada compresión.
- Minimizar las interrupciones.
- Evitar la hiperventilación (AHA, 2020; Soar et al., 2021).

La retroalimentación en tiempo real mediante dispositivos de monitorización de la calidad de la RCP (dispositivos de feedback) ha demostrado mejorar significativamente el cumplimiento de los parámetros de calidad y se recomienda en entornos hospitalarios con recursos adecuados. La fatiga del reanimador es una causa frecuente de deterioro de la calidad de las compresiones, lo que justifica la rotación del personal cada dos minutos durante la resucitación.

Manejo de la vía aérea en el SVA

El manejo de la vía aérea durante el PCR ha experimentado una revisión conceptual importante en las guías más recientes. La intubación orotraqueal (IOT) sigue siendo el método de referencia para la protección definitiva de la vía aérea, pero su aplicación durante

el PCR activa debe minimizar las interrupciones de las compresiones. Las guías AHA 2020 señalan que, en el contexto del PCREH, la IOT no ha demostrado superioridad sobre los dispositivos supraglóticos (DSG) como la mascarilla o el tubo laríngeos en términos de supervivencia y función neurológica, por lo que la elección del dispositivo debe basarse en la experiencia del operador y las condiciones del entorno (Wang et al., 2020).

La capnografía cuantitativa continua es la herramienta de referencia para confirmar la colocación correcta del dispositivo de vía aérea y para monitorizar la calidad de la RCP. Un ETCO₂ < 10 mmHg durante la resucitación se asocia con menor probabilidad de retorno de la circulación espontánea (RCE) y puede orientar decisiones sobre la continuación o terminación del esfuerzo resucitador.

Figura 6
Clasificación de dispositivos supraglóticos de vía aérea de un recurso del manejo del PCR en ACLS

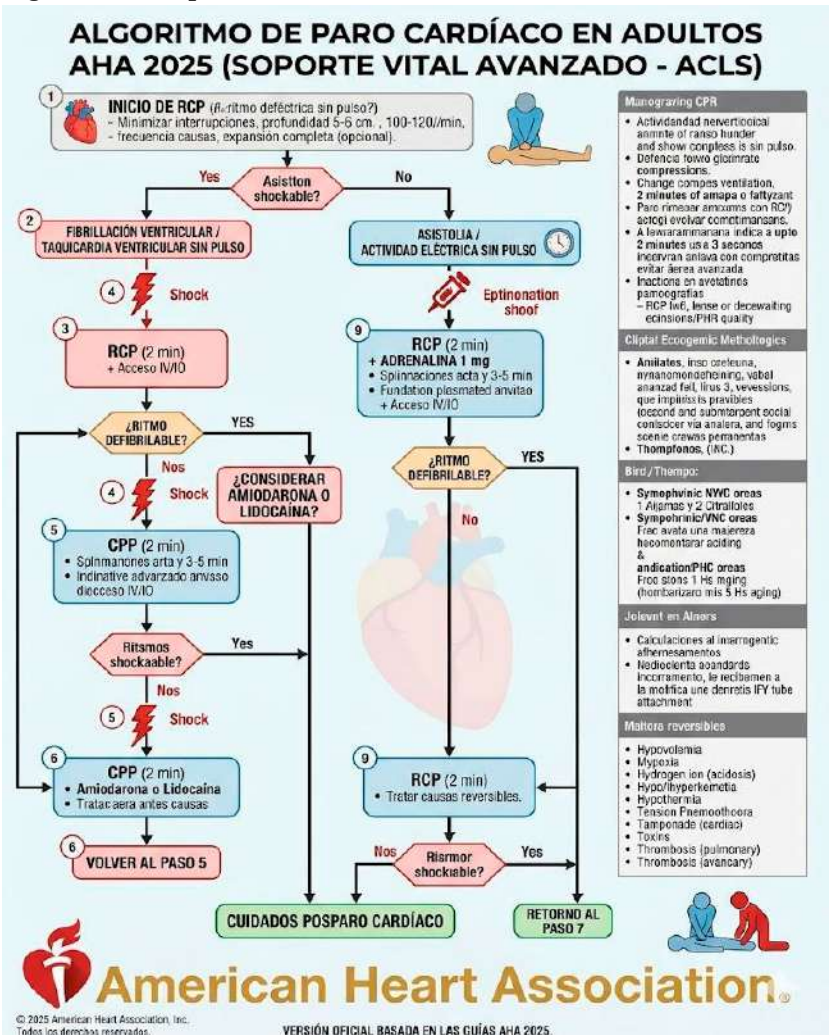


Nota: Clasificación de dispositivos supraglóticos de vía aérea de un recurso del manejo del PCR en ACLS, según las guías 2025 AHA 2025

Desfibrilación y fármacos en el SVA

Figura 7

Algoritmo de soporte vital avanzado en adultos



Nota. Algoritmo de soporte vital avanzado en adultos — AHA/ILCOR 2020

La desfibrilación temprana es la intervención de mayor impacto en los ritmos desfibrilables (fibrilación y taquicardia ventriculares sin pulso). Cada minuto de retraso en la desfibrilación reduce la probabilidad de supervivencia entre un 7% y un 10%. Los desfibriladores bifásicos son el estándar actual, con energías de 120-200 J para la primera descarga según las recomendaciones del fabricante, y estrategias de escalada de energía en caso de refractariedad (Soar et al., 2021).

La epinefrina (adrenalina) a dosis de 1 mg IV cada 3-5 minutos sigue siendo el vasopresor de elección en el PCR, tanto en ritmos desfibrilables como no desfibrilables. En los ritmos desfibrilables, la administración de epinefrina debe diferirse hasta después de al menos uno o dos ciclos de desfibrilación y RCP. La amiodarona (300 mg IV en bolo) o la lidocaína (1-1.5 mg/kg IV) están indicadas en la FV/TV refractaria a tres o más descargas (AHA, 2020).

Cuidados posparo cardíaco

El síndrome posparo cardíaco es una entidad fisiopatológica compleja que resulta de la lesión por isquemia-reperusión sistémica que sigue al retorno de la circulación espontánea (RCE). Sus componentes principales incluyen la disfunción miocárdica posparo, la encefalopatía anóxica-isquémica, la lesión orgánica sistémica y el proceso patológico subyacente que precipitó el PCR. El manejo integrado del síndrome posparo incluye el control de la temperatura objetivo (CTT) a 32-36°C durante 24 horas en pacientes que permanecen en coma, el mantenimiento de la presión arterial media > 65 mmHg, la corrección de la hipoxemia y la hipercapnia, y la coronariografía precoz en caso de sospecha de síndrome coronario agudo (Nolan et al., 2021).

SVB y SVA pediátrico

El PCR pediátrico presenta características fisiopatológicas y etiológicas distintas al adulto. En la infancia, el PCR es

predominantemente de origen respiratorio, por lo que la apertura de la vía aérea y la ventilación adecuada tienen un peso relativo mayor que en el adulto. La relación compresión:ventilación recomendada es de 30:2 para el reanimador único y de 15:2 para el equipo entrenado en pediatría. La dosis de desfibrilación inicial es de 2 J/kg, con escalada a 4 J/kg en choques sucesivos (Maconochie et al., 2021).

El soporte vital básico y avanzado representa el conjunto de intervenciones más críticas en la atención al paciente en PCR. La implementación de protocolos basados en evidencia, la formación continua de equipos de respuesta y la optimización de los sistemas de atención prehospitalaria e intrahospitalaria son determinantes para mejorar las tasas de supervivencia y reducir la discapacidad neurológica derivada del PCR. La calidad de la RCP, la desfibrilación precoz y los cuidados posparo integrados son los tres ejes sobre los que se construye la atención de excelencia en esta emergencia.

Manejo del paciente politraumatizado: evaluación sistemática y reanimación inicial

El trauma constituye un problema de salud pública de alto impacto y una causa importante de mortalidad y discapacidad en población joven. El manejo inicial del paciente politraumatizado requiere un enfoque rápido, sistemático y multidisciplinario orientado a identificar y tratar, en primer lugar, las lesiones que amenazan la vida. En este capítulo se desarrolla el abordaje ABCDE del Advanced Trauma Life Support (ATLS), la evaluación primaria y secundaria, el control de hemorragias, el manejo de la vía aérea en el contexto del trauma y los principios de la cirugía de control de daños. Asimismo, se explican conceptos clave como la “tríada letal” y las estrategias de resucitación hemostática basadas en evidencia, integrando algoritmos y recomendaciones actualizadas para la toma de decisiones en el área de reanimación.

Epidemiología del trauma

El trauma no intencional causa aproximadamente 4,4 millones de muertes anuales en el mundo, representando el 8% de la mortalidad global (OMS, 2022). Los accidentes de tránsito constituyen la principal causa de muerte por trauma en el grupo etario de 15 a 29 años. Las caídas representan la segunda causa a nivel mundial y la primera en mayores de 65 años. En América Latina, la violencia interpersonal agrega una carga adicional significativa al espectro del trauma, con tasas de homicidio entre las más elevadas del mundo en varios países de la región (Peden et al., 2021). La distribución trimodal de la mortalidad por trauma, descrita originalmente por Trunkey (1983) y actualizada por Gunst et al. (2020), establece tres picos temporales de muerte:

- En los segundos o minutos iniciales (lesiones incompatibles con la vida).
- En las primeras horas ("la hora dorada", período de mayor intervención terapéutica).
- En días a semanas (sepsis y fallo multiorgánico).

El concepto de "hora dorada" subraya la ventana de oportunidad terapéutica en la que intervenciones oportunas pueden marcar la diferencia entre la supervivencia y la muerte.

Evaluación primaria: protocolo ABCDE

El protocolo ABCDE, adoptado internacionalmente por el programa ATLS del American College of Surgeons, proporciona un marco estructurado para la evaluación y tratamiento simultáneo de las amenazas vitales en el paciente traumatizado. Cada letra representa una prioridad de evaluación:

- *A (Airway/Vía aérea con control de columna cervical).*

- *B (Breathing/Ventilación y respiración).*
- *C (Circulation/Circulación con control de hemorragias).*
- *D (Disability/Déficit neurológico).*
- *E (Exposure/Exposición con prevención de hipotermia) (ACS-COT, 2022).*

Tabla 6

Protocolo ABCDE en la evaluación primaria del paciente politraumatizado

Componente	Evaluación	Intervenciones inmediatas
A – Vía aérea	Permeabilidad, obstrucción, estridor, uso de músculos accesorios	Maniobras manuales, aspiración, cánula orofaríngea, IOT, cricotiroidotomía
B – Ventilación	FR, SpO ₂ , expansión simétrica, auscultación, desviación traqueal	O ₂ suplementario, descompresión neumotórax a tensión, sello de tórax abierto
C – Circulación	FC, PA, relleno capilar, Glasgow, signos de shock hemorrágico	Compresión directa, torniquete, accesos venosos, resucitación hemostática
D – Neurológico	Glasgow (GCS), pupilas, déficit focal, nivel de consciencia	Prevenir hipoxia/hipotensión, TC cráneo si GCS < 15, neurocirugía urgente
E – Exposición	Desnudamiento completo, temperatura axilar o rectal	Prevención hipotermia: mantas, fluidos calientes, ambiente cálido

Nota. Adaptado del Manual ATLS (American College of Surgeons Committee on Trauma), 10^a Edición, 2022.

Control de hemorragias: prioridad absoluta

El shock hemorrágico es la causa más frecuente de muerte prevenible en el paciente traumatizado. El control precoz de la hemorragia, aplicando el principio C-ABCDE ("Circulation before Airway" en trauma exsanguinante), constituye la prioridad absoluta cuando existe hemorragia externa masiva. Las técnicas de control

externo incluyen la presión directa sostenida, el torniquete de extremidades (de elección en hemorragias exanguinantes de miembros), los apósitos hemostáticos con caolín o zeolitas, y el uso de vendajes de presión (Rossaint et al., 2023).

Las hemorragias internas (torácica, abdominal, retroperitoneal y pélvica) requieren estrategias diagnósticas y terapéuticas específicas. El FAST extendido (eFAST) es la herramienta de primera línea para la detección rápida de hemotórax, hemoperitoneo y neumotórax en el área de reanimación, con una sensibilidad del 86-93% para el hemoperitoneo significativo. El control definitivo de la hemorragia interna puede requerir cirugía de control de daños, embolización angiográfica o estabilización pélvica con faja pélvica o fijador externo (ACS-COT, 2022).

La triada letal y resucitación hemostática

La triada letal del trauma; acidosis metabólica, hipotermia y coagulopatía, constituye un círculo vicioso fisiopatológico que se autopropaga y que determina el pronóstico del paciente con trauma grave. La acidosis reduce la actividad de los factores de coagulación, la hipotermia potencia la disfunción plaquetaria y la coagulopatía agrava la hemorragia, que a su vez profundiza la acidosis y la hipotermia. La coagulopatía traumática aguda (CTA), presente en el 25-35% de los pacientes con trauma grave al ingreso hospitalario, es un predictor independiente de mortalidad (Rossaint et al., 2023).

La resucitación hemostática o de control de daños constituye el estándar de tratamiento del shock hemorrágico grave. Sus principios incluyen: hipotensión permisiva (TAM 50-65 mmHg) hasta el control quirúrgico definitivo de la hemorragia, uso preferencial de hemocomponentes en lugar de cristaloideos (relación plasma:concentrado de hematíes:plaquetas de 1:1:1), administración precoz de ácido tranexámico (1 g IV en los primeros 3 minutos, repetible a los 30 minutos), corrección activa de la hipotermia y la acidosis (CRASH-2, 2020).

Cirugía de control de daños

La cirugía de control de daños (Damage Control Surgery, DCS) es un abordaje quirúrgico por etapas diseñado para los pacientes con trauma grave que no toleran una cirugía definitiva prolongada. La DCS comprende tres fases: la fase I o laparotomía abreviada (control mecánico de la hemorragia y la contaminación, cierre temporal del abdomen), la fase II o reanimación en UCI (corrección de la triada letal, estabilización hemodinámica y coagulopatía), y la fase III o cirugía definitiva (reconstrucción anatómica y cierre definitivo, habitualmente a las 24-72 horas). La aplicación adecuada de la DCS reduce significativamente la mortalidad en el trauma abdominal y torácico grave (Rotondo et al., 2020).

Evaluación secundaria y manejo definitivo

Una vez completada la evaluación primaria y estabilizado el paciente, se procede a la evaluación secundaria, que consiste en una historia clínica dirigida (mecanismo de lesión, SAMPLE: Signos, Alergias, Medicamentos, antecedentes Patológicos, última ingesta oral, Eventos precipitantes) y un examen físico céfalo-caudal completo. Este proceso permite identificar lesiones que no comprometen la vida de forma inmediata pero que requieren tratamiento oportuno, como fracturas, luxaciones, heridas y lesiones del sistema nervioso periférico (ACS-COT, 2022).

El manejo del paciente politraumatizado exige la aplicación de un protocolo sistemático, rápido y adaptado al contexto clínico y a los recursos disponibles. El enfoque ATLS y sus actualizaciones recientes, junto con los principios de la resucitación hemostática y la cirugía de control de daños, han transformado los resultados del trauma grave en las últimas décadas.

Emergencias cardiovasculares: diagnóstico y manejo basado en evidencia

Las emergencias cardiovasculares representan un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias y se asocian a alta

morbimortalidad cuando el diagnóstico y el tratamiento se retrasan. Este capítulo revisa de forma sistemática el abordaje diagnóstico y terapéutico del síndrome coronario agudo (SCA), la insuficiencia cardíaca aguda descompensada, las arritmias con compromiso hemodinámico y las emergencias hipertensivas, incluyendo la sospecha de disección aórtica aguda. Se enfatizan herramientas prácticas para la evaluación del dolor torácico (ECG oportuno, biomarcadores como troponina de alta sensibilidad y estratificación de riesgo) y se integran recomendaciones basadas en guías clínicas recientes para optimizar decisiones tiempo-dependientes en el área de urgencias.

Evaluación del dolor torácico en urgencias

Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, representando entre el 5% y el 10% de todas las consultas en adultos. Su evaluación es un reto diagnóstico, dada la amplia variedad de etiologías posibles y la necesidad de descartar rápidamente las causas que amenazan la vida. Las causas de origen cardiovascular con mayor mortalidad inmediata incluyen el SCA, la disección aórtica aguda, el taponamiento cardíaco, el neumotórax a tensión y la embolia pulmonar masiva (Collet et al., 2021).

La evaluación sistemática del dolor torácico incluye una anamnesis detallada (características del dolor, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de cardiopatía isquémica), un examen físico completo, un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones en los primeros 10 minutos del contacto médico y la determinación de troponina de alta sensibilidad. El score HEART (History, ECG, Age, Risk factors, Troponin) y el score TIMI son herramientas validadas de estratificación del riesgo ampliamente utilizadas en la práctica clínica.

Síndrome coronario agudo (SCA): clasificación y diagnóstico

El SCA engloba un espectro de entidades fisiopatológicamente relacionadas: la angina inestable (AI), el infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST o NSTEMI) y el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST o STEMI). La elevación persistente del segmento ST ≥ 1 mm en dos derivaciones contiguas (o ≥ 2 mm en V1-V4) en presencia de sintomatología compatible indica IAMCEST y obliga a activar la vía de reperusión de emergencia. La troponina de alta sensibilidad con protocolos 0h/1h o 0h/2h permite la estratificación precoz y segura de los pacientes con NSTEMI en los servicios de urgencias (Collet et al., 2021).

Tabla 7
Clasificación del síndrome coronario agudo y estrategia de reperusión

Entidad	ECG	Troponina	Estrategia de reperusión
IAMCEST / STEMI	Elevación ST ≥ 1 mm en ≥ 2 derivaciones contiguas o BRI nuevo	Elevada (puede ser normal al inicio)	ICP primaria < 120 min o fibrinólisis < 10 min si ICP no disponible
IAMSEST / NSTEMI	Depresión ST, inversión T o sin cambios	Elevada (criterio diagnóstico)	ICP precoz (< 24h) en alto riesgo; conservador en bajo riesgo
Angina inestable	Transitoria depresión ST o sin cambios	Normal (criterio diferencial)	Manejo médico intensivo; ICP selectiva según estratificación

Nota. ICP: intervencionismo coronario percutáneo; BRI: bloqueo de rama izquierda; STEMI: ST-elevation myocardial infarction; NSTEMI: non-ST-elevation myocardial infarction. Adaptado de las guías ESC 2023.

Tratamiento del IAMCEST

El tratamiento del IAMCEST es una emergencia tiempo-dependiente en la que "el tiempo es músculo". El objetivo es la reperusión coronaria más rápida posible. La ICP primaria (angioplastia con balón o stent) es el método de reperusión de elección cuando puede realizarse en menos de 120 minutos desde el primer contacto médico, con resultados superiores a la fibrinólisis en términos de permeabilidad coronaria, recurrencia isquémica y mortalidad. La antiagregación dual precoz (aspirina + inhibidor del receptor P2Y₁₂ —ticagrelor o prasugrel—) y la anticoagulación (heparina no fraccionada o bivalirudina) forman parte del tratamiento farmacológico periprocedimiento (Ibanez et al., 2022).

Arritmias con compromiso hemodinámico

Las arritmias con compromiso hemodinámico constituyen emergencias que requieren tratamiento inmediato. La fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso requieren desfibrilación inmediata (ver Capítulo II). La taquicardia ventricular con pulso con inestabilidad hemodinámica requiere cardioversión eléctrica sincronizada (CES) con 100-200 J bifásico. La fibrilación auricular de alta respuesta con inestabilidad hemodinámica también requiere CES urgente.

En las taquiarritmias estables, el tratamiento farmacológico es la primera línea. La adenosina (6-12 mg IV en bolo rápido) es el fármaco de elección para las taquicardias supraventriculares paroxísticas por reentrada. La amiodarona IV es el antiarrítmico de mayor versatilidad en urgencias, indicada en la FA de alta respuesta, la TV con pulso estable, y como terapia adyuvante en el PCR por FV/TV refractaria.

Insuficiencia cardíaca aguda descompensada

La insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) es la causa más frecuente de hospitalización urgente en mayores de 65 años en muchos países. Su presentación clínica abarca desde la disnea de esfuerzo hasta el edema agudo de pulmón (EAP) con hipoxemia grave. El perfil hemodinámico ("Frío-Caliente" y "Húmedo-Seco" de la clasificación de Nohria-Stevenson) orienta el tratamiento: los pacientes "calientes y húmedos" (bien perfundidos y congestivos) se benefician de diuréticos IV (furosemida) y vasodilatadores (nitroglicerina, nitroprusiato), mientras los pacientes "fríos y húmedos" (bajo gasto e hipoperfusión) requieren soporte inotrópico y, en casos seleccionados, dispositivos de asistencia ventricular mecánica (McDonagh et al., 2022).

Crisis hipertensiva y disección aórtica aguda

La crisis hipertensiva se define como una elevación grave de la presión arterial ($PA \geq 180/120$ mmHg) y se clasifica en emergencia hipertensiva (con daño agudo de órgano diana: encefalopatía, EAP, SCA, disección aórtica, eclampsia) y urgencia hipertensiva (sin daño orgánico agudo). Las emergencias hipertensivas requieren tratamiento parenteral inmediato con el objetivo de reducir la PAM un 20-25% en la primera hora, evitando descensos bruscos que puedan precipitar isquemia cerebral o coronaria. Los fármacos de primera línea incluyen el labetalol, el nitroprusiato sódico, la nicardipina y el clevidipino IV, dependiendo del órgano diana afectado (Whelton et al., 2022).

La disección aórtica aguda (DAA) es una emergencia cardiovascular con mortalidad $> 1\%$ por hora si no se trata. El dolor torácico de inicio brusco, desgarrador, irradiado a la espalda, con diferencia de pulso o de presión arterial entre extremidades, debe hacer sospechar DAA de forma inmediata. El diagnóstico se confirma con angioTC torácica. La disección tipo A (compromete aorta

ascendente) requiere cirugía de emergencia; la tipo B (solo aorta descendente) habitualmente se maneja médicamente con betabloqueantes IV para reducir la FC < 60 lpm y la TAM a 60-75 mmHg (Erbel et al., 2021).

Las emergencias cardiovasculares exigen del profesional de urgencias un alto índice de sospecha clínica, habilidades diagnósticas avanzadas y capacidad de toma de decisiones rápidas bajo presión. La implementación de protocolos basados en evidencia, el uso racional de biomarcadores de alta sensibilidad, el ECG seriado y la ecocardiografía point-of-care son las herramientas que permiten diagnosticar y tratar estas entidades de manera oportuna y eficiente, reduciendo la mortalidad y las complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo.

Atención en shock: fisiopatología, clasificación y manejo integral

El shock es una condición clínica de máxima gravedad en urgencias y cuidados críticos, caracterizada por hipoperfusión tisular y aporte insuficiente de oxígeno a nivel celular, lo que conduce a disfunción orgánica y muerte si no se reconoce y trata oportunamente. Este capítulo aborda su fisiopatología y clasificación en cuatro grandes categorías (distributivo, hipovolémico, cardiogénico y obstructivo), así como criterios diagnósticos, herramientas de monitorización hemodinámica y principios de tratamiento basados en evidencia.

Se discute la resucitación inicial, el uso racional de fluidos y vasopresores, el manejo del shock séptico según recomendaciones internacionales y la monitorización de la respuesta terapéutica. En conjunto, se destaca la necesidad de una evaluación sistemática y de decisiones tempranas dirigidas a la causa para mejorar la supervivencia.

Definición y fisiopatología del shock

El shock se define fisiopatológicamente como un estado de hipoperfusión tisular generalizada que genera un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno a nivel celular, resultando en metabolismo anaeróbico, acidosis láctica y disfunción orgánica progresiva. A diferencia de la hipotensión, que es un signo frecuente pero no universal del shock, este puede ocurrir con cifras tensionales normales o incluso elevadas en estadios compensados (Vincent y De Backer, 2021).

Los determinantes fisiológicos del transporte de oxígeno tisular ($DO_2 = GC \times CaO_2$, donde GC es el gasto cardíaco y CaO_2 el contenido arterial de oxígeno) guían la comprensión fisiopatológica y el abordaje terapéutico del shock. Cuando el DO_2 cae por debajo de un umbral crítico, la extracción de oxígeno tisular ya no puede compensar el déficit, el consumo de oxígeno (VO_2) cae en paralelo y se instaura la hipoxia citopática, punto de inflexión hacia el fallo multiorgánico. El lactato sérico ≥ 2 mmol/L es el marcador bioquímico de hipoperfusión tisular más utilizado (Rhodes et al., 2022).

Clasificación del shock

Tabla 8
Clasificación fisiopatológica del shock y características clínicas diferenciales

Tipo de shock	Mecanismo principal	Presentación hemodinámica	Ejemplos clínicos
Distributivo	Vasodilatación sistémica masiva con maldistribución del flujo	GC↑, RVS↓, PAM↓, llenado capilar rápido	Shock séptico, anafiláctico, neurogénico, tóxico
Hipovolémico	Reducción del volumen intravascular efectivo	GC↓, RVS↑, PAM↓, taquicardia	Hemorragia (hemorrágico), deshidratación grave, quemaduras
Cardiogénico	Fallo de la bomba cardíaca con bajo gasto	GC↓, RVS↑, PAM↓, ingurgitación yugular	IAM extenso, miocarditis fulminante, arritmias graves
Obstrutivo	Obstrucción mecánica del flujo cardíaco	GC↓, RVS↑ o variable, PAM↓	TEP masivo, neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco

Nota. GC: gasto cardíaco; RVS: resistencias vasculares sistémicas; PAM: presión arterial media; IAM: infarto agudo de miocardio; TEP: tromboembolismo pulmonar. Adaptado de Vincent & De Backer (2021).

Shock séptico: diagnóstico y manejo según Surviving Sepsis Campaign 2021

El shock séptico es la forma más prevalente de shock distributivo en los servicios de urgencias y UCI. Según los criterios de Sepsis-3 (Singer et al., 2016), el shock séptico se define como sepsis con hipotensión que requiere vasopresores para mantener una PAM $\geq$ 65 mmHg y lactato sérico > 2 mmol/L a pesar de una resucitación adecuada con fluidos. La mortalidad hospitalaria del shock séptico oscila entre el 30% y el 50% en la mayoría de los estudios (Rhodes et al., 2022).

Las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign 2021 para el manejo inicial del shock séptico incluyen: administración de antibióticos de amplio espectro dentro de la primera hora del reconocimiento, obtención de hemocultivos antes del inicio antibiótico, resucitación con cristaloides equilibrados (30 ml/kg en la primera hora o guiada por parámetros dinámicos de respuesta a fluidos), inicio precoz de norepinefrina como vasopresor de primera línea, y medición de lactato seriado para monitorizar la respuesta al tratamiento. La introducción del concepto de "bundle de 1 hora" ha mejorado el apego a las guías y los resultados clínicos en múltiples estudios multicéntricos (Evans et al., 2021).

Fluidoterapia en el shock: principios y controversias

La resucitación con fluidos es una intervención fundamental en la mayoría de los tipos de shock, pero su administración excesiva o inadecuada puede ser perjudicial. La sobrecarga de volumen se asocia con edema pulmonar, disfunción miocárdica, síndrome abdominal compartimental y mayor mortalidad en pacientes críticos. El paradigma ha evolucionado desde la resucitación agresiva con grandes volúmenes de cristaloides hacia un enfoque más restrictivo y guiado por parámetros de respuesta a fluidos (Cecconi et al., 2022).

Los parámetros dinámicos de respuesta a fluidos (variación del volumen sistólico/VVS, variación de la presión de pulso/VPP, elevación pasiva de piernas/EPP) han demostrado mayor precisión predictiva que los parámetros estáticos (presión venosa central, presión de oclusión de la arteria pulmonar) para identificar qué pacientes se beneficiarán de un aporte adicional de fluidos. La estrategia ROSE (Resucitación, Optimización, Estabilización, Evacuación) ofrece un marco práctico para guiar la fluidoterapia a lo largo de las diferentes fases del shock séptico (Malbrain et al., 2021).

Vasopresores e inotrópicos en el shock

La norepinefrina es el vasopresor de primera línea en el shock distributivo (séptico, anafiláctico, neurogénico) y puede también utilizarse en el shock cardiogénico refractario. Su mecanismo de acción combina efectos α -adrenérgicos (vasoconstricción) y β 1-adrenérgicos (inotropismo moderado), manteniendo la presión de perfusión con un menor incremento de la frecuencia cardíaca en comparación con la dopamina. La vasopresina (0.03-0.04 UI/min) puede añadirse como segundo vasopresor para reducir la dosis de norepinefrina o en el shock séptico refractario (Evans et al., 2021).

En el shock cardiogénico, la dobutamina es el agente inotrópico de primera línea, utilizada para aumentar el gasto cardíaco en pacientes con hipoperfusión y bajo índice cardíaco. El levosimendan, un sensibilizador del calcio con propiedades vasodilatadoras, ha demostrado beneficios en subgrupos específicos de shock cardiogénico, aunque su superioridad sobre la dobutamina no ha sido consistentemente demostrada en ensayos clínicos aleatorios. Los dispositivos de asistencia ventricular mecánica (balón de contrapulsación intraaórtico, Impella) representan opciones de rescate en el shock cardiogénico refractario (Van Diepen et al., 2022).

Monitorización hemodinámica avanzada

La monitorización hemodinámica avanzada permite guiar el tratamiento del shock de manera dinámica y personalizada. El catéter de arteria pulmonar (Swan-Ganz), durante décadas el estándar de referencia, ha sido progresivamente desplazado por técnicas menos invasivas como el PiCCO (Pulse index Contour Cardiac Output), el LiDCO y el ecocardiograma point-of-care (POCUS). El POCUS cardíaco proporciona información inmediata sobre la función ventricular, la volemia y la etiología del shock, y es actualmente reconocido como una herramienta fundamental en la evaluación del paciente crítico (Cecconi et al., 2022).

La saturación venosa central de oxígeno ($SvcO_2 \geq 70\%$) y la saturación venosa mixta ($SvO_2 \geq 65\%$) son indicadores indirectos del balance entre el aporte y el consumo de oxígeno tisular. Su normalización como objetivo terapéutico formó parte del protocolo de la Early Goal-Directed Therapy (EGDT) de Rivers et al. (2001), aunque ensayos posteriores (ProCESS, ARISE, ProMISe) han matizado su utilidad como objetivo único, reafirmando la importancia de la resucitación individualizada y guiada por parámetros múltiples.

Shock anafiláctico: particularidades del manejo

La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad sistémica grave y potencialmente fatal, mediada habitualmente por mecanismos inmunológicos IgE-dependientes. El shock anafiláctico representa su forma más grave, con colapso hemodinámico secundario a la liberación masiva de mediadores vasoactivos (histamina, triptasa, prostaglandinas, leucotrienos). El tratamiento de elección es la adrenalina intramuscular en la cara anterolateral del muslo a dosis de 0.3-0.5 mg (0.01 mg/kg en niños), repetible cada 5-15 minutos. La vía IV de adrenalina está reservada para el shock anafiláctico con colapso cardiovascular inminente y requiere monitorización continua por el riesgo de arritmias (Muraro et al., 2022).

El shock es una emergencia que requiere un reconocimiento precoz, una clasificación fisiopatológica correcta y un tratamiento dirigido a corregir la causa subyacente y restaurar la perfusión tisular. La integración de la monitorización hemodinámica avanzada, los biomarcadores de perfusión y las herramientas de imagen bedside con el razonamiento clínico sistemático permite personalizar el tratamiento y mejorar los resultados. La formación continua de los equipos de emergencias y cuidados críticos, junto con la implementación de protocolos institucionales basados en la evidencia más actualizada, son los pilares de la atención de excelencia al paciente en shock.

Conclusiones

La enfermería en urgencias y emergencias representa una de las áreas de mayor complejidad dentro de los sistemas de salud contemporáneos, debido a la necesidad de brindar atención inmediata, segura y basada en evidencia científica frente a situaciones potencialmente mortales. El profesional de enfermería desempeña un rol fundamental en la valoración inicial, estabilización y monitorización continua del paciente crítico, contribuyendo directamente a disminuir la morbilidad y a mejorar los desenlaces clínicos en escenarios de alta presión asistencial.

El triage constituye una herramienta esencial para la organización eficiente de los servicios de urgencias, ya que permite clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición clínica y priorizar la atención de aquellos con mayor riesgo vital. La implementación de sistemas estructurados como el Manchester Triage System, el Emergency Severity Index y el CTAS favorece la optimización de recursos, la reducción de tiempos de espera y el fortalecimiento de la seguridad del paciente, especialmente en contextos de saturación hospitalaria y emergencias colectivas.

Asimismo, el soporte vital básico y avanzado constituye el eje central en la atención del paro cardiorrespiratorio, destacando la importancia de la reanimación cardiopulmonar de alta calidad, la desfibrilación temprana y el manejo oportuno de la vía aérea. La evidencia científica demuestra que la activación precoz de la cadena de supervivencia, tanto en el ámbito extrahospitalario como intrahospitalario, incrementa significativamente las probabilidades de supervivencia y reduce las secuelas neurológicas posteriores al evento crítico.

Por otra parte, el manejo del paciente politraumatizado exige una evaluación sistemática y multidisciplinaria basada en protocolos internacionales como el ABCDE del ATLS, orientados a identificar y tratar de manera prioritaria las lesiones que comprometen la vida. El control temprano de hemorragias, la resucitación hemostática y la cirugía de control de daños han transformado el abordaje moderno del trauma grave, permitiendo reducir significativamente la mortalidad prevenible asociada al shock hemorrágico y a las complicaciones sistémicas del trauma.

De igual manera, las emergencias cardiovasculares requieren una rápida capacidad diagnóstica y terapéutica debido a la elevada morbilidad asociada al síndrome coronario agudo, las arritmias inestables, la insuficiencia cardíaca aguda y las crisis hipertensivas. La utilización oportuna del electrocardiograma, biomarcadores cardíacos, protocolos de perfusión coronaria y estrategias de monitorización avanzada permite optimizar el tratamiento tiempo-dependiente y mejorar el pronóstico de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias.

Finalmente, la atención del paciente en shock evidencia la importancia de una evaluación fisiopatológica integral, el uso racional de fluidos, vasopresores e inotrópicos, así como la implementación de estrategias de monitorización hemodinámica avanzada orientadas a restaurar la perfusión tisular y prevenir el fallo multiorgánico. En este contexto, la capacitación continua, el trabajo interdisciplinario, la simulación clínica y la actualización permanente basada en guías

internacionales constituyen pilares fundamentales para fortalecer la capacidad resolutoria del personal de enfermería y garantizar una atención segura, humanizada y centrada en el paciente crítico.

Referencias Bibliográficas

- American College of Emergency Physicians. (2023). Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with triage protocols. *Annals of Emergency Medicine*, 81(3), e15–e32. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.01.011>
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2022). *ATLS: Advanced trauma life support* (10th ed.). American College of Surgeons.
- American Heart Association. (2020). 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(16 Suppl 2), S337–S357. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000916>
- Andersen, L., Holmberg, M., & Berg, K. (2022). In-hospital cardiac arrest: A review. *JAMA*, 321(12), 1200–1210. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696>
- Bullard, M., Villa, C., & Rowe, B. (2022). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) guidelines 2022. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s43678-021-00262-4>
- Cecconi, M., De Backer, D., & Antonelli, M. (2022). Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring: Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Medicine*, 40(12), 1795–1815. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3525-z>
- Collet, J., Thiele, H., & Barbato, E. (2021). 2020 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart*

- Considine, J., Shaban, R., & Fry, M. (2022). Evidence-based emergency nursing: Designing a research question and searching the literature. *International Emergency Nursing*, 60, 101093. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101093>
- CRASH-2 Trial Collaborators. (2020). Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): A randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 376(9734), 23–32. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60835-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60835-5)
- Dieckmann, R., Brownstein, D., & Gausche, M. (2021). The pediatric assessment triangle: A novel approach for the rapid evaluation of children. *Pediatric Emergency Care*, 38(4), e1025–e1032. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002537>
- Erbel, R., Aboyans, V., & Boileau, C. (2021). 2014 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. *European Heart Journal*, 35(41), 2873–2926. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu281>
- Evans, L., Rhodes, A., & Alhazzani, W. (2021). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1181–1247. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>
- Fitzgerald, G. (2020). The history of triage. *Emergency Medicine Australasia*, 32(6), 1007–1013. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13602>
- Gilboy, N., Tanabe, T., Travers, D., & Rosenau, A. (2020). *Emergency Severity Index (ESI): A triage tool for emergency department care, version 4*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professional/s/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>
- Göransson, K., & von Rosen, A. (2021). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International*

- Gräsner, J., Herlitz, J., & Koster, R. (2021). Quality management in resuscitation — Towards a European cardiac arrest registry (EuReCa). *Resuscitation*, 84(10), 1321–1325. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.08.004>
- Gunst, M., Ghaemmaghami, V., & Gruszecki, A. (2020). Changing epidemiology of trauma deaths leads to a bimodal distribution. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 23(4), 349–354. <https://doi.org/10.1080/08998280.2020.1726455>
- Ibanez, B., James, S., & Agewall, S. (2022). 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Iserson, K., & Moskop, J. (2022). Triage in medicine, Part I: Concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 275–281.
- Lerner, E., Schwartz, R., & Coule, P. (2021). Mass casualty triage: An evaluation of the data and development of a proposed national guideline. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(S1), S25–S34. <https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e318182dcaf>
- Mackway, K., Marsden, J., & Windle, J. (2022). *Emergency triage: Manchester Triage Group* (5th ed.). Wiley-Blackwell.
- Maconochie, I., Aickin, R., & Hazinski, M. (2021). Pediatric life support 2020 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Resuscitation*, 156, A120–A155. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.013>
- Malbrain, M., Langer, T., & Annane, D. (2021). Intravenous fluid therapy in the perioperative and critical care setting: Executive summary of the International Fluid Academy (IFA). *Annals of Intensive Care*, 10(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00679-3>

- McDonagh, T., Metra, M., & Adamo, M. (2022). 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Muraro, A., Worm, M., & Alviani, C. (2022). EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*, 77(2), 357–377. <https://doi.org/10.1111/all.15032>
- Nolan, J., Sandroni, C., & Böttiger, B. (2021). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: Post-resuscitation care. *Intensive Care Medicine*, 47(4), 369–421. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Road traffic injuries*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Page, R., Joglar, J., & Caldwell, M. (2020). 2015 ACC/AHA/HRS guideline for the management of adult patients with supraventricular tachycardia. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(13), e27–e115. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.08.856>
- Peden, M., Scurfield, R., & Sleet, D. (2021). *World report on road traffic injury prevention*. World Health Organization.
- Perkins, G., Handley, A., & Koster, R. (2021). European Resuscitation Council guidelines 2021: Adult basic life support. *Resuscitation*, 161, 98–114. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
- Raita, Y., Goto, T., & Faridi, M. (2022). Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models. *Critical Care*, 23(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-02973-1>
- Rhodes, A., Evans, L., & Alhazzani, W. (2022). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2016. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 304–377. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>

- Rossaint, R., Afshari, A., & Bhatt, D. (2023). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: Sixth edition. *Critical Care*, 27(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04327-7>
- Rotondo, M., Schwab, C., & McGonigal, M. (2020). Damage control: An approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. *Journal of Trauma*, 35(3), 375–382.
- Singer, M., Deutschman, C., & Seymour, C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
- Soar, J., Böttiger, B., & Carli, P. (2021). European Resuscitation Council guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Triage Ethics Consortium. (2022). Crisis standards of care and triage ethics in emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 79(3), 241–253. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.12.015>
- Van Diepen, S., Katz, J., & Albert, N. (2022). Contemporary management of cardiogenic shock: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 136(16), e232–e268. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000525>
- van der Wulp, I., Sturms, L., & Schrijvers, A. (2021). Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: Results of a simulation study. *Emergency Medicine Journal*, 25(7), 431–434. <https://doi.org/10.1136/emj.2007.047282>
- Vincent, J., & De Backer, D. (2021). Circulatory shock. *New England Journal of Medicine*, 369(18), 1726–1734. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1208943>
- Wang, H., Schmicker, R., & Daya, M. (2020). Effect of a strategy of initial laryngeal tube insertion vs endotracheal intubation on 72-

- hour survival in adults with out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*, 320(8), 769–778. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7044>
- Whelton, P., Carey, R., & Aronow, W. (2022). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/P CNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>
- World Health Organization. (2022). Emergency care system frameworks: What do they tell us about the existing global effort to strengthen emergency care? *Health Policy and Planning*, 35(7), 800–816. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa027>

CAPÍTULO VI

CUIDADOS EN EL PACIENTE CRÍTICO



RESUMEN

El cuidado del paciente crítico constituye uno de los mayores desafíos dentro de los sistemas de salud contemporáneos debido a la complejidad fisiopatológica, el riesgo elevado de complicaciones y la necesidad de monitorización continua e intervenciones especializadas. Este capítulo aborda aspectos fundamentales relacionados con la monitorización hemodinámica, el manejo del shock, la ventilación mecánica, el síndrome de distrés respiratorio agudo, el balance hídrico y la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en unidades de cuidados intensivos. Asimismo, se analizan herramientas diagnósticas avanzadas como la ecografía crítica y la evaluación microcirculatoria, así como estrategias terapéuticas orientadas a optimizar la perfusión tisular y reducir la mortalidad en pacientes críticamente enfermos. La importancia del trabajo multidisciplinario, actualización basada en evidencia y el rol de enfermería en la vigilancia continua, seguridad y humanización.

Palabras claves: Paciente crítico, Monitorización hemodinámica, Ventilación mecánica, Shock, Cuidados intensivos.

ABSTRACT

Critical patient care represents one of the greatest challenges within contemporary healthcare systems due to pathophysiological complexity, high risk of complications, and the need for continuous monitoring and specialized interventions. This chapter addresses essential aspects related to hemodynamic monitoring, shock management, mechanical ventilation, acute respiratory distress syndrome (ARDS), fluid balance, and prevention of healthcare-associated infections in intensive care units. Likewise, advanced diagnostic tools such as critical care ultrasonography and microcirculatory assessment are analyzed, along with therapeutic strategies aimed at optimizing tissue perfusion and reducing mortality in critically ill patients. Finally, the importance of multidisciplinary teamwork, evidence-based practice, and the nursing role in continuous surveillance, patient safety, and humanization of critical care is highlighted.

Keywords: Critically ill patient, Hemodynamic monitoring, Mechanical ventilation, Shock, Intensive care units.

Introducción

El manejo del paciente crítico constituye un eje central de la medicina contemporánea y representa el nivel más alto de complejidad asistencial dentro del sistema sanitario (Brown et al., 2023). Se orienta a la atención de individuos con alteraciones graves y dinámicas de la homeostasis, caracterizadas por disfunción orgánica aguda, establecida o inminente, que condiciona un riesgo vital elevado y exige soporte vital avanzado, monitorización continua y toma de decisiones clínicas en tiempo real (Jackson & Cairns, 2021).

Desde una perspectiva clínica y operativa, el paciente crítico es aquel que presenta una condición fisiológica inestable, potencialmente reversible, en la cual uno o más sistemas orgánicos han perdido su capacidad de autorregulación efectiva, haciendo imprescindible la intervención terapéutica intensiva para preservar la vida (Howes, 2024; Zhang, 2018). Este concepto abarca un amplio espectro de entidades clínicas, tales como los diferentes estados de shock, la insuficiencia respiratoria aguda, el síndrome de distrés respiratorio agudo, la sepsis y el shock séptico, el trauma mayor, las complicaciones postoperatorias complejas y las patologías neurológicas graves (Howes, 2024). El rasgo común es la incapacidad del organismo para sostener la perfusión tisular y el metabolismo celular en condiciones fisiológicas sin soporte externo (Echeverri et al., 2016).

En términos fisiopatológicos, la enfermedad crítica se caracteriza por una disrupción compleja y multifactorial de los mecanismos de regulación sistémica. Este estado implica alteraciones en la macro y microcirculación, con compromiso de la entrega de oxígeno y de su utilización a nivel celular, frecuentemente asociado a disfunción mitocondrial (Howes, 2024). De forma concomitante, se observa una respuesta inflamatoria sistémica desregulada, mediada por la liberación de citocinas, que contribuye a la disfunción endotelial, al aumento de la permeabilidad capilar y a la alteración del tono vascular. La activación neuroendocrina, el estrés metabólico y la disfunción inmunitaria, que puede oscilar entre hiperinflamación e

inmunosupresión, configuran un entorno biológico altamente inestable que favorece la progresión hacia el síndrome de disfunción orgánica múltiple (Howes, 2024).

La expresión clínica de estos procesos es heterogénea y evolutiva, e incluye inestabilidad hemodinámica, hipoxemia refractaria, alteraciones del estado de conciencia, acidosis metabólica, desequilibrios hidroelectrolíticos y evidencia de fallo orgánico progresivo. Esta variabilidad fenotípica exige una reevaluación clínica continua y un enfoque diagnóstico y terapéutico basado en la integración de datos clínicos, monitorización avanzada y biomarcadores. En este contexto, la identificación precoz del deterioro fisiológico y la implementación oportuna de intervenciones dirigidas constituyen determinantes críticos del pronóstico (Winters et al., 2024).

La UCI es el entorno diseñado para el manejo integral de estos pacientes, integrando recursos tecnológicos avanzados con un modelo de atención interdisciplinario altamente especializado. La disponibilidad de herramientas como la monitorización hemodinámica avanzada, la ventilación mecánica y el soporte multiorgánico permite intervenir de manera dirigida sobre los distintos componentes de la fisiopatología del paciente crítico. Este entorno se sustenta en la aplicación de protocolos basados en la evidencia, la estandarización de cuidados y la toma de decisiones centrada en el paciente (Qadir et al., 2024).

El abordaje en cuidados intensivos es necesariamente integral y simultáneo, e incluye el soporte ventilatorio, la optimización hemodinámica, el control de la causa subyacente, el soporte nutricional precoz, la analgesia y la sedación guiadas por objetivos, así como la prevención de complicaciones asociadas tanto a la enfermedad crítica como a las intervenciones terapéuticas. Este enfoque multidimensional ha demostrado un impacto relevante en la reducción de la mortalidad, en la mejora de los desenlaces funcionales y en la optimización del uso de recursos sanitarios (Howes, 2024).

Adicionalmente, la atención del paciente crítico incorpora dimensiones esenciales como la seguridad del paciente, la humanización del cuidado, la comunicación efectiva con la familia y la toma de decisiones éticas en escenarios de alta complejidad, incluyendo la adecuación del esfuerzo terapéutico. Este contexto demanda la participación coordinada de un equipo multidisciplinario compuesto por intensivistas, personal de enfermería especializado, terapeutas respiratorios, farmacéuticos clínicos, nutricionistas y otros profesionales de la salud, cuya interacción es fundamental para garantizar una atención de alta calidad.

En este escenario, los objetivos del cuidado crítico se orientan a preservar la vida, restaurar la función orgánica, tratar la causa subyacente y minimizar las secuelas a corto y largo plazo. De manera operativa, estos incluyen asegurar una adecuada oxigenación y perfusión tisular, mantener la estabilidad hemodinámica, optimizar la entrega y utilización de oxígeno a nivel celular, prevenir la progresión del daño orgánico y facilitar la recuperación funcional del paciente (Howes, 2024).

Este marco conceptual proporciona las bases necesarias para el desarrollo de los contenidos posteriores, en los cuales se abordarán de forma detallada los componentes fundamentales del manejo del paciente crítico, incluyendo la monitorización hemodinámica, el soporte ventilatorio, el balance hídrico y la prevención de complicaciones en el entorno de cuidados intensivos.

Monitorización Hemodinámica

La monitorización hemodinámica es un componente esencial en el manejo del paciente crítico, ya que permite una evaluación continua del estado circulatorio y orienta la toma de decisiones terapéuticas en tiempo real. Su propósito central es garantizar una perfusión tisular adecuada mediante la integración de variables que reflejan la función cardiovascular, incluyendo la precarga, la poscarga,

la contractilidad y el estado de volumen intravascular. La interpretación de estos parámetros debe realizarse de forma conjunta y contextualizada, considerando la interacción entre los distintos determinantes de la perfusión y la condición clínica global del paciente (Inzunza Cervantes et al., 2023; Ochagavía et al., 2014).

Desde una perspectiva fisiopatológica, la monitorización permite identificar desequilibrios entre el gasto cardíaco y las demandas metabólicas, frecuentes en condiciones como hipovolemia, vasodilatación, disfunción miocárdica o alteraciones microcirculatorias. El enfoque actual combina la evaluación de variables macrocirculatorias con indicadores de perfusión tisular, como el lactato y la saturación venosa de oxígeno. Su aplicación se basa en el uso de técnicas que varían desde métodos no invasivos hasta sistemas invasivos avanzados, seleccionados según la gravedad del paciente, con el objetivo de guiar intervenciones individualizadas y optimizar la respuesta clínica (Inzunza et al., 2023).

Conceptos básicos de hemodinamia

La hemodinamia se sustenta en la interacción de variables que determinan el flujo sanguíneo y la perfusión tisular. Entre las más relevantes se encuentran la presión arterial, el gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica. La presión arterial refleja la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared vascular y se utiliza como un indicador indirecto de perfusión. El gasto cardíaco, definido como el volumen de sangre eyectado por el corazón por minuto, depende de la frecuencia cardíaca y del volumen sistólico, constituyendo un determinante esencial del aporte de oxígeno a los tejidos. La resistencia vascular sistémica representa el tono del lecho vascular y modula la distribución del flujo sanguíneo. La comprensión integrada de estas variables permite caracterizar el estado hemodinámico global y orientar intervenciones terapéuticas dirigidas (Monnet et al., 2025).

Tipos de monitorización

La monitorización hemodinámica se clasifica en no invasiva e invasiva según el nivel de precisión requerido y la gravedad del paciente. Las técnicas no invasivas incluyen la medición intermitente de la presión arterial, la oximetría de pulso y métodos avanzados como el análisis de la onda de pulso o la bioimpedancia, útiles en pacientes hemodinámicamente estables, aunque con limitaciones en situaciones críticas. La monitorización invasiva proporciona datos continuos y de mayor exactitud (De Backer, 2019).

La línea arterial permite la medición directa de la presión arterial y el análisis de su morfología, mientras que el catéter venoso central facilita la estimación de la presión venosa central y la medición de la saturación venosa central de oxígeno. El catéter de arteria pulmonar permite una evaluación más completa, incluyendo gasto cardíaco y presiones intracardíacas, aunque su uso actual es más selectivo (Monnet et al., 2025). La elección del método debe individualizarse en función del estado clínico y de los objetivos terapéuticos

Parámetros clave

En la práctica clínica, la evaluación del estado hemodinámico y de la perfusión tisular se fundamenta en la integración de parámetros fisiológicos y bioquímicos que permiten inferir, de manera indirecta, la adecuación del transporte y la utilización de oxígeno a nivel celular (Ackland, 2019). Entre estos, la presión arterial media (PAM) constituye un determinante central, al representar la presión de perfusión efectiva de los órganos. Su mantenimiento es un objetivo terapéutico prioritario en el paciente crítico, ya que niveles insuficientes se asocian con hipoperfusión tisular y riesgo de disfunción orgánica (Zhang, 2018).

En términos generales, se considera adecuado sostener una PAM igual o superior a 65 mm de Hg. en la mayoría de los pacientes,

aunque este umbral puede requerir ajustes individualizados según condiciones clínicas específicas, como hipertensión arterial crónica, enfermedad cerebrovascular o compromiso renal (Pinsky et al., 2022).

La saturación venosa central de oxígeno (ScvO₂) aporta información clave sobre el equilibrio entre el aporte sistémico de oxígeno y su consumo tisular. Este parámetro refleja la fracción de oxígeno remanente tras el paso por la circulación sistémica, por lo que valores disminuidos suelen indicar un desbalance caracterizado por aporte inadecuado, incremento del consumo metabólico o ambos. Por el contrario, valores elevados, especialmente en contextos como la sepsis, pueden evidenciar alteraciones en la extracción tisular de oxígeno secundarias a disfunción microcirculatoria o mitocondrial, lo que limita su interpretación aislada y obliga a su análisis en conjunto con otros indicadores clínicos y hemodinámicos (Beltrame et al., 2025).

El lactato sérico se reconoce como un marcador sensible, aunque no específico, de hipoxia tisular y metabolismo anaerobio. Su elevación se asocia consistentemente con mayor gravedad y peor pronóstico en múltiples escenarios de enfermedad crítica, particularmente en estados de shock (Singer, 2019). Más allá de su valor absoluto, la tendencia en el tiempo y su aclaramiento constituyen herramientas útiles para evaluar la respuesta a las intervenciones terapéuticas y la reversión de la deuda de oxígeno. En este sentido, la interpretación del lactato debe considerar tanto su origen multifactorial como su integración dentro de una valoración clínica global orientada a la optimización de la perfusión tisular (Castro et al., 2019).

Interpretación clínica

La interpretación de los datos hemodinámicos en el paciente crítico requiere un enfoque integrador que combine la información derivada de parámetros cuantitativos con la evaluación clínica continua. Ningún indicador aislado es suficiente para definir el estado

de perfusión, por lo que su análisis debe realizarse en el contexto fisiopatológico individual, considerando la evolución temporal y la respuesta a las intervenciones terapéuticas. Este enfoque permite una valoración más precisa del equilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno, así como de la eficacia de los mecanismos compensatorios (De Backer, 2019).

La evaluación de la perfusión tisular incluye la valoración sistemática de signos clínicos como el nivel de conciencia, la diuresis, la temperatura cutánea y el tiempo de llenado capilar, los cuales reflejan de manera indirecta el estado circulatorio. Estos hallazgos deben correlacionarse con parámetros objetivos como la presión arterial media, la saturación venosa central de oxígeno y el lactato sérico.

La integración de estos elementos permite detectar de forma precoz estados de hipoperfusión, incluso en situaciones donde la presión arterial se mantiene dentro de rangos aparentemente adecuados, lo que resalta la importancia de no utilizar la presión arterial como único indicador de estabilidad hemodinámica (Pinsky et al., 2022).

En este contexto, la identificación temprana del shock constituye una prioridad clínica. El shock se define como un estado de hipoperfusión tisular sostenida que conduce a disfunción orgánica progresiva. Su clasificación en hipovolémico, cardiogénico, distributivo u obstructivo responde a mecanismos fisiopatológicos distintos que requieren estrategias terapéuticas específicas.

La monitorización hemodinámica permite caracterizar estos fenotipos mediante la evaluación de variables como el gasto cardíaco, las resistencias vasculares y el estado de volumen, facilitando la implementación de intervenciones dirigidas, entre ellas la reposición de volumen, el uso de vasopresores o el soporte inotrópico, con el objetivo de restablecer la perfusión tisular y prevenir la progresión del daño orgánico (Pinsky et al., 2019).

Ventilación Mecánica

La ventilación mecánica constituye una intervención terapéutica fundamental en el manejo del paciente crítico con compromiso respiratorio, orientada a garantizar un intercambio gaseoso adecuado, disminuir el trabajo respiratorio y prevenir la progresión del daño pulmonar. Su implementación requiere una indicación precisa, basada en criterios clínicos y gasométricos, así como una monitorización continua que permita ajustar la estrategia ventilatoria en función de la evolución del paciente. En el entorno de la UCI, la ventilación mecánica no solo cumple una función de soporte vital, sino que forma parte de un abordaje integral dirigido a estabilizar la fisiología respiratoria y sistémica (Howes, 2024; Jackson & Cairns, 2021).

Indicaciones

La indicación de ventilación mecánica se establece cuando el sistema respiratorio es incapaz de mantener una adecuada oxigenación y ventilación de forma espontánea, o cuando existe un riesgo inminente de fallo respiratorio. La insuficiencia respiratoria aguda representa la principal indicación clínica y se caracteriza por la presencia de hipoxemia, hipercapnia o ambas, secundarias a alteraciones en la ventilación, la difusión o la relación ventilación perfusión (Yoon & Lee, 2026). Este cuadro puede derivarse de múltiples etiologías, entre las que destacan el síndrome de distrés respiratorio agudo, la neumonía grave, las exacerbaciones de enfermedades pulmonares crónicas y el edema pulmonar de origen cardiogénico o no cardiogénico (Qadir et al., 2024).

Otra indicación relevante es la necesidad de proteger la vía aérea, particularmente en pacientes con deterioro del nivel de conciencia, compromiso neurológico o alto riesgo de aspiración. En estos casos, la intubación endotraqueal y el soporte ventilatorio permiten asegurar la permeabilidad de la vía aérea, facilitar la

ventilación alveolar y prevenir complicaciones potencialmente letales asociadas a la broncoaspiración (Grasselli et al., 2023).

Modalidades ventilatorias

La selección de la modalidad ventilatoria debe individualizarse en función de la condición clínica del paciente, su capacidad respiratoria residual y los objetivos terapéuticos planteados. La ventilación controlada se emplea en situaciones de compromiso severo en las que se requiere un control completo del ciclo respiratorio, como en pacientes con sedación profunda o bajo bloqueo neuromuscular, permitiendo optimizar la oxigenación y la ventilación sin interferencia del esfuerzo espontáneo (Zhang, 2018).

La ventilación asistida, en contraste, permite la participación activa del paciente en el ciclo respiratorio, ya que el ventilador detecta el esfuerzo inspiratorio y proporciona soporte durante la inspiración. Esta modalidad favorece la sincronía paciente ventilador, reduce la carga de trabajo respiratorio y contribuye a preservar la función muscular respiratoria (Grasselli et al., 2023). Por su parte, la ventilación no invasiva se administra mediante interfaces externas, sin necesidad de intubación, y está indicada en pacientes seleccionados con insuficiencia respiratoria leve a moderada, particularmente en exacerbaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y edema agudo de pulmón, siempre que no existan contraindicaciones como alteración del estado de conciencia o inestabilidad hemodinámica significativa (Howes, 2024).

Parámetros ventilatorios

El ajuste de los parámetros ventilatorios constituye un aspecto crítico para lograr una ventilación eficaz y segura, minimizando el riesgo de lesión pulmonar inducida por el ventilador. El volumen tidal, definido como el volumen de aire administrado en cada ciclo respiratorio, debe mantenerse en rangos bajos, aproximadamente 6 ml por kilogramo de peso ideal, con el fin de evitar la sobredistensión

alveolar y reducir el riesgo de volutrauma, especialmente en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (Brown et al., 2023).

La presión positiva al final de la espiración desempeña un papel fundamental en la prevención del colapso alveolar, al mantener abiertos los alveolos durante la espiración, lo que mejora la oxigenación y optimiza la relación ventilación perfusión. Su titulación debe realizarse de manera individualizada, considerando tanto los beneficios respiratorios como su impacto sobre la hemodinamia, particularmente en pacientes con compromiso cardiovascular (Sweeney, 2026).

La fracción inspirada de oxígeno determina la concentración de oxígeno administrado y debe ajustarse cuidadosamente para alcanzar niveles adecuados de oxigenación, evitando tanto la hipoxemia como la exposición prolongada a altas concentraciones de oxígeno, que pueden inducir toxicidad pulmonar y estrés oxidativo (Díaz-Gómez et al., 2025).

Complicaciones

A pesar de sus beneficios, la ventilación mecánica se asocia a un conjunto de complicaciones que pueden influir negativamente en la evolución clínica, especialmente cuando se emplea de manera prolongada o con parámetros inadecuados. El barotrauma resulta de la aplicación de presiones elevadas en la vía aérea, lo que puede ocasionar lesiones como neumotórax o enfisema subcutáneo. El volutrauma, por su parte, está relacionado con la sobredistensión alveolar secundaria a volúmenes tidales elevados, contribuyendo a la lesión pulmonar inducida por el ventilador (Morales, 2022).

La neumonía asociada a ventilación mecánica representa una de las complicaciones infecciosas más relevantes, al incrementar la morbilidad, la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad. Su prevención requiere la implementación sistemática de medidas basadas en la evidencia, como la elevación de la cabecera de la cama,

la higiene de la vía aérea, la aspiración de secreciones y la aplicación de protocolos de sedación y movilización precoz (Yoon & Lee, 2026).

Estrategias de destete

El proceso de destete de la ventilación mecánica constituye una fase crítica del manejo del paciente y debe iniciarse tan pronto como se evidencie mejoría de la condición subyacente y capacidad para mantener una ventilación espontánea adecuada. Este proceso requiere una evaluación integral que incluya la estabilidad hemodinámica, el estado neurológico, la capacidad respiratoria y la resolución parcial o total del proceso que motivó la ventilación (Grasselli et al., 2023).

La aplicación de protocolos de weaning permite estandarizar la retirada del soporte ventilatorio mediante criterios clínicos y parámetros objetivos, reduciendo la variabilidad en la práctica clínica y mejorando los desenlaces. Las pruebas de respiración espontánea constituyen la herramienta principal para valorar la capacidad del paciente para respirar sin asistencia, mediante la reducción progresiva o la suspensión del soporte ventilatorio, con monitorización estrecha de la frecuencia respiratoria, la oxigenación y la presencia de signos de fatiga o intolerancia. Este enfoque facilita una retirada segura del soporte ventilatorio y disminuye el riesgo de fracaso del destete y de reintubación (Howes, 2024).

Manejo en la UCI

El manejo del paciente en la UCI se fundamenta en un enfoque integral, dinámico y altamente especializado, orientado a la estabilización fisiológica, la reversión de la causa subyacente y la prevención de complicaciones asociadas a la enfermedad crítica. Este abordaje exige una evaluación continua del estado clínico, sustentada en la integración de datos provenientes de la exploración física, la monitorización avanzada y los estudios de laboratorio, con el

propósito de guiar intervenciones oportunas y ajustadas a la evolución del paciente (Qadir et al., 2024).

Uno de los pilares del manejo en cuidados intensivos es la optimización de la oxigenación y la perfusión tisular. Esto implica no solo garantizar una adecuada ventilación alveolar mediante soporte respiratorio, sino también asegurar un gasto cardíaco suficiente y una distribución eficaz del flujo sanguíneo (Grasselli et al., 2023; Howes, 2024). La reposición de volumen, el uso de agentes vasoactivos y el soporte inotrópico deben ser cuidadosamente titulados en función de la respuesta hemodinámica y de los objetivos terapéuticos, evitando tanto la hipoperfusión como la sobrecarga de volumen, que puede agravar la disfunción orgánica (Sweeney, 2026).

El control de la causa desencadenante constituye otro elemento esencial en el manejo del paciente crítico. En el contexto de infecciones graves, la administración precoz de antibióticos de amplio espectro, seguida de una estrategia de desescalada basada en cultivos y evolución clínica, es determinante para mejorar el pronóstico (Via et al., 2025). De igual manera, la identificación y el tratamiento de fuentes de infección, el manejo oportuno de eventos isquémicos, la corrección de alteraciones metabólicas y el abordaje quirúrgico cuando esté indicado forman parte de una estrategia dirigida a revertir el proceso patológico primario (Yoon & Lee, 2026).

El soporte metabólico y nutricional desempeña un papel relevante en la evolución del paciente crítico. La nutrición enteral precoz es preferible siempre que sea posible, ya que contribuye a mantener la integridad de la mucosa intestinal, modular la respuesta inmunitaria y reducir el riesgo de infecciones (Jackson & Cairns, 2021). En aquellos casos en los que la vía enteral no es viable, la nutrición parenteral debe considerarse de manera individualizada, evaluando riesgos y beneficios. El control glicémico, la corrección de desequilibrios electrolíticos y el manejo del estado ácido base son componentes fundamentales del soporte metabólico (Zhang, 2018).

La analgesia y la sedación deben ser manejadas con un enfoque dirigido a objetivos, priorizando el confort del paciente, la sincronía con el ventilador y la prevención del delirium. La utilización de escalas validadas permite ajustar la profundidad de la sedación y evitar tanto la sobrededación como la agitación, ambas asociadas a peores desenlaces. La movilización precoz y la reducción de la sedación, cuando la condición clínica lo permite, han demostrado beneficios en la recuperación funcional y en la disminución de la estancia hospitalaria (Howes, 2024).

La prevención de complicaciones es un componente transversal del manejo en la UCI. Entre las más relevantes se encuentran las infecciones asociadas a la atención sanitaria, el tromboembolismo venoso, las úlceras por presión y el delirium. La implementación de protocolos de prevención, basados en la evidencia, permite reducir la incidencia de estas complicaciones y mejorar los resultados clínicos. Asimismo, la vigilancia estrecha de dispositivos invasivos y la evaluación diaria de su necesidad contribuyen a disminuir riesgos asociados (Brown et al., 2023; Jackson & Cairns, 2021).

El manejo en cuidados intensivos también incorpora dimensiones éticas y comunicacionales de gran relevancia. La toma de decisiones en escenarios de alta complejidad debe considerar no solo la evidencia clínica, sino también los valores y preferencias del paciente y su familia. La comunicación clara, oportuna y empática es esencial para facilitar la comprensión del estado clínico, establecer objetivos de cuidado realistas y, cuando corresponde, abordar decisiones relacionadas con la limitación del esfuerzo terapéutico (Qadir et al., 2024).

La complejidad del paciente crítico requiere la participación de un equipo multidisciplinario altamente coordinado, en el que la interacción entre médicos intensivistas, personal de enfermería, terapeutas respiratorios, farmacéuticos clínicos y otros profesionales de la salud es fundamental para garantizar una atención segura y de alta calidad. La coordinación efectiva de este equipo, junto con la

aplicación de protocolos estandarizados y la evaluación continua de la calidad asistencial, constituye la base del manejo moderno en la UCI (Winters et al., 2024).

Balance Hídrico

El balance hídrico constituye un componente central en el manejo del paciente crítico, debido a su impacto directo sobre la perfusión tisular, la función de los órganos y los desenlaces clínicos. Las alteraciones del volumen intravascular, ya sea por déficit o por exceso, pueden comprometer la homeostasis y favorecer la progresión hacia disfunción orgánica múltiple. En este contexto, la evaluación continua y el control preciso del equilibrio hídrico representan una prioridad terapéutica en la unidad de cuidados intensivos, donde las intervenciones deben orientarse a mantener una adecuada relación entre el aporte y la eliminación de líquidos (Semedi & Soediono, 2024).

Fisiología del equilibrio hídrico

El equilibrio hídrico depende de la distribución adecuada del agua corporal y de mecanismos regulatorios complejos que aseguran la estabilidad del medio interno. El agua corporal total se distribuye en dos compartimentos principales, intracelular y extracelular (Selewski et al., 2024). El compartimento intracelular representa aproximadamente dos tercios del total, mientras que el extracelular se subdivide en espacio intravascular e intersticial. La dinámica entre estos compartimentos está determinada por gradientes osmóticos, fuerzas de Starling y la integridad de las membranas celulares (*Caring for the Critically Ill Patient*, s. f.; Jackson & Cairns, 2021). En el paciente crítico, la alteración de estas fuerzas, junto con fenómenos como la disfunción endotelial y el aumento de la permeabilidad capilar, favorece la redistribución patológica de líquidos,

contribuyendo al desarrollo de edema tisular o a estados de depleción de volumen efectivo (Mensink et al., 2024).

La regulación renal y hormonal desempeña un papel esencial en el mantenimiento del equilibrio hídrico. El riñón modula la excreción de agua y electrolitos en respuesta a cambios en la volemia y la osmolaridad plasmática. Este proceso está mediado por sistemas neurohormonales como la vasopresina, el sistema renina angiotensina aldosterona y los péptidos natriuréticos, que regulan la retención o eliminación de sodio y agua. En el contexto de enfermedad crítica, la activación sostenida o desregulada de estos mecanismos puede conducir a retención hídrica, alteraciones electrolíticas o, en determinados escenarios, a pérdidas excesivas que agravan la inestabilidad hemodinámica (Ziaka & Exadaktylos, 2025).

Evaluación del estado de volumen

La evaluación del estado de volumen en el paciente crítico es un proceso dinámico que requiere la integración de hallazgos clínicos, parámetros de laboratorio y herramientas de monitorización. La valoración clínica incluye la medición de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la diuresis, el estado de conciencia, la turgencia cutánea, la presencia de edema y el tiempo de llenado capilar (Pinsky et al., 2022). Sin embargo, estos signos pueden ser tardíos o inespecíficos en situaciones de enfermedad crítica, por lo que su interpretación debe realizarse con cautela y en conjunto con otros indicadores (Howes, 2024).

Los parámetros bioquímicos aportan información complementaria relevante. El lactato sérico permite inferir el estado de perfusión tisular, mientras que la concentración de electrolitos, la osmolaridad plasmática y los marcadores de función renal, como la creatinina y la urea, ayudan a caracterizar el estado hidroelectrolítico y la función renal. La monitorización de la diuresis horaria constituye un indicador práctico y continuo del estado de perfusión renal y del

balance hídrico global. En escenarios complejos, el uso de herramientas de monitorización hemodinámica permite evaluar la respuesta a la administración de fluidos y orientar la terapia de forma más precisa (Howes, 2024).

Manejo del balance hídrico

El manejo del balance hídrico requiere un enfoque individualizado que considere la fase de la enfermedad crítica, la etiología subyacente y la respuesta del paciente a las intervenciones. La terapia de fluidos representa una de las estrategias más utilizadas y tiene como objetivo restaurar o mantener el volumen intravascular efectivo y mejorar la perfusión tisular. Los cristaloides constituyen la primera línea de tratamiento en la mayoría de los casos, mientras que los coloides se reservan para indicaciones específicas. La administración de fluidos debe guiarse por objetivos clínicos y por evaluaciones dinámicas de la respuesta, evitando tanto la infraresucitación como la sobrecarga de volumen (Selewski et al., 2024).

El uso de diuréticos está indicado principalmente en situaciones de sobrecarga hídrica, en particular cuando existe compromiso respiratorio o disfunción cardíaca. Los diuréticos de asa son los más empleados, aunque su eficacia depende de la función renal residual y del estado hemodinámico. En fases posteriores del manejo, una vez alcanzada la estabilidad, pueden implementarse estrategias de restricción hídrica con el objetivo de lograr un balance negativo, favorecer la movilización de líquidos acumulados y mejorar la función orgánica. Estas intervenciones deben realizarse con precaución para evitar la inducción de hipovolemia (Ziaka & Exadaktylos, 2025).

Complicaciones

Las alteraciones del balance hídrico se asocian con complicaciones que impactan de manera significativa en la evolución

del paciente crítico. La sobrecarga de volumen puede generar edema pulmonar, deterioro del intercambio gaseoso, aumento de la presión intraabdominal y disfunción de órganos como el riñón y el sistema cardiovascular. Además, se ha relacionado con una mayor duración de la ventilación mecánica y de la estancia en cuidados intensivos (Semedi & Soediono, 2024).

Por otro lado, la hipovolemia compromete la perfusión tisular y puede manifestarse con hipotensión, disminución del gasto cardíaco, insuficiencia renal aguda y progresión hacia estados de shock. La identificación temprana y la corrección adecuada de estas alteraciones son fundamentales para prevenir el daño orgánico irreversible y mejorar los desenlaces clínicos en el paciente crítico (Alqaissi & Qtait, 2025).

Prevención de Complicaciones

La prevención de complicaciones en el paciente crítico constituye un componente esencial del manejo en la unidad de cuidados intensivos, dado su impacto directo sobre la morbilidad, la duración de la estancia hospitalaria y el consumo de recursos sanitarios. La complejidad del entorno asistencial, el uso frecuente de dispositivos invasivos y la condición fisiopatológica del paciente favorecen la aparición de eventos adversos potencialmente prevenibles. En este sentido, la implementación de estrategias sistemáticas, basadas en la evidencia y sostenidas por un enfoque multidisciplinario, permite reducir de manera significativa la incidencia de estas complicaciones y mejorar los desenlaces clínicos (Alqaissi & Qtait, 2025).

Infecciones asociadas a la atención en salud

Las infecciones asociadas a la atención en salud representan una de las complicaciones más relevantes en la unidad de cuidados intensivos, en gran medida relacionadas con la utilización de

dispositivos invasivos y con la disfunción inmunológica característica del paciente crítico.

Entre ellas, la neumonía asociada a ventilación mecánica destaca por su elevada incidencia y su asociación con incremento de la mortalidad, prolongación de la ventilación mecánica y mayor estancia hospitalaria. Su prevención se basa en la aplicación rigurosa de paquetes de medidas que incluyen la elevación de la cabecera de la cama entre 30° y 45°, la higiene oral con agentes antisépticos, la aspiración adecuada de secreciones y la evaluación diaria de la posibilidad de reducir la sedación, con el fin de favorecer la ventilación espontánea y acortar la duración del soporte ventilatorio (Brown et al., 2023).

Las infecciones relacionadas con dispositivos intravasculares y urinarios constituyen otra fuente importante de complicaciones. La prevención de bacteriemias asociadas a catéter venoso central requiere la inserción bajo estrictas condiciones de asepsia, el uso de barreras máximas de protección, la adecuada antisepsia cutánea y la evaluación diaria de la necesidad del dispositivo, con retiro oportuno cuando deje de ser indispensable (Alotaibi et al., 2025). De forma similar, la prevención de infecciones urinarias asociadas a catéter exige limitar su uso a indicaciones estrictas, mantener un sistema cerrado y garantizar cuidados adecuados del dispositivo. La adherencia a estos principios ha demostrado una reducción significativa en la incidencia de infecciones nosocomiales (Díaz-Gómez et al., 2025).

Prevención de tromboembolismo

El tromboembolismo venoso es una complicación frecuente en el paciente crítico, favorecida por la inmovilización prolongada, la respuesta inflamatoria sistémica y la coexistencia de factores de riesgo adicionales como trauma, cirugía o neoplasias. La profilaxis farmacológica constituye la estrategia principal para su prevención e

incluye el uso de anticoagulantes, como la heparina de bajo peso molecular o la heparina no fraccionada, cuya indicación debe individualizarse en función del balance entre el riesgo trombótico y el riesgo hemorrágico (Howes, 2024).

Las medidas mecánicas, como los dispositivos de compresión neumática intermitente o las medias de compresión graduada, representan una alternativa o complemento en pacientes con contraindicación para la anticoagulación. La combinación de estrategias farmacológicas y mecánicas, cuando es clínicamente factible, proporciona una mayor protección frente a eventos tromboembólicos y forma parte de los estándares actuales de cuidado en la unidad de cuidados intensivos (Qadir et al., 2024).

Prevención de úlceras por presión

Las úlceras por presión constituyen una complicación frecuente derivada de la inmovilización prolongada y de la alteración de la perfusión tisular, particularmente en pacientes con compromiso hemodinámico. Estas lesiones se desarrollan sobre prominencias óseas sometidas a presión sostenida, lo que conduce a isquemia local y daño tisular progresivo (Alqaissi & Qtait, 2025).

La prevención se basa en la movilización periódica del paciente, con cambios posturales adaptados a su condición clínica, generalmente cada dos a cuatro horas, con el objetivo de redistribuir las cargas de presión y mejorar la perfusión. El uso de superficies de soporte especializadas, como colchones de presión alternante, contribuye a reducir el riesgo de lesión. Asimismo, el cuidado integral de la piel, la adecuada hidratación y la evaluación continua mediante escalas de riesgo permiten una intervención precoz y efectiva (alotaibi et al., 2025; Díaz-Gómez et al., 2025).

Delirium y complicaciones neurológicas

El delirium es una alteración aguda de la función cerebral caracterizada por fluctuaciones en el nivel de conciencia, la atención y la cognición, con alta prevalencia en pacientes críticos y asociación demostrada con aumento de la mortalidad, deterioro funcional y secuelas cognitivas a largo plazo. Su reconocimiento temprano es fundamental y se apoya en el uso de herramientas de evaluación validadas que permiten una detección sistemática (Howes, 2024).

Las estrategias preventivas se centran en la optimización del manejo sedoanalgésico, evitando la sobredosificación y favoreciendo esquemas dirigidos por objetivos. La promoción de un adecuado ciclo sueño vigilia, la movilización precoz, la orientación frecuente del paciente y la participación de la familia forman parte de un enfoque integral que ha demostrado reducir la incidencia de delirium. La minimización de estímulos nocivos y la adecuación del entorno también contribuyen a preservar la función neurológica (Brown et al., 2023; Kobzik & Pinsky, 2019).

Conclusiones

El cuidado del paciente crítico representa un proceso complejo que exige la integración de conocimientos fisiopatológicos, habilidades clínicas avanzadas y una toma de decisiones continua basada en la monitorización y la evidencia científica. A lo largo de este capítulo se han abordado los elementos esenciales que estructuran la atención en la UCI, incluyendo la monitorización hemodinámica, la ventilación mecánica, el manejo integral, el balance hídrico y la prevención de complicaciones. En conjunto, estos componentes constituyen la base para una atención efectiva orientada a preservar la vida y mejorar los resultados clínicos.

Desde una perspectiva global, la monitorización hemodinámica permite evaluar de manera dinámica el estado

circulatorio y guiar intervenciones dirigidas a optimizar la perfusión tisular. La ventilación mecánica, por su parte, se establece como una herramienta clave en el soporte respiratorio, cuyo uso adecuado requiere un equilibrio entre eficacia terapéutica y prevención de complicaciones. El manejo integral en la UCI resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario, donde la coordinación del equipo de salud y la aplicación de protocolos estandarizados son determinantes para la calidad asistencial.

Asimismo, el control del balance hídrico emerge como un factor crítico en la evolución del paciente, dado su impacto en la función orgánica y la perfusión. La prevención de complicaciones, incluyendo infecciones asociadas a la atención en salud, eventos tromboembólicos, úlceras por presión y delirium, refuerza la necesidad de implementar estrategias proactivas y sistemáticas que reduzcan la morbilidad y mortalidad.

La importancia del abordaje integral radica en la comprensión de que el paciente crítico no puede ser tratado desde una perspectiva aislada, sino mediante la integración de múltiples intervenciones que actúan de forma simultánea y coordinada. Este enfoque no solo mejora la supervivencia, sino que también contribuye a una recuperación más funcional, reduciendo secuelas a largo plazo y optimizando el uso de recursos en salud.

En cuanto a las perspectivas futuras en cuidados críticos, se observa una creciente incorporación de tecnologías avanzadas, como la monitorización no invasiva de alta precisión, la inteligencia artificial aplicada a la toma de decisiones clínicas y la medicina personalizada. Estas innovaciones permitirán una atención más precisa, anticipatoria y centrada en el paciente. Además, el fortalecimiento de estrategias de humanización del cuidado, la rehabilitación temprana y la continuidad asistencial tras el egreso de la UCI representan áreas clave de desarrollo.

Referencias Bibliográficas

- Ackland, G. (2019). Autonomic dysfunction in shock. En M. Pinsky, J. Teboul, & J. Vincent (Eds.), *Hemodynamic monitoring* (pp. 71–80). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69269-2_8
- Alotaibi, S., AlOtaibi, M., Alrashedi, H., Alasmari, H., Hendy, A., & Ibrahim, R. (2025). Optimizing infection control: Evaluating nurses' knowledge and practices for preventing infections in mechanically ventilated patients. *Infection, Disease & Health*, 30(3), 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2025.02.005>
- Alqaissi, N., & Qtait, M. (2025). Knowledge and practices of intensive care unit nurses related to prevention of ventilator-associated pneumonia: Cross-sectional study. *SAGE Open Nursing*, 11, 23779608251349956. <https://doi.org/10.1177/23779608251349956>
- Beltrame, M., Bellan, M., Patrucco, F., & Gavelli, F. (2025). Non-invasive hemodynamic monitoring in critically ill patients: A guide for emergency physicians. *Journal of Clinical Medicine*, 14(19). <https://doi.org/10.3390/jcm14197002>
- Brown, M., Jackson, M., & Cairns, T. (2023). Care of the critically ill patient. *Surgery (Oxford)*, 41(12), 790–797. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2023.09.004>
- Castro, R., Carpio, D., & Hernández, G. (2019). Lactate. En M. Pinsky, J. Teboul, & J. Vincent (Eds.), *Hemodynamic monitoring* (pp. 191–201). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69269-2_17
- De Backer, D. (2019). Assessment of the microcirculation. En M. Pinsky, J. Teboul, & J. Vincent (Eds.), *Hemodynamic monitoring* (pp. 147–155). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69269-2_14
- Díaz, J., Sharif, S., Ablordeppey, E., Lanspa, M., Basmaji, J., Carver, T., Taylor, J., Gargani, L., Goffi, A., Hynes, A., Hernandez, A., Kasal, J., Koratala, A., Kort, S., Lindbloom, P., Liu, R., Livezey, P., Lobo, V., Malone, S., & Nikravan, S. (2025). Society of Critical

- Care Medicine guidelines on adult critical care ultrasonography: Focused update 2024. *Critical Care Medicine*, 53(2), e447. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006530>
- Echeverri, D., Peña, I., Suárez, A., & Cabrales, J. (2016). Hemodinamia e intervencionismo cardiovascular: ¿evolución o revolución? *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(3), 159–162. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.10.012>
- Grasselli, G., Calfee, C., Camporota, L., Poole, D., Amato, M., Antonelli, M., Arabi, Y., Baroncelli, F., Beitler, J., Bellani, G., Bellington, G., Blackwood, B., Bos, L., Brochard, L., Brodie, D., Burns, K., Combes, A., D'Arrigo, S., De Backer, D., & Cecconi, M. (2023). ESICM guidelines on acute respiratory distress syndrome: Definition, phenotyping and respiratory support strategies. *Intensive Care Medicine*, 49(7), 727–759. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07050-7>
- Inzunza, G., Espinoza, G., Zazueta, V., Ornelas, J., Cortés, V., & Velarde, D. (2023). Monitorización hemodinámica integrada: Clínica, gasométrica y ecocardiográfica. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 38(1). <https://doi.org/10.29277/cardio.38.1.4>
- Jackson, M., & Cairns, T. (2021). Care of the critically ill patient. *Surgery (Oxford)*, 39(1), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2020.11.002>
- Kobzik, A., & Pinsky, M. (2019). Arterial blood pressure regulation. En M. Pinsky, J. Teboul, & J. Vincent (Eds.), *Hemodynamic monitoring* (pp. 39–48). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69269-2_5
- Mensink, R., Paans, W., Renes, M., Dieperink, W., & Blokzijl, F. (2024). Fluid balance versus weighing: A comparison in ICU patients: A single center observational study. *PLOS ONE*, 19(4), e0299474. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299474>
- Monnet, X., Messina, A., Greco, M., Bakker, J., Aissaoui, N., Cecconi, M., Coppalini, G., De Backer, D., Edul, V., Evans, L., Hernández, G., Hunsicker, O., Ince, C., Kaufmann, T., Levy, B., Malbrain, M., Mebazaa, A., Myatra, S., Ostermann, M., & Chew, M. (2025). ESICM guidelines on circulatory shock and hemodynamic

- monitoring 2025. *Intensive Care Medicine*, 51(11).
<https://doi.org/10.1007/s00134-025-08137-z>
- Ochagavía, A., Baigorri, F., Mesquida, J., Ayuela, J., Ferrándiz, A., García, X., Monge, M., Mateu, L., Sabatier, C., Clau, F., Vicho, R., Zapata, L., Maynar, J., & Gil, A. (2014). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 38(3), 154–169. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.10.006>
- Pinsky, M., Cecconi, M., Chew, M., De Backer, D., Douglas, I., Edwards, M., Hamzaoui, O., Hernandez, G., Martin, G., Monnet, X., Saugel, B., Scheeren, T., Teboul, J., & Vincent, J. (2022). Effective hemodynamic monitoring. *Critical Care*, 26(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04173-z>
- Pinsky, M., Teboul, J., & Vincent, J. (Eds.). (2019). *Hemodynamic monitoring*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-69269-2>
- Qadir, N., Sahetya, S., Munshi, L., Summers, C., Abrams, D., Beitler, J., Bellani, G., Brower, R., Burry, L., Chen, J., Hodgson, C., Hough, C., Lamontagne, F., Law, A., Papazian, L., Pham, T., Rubin, E., Siuba, M., Telias, I., & American Thoracic Society Assembly on Critical Care. (2024). An update on management of adult patients with acute respiratory distress syndrome: An official American Thoracic Society clinical practice guideline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 209(1), 24–36. <https://doi.org/10.1164/rccm.202311-2011ST>
- Selewski, D., Barhight, M., Bjornstad, E., Ricci, Z., Sousa, M., Akcan, A., Goldstein, S., Basu, R., Bagshaw, S., Alobaidi, R., Askenazi, D., Barreto, E., Bayrakci, B., Bignall, O., Brophy, P., Charlton, J., Chanchlani, R., Conroy, A., Deep, A., & Pediatric Acute Disease Quality Initiative Consensus Committee Members. (2024). Fluid assessment, fluid balance, and fluid overload in sick children: A report from the Pediatric Acute Disease Quality Initiative conference. *Pediatric Nephrology*, 39(3), 955–979. <https://doi.org/10.1007/s00467-023-06156-w>

- Semedi, B., & Soediono, M. (2024). Fluid balance in critically ill: A predictor of death? *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, 28(3), 566–570. <https://doi.org/10.35975/apic.v28i3.2474>
- Singer, M. (2019). Mitochondrial function. En M. Pinsky, J. Teboul, & J. Vincent (Eds.), *Hemodynamic monitoring* (pp. 97–106). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69269-2_10
- Via, L., Maniaci, A., Lentini, M., Cuttone, G., Ronsivalle, S., Tutino, S., Rubulotta, F., Nunnari, G., & Marino, A. (2025). The burden of sepsis and septic shock in the intensive care unit. *Journal of Clinical Medicine*, 14(19). <https://doi.org/10.3390/jcm14196691>
- Winters, M., Hu, K., Martinez, J., Mallemat, H., & Brady, W. (2024). The critical care literature 2023. *The American Journal of Emergency Medicine*, 85, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2024.08.010>
- Yoon, S., & Lee, Y. (2026). Redefining acute respiratory distress syndrome: A new clinical perspective. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 89(1), 10–17. <https://doi.org/10.4046/trd.2025.0069>
- Zhang, Z. (2018). Caring for the critically ill patients: A multidisciplinary approach. *Journal of Emergency and Critical Care Medicine*, 2(0). <https://doi.org/10.21037/jeccm.2018.10.15>
- Ziaka, M., & Exadaktylos, A. (2025). Fluid management strategies in critically ill patients with ARDS: A narrative review. *European Journal of Medical Research*, 30(1), 401. <https://doi.org/10.1186/s40001-025-02661-w>



CAPÍTULO VII

ENFERMERIA MATERNO INFANTIL



RESUMEN

La enfermería clínica integral en contextos latinoamericanos se fundamenta en un enfoque holístico del cuidado, que reconoce la interacción entre dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de la mujer y el recién nacido. En este marco, la atención del parto se orienta hacia prácticas humanizadas, seguras y basadas en evidencia, priorizando el respeto a los derechos de la mujer, la reducción de intervenciones innecesarias y la promoción del parto fisiológico. Los cuidados del recién nacido constituyen una extensión inmediata del cuidado materno, centrándose en la adaptación neonatal, el contacto piel a piel, la termorregulación y la evaluación clínica oportuna. Estas intervenciones son determinantes para disminuir la morbilidad neonatal, especialmente en sistemas de salud con limitaciones estructurales. La lactancia materna se posiciona como una estrategia clave de salud pública, no solo por sus beneficios nutricionales e inmunológicos, sino también por su impacto en el vínculo afectivo y el desarrollo integral del niño. En América Latina, su promoción enfrenta barreras socioculturales y económicas que requieren intervenciones educativas y comunitarias lideradas por enfermería. Por otro lado, las complicaciones obstétricas como hemorragias, trastornos hipertensivos y sepsis continúan siendo causas relevantes de morbilidad materna. Su abordaje exige competencias clínicas avanzadas, detección temprana y una respuesta oportuna dentro de redes integradas de servicios de salud. En conjunto, el rol de enfermería es esencial para articular el cuidado continuo, humanizado y culturalmente pertinente, contribuyendo a mejorar los resultados materno-infantiles en la región.

Palabras claves: Enfermería clínica integral, Cuidado holístico, Salud materno-infantil, Atención del parto, Recién nacido, Lactancia materna, Complicaciones obstétricas, Humanización del parto, Contexto latinoamericano, Morbilidad materna y neonatal.

ABSTRACT

Comprehensive clinical nursing in Latin American contexts is based on a holistic approach to care, recognizing the interaction between the biological, psychological, social, and cultural dimensions of the woman and the newborn. Within this framework, childbirth care is oriented

toward humanized, safe, and evidence-based practices, prioritizing respect for women's rights, the reduction of unnecessary interventions, and the promotion of physiological childbirth. Newborn care is an immediate extension of maternal care, focusing on neonatal adaptation, skin-to-skin contact, thermoregulation, and timely clinical assessment. These interventions are crucial for reducing neonatal morbidity and mortality, especially in health systems with structural limitations. Breastfeeding is positioned as a key public health strategy, not only for its nutritional and immunological benefits but also for its impact on the emotional bond and the child's overall development. In Latin America, its promotion faces sociocultural and economic barriers that require educational and community-based interventions led by nurses. On the other hand, obstetric complications such as hemorrhage, hypertensive disorders, and sepsis continue to be significant causes of maternal morbidity and mortality. Addressing these complications requires advanced clinical skills, early detection, and a timely response within integrated health service networks. Overall, the role of nursing is essential for providing continuous, humanized, and culturally appropriate care, contributing to improved maternal and child health outcomes in the region.

Keywords: Comprehensive clinical nursing, Holistic care, Maternal and child health, Childbirth care, Newborn, Breastfeeding, Obstetric complications, Humanization of childbirth, Latin American context, Maternal and neonatal morbidity and mortality.

Control prenatal

El control prenatal constituye una estrategia fundamental en la reducción de la morbilidad materna y perinatal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la atención prenatal de calidad permite identificar riesgos, prevenir complicaciones y promover prácticas saludables durante el embarazo. Estudios recientes destacan la importancia del acceso oportuno y continuo a servicios de salud, así como la educación materna como determinantes clave en los resultados perinatales (Villar et al., 2019).

El control prenatal constituye una estrategia fundamental dentro de la atención primaria en salud, orientada a garantizar el bienestar materno-fetal mediante intervenciones oportunas, integrales y basadas en evidencia. En los contextos latinoamericanos, este proceso adquiere una complejidad particular debido a las desigualdades socioeconómicas, barreras de acceso a los servicios de salud y la diversidad cultural que influye en las prácticas y percepciones del embarazo. En este sentido, el abordaje holístico del cuidado prenatal se posiciona como un modelo necesario para responder a estas realidades, integrando dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales en la atención de la gestante.

Desde una perspectiva biomédica, el control prenatal permite la identificación temprana de factores de riesgo, la prevención de complicaciones obstétricas y el monitoreo del desarrollo fetal. La Organización Mundial de la Salud (2016) recomienda un mínimo de ocho controles prenatales para optimizar los resultados perinatales, destacando la importancia de intervenciones como la suplementación con hierro y ácido fólico, el tamizaje de enfermedades infecciosas y el control de patologías crónicas. Sin embargo, limitar el control prenatal únicamente a estos aspectos clínicos resulta insuficiente en contextos donde los determinantes sociales de la salud juegan un papel decisivo.

El enfoque holístico amplía esta visión al considerar el impacto de factores psicosociales como el apoyo familiar, la salud mental materna, la violencia de género y las condiciones de vida. Según Organización Panamericana de la Salud (2018), la integración de estos elementos en la atención prenatal mejora la adherencia a los controles y favorece resultados maternos y neonatales más positivos. Asimismo, la inclusión de prácticas culturalmente pertinentes,

especialmente en poblaciones indígenas y rurales, permite fortalecer la confianza en los servicios de salud y reducir las brechas de acceso (Kirmayer, 2012).

En el ámbito de enfermería, el cuidado holístico durante el control prenatal implica una relación terapéutica centrada en la mujer, basada en la empatía, la educación y el acompañamiento continuo. El profesional de enfermería desempeña un rol clave en la promoción de estilos de vida saludables, la detección de signos de alarma y la preparación para el parto y la maternidad. De acuerdo con Villar et al. (2019), los modelos de atención prenatal liderados por enfermería han demostrado ser eficaces en la reducción de intervenciones innecesarias y en la mejora de la experiencia de la gestante.

No obstante, persisten desafíos estructurales en América Latina, como la fragmentación de los sistemas de salud, la limitada cobertura en zonas rurales y la insuficiente capacitación del personal en enfoques interculturales. Estas limitaciones requieren la implementación de políticas públicas integrales que fortalezcan la atención primaria y promuevan la equidad en salud (Atun et al., 2015).

Control prenatal en contextos latinoamericanos representa una estrategia esencial para mejorar la calidad del cuidado y reducir la morbilidad materno-infantil. Su implementación exige no solo competencias clínicas, sino también una comprensión profunda de los determinantes sociales y culturales que influyen en la salud, posicionando a la enfermería como un actor clave en la transformación de los sistemas de salud hacia modelos más humanizados e integrales.

Atención del parto

El La atención del parto constituye un proceso crítico dentro de la salud materno-infantil, que trasciende el enfoque biomédico tradicional para incorporar dimensiones emocionales, sociales y culturales. En América Latina, caracterizada por marcadas desigualdades en el acceso a servicios de salud y diversidad sociocultural, el abordaje holístico del parto se posiciona como un

modelo esencial para garantizar una atención segura, humanizada y centrada en la mujer.

Desde el paradigma biomédico, la atención del parto se orienta a la vigilancia clínica del trabajo de parto, la identificación de riesgos y la intervención oportuna ante complicaciones. Sin embargo, la evidencia científica ha cuestionado el uso excesivo de intervenciones médicas innecesarias, como la medicalización del parto y el incremento de cesáreas sin indicación clínica. La Organización Mundial de la Salud (2018) establece que la atención intraparto debe priorizar el curso fisiológico del parto, promoviendo prácticas como la libertad de posición, el acompañamiento continuo y la reducción de intervenciones rutinarias que no aportan beneficios comprobados.

El enfoque holístico amplía esta perspectiva al integrar la experiencia subjetiva de la mujer durante el parto, reconociendo su autonomía, dignidad y derechos reproductivos. Según Organización Panamericana de la Salud (2019), la humanización del parto implica no solo garantizar condiciones clínicas seguras, sino también brindar un entorno respetuoso, libre de violencia obstétrica y culturalmente pertinente. Este enfoque resulta particularmente relevante en comunidades indígenas y rurales, donde las prácticas tradicionales y cosmovisiones influyen significativamente en la vivencia del parto.

En este contexto, la enfermería obstétrica desempeña un rol fundamental en la implementación del cuidado holístico. El profesional de enfermería actúa como facilitador del proceso de parto, promoviendo el empoderamiento de la mujer, la educación prenatal y el acompañamiento continuo. Estudios como el de Bohren et al. (2017) evidencian que el apoyo continuo durante el trabajo de parto se asocia con menores tasas de intervenciones médicas, mayor satisfacción materna y mejores resultados neonatales. Asimismo, modelos de atención liderados por enfermería han demostrado ser efectivos en la promoción del parto fisiológico y la reducción de complicaciones.

No obstante, la implementación de un enfoque holístico en la atención del parto enfrenta múltiples desafíos en América Latina, entre ellos la sobrecarga de los sistemas de salud, la insuficiente formación en enfoques humanizados y la persistencia de prácticas institucionales centradas en el profesional más que en la mujer. De acuerdo con Atun et al. (2015), la transformación de los sistemas de

salud hacia modelos más integrales requiere reformas estructurales que fortalezcan la atención primaria, la formación del talento humano y la integración de enfoques interculturales.

El parto en contextos latinoamericanos representa una estrategia clave para mejorar la calidad de la atención y los resultados materno-neonatales. Su implementación implica un cambio de paradigma que reconozca a la mujer como protagonista del proceso, integre saberes culturales y fortalezca el rol de enfermería como agente de cuidado integral, contribuyendo así a la humanización de los servicios de salud y a la reducción de inequidades en la región.

Cuidados del recién nacido

El cuidado del recién nacido constituye una prioridad en la agenda de salud pública, especialmente en América Latina, donde persisten desigualdades estructurales que impactan directamente en la morbilidad neonatal. En este contexto, el abordaje holístico del cuidado neonatal emerge como un modelo integrador que trasciende la atención biomédica tradicional, incorporando dimensiones biopsicosociales, culturales y familiares en la atención del neonato. Este enfoque reconoce al recién nacido no como un sujeto aislado, sino como parte de una unidad madre-hijo-familia, cuyo entorno influye de manera determinante en su desarrollo y supervivencia.

Desde el enfoque clínico, los cuidados inmediatos del recién nacido incluyen intervenciones esenciales orientadas a garantizar la adaptación a la vida extrauterina. La Organización Mundial de la Salud (2017) recomienda prácticas basadas en evidencia como el contacto piel con piel inmediato, el inicio precoz de la lactancia materna, el pinzamiento tardío del cordón umbilical y la prevención de la hipotermia. Estas intervenciones han demostrado reducir significativamente la mortalidad neonatal, particularmente en entornos con recursos limitados. No obstante, un abordaje exclusivamente biomédico resulta insuficiente para responder a las complejidades de los contextos latinoamericanos.

El enfoque holístico amplía la comprensión del cuidado neonatal al integrar factores emocionales y sociales, tales como el vínculo afectivo temprano, la participación activa de la familia y el acompañamiento continuo durante el periodo neonatal. En este sentido, el modelo de cuidado centrado en la familia ha cobrado relevancia como estrategia que promueve la inclusión de los padres en el proceso de cuidado, favoreciendo el apego seguro y el desarrollo neurológico del neonato (Gooding et al., 2011). Este modelo resulta particularmente pertinente en América Latina, donde las redes familiares y comunitarias constituyen un soporte fundamental en el cuidado infantil.

Asimismo, la dimensión cultural adquiere especial importancia en el abordaje holístico del recién nacido. Diversas comunidades latinoamericanas, especialmente indígenas y rurales, poseen prácticas tradicionales relacionadas con el cuidado neonatal que pueden influir en la aceptación o rechazo de las intervenciones sanitarias. La Organización Panamericana de la Salud (2018) enfatiza la necesidad de integrar enfoques interculturales en la atención neonatal, promoviendo el respeto por los saberes ancestrales y facilitando la comunicación entre el personal de salud y las familias. Esta integración no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también fortalece la confianza en los servicios de salud.

En este escenario, la enfermería neonatal desempeña un rol estratégico en la implementación del cuidado holístico, al constituirse como un agente clave en la articulación entre la evidencia científica y las necesidades individuales del recién nacido y su familia. El profesional de enfermería no solo ejecuta procedimientos clínicos, sino que también proporciona educación, apoyo emocional y acompañamiento continuo, promoviendo prácticas como la lactancia materna exclusiva y el cuidado seguro del neonato. Según el UNICEF (2020), el fortalecimiento de las competencias del personal de enfermería es fundamental para mejorar los indicadores de supervivencia neonatal en países en desarrollo.

Sin embargo, la implementación de este enfoque enfrenta desafíos significativos en América Latina, entre ellos la limitada disponibilidad de recursos en unidades neonatales, la inequidad en el acceso a servicios de salud y la fragmentación de los sistemas

sanitarios. Atun et al. (2015) señalan que estas limitaciones estructurales afectan la continuidad del cuidado y profundizan las brechas en salud, especialmente en poblaciones vulnerables. A ello se suma la necesidad de fortalecer la formación del talento humano en enfoques humanizados e interculturales, que permitan responder de manera integral a las necesidades del neonato y su entorno.

El cuidado del recién nacido en contextos latinoamericanos constituye una estrategia esencial para mejorar la calidad de la atención neonatal y reducir la morbilidad infantil. Su implementación requiere la integración de conocimientos clínicos, sensibilidad cultural y enfoque centrado en la familia, posicionando a la enfermería como un actor clave en la transformación de los sistemas de salud hacia modelos más equitativos, humanizados e integrales. La atención del parto constituye un proceso crítico dentro de la salud materno-infantil, que trasciende el enfoque biomédico tradicional para incorporar dimensiones emocionales, sociales y culturales.

Lactancia materna

La lactancia materna constituye una de las intervenciones más efectivas en salud pública para garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo óptimo del niño. En América Latina, su promoción se enfrenta a múltiples desafíos derivados de factores socioeconómicos, culturales y estructurales. En este contexto, el abordaje holístico del cuidado en la lactancia materna emerge como un enfoque integral que reconoce la interacción entre dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales, posicionando a la madre y al binomio madre-hijo como el centro del proceso de cuidado.

Desde el enfoque biomédico, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación hasta los dos años o más son recomendaciones ampliamente respaldadas por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF (2021). Estas prácticas se asocian con una reducción significativa de la morbilidad infantil, al proporcionar nutrientes esenciales, factores inmunológicos y protección frente a enfermedades infecciosas y crónicas. Sin embargo, limitar la lactancia a un fenómeno biológico resulta

insuficiente, especialmente en contextos donde intervienen múltiples determinantes sociales.

El enfoque holístico amplía esta perspectiva al considerar factores emocionales, psicológicos y sociales que influyen en la práctica de la lactancia. El vínculo afectivo entre madre e hijo, el apoyo familiar y la salud mental materna son elementos clave que condicionan el éxito de la lactancia. Según Rollins et al. (2016), la lactancia materna está profundamente influenciada por el entorno social y las políticas públicas, destacando la importancia de intervenciones multisectoriales que promuevan entornos favorables para las madres.

En América Latina, la diversidad cultural juega un papel determinante en las prácticas de lactancia. En comunidades indígenas y rurales, existen creencias y saberes tradicionales que pueden favorecer o limitar la lactancia materna. La Organización Panamericana de la Salud (2018) enfatiza la necesidad de incorporar un enfoque intercultural en la promoción de la lactancia, respetando las prácticas culturales y fomentando el diálogo entre el conocimiento científico y los saberes ancestrales. Esta integración permite fortalecer la adherencia a las recomendaciones de salud y mejorar la experiencia de la madre.

El rol de enfermería es fundamental en la implementación del abordaje holístico de la lactancia materna. El profesional de enfermería actúa como educador, facilitador y acompañante en el proceso, brindando información basada en evidencia, apoyo emocional y asesoramiento práctico para superar dificultades comunes como el dolor, la baja producción de leche o el retorno al trabajo. De acuerdo con Vitoria et al. (2016), las intervenciones lideradas por profesionales de salud, especialmente enfermería, tienen un impacto significativo en el aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva.

No obstante, la práctica de la lactancia materna en América Latina enfrenta importantes barreras estructurales, como la falta de políticas laborales que protejan la maternidad, la comercialización de sucedáneos de la leche materna y las inequidades en el acceso a servicios de salud. Estas limitaciones requieren la implementación de políticas públicas integrales que promuevan la protección, promoción

y apoyo a la lactancia materna, en consonancia con iniciativas globales como la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

La lactancia materna en contextos latinoamericanos representa una estrategia esencial para mejorar la salud infantil y fortalecer el bienestar materno. Su implementación implica integrar conocimientos científicos, sensibilidad cultural y apoyo social, posicionando a la enfermería como un actor clave en la promoción de prácticas saludables y en la transformación de los sistemas de salud hacia modelos más equitativos, humanizados e integrales.

Complicaciones obstétricas

Las complicaciones obstétricas representan una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal a nivel global, con una carga particularmente elevada en América Latina debido a desigualdades estructurales, limitaciones en el acceso a servicios de salud y determinantes sociales adversos. En este contexto, el abordaje holístico del cuidado se configura como una estrategia clave para la prevención, detección temprana y manejo integral de estas complicaciones, integrando dimensiones clínicas, psicosociales, culturales y estructurales en la atención de la mujer gestante.

Desde el enfoque biomédico, las principales complicaciones obstétricas incluyen la hemorragia postparto, los trastornos hipertensivos del embarazo; como la preeclampsia y la eclampsia, las infecciones puerperales y las complicaciones derivadas del parto obstruido. La Organización Mundial de la Salud (2019) señala que estas condiciones son responsables de la mayoría de las muertes maternas prevenibles, destacando la importancia de intervenciones oportunas como el manejo activo del tercer periodo del parto, el control de la presión arterial y la administración de antibióticos en casos indicados. No obstante, la atención centrada exclusivamente en el componente clínico resulta insuficiente para abordar la complejidad de estas problemáticas en contextos latinoamericanos.

El enfoque holístico amplía la perspectiva al reconocer que las complicaciones obstétricas están profundamente influenciadas por

determinantes sociales de la salud, tales como la pobreza, el nivel educativo, la inequidad de género, la violencia y las barreras geográficas. Según Organización Panamericana de la Salud (2018), la reducción de la mortalidad materna en la región requiere estrategias integrales que aborden tanto los factores clínicos como los contextuales, incluyendo el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora de las condiciones de vida de las mujeres.

En este sentido, el modelo de las “tres demoras” propuesto por Thaddeus y Maine (1994) resulta particularmente útil para comprender las barreras que enfrentan las mujeres en la atención de emergencias obstétricas: la demora en la decisión de buscar atención, la demora en llegar a un establecimiento de salud y la demora en recibir atención adecuada. Este modelo evidencia la necesidad de intervenciones multisectoriales que garanticen el acceso oportuno y la calidad de los servicios de salud, especialmente en zonas rurales y comunidades vulnerables.

La dimensión cultural también desempeña un papel crucial en el abordaje de las complicaciones obstétricas. En muchas comunidades latinoamericanas, las creencias y prácticas tradicionales pueden influir en la percepción del riesgo y en la búsqueda de atención. La incorporación de un enfoque intercultural, promovido por la OPS, permite establecer un diálogo respetuoso entre el conocimiento biomédico y los saberes ancestrales, favoreciendo la confianza en los servicios de salud y mejorando la adherencia a las intervenciones médicas.

El rol de enfermería es fundamental en la implementación del abordaje holístico de las complicaciones obstétricas. El profesional de enfermería no solo participa en la vigilancia clínica y el manejo de emergencias, sino que también desempeña funciones clave en la educación, la promoción de la salud y el acompañamiento emocional de la mujer y su familia. De acuerdo con Filippi et al. (2016), la capacitación del personal de salud en el manejo integral de emergencias obstétricas es determinante para reducir la mortalidad materna, especialmente en entornos con recursos limitados.

Sin embargo, la implementación de este enfoque enfrenta importantes desafíos en América Latina, como la fragmentación de los sistemas de salud, la escasez de recursos humanos capacitados y la

insuficiente articulación entre niveles de atención. Atun et al. (2015) destacan que la transformación hacia sistemas de salud más integrados y equitativos es esencial para garantizar una respuesta efectiva ante las complicaciones obstétricas.

Las complicaciones obstétricas en contextos latinoamericanos constituyen una estrategia esencial para mejorar los resultados en salud materna y perinatal. Su implementación requiere una integración efectiva de la atención clínica con intervenciones sociales, culturales y estructurales, fortaleciendo el rol de enfermería y promoviendo políticas públicas orientadas a la equidad y la calidad en la atención de la salud.

La enfermería desempeña un papel central en la implementación del abordaje holístico del cuidado materno-infantil. Su rol trasciende la ejecución de procedimientos clínicos, abarcando funciones educativas, preventivas, asistenciales y de acompañamiento emocional.

El profesional de enfermería actúa como un puente entre el conocimiento científico y las necesidades individuales de la mujer y su familia, promoviendo prácticas seguras, humanizadas y culturalmente pertinentes. Además, su participación en la atención primaria y comunitaria lo posiciona como un actor clave en la reducción de inequidades en salud.

Conclusiones

El abordaje holístico del cuidado materno-infantil constituye una estrategia fundamental para fortalecer la calidad de la atención y reducir la morbilidad materna y neonatal en América Latina. La integración de dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales permite brindar una atención más humanizada, centrada en las necesidades de la mujer, el recién nacido y la familia, superando las limitaciones de los modelos exclusivamente biomédicos. En este contexto, el control prenatal, la atención del parto, los cuidados neonatales y la promoción de la lactancia materna deben desarrollarse desde una perspectiva integral orientada a garantizar bienestar físico, emocional y social.

El control prenatal representa una herramienta esencial para la identificación temprana de factores de riesgo y la prevención de complicaciones obstétricas y perinatales. Sin embargo, su efectividad depende no solo de la vigilancia clínica, sino también de la capacidad de los sistemas de salud para garantizar acceso oportuno, educación materna y acompañamiento continuo durante el embarazo. La incorporación de enfoques interculturales y comunitarios permite fortalecer la adherencia a los controles y reducir las brechas de acceso existentes en poblaciones vulnerables y rurales.

Asimismo, la humanización de la atención del parto constituye un elemento clave para mejorar la experiencia materna y reducir intervenciones innecesarias. La evidencia científica demuestra que el acompañamiento continuo, el respeto por la autonomía de la mujer y la promoción del parto fisiológico favorecen mejores resultados materno-neonatales y fortalecen la confianza en los servicios de salud. En este sentido, el enfoque holístico permite reconocer a la mujer como protagonista del proceso reproductivo, integrando sus necesidades emocionales, culturales y sociales dentro de la atención obstétrica.

Por otra parte, el cuidado integral del recién nacido y la promoción de la lactancia materna representan intervenciones prioritarias para garantizar la supervivencia y el desarrollo infantil. Estrategias como el contacto piel con piel, el inicio precoz de la lactancia y la participación activa de la familia contribuyen significativamente al fortalecimiento del vínculo afectivo y a la reducción de la morbilidad neonatal. Además, la incorporación de prácticas culturalmente pertinentes favorece la aceptación de las intervenciones sanitarias y fortalece la continuidad del cuidado en contextos comunitarios diversos.

De igual manera, las complicaciones obstétricas continúan representando uno de los principales desafíos para los sistemas de salud latinoamericanos, especialmente en contextos marcados por inequidades sociales y limitaciones estructurales. La prevención, detección temprana y atención integral de estas complicaciones requieren fortalecer la atención primaria, garantizar acceso oportuno a servicios especializados y desarrollar estrategias multisectoriales

orientadas a disminuir las barreras geográficas, económicas y culturales que afectan a las mujeres durante el embarazo y el parto.

Finalmente, la enfermería desempeña un rol central en la implementación del abordaje holístico del cuidado materno-infantil, debido a que articula funciones asistenciales, educativas, preventivas y de acompañamiento emocional. El profesional de enfermería actúa como un agente clave en la promoción de prácticas seguras, humanizadas e interculturales, contribuyendo al fortalecimiento de sistemas de salud más equitativos, integrales y centrados en la dignidad humana. En consecuencia, la consolidación de modelos de atención materno-infantil basados en el enfoque holístico constituye una necesidad prioritaria para avanzar hacia mejores resultados de salud y reducir las inequidades persistentes en América Latina.

Referencias Bibliográficas

- Atun, R., Andrade, L., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230–1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Gooding, J., Cooper, L., Blaine, A., Franck, L., Howse, J., & Berns, S. (2011). Family-centered care in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 128(4), e1142–e1153. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1632>
- Organización Mundial de la Salud & UNICEF. (2021). *Infant and young child feeding*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Promoción de la lactancia materna en América Latina*.

- Rollins, N., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C., Martines, J., & Victora, C. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091–1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J., & Rollins, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Villar, J., Ba'aqeel, H., Piaggio, G., Lumbiganon, P., Belizán, J., Farnot, U., & Berendes, H. (2019). WHO antenatal care randomized trial. *The Lancet*.



CAPÍTULO VIII

ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS



RESUMEN

El capítulo presenta un análisis integral de las enfermedades crónicas más frecuentes, entre ellas la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las enfermedades respiratorias crónicas, resaltando su impacto en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de la población. Se examinan sus fundamentos fisiopatológicos, criterios diagnósticos, opciones terapéuticas y principales complicaciones, evidenciando la necesidad de un abordaje continuo y multidisciplinario. Asimismo, se destaca el rol esencial del profesional de enfermería en la atención de estos pacientes, especialmente en la valoración integral, la planificación y ejecución de cuidados, así como en el seguimiento y la prevención de complicaciones. Se subraya la relevancia de la educación en autocuidado como herramienta fundamental para fomentar la autonomía del paciente, mejorar la adherencia terapéutica y optimizar los resultados en salud. Además, se analizan los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y las intervenciones de enfermería dirigidas a fortalecerla, considerando dimensiones individuales, sociales y del sistema sanitario. Finalmente, se concluye que un enfoque centrado en el paciente, sustentado en la educación, el acompañamiento continuo y una atención integral de enfermería, favorece el control de las enfermedades crónicas, reduce complicaciones y mejora la calidad de vida, siendo especialmente pertinente en contextos orientados al fortalecimiento de la atención primaria y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Palabras claves: Enfermedades crónicas, Autocuidado, Adherencia al tratamiento, Enfermería, Calidad de vida.

ABSTRACT

The chapter provides a comprehensive overview of the most prevalent chronic diseases, such as diabetes mellitus, hypertension, and chronic respiratory diseases, highlighting their impact on morbidity, mortality, and quality of life. It addresses their pathophysiological foundations, diagnostic criteria, therapeutic approaches, and main complications, emphasizing the need for continuous and

multidisciplinary management. Likewise, it underscores the essential role of nursing professionals in patient care, particularly in comprehensive assessment, planning and implementation of interventions, as well as ongoing monitoring and prevention of complications. The importance of self-care education is emphasized as a key component to strengthen patient autonomy, enhance treatment adherence, and improve health outcomes. Additionally, the factors influencing therapeutic adherence and nursing strategies aimed at strengthening it are analyzed, considering individual, social, and healthcare system dimensions. In conclusion, a patient-centered approach based on education, continuous support, and comprehensive nursing care contributes to effective control of chronic diseases, reduction of complications, and improvement of quality of life, especially in contexts aimed at strengthening primary care and the sustainability of healthcare systems.

Keywords: Chronic diseases, Self-care, Treatment adherence, Nursing, Quality of life.

Introducción

El incremento sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles constituye uno de los mayores retos para los sistemas de salud a nivel global, debido a su repercusión en la morbilidad, el gasto sanitario y la calidad de vida de la población. Entre las más significativas se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las enfermedades respiratorias crónicas, las cuales exigen un abordaje integral, continuo y centrado en la persona. Estas patologías, de evolución prolongada y carácter generalmente progresivo, requieren no solo intervenciones clínicas oportunas, sino también acciones permanentes de prevención, control y educación en salud.

En este escenario, el profesional de enfermería desempeña un papel esencial, al posicionarse como un agente clave en la gestión del cuidado, la promoción del autocuidado y el acompañamiento terapéutico de los pacientes. Su labor trasciende la realización de procedimientos, incorporando una perspectiva integral que incluye la valoración holística del paciente, la planificación de cuidados personalizados y la aplicación de intervenciones sustentadas en la evidencia científica.

El presente capítulo tiene como finalidad examinar las características principales de las enfermedades crónicas más frecuentes, considerando sus aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos, así como la intervención de enfermería en su abordaje. Del mismo modo, se destaca la relevancia de la educación en autocuidado y la adherencia al tratamiento como componentes fundamentales para optimizar los resultados en salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, se pretende ofrecer una visión integral que contribuya al fortalecimiento del ejercicio profesional y a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Diabetes Mellitus

Según la American Diabetes Association (2023), la diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por niveles elevados de glucosa en sangre debido a defectos en la secreción o acción de la insulina, condición conocida como hiperglucemia crónica. Este trastorno se origina como consecuencia de fallas en la

producción de insulina, en su acción a nivel celular o en ambos procesos simultáneamente. Como resultado, se genera un desequilibrio en el metabolismo de los principales macronutrientes, incluyendo carbohidratos, lípidos y proteínas, lo cual impacta negativamente en múltiples funciones del organismo. A lo largo del tiempo, esta alteración metabólica se asocia con el desarrollo de complicaciones tanto agudas como crónicas, afectando órganos y sistemas vitales como la retina, los riñones, el sistema nervioso, el corazón y la red vascular.

Debido a su alta prevalencia y a su impacto progresivo, la diabetes mellitus es considerada una de las enfermedades crónicas no transmisibles más relevantes a nivel mundial, destacándose por su elevada tasa de morbilidad y mortalidad, así como por el importante costo económico y social que representa para los sistemas de salud (American Diabetes Association, 2024). Este problema de salud pública afecta tanto a países industrializados como a aquellos en desarrollo, siendo estos últimos particularmente vulnerables debido a limitaciones en el acceso a servicios de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento adecuado.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la insulina, hormona sintetizada y secretada por las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas, desempeña un rol fundamental en el mantenimiento de la homeostasis de la glucosa. En condiciones normales, esta hormona facilita el ingreso de glucosa a las células, especialmente en tejidos como el muscular y el adiposo, donde es utilizada como fuente de energía o almacenada para su uso posterior. Asimismo, la insulina inhibe la producción de glucosa por parte del hígado, contribuyendo a mantener niveles glucémicos estables.

Sin embargo, en la diabetes mellitus, estos mecanismos se ven alterados, lo que conduce a un aumento sostenido de la glucosa en sangre. La hiperglucemia prolongada desencadena una serie de procesos patológicos, entre ellos la glucotoxicidad, el incremento del estrés oxidativo y la activación de vías inflamatorias, los cuales favorecen el deterioro progresivo de los vasos sanguíneos y de diversos órganos. Estas alteraciones son responsables del desarrollo de complicaciones microvasculares, como la retinopatía y la nefropatía,

así como de complicaciones macrovasculares, incluyendo enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

En cuanto a su clasificación, la diabetes mellitus se divide principalmente en cuatro grandes categorías clínicas. La diabetes mellitus tipo 1 se caracteriza por un proceso autoinmune que provoca la destrucción de las células beta pancreáticas, dando lugar a una deficiencia absoluta de insulina. Este tipo de diabetes suele manifestarse con mayor frecuencia durante la infancia o la adolescencia, aunque puede presentarse en cualquier etapa de la vida, y frecuentemente se asocia con la presencia de autoanticuerpos y otras enfermedades de origen autoinmune.

Por otro lado, la diabetes mellitus tipo 2, que representa la forma más prevalente de la enfermedad, se desarrolla a partir de una combinación de resistencia a la insulina y una secreción inadecuada de esta hormona. Su aparición está estrechamente vinculada con factores de riesgo como el exceso de peso corporal, la inactividad física, el envejecimiento poblacional y la predisposición genética.

Asimismo, la diabetes gestacional se diagnostica durante el embarazo y se caracteriza por una alteración en la tolerancia a la glucosa que puede generar complicaciones tanto para la madre como para el feto, incluyendo crecimiento fetal excesivo, complicaciones durante el parto y un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en etapas posteriores de la vida. Finalmente, existen otros tipos específicos de diabetes que pueden originarse por causas genéticas, enfermedades del páncreas exocrino, trastornos endocrinos o como consecuencia del uso de ciertos medicamentos (World Health Organization, 2023).

Adicionalmente, es fundamental considerar la existencia de estados intermedios en el metabolismo de la glucosa, conocidos como prediabetes, los cuales incluyen la glucosa en ayunas alterada y la intolerancia a la glucosa. Estas condiciones no cumplen con los criterios diagnósticos de diabetes, pero representan una etapa de alto riesgo para su desarrollo, especialmente para la diabetes tipo 2.

La identificación temprana de estos estados es de gran importancia, ya que permite implementar estrategias preventivas basadas en cambios en el estilo de vida, como la adopción de una

alimentación saludable, el aumento de la actividad física y el control del peso corporal. De esta manera, es posible retrasar o incluso evitar la progresión hacia la enfermedad, reduciendo así el impacto en la salud individual y en los sistemas sanitarios.

El diagnóstico de la diabetes mellitus se fundamenta en la evaluación de parámetros bioquímicos específicos que permiten identificar alteraciones en el metabolismo de la glucosa. Entre los criterios más utilizados se encuentra la glucosa plasmática en ayunas con valores iguales o superiores a 126 mg/dL, así como la glucosa plasmática medida dos horas después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa, cuando alcanza o supera los 200 mg/dL.

Asimismo, la determinación de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) constituye un indicador clave, considerándose diagnóstico cuando su valor es igual o mayor a 6.5%. Otro criterio relevante es la medición de glucosa en cualquier momento del día (glucemia casual), que al ser igual o superior a 200 mg/dL en presencia de síntomas clásicos como aumento en la frecuencia urinaria, sed excesiva, incremento del apetito y pérdida de peso no intencionada, permite establecer el diagnóstico.

Según la American Diabetes Association (2024), es importante señalar que, en ausencia de signos evidentes de hiperglucemia, estos resultados deben ser confirmados mediante una segunda medición para asegurar su validez diagnóstica. La HbA1c, en particular, ofrece una ventaja significativa al reflejar el promedio de los niveles de glucosa en sangre durante los últimos dos a tres meses, lo que la convierte en una herramienta útil no solo para el diagnóstico, sino también para el seguimiento y control metabólico a largo plazo.

El manejo terapéutico de la diabetes mellitus tiene como propósito principal lograr y mantener niveles de glucosa en sangre dentro de rangos adecuados, con el fin de prevenir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Este abordaje requiere una estrategia integral que involucra la participación de un equipo multidisciplinario y la implementación de diversas intervenciones. Entre ellas destacan las modificaciones en el estilo de vida, el tratamiento farmacológico y la educación del paciente para el autocuidado.

La alimentación saludable constituye un pilar esencial en el tratamiento, promoviendo una dieta equilibrada que contemple una adecuada distribución de macronutrientes, control en la ingesta de carbohidratos, disminución del consumo de grasas saturadas y aumento de alimentos ricos en fibra. De igual manera, la práctica regular de actividad física desempeña un papel fundamental, ya que mejora la sensibilidad a la insulina, favorece el control del peso corporal y contribuye a la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares, que son frecuentes en estos pacientes.

En relación con el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 1, la administración de insulina exógena es indispensable, debido a la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas que ocasiona una ausencia casi total de esta hormona. El manejo terapéutico se basa en esquemas intensivos que buscan imitar el patrón fisiológico de secreción de insulina en el organismo. Entre estos, destaca la terapia basal-bolo, que combina el uso de insulinas de acción prolongada para cubrir las necesidades basales del organismo, junto con dosis de insulina de acción rápida o ultrarrápida administradas antes de las comidas para controlar los incrementos de glucosa posteriores a la ingesta.

Otra alternativa es el uso de sistemas de infusión continua mediante bombas de insulina, que permiten una administración más precisa y flexible. Es fundamental que el ajuste de las dosis de insulina se realice de manera individualizada, tomando en cuenta factores como la cantidad de carbohidratos consumidos, el nivel de actividad física, los valores de glucosa capilar y situaciones particulares como enfermedades intercurrentes o estados de estrés. En este contexto, el monitoreo continuo de glucosa ha representado un avance significativo, ya que permite evaluar en tiempo real las fluctuaciones glucémicas, facilitando la toma de decisiones terapéuticas y disminuyendo el riesgo de episodios de hipoglucemia.

Por otro lado, en la diabetes mellitus tipo 2, el tratamiento suele iniciarse con la implementación de cambios en el estilo de vida, que incluyen una alimentación saludable, incremento de la actividad física y reducción del peso corporal en caso de sobrepeso u obesidad. No obstante, debido al carácter progresivo de esta enfermedad, la mayoría de los pacientes requerirá en algún momento la

incorporación de tratamiento farmacológico para lograr un adecuado control glucémico.

La metformina es considerada el fármaco de primera elección, ya que actúa principalmente disminuyendo la producción hepática de glucosa y mejorando la sensibilidad a la insulina en los tejidos periféricos. Además, presenta un perfil de seguridad favorable y un bajo riesgo de provocar hipoglucemias, lo que la convierte en una opción terapéutica ampliamente utilizada. En aquellos casos en los que no se alcanza el control metabólico deseado, se pueden añadir otros medicamentos, seleccionados en función de las características individuales del paciente, como la presencia de comorbilidades, el riesgo cardiovascular y la tolerancia al tratamiento.

Dentro de las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, existen diversos grupos farmacológicos que actúan mediante diferentes mecanismos para mejorar el control glucémico. Entre ellos destacan los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), los cuales ejercen su efecto al impedir la reabsorción de glucosa en los túbulos renales, promoviendo así su eliminación a través de la orina.

Este mecanismo no solo contribuye a la reducción de los niveles de glucosa en sangre, sino que también se asocia con beneficios adicionales como la disminución del peso corporal y de la presión arterial. Asimismo, estos fármacos han demostrado efectos protectores a nivel cardiovascular y renal, lo que los convierte en una opción terapéutica relevante, especialmente en pacientes con alto riesgo de estas complicaciones. Por otro lado, los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) actúan estimulando la secreción de insulina de manera dependiente de la glucosa, lo que reduce el riesgo de hipoglucemias.

Además, estos medicamentos disminuyen el apetito y retrasan el vaciamiento gástrico, favoreciendo la pérdida de peso y contribuyendo a un mejor control metabólico. También se ha evidenciado que reducen la incidencia de eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes. Otros grupos farmacológicos incluyen las sulfonilureas, que incrementan la liberación de insulina por el páncreas, aunque su uso se asocia a un mayor riesgo de hipoglucemia; los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4), que prolongan la

acción de las incretinas y favorecen la regulación de la glucosa; y las tiazolidinedionas, que mejoran la sensibilidad a la insulina en los tejidos periféricos, especialmente en el músculo y el tejido adiposo.

En fases más avanzadas de la diabetes mellitus tipo 2, o en situaciones donde existe un descontrol metabólico significativo, puede ser necesario iniciar tratamiento con insulina, ya sea de manera transitoria o permanente, dependiendo de la evolución clínica del paciente. La utilización de insulina en combinación con otros fármacos antidiabéticos, tanto orales como inyectables, permite alcanzar un mejor control de los niveles de glucosa en sangre al actuar mediante mecanismos complementarios.

Este enfoque terapéutico combinado resulta particularmente útil en pacientes que no logran los objetivos glucémicos con monoterapia. Es fundamental que el tratamiento sea individualizado, teniendo en cuenta múltiples factores como la edad del paciente, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia de otras patologías asociadas, el riesgo de hipoglucemia, la función renal y el estado del sistema cardiovascular. Además, las preferencias del paciente y su capacidad para adherirse al tratamiento también deben ser consideradas al momento de tomar decisiones terapéuticas.

De igual manera, según Smeltzer, Bare, Hinkle y Cheever (2021), la educación del paciente constituye un componente esencial dentro del manejo integral de la diabetes mellitus. Es indispensable que las personas comprendan el uso correcto de los medicamentos, reconozcan posibles efectos adversos y sean conscientes de la importancia de mantener una adecuada adherencia al tratamiento prescrito.

El acompañamiento continuo por parte del equipo de salud, en especial del personal de enfermería, permite realizar un seguimiento cercano del paciente, facilitando la identificación de dificultades y la implementación de ajustes oportunos en la terapia. Este enfoque educativo y de seguimiento contribuye significativamente a mejorar los resultados clínicos y a prevenir complicaciones. En este sentido, un tratamiento farmacológico integral, adaptado a las necesidades individuales de cada paciente, es clave para optimizar el control metabólico y mejorar la calidad de vida.

En relación con las complicaciones de la diabetes mellitus, estas pueden clasificarse en agudas y crónicas, ambas con un impacto importante en la salud del paciente. Entre las complicaciones agudas se encuentran la hipoglucemia, la cetoacidosis diabética y el estado hiperosmolar hiperglucémico, condiciones que representan emergencias médicas y requieren atención inmediata debido al riesgo que implican para la vida.

Por otro lado, las complicaciones crónicas se desarrollan progresivamente como consecuencia de la hiperglucemia sostenida e incluyen la retinopatía diabética, que puede conducir a la pérdida de la visión; la nefropatía diabética, que afecta la función renal y puede evolucionar a insuficiencia renal; y las neuropatías, tanto periféricas como autonómicas, que generan alteraciones sensoriales y funcionales.

Además, la enfermedad cardiovascular constituye la principal causa de mortalidad en personas con diabetes, incluyendo afecciones como infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Por ello, la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de estas complicaciones son elementos fundamentales dentro del tratamiento integral de la enfermedad, permitiendo reducir su impacto y mejorar el pronóstico a largo plazo.

En este marco, el papel del personal de enfermería adquiere una relevancia fundamental dentro de la atención integral de las personas con diabetes mellitus. La enfermera se posiciona como un elemento clave en los diferentes niveles de intervención, abarcando la educación, la prevención, el tratamiento y el seguimiento continuo del paciente. Su labor no se limita únicamente al ámbito clínico, sino que también incluye funciones educativas y de gestión, lo que permite una atención más completa y coordinada.

Uno de los aspectos más importantes de su intervención es la promoción del autocuidado, mediante la enseñanza al paciente sobre prácticas esenciales como el control regular de la glucemia capilar, la correcta técnica de administración de insulina, la adecuada rotación de los sitios de inyección para evitar complicaciones, el almacenamiento apropiado de los medicamentos y la identificación oportuna de los signos y síntomas asociados tanto a la hipoglucemia como a la hiperglucemia. Estas acciones contribuyen a empoderar al

paciente y a mejorar su capacidad para manejar la enfermedad de manera autónoma.

De igual manera, el profesional de enfermería desempeña un rol activo en la promoción de estilos de vida saludables, incentivando la adopción de hábitos alimentarios equilibrados y la incorporación de actividad física regular, siempre considerando las condiciones particulares de cada individuo. La atención brindada se basa en una valoración integral que incluye no solo aspectos físicos, sino también dimensiones psicológicas y sociales, lo que permite identificar factores que pueden influir en la evolución de la enfermedad, tales como el nivel de apoyo familiar, el estado emocional y las posibles barreras para el cumplimiento del tratamiento.

A partir de esta evaluación, se procede a la planificación de cuidados de manera individualizada, estableciendo metas específicas, alcanzables y medibles, orientadas a mejorar el estado de salud del paciente y a prevenir complicaciones. El proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes con diabetes mellitus constituye una herramienta metodológica indispensable que facilita la prestación de cuidados organizados, sistemáticos y fundamentados en la evidencia científica.

Este proceso se estructura en cinco etapas interdependientes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Cada una de estas fases cumple un papel esencial en la atención centrada en el paciente, permitiendo adaptar las intervenciones a sus necesidades particulares y garantizando una atención de calidad. La correcta aplicación de este proceso favorece la continuidad del cuidado, mejora la toma de decisiones clínicas y contribuye a la obtención de mejores resultados en salud.

La etapa de valoración representa el punto de partida del proceso de atención de enfermería y tiene como propósito recolectar información detallada y completa sobre la condición de salud del paciente. Esta fase abarca la recopilación de antecedentes personales y familiares, la evaluación de los hábitos de vida, el estado nutricional, el nivel de actividad física, el grado de adherencia al tratamiento y el conocimiento que posee el paciente acerca de su enfermedad. Asimismo, se consideran aspectos psicosociales que pueden influir en el manejo de la diabetes.

Desde una perspectiva clínica, la enfermera también evalúa indicadores específicos como los niveles de glucosa capilar, los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c), la presión arterial y el índice de masa corporal, además de identificar posibles signos de complicaciones tanto agudas como crónicas. La realización de una exploración física minuciosa, con especial énfasis en la evaluación de la piel y el cuidado de los pies, resulta esencial para prevenir la aparición de lesiones, infecciones o úlceras, permitiendo así una detección temprana de alteraciones y una intervención oportuna.

Durante la fase diagnóstica del proceso de atención de enfermería, el profesional identifica y analiza los problemas de salud que afectan al paciente, ya sean reales o potenciales, con el fin de orientar adecuadamente las intervenciones. En el caso de personas con diabetes mellitus, existen diversos diagnósticos de enfermería que se presentan con frecuencia, entre los cuales destacan el manejo ineficaz del régimen terapéutico, el riesgo de inestabilidad en los niveles de glucosa, el deterioro de la integridad cutánea, el riesgo elevado de infecciones, el déficit de conocimientos sobre la enfermedad y las dificultades en el afrontamiento de la misma.

Asimismo, en pacientes con una evolución prolongada de la enfermedad, pueden identificarse diagnósticos adicionales relacionados con complicaciones crónicas, tales como la perfusión tisular ineficaz o el deterioro de la movilidad física, los cuales requieren intervenciones específicas y un seguimiento más riguroso. Esta etapa resulta fundamental, ya que permite priorizar necesidades y establecer una base sólida para la planificación del cuidado.

En relación con la planificación, esta etapa implica la formulación de objetivos claros, específicos y medibles, siempre centrados en las necesidades individuales del paciente. Dichos objetivos deben orientarse principalmente a lograr un adecuado control de la glucemia, prevenir la aparición de complicaciones, fortalecer las capacidades de autocuidado y mejorar la calidad de vida. La planificación del cuidado no solo incluye intervenciones clínicas, sino también estrategias educativas y de apoyo emocional, reconociendo la importancia de abordar al paciente de manera integral.

Estas intervenciones deben adaptarse a factores como la edad, el nivel educativo, el contexto social y cultural, así como la presencia de otras enfermedades. En esta fase, la enfermera asume un rol de liderazgo como gestora del cuidado, coordinando acciones con otros miembros del equipo de salud, como médicos, nutricionistas y psicólogos, para garantizar una atención interdisciplinaria efectiva.

La fase de ejecución constituye el momento en el cual se implementan las intervenciones previamente planificadas, siendo un componente esencial del proceso de atención de enfermería. En el contexto de la diabetes mellitus, estas intervenciones se enfocan principalmente en la educación terapéutica, considerada uno de los pilares fundamentales para el manejo adecuado de la enfermedad. A través de esta educación, el paciente adquiere conocimientos y habilidades necesarias para el automonitoreo de la glucosa, la correcta interpretación de los resultados obtenidos y la administración adecuada de insulina u otros medicamentos antidiabéticos.

Además, se promueve la adopción de hábitos alimentarios saludables, ajustando la dieta a las necesidades individuales y a las condiciones clínicas del paciente. La enfermera también orienta sobre la importancia de mantener una actividad física regular, adaptada a la capacidad funcional y al estado de salud, lo cual contribuye significativamente al control metabólico y al bienestar general.

Por otro lado, la educación dirigida al reconocimiento y manejo oportuno de las complicaciones agudas resulta de gran relevancia dentro de las intervenciones de enfermería. Es fundamental que el paciente sea capaz de identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia, tales como sudoración excesiva, temblores, alteraciones en el estado de conciencia, palpitaciones y debilidad, así como conocer las medidas inmediatas que deben adoptarse para corregir esta condición, como la ingesta de carbohidratos de rápida absorción.

De igual forma, se instruye sobre los síntomas de hiperglucemia, incluyendo sed intensa, aumento de la frecuencia urinaria, fatiga y visión borrosa, enfatizando la importancia de buscar atención médica oportuna en casos de descompensación. Estas acciones educativas no solo mejoran la seguridad del paciente, sino que también contribuyen a reducir la incidencia de eventos adversos

graves, fortaleciendo su autonomía y capacidad de respuesta ante situaciones de riesgo.

De acuerdo con diversos autores en el ámbito de la enfermería, la educación terapéutica dirigida por este profesional tiene un impacto significativo en el manejo de la diabetes mellitus, evidenciándose mejoras en el control de los niveles de glucosa, una disminución en la frecuencia de hospitalizaciones y un incremento en la calidad de vida de los pacientes.

En este contexto, la enfermera no solo cumple la función de transmisora de información, sino que también actúa como facilitadora del proceso de aprendizaje, adaptando los contenidos educativos según el nivel de comprensión, las necesidades individuales y el contexto sociocultural de cada paciente. Además, refuerza de manera continua los conocimientos adquiridos, asegurando que estos sean comprendidos y aplicados correctamente en la vida diaria, lo cual es fundamental para el éxito del tratamiento a largo plazo.

El apoyo emocional constituye otro componente esencial dentro del cuidado integral de las personas con diabetes mellitus. Al tratarse de una enfermedad crónica que exige modificaciones permanentes en los hábitos de vida, es común que los pacientes experimenten diversas respuestas emocionales, tales como ansiedad, frustración, negación o incluso depresión.

En este sentido, la enfermera con experiencia clínica está capacitada para identificar estas manifestaciones y brindar un acompañamiento adecuado, basado en la escucha activa, la empatía y la orientación oportuna. Asimismo, fomenta el desarrollo de estrategias de afrontamiento positivas que permitan al paciente adaptarse mejor a su condición, fortaleciendo su bienestar emocional. En los casos en los que se detectan alteraciones psicológicas más complejas, la enfermera puede gestionar la derivación a profesionales especializados en salud mental, garantizando así una atención integral.

En el ámbito asistencial, el profesional de enfermería desempeña un papel determinante en el manejo de las complicaciones agudas de la diabetes, como la cetoacidosis diabética y el estado

hiperosmolar hiperglucémico, ambas consideradas emergencias médicas.

En estas situaciones críticas, la enfermera realiza una vigilancia constante de los signos vitales, lleva a cabo un control riguroso de los niveles de glucosa en sangre y administra tratamientos específicos, como la insulina por vía intravenosa. Además, participa activamente en la reposición de líquidos y electrolitos, así como en la monitorización del estado neurológico del paciente. La capacidad para identificar de manera temprana signos de deterioro clínico resulta fundamental para intervenir oportunamente, evitando complicaciones mayores y mejorando el pronóstico del paciente.

En cuanto al seguimiento de las complicaciones crónicas, la enfermería cumple una función clave en la prevención y detección precoz de alteraciones asociadas a la diabetes mellitus. Una de las áreas de mayor importancia es la evaluación periódica del pie diabético, que incluye la inspección minuciosa de la piel, la valoración de la sensibilidad y la identificación de factores de riesgo que puedan predisponer a la formación de úlceras. La educación del paciente en el cuidado adecuado de los pies es esencial e incluye recomendaciones como mantener una higiene adecuada, utilizar calzado apropiado y realizar revisiones diarias para detectar cualquier lesión o cambio. Estas medidas son fundamentales para reducir el riesgo de infecciones y amputaciones.

De igual manera, la enfermera participa activamente en el control de factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, las alteraciones en los lípidos sanguíneos y el exceso de peso corporal, promoviendo hábitos de vida saludables que contribuyan a mejorar el estado general de salud del paciente y a disminuir la probabilidad de eventos cardiovasculares.

La evaluación constituye la etapa final dentro del proceso de atención de enfermería y tiene como finalidad principal determinar el grado de efectividad de las intervenciones implementadas previamente. En esta fase se analizan diversos indicadores relevantes, tales como el nivel de control glucémico alcanzado, el grado de adherencia del paciente al tratamiento, la aparición o progresión de complicaciones y la capacidad que posee la persona para llevar a cabo actividades de autocuidado de manera autónoma. Este proceso

evaluativo no es estático, sino continuo, lo que permite realizar ajustes oportunos en el plan de cuidados en función de la evolución clínica del paciente, garantizando así una atención dinámica, flexible y centrada en resultados (World Health Organization, 2023).

Por otro lado, la atención centrada en el paciente se establece como un principio esencial en el cuidado de las personas con diabetes mellitus. En este enfoque, la enfermera con experiencia considera de manera integral factores culturales, educativos y socioeconómicos que pueden influir en el manejo de la enfermedad.

La implementación de una comunicación efectiva, basada en el respeto, la empatía y la comprensión de las creencias y valores del paciente, favorece el establecimiento de una relación terapéutica sólida. Asimismo, la participación activa del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento fortalece su compromiso y responsabilidad en el cuidado de su salud, lo que se traduce en mejores resultados clínicos y una mayor satisfacción con la atención recibida.

El profesional de enfermería desempeña un rol significativo en el ámbito de la salud pública, contribuyendo a la prevención de la diabetes mellitus a través de su participación en programas comunitarios. Estas intervenciones incluyen actividades de educación sanitaria, campañas de concientización, realización de tamizajes para la detección temprana de alteraciones en la glucosa y la promoción de estilos de vida saludables.

Este tipo de acciones no solo permiten identificar de manera precoz a personas en riesgo o en etapas iniciales de la enfermedad, sino que también contribuyen a disminuir la incidencia, retrasar la progresión y reducir la aparición de complicaciones asociadas, generando un impacto positivo a nivel poblacional.

El papel de la enfermería en el manejo de la diabetes mellitus es integral, dinámico y altamente especializado, abarcando múltiples dimensiones del cuidado. A través de la aplicación del proceso de atención de enfermería, la implementación de estrategias de educación terapéutica, el acompañamiento emocional y la prevención activa de complicaciones, el profesional de enfermería contribuye de manera significativa al control de la enfermedad. Estas acciones permiten no solo mejorar los indicadores clínicos, sino también

promover una mejor calidad de vida en los pacientes, fortaleciendo su autonomía y bienestar general.

Es importante destacar que la diabetes mellitus representa un reto considerable tanto para los sistemas de salud como para los profesionales sanitarios, debido a su alta prevalencia y a las múltiples complicaciones que puede generar. Su abordaje requiere no solo conocimientos actualizados y habilidades clínicas, sino también una fuerte orientación hacia la educación y la promoción de la salud. En este contexto, la enfermería, desde una perspectiva integral y humanizada, desempeña un papel fundamental en todas las etapas del proceso de atención, desde la prevención hasta el seguimiento continuo. Su intervención resulta clave para mejorar los resultados en salud, disminuir la carga de complicaciones y optimizar la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una patología crónica no transmisible que se caracteriza por la elevación persistente de los niveles de presión arterial por encima de los valores considerados fisiológicamente normales. De manera general, se establece su diagnóstico cuando la presión arterial sistólica alcanza valores iguales o superiores a 140 mm de Hg y/o la presión arterial diastólica es igual o mayor a 90 mm de Hg, siempre que estas mediciones se realicen en condiciones adecuadas y sean confirmadas en varias ocasiones.

Esta enfermedad representa uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de afecciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, constituyendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Su alta prevalencia y su carácter silencioso la convierten en un problema de salud pública de gran magnitud, afectando a millones de personas tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo (World Health Organization, 2023).

Desde la perspectiva fisiopatológica, la presión arterial está determinada por la interacción entre el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica. En el caso de la hipertensión arterial, se produce

una alteración en uno o ambos de estos componentes, lo que genera un incremento sostenido de la presión dentro del sistema circulatorio. Diversos mecanismos contribuyen a su desarrollo, entre los que se incluyen la hiperactividad del sistema nervioso simpático, alteraciones en el sistema renina-angiotensina-aldosterona, disfunción del endotelio vascular, retención de sodio y agua, así como la influencia de factores genéticos y ambientales. Estos procesos fisiopatológicos conducen a cambios estructurales en los vasos sanguíneos, como el engrosamiento de la pared arterial, la pérdida de elasticidad y la reducción de la capacidad de vasodilatación, lo que perpetúa y agrava el aumento de la presión arterial a lo largo del tiempo.

En cuanto a su clasificación, la hipertensión arterial puede categorizarse tanto en función de sus niveles de presión como de su origen etiológico. Desde el punto de vista clínico, se distingue entre hipertensión primaria o esencial, que representa la gran mayoría de los casos y cuya causa específica no puede ser identificada, y la hipertensión secundaria, que se asocia a enfermedades subyacentes como patologías renales, trastornos endocrinos o alteraciones vasculares. Además, las guías internacionales establecen diferentes categorías según los valores de presión arterial, tales como presión normal, presión elevada, hipertensión en grado 1, grado 2 y crisis hipertensiva. Esta clasificación resulta de gran utilidad para orientar las decisiones terapéuticas, establecer el pronóstico y definir la frecuencia del seguimiento clínico del paciente (Whelton et al., 2018).

El diagnóstico de la hipertensión arterial requiere una medición precisa y confiable de la presión arterial, utilizando técnicas estandarizadas que garanticen la validez de los resultados. Es fundamental realizar múltiples mediciones en diferentes momentos y condiciones, debido a la variabilidad de la presión arterial en respuesta a factores como el estrés emocional, la actividad física o el consumo de cafeína u otras sustancias estimulantes.

En este contexto, el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) y la automedición en el domicilio adquieren una gran importancia, ya que permiten confirmar el diagnóstico y detectar situaciones específicas como la hipertensión de bata blanca, en la que los valores se elevan en el entorno clínico, o la hipertensión enmascarada, donde los niveles son normales en consulta, pero

elevados en la vida cotidiana. Asimismo, la evaluación diagnóstica integral incluye la identificación de factores de riesgo cardiovascular, la detección de daño en órganos blanco como el corazón, los riñones o el cerebro, y la búsqueda de posibles causas secundarias que puedan estar contribuyendo al desarrollo de la enfermedad.

El manejo de la hipertensión arterial tiene como propósito central lograr la reducción y el control sostenido de los niveles de presión arterial, con el fin de disminuir el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Este enfoque terapéutico se basa en una estrategia integral que combina intervenciones no farmacológicas con tratamiento farmacológico.

Las modificaciones en el estilo de vida constituyen el pilar fundamental del manejo inicial y continuo de la enfermedad. Entre estas medidas destacan la disminución del consumo de sodio en la dieta, el mantenimiento de un peso corporal adecuado, la realización de actividad física de forma regular, la moderación en la ingesta de bebidas alcohólicas, la eliminación del hábito tabáquico y la adopción de patrones alimentarios saludables, como la dieta DASH, que ha demostrado ser eficaz en la reducción de la presión arterial. Estas intervenciones no solo contribuyen al control de la enfermedad, sino que también generan beneficios adicionales en la salud general del individuo.

En relación con el tratamiento farmacológico, existe una amplia variedad de medicamentos antihipertensivos que actúan mediante distintos mecanismos para reducir la presión arterial. Entre los principales grupos terapéuticos se encuentran los diuréticos, que favorecen la eliminación de sodio y agua; los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), que disminuyen la producción de angiotensina II; los bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA II), que impiden la acción de esta sustancia; los bloqueadores de los canales de calcio, que reducen la contractilidad vascular; y los betabloqueadores, que disminuyen la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco.

La selección del tratamiento más adecuado debe basarse en una evaluación individualizada del paciente, considerando factores como la edad, la presencia de enfermedades asociadas, el grado de

hipertensión y el riesgo cardiovascular global. En muchos casos, especialmente cuando la presión arterial no se controla con un solo medicamento, es necesario recurrir a la terapia combinada, la cual permite potenciar los efectos terapéuticos y lograr un mejor control de la enfermedad.

Las complicaciones derivadas de la hipertensión arterial son consecuencia del daño progresivo que esta condición produce en los órganos blanco a lo largo del tiempo. Entre las más relevantes se encuentran la enfermedad coronaria, que puede manifestarse como angina de pecho o infarto de miocardio; la insuficiencia cardíaca, producto del esfuerzo continuo del corazón; el accidente cerebrovascular, que puede generar secuelas neurológicas permanentes; la enfermedad renal crónica, que compromete la función de filtración de los riñones; la retinopatía hipertensiva, que afecta la visión; y la enfermedad arterial periférica, que limita la circulación sanguínea en las extremidades.

La aparición de estas complicaciones puede prevenirse o retrasarse significativamente mediante un adecuado control de la presión arterial y la intervención sobre los factores de riesgo modificables, lo que resalta la importancia de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel esencial en todas las etapas del manejo de la hipertensión arterial, desde la prevención hasta el seguimiento continuo del paciente.

La enfermera actúa como un agente clave en la educación sanitaria, promoviendo cambios en el estilo de vida y fomentando la adherencia al tratamiento farmacológico. A través de la educación, se instruye al paciente sobre la importancia de mantener un control regular de la presión arterial, cumplir con la medicación prescrita, reducir el consumo de sal en la dieta y reconocer signos de alarma que puedan indicar descompensación o complicaciones. Este enfoque educativo no solo mejora el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, sino que también fortalece su capacidad de autocuidado y contribuye a un mejor control de la presión arterial a largo plazo.

El proceso de atención de enfermería en personas con hipertensión arterial se inicia con una valoración integral que permite obtener una visión completa del estado de salud del paciente. Esta

evaluación incluye la medición adecuada y sistemática de la presión arterial, así como el análisis de los hábitos de vida, tales como la alimentación, el nivel de actividad física, el consumo de sustancias como alcohol o tabaco y otros factores que puedan influir en el control de la enfermedad.

Además, se identifican factores de riesgo cardiovascular y se realiza una búsqueda activa de posibles complicaciones asociadas. A partir de esta información, se formulan diagnósticos de enfermería que orientan el plan de cuidados, siendo los más frecuentes el manejo ineficaz del régimen terapéutico, el riesgo de perfusión tisular ineficaz y el déficit de conocimientos respecto a la enfermedad y su tratamiento. Esta etapa resulta clave para establecer intervenciones oportunas y personalizadas.

Las intervenciones de enfermería están dirigidas principalmente a mejorar el control de la presión arterial y a prevenir la aparición de complicaciones a corto y largo plazo. Entre las acciones más relevantes se encuentra la monitorización periódica de la presión arterial, lo cual permite evaluar la respuesta al tratamiento y detectar posibles descompensaciones. Asimismo, la enfermera desempeña un rol fundamental en la educación del paciente sobre el uso correcto de los medicamentos antihipertensivos, asegurando que comprenda la importancia de la adherencia terapéutica.

También se brinda apoyo en la modificación de los hábitos de vida, promoviendo conductas saludables que favorezcan el control de la enfermedad. El seguimiento continuo y el acompañamiento del paciente son esenciales para reforzar estas intervenciones y lograr resultados sostenibles. Según Smeltzer, Bare, Hinkle y Cheever (2021), la participación activa de enfermería es determinante para mejorar la adherencia al tratamiento y optimizar el control de la hipertensión arterial.

De igual manera, el profesional de enfermería cumple un papel relevante en la detección temprana de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial. A través de la vigilancia constante, se pueden identificar signos y síntomas de alerta como cefalea intensa, alteraciones visuales, dolor en el pecho o dificultad respiratoria, los cuales pueden indicar un deterioro en el estado de salud del paciente. En situaciones de crisis hipertensiva, la intervención de enfermería

adquiere un carácter crítico, ya que se requiere una actuación inmediata y eficiente para evitar daños graves en órganos vitales como el cerebro, el corazón y los riñones. La capacidad de respuesta oportuna y la coordinación con el equipo de salud son fundamentales en estos casos para garantizar una atención adecuada.

Por otra parte, la atención centrada en el paciente implica considerar no solo los aspectos clínicos, sino también los factores psicológicos, sociales y culturales que influyen en el manejo de la hipertensión arterial. La adherencia al tratamiento puede verse condicionada por múltiples elementos, como el nivel de educación, la situación económica, el acceso a los servicios de salud o las creencias culturales relacionadas con la enfermedad.

En este sentido, la enfermera debe adaptar sus intervenciones a las características individuales de cada paciente, utilizando estrategias de comunicación efectivas y culturalmente sensibles. Este enfoque personalizado favorece una mayor participación del paciente en su proceso de cuidado, mejora la adherencia terapéutica y contribuye a obtener mejores resultados en el control de la enfermedad.

La enfermería desempeña un papel activo y fundamental en los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades cardiovasculares, participando en estrategias orientadas a la detección temprana de factores de riesgo y de la hipertensión arterial. A través de campañas comunitarias, actividades educativas y seguimiento continuo de poblaciones vulnerables, el profesional de enfermería contribuye significativamente a disminuir la incidencia de esta patología y a prevenir la aparición de complicaciones asociadas. Estas intervenciones no solo se enfocan en el ámbito asistencial, sino también en el comunitario, fortaleciendo la educación en salud y fomentando estilos de vida saludables desde un enfoque preventivo.

Desde una perspectiva más amplia del cuidado, es importante resaltar que la enfermera mantiene un rol continuo en el seguimiento longitudinal del paciente con hipertensión arterial. Este acompañamiento se sustenta en el establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza, la empatía y una comunicación efectiva. El control periódico permite valorar la evolución clínica del paciente, determinar la eficacia del tratamiento instaurado, identificar

posibles efectos adversos de los fármacos antihipertensivos y realizar ajustes oportunos en coordinación con el equipo multidisciplinario.

En este contexto, la adherencia terapéutica representa uno de los principales retos, por lo que la enfermería debe implementar estrategias educativas personalizadas, utilizando un lenguaje claro, recursos didácticos adecuados y refuerzos constantes que faciliten la comprensión y el compromiso del paciente con su tratamiento. De igual manera, la enfermera cumple un rol esencial en la educación para el autocontrol de la presión arterial en el ámbito domiciliario.

Esto implica instruir al paciente en el uso correcto de dispositivos de medición, como los tensiómetros, así como en la importancia de llevar un registro sistemático de las cifras obtenidas y reconocer variaciones que puedan indicar descompensaciones. Esta práctica favorece el empoderamiento del paciente, incrementa su autonomía en el manejo de la enfermedad y permite una toma de decisiones más oportuna frente a posibles alteraciones. Asimismo, la inclusión de la familia en el proceso de cuidado resulta clave, ya que el apoyo social y familiar influye de manera positiva en la adherencia al tratamiento y en la adopción de hábitos saludables.

En el ámbito preventivo, la enfermería también interviene activamente en la identificación y modificación de factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, tales como la obesidad, el sedentarismo, los hábitos alimentarios inadecuados y el estrés. La orientación en técnicas de manejo del estrés, como ejercicios de relajación y respiración profunda, constituye una herramienta complementaria eficaz para el control de la presión arterial. Además, la promoción de controles periódicos en poblaciones con mayor riesgo permite la detección precoz de la enfermedad, facilitando intervenciones tempranas que contribuyen a mejorar el pronóstico y reducir la carga de morbilidad asociada.

En pacientes que presentan daño a órganos blanco, el cuidado de enfermería se orienta hacia una vigilancia específica y especializada, adaptada al tipo de complicación existente. En el caso de la afectación renal, el profesional de enfermería realiza un seguimiento continuo de la función renal, controlando parámetros clínicos y de laboratorio, así como el balance hídrico para prevenir desequilibrios. En pacientes con compromiso cardiovascular, se

prioriza la identificación temprana de signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, como disnea, edema o fatiga, permitiendo intervenciones oportunas. Por su parte, en aquellos con retinopatía hipertensiva, se enfatiza la importancia del control oftalmológico periódico y la adherencia a las recomendaciones médicas. Este abordaje integral y diferenciado garantiza una atención segura, oportuna y centrada en las necesidades específicas de cada paciente.

Asimismo, la enfermería desempeña un papel relevante en el ámbito de la investigación y la mejora continua de la práctica clínica. Su participación en la implementación de guías clínicas basadas en la evidencia científica permite estandarizar los cuidados y optimizar los resultados en salud. Además, el monitoreo y la evaluación de los resultados obtenidos en la atención de pacientes hipertensos facilitan la identificación de oportunidades de mejora y la actualización constante de las intervenciones. De esta manera, la enfermería contribuye activamente al fortalecimiento de los sistemas de salud y a la calidad de la atención brindada.

En conclusión, la hipertensión arterial constituye una enfermedad crónica de alta relevancia en el contexto de la salud pública, cuyo abordaje requiere un enfoque integral, continuo y multidisciplinario. Un manejo adecuado permite reducir significativamente el riesgo de complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, la enfermería cumple un rol esencial desde sus funciones educativa, asistencial, preventiva y de seguimiento, aportando de manera significativa al control de la enfermedad y a la disminución de su impacto en la población.

Enfermedades respiratorias crónicas

Las enfermedades respiratorias crónicas comprenden un conjunto de patologías que afectan de manera persistente y progresiva las vías respiratorias y otras estructuras del sistema respiratorio. Estas se caracterizan principalmente por la presencia de limitación del flujo aéreo, procesos inflamatorios crónicos y un deterioro progresivo de la función pulmonar, lo cual impacta de forma significativa en la calidad de vida de quienes las padecen.

Dentro de este grupo destacan patologías como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma, la fibrosis pulmonar, las bronquiectasias y la hipertensión pulmonar. A nivel global, estas enfermedades representan una de las principales causas de morbilidad, especialmente en contextos donde existe alta exposición a factores de riesgo como el tabaquismo, la contaminación ambiental y el uso de combustibles de biomasa (World Health Organization, 2023). Además de su impacto clínico, generan importantes consecuencias sociales y económicas debido a la discapacidad que ocasionan y al uso prolongado de recursos sanitarios.

Desde la perspectiva fisiopatológica, estas enfermedades se caracterizan por la presencia de inflamación crónica que puede comprometer las vías aéreas, el parénquima pulmonar o ambos. En el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se observa una limitación progresiva del flujo aéreo como consecuencia de la destrucción del tejido pulmonar, característica del enfisema, y del estrechamiento de las vías respiratorias, propio de la bronquitis crónica.

Por otro lado, el asma se distingue por una inflamación de las vías aéreas que, a diferencia de la EPOC, suele ser reversible y se asocia a una hiperreactividad bronquial. En patologías como la fibrosis pulmonar, predomina la formación de tejido cicatricial que reduce la elasticidad pulmonar y dificulta el adecuado intercambio gaseoso. Estos procesos conducen a alteraciones como hipoxemia y, en etapas avanzadas, hipercapnia, además de un incremento en el esfuerzo respiratorio.

La clasificación de las enfermedades respiratorias crónicas puede establecerse en función de su mecanismo fisiopatológico, lo que facilita su comprensión y abordaje terapéutico. En este sentido, se distinguen enfermedades obstructivas, como el asma y la EPOC, caracterizadas por la dificultad para la salida del aire; enfermedades restrictivas, como la fibrosis pulmonar, en las que se reduce la capacidad pulmonar total; y enfermedades de origen vascular, como la hipertensión pulmonar.

Esta categorización permite orientar de manera más precisa el diagnóstico y el tratamiento, además de posibilitar la estratificación

de cada patología según su gravedad, favoreciendo así la implementación de intervenciones individualizadas. El diagnóstico de estas enfermedades se basa en una evaluación integral que incluye la historia clínica detallada, el examen físico y diversas pruebas complementarias. La espirometría constituye la herramienta fundamental para la valoración de la función pulmonar, ya que permite identificar patrones obstructivos o restrictivos mediante la medición de la capacidad respiratoria.

A esto se suman otros estudios como la radiografía de tórax, la tomografía computarizada, la oximetría de pulso, la gasometría arterial, las pruebas de difusión pulmonar y los análisis de laboratorio. La detección precoz resulta esencial para ralentizar la progresión de la enfermedad y mejorar el pronóstico del paciente. Asimismo, es imprescindible evaluar la exposición a factores de riesgo, tales como el tabaquismo activo o pasivo, la contaminación ambiental y los agentes ocupacionales, ya que estos influyen de manera directa en el desarrollo y evolución de estas patologías (World Health Organization, 2023).

El tratamiento de las enfermedades respiratorias crónicas tiene como propósito principal el control de los síntomas, la optimización de la función pulmonar, la prevención de exacerbaciones y la mejora de la calidad de vida del paciente. Este abordaje es integral y multidimensional, ya que combina intervenciones farmacológicas, estrategias no farmacológicas y programas de rehabilitación pulmonar.

En el ámbito farmacológico, se emplean diversos grupos terapéuticos, entre los que destacan los broncodilatadores de acción corta y prolongada, los corticosteroides inhalados, los anticolinérgicos y los mucolíticos. En determinadas situaciones clínicas, especialmente cuando existen infecciones respiratorias asociadas, también puede ser necesario el uso de antibióticos. Asimismo, la oxigenoterapia está indicada en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica para mantener niveles adecuados de oxigenación, mientras que en estadios avanzados puede requerirse el uso de ventilación no invasiva como soporte respiratorio.

Por otra parte, las medidas no farmacológicas constituyen un pilar fundamental en el manejo de estas patologías. Entre ellas, la

suspensión del tabaquismo representa una de las intervenciones más efectivas para frenar la progresión de la enfermedad. A esto se suma la reducción de la exposición a contaminantes ambientales y agentes irritantes, así como la vacunación contra infecciones respiratorias como la influenza y el neumococo, que contribuyen a disminuir el riesgo de exacerbaciones.

La educación del paciente también juega un rol esencial, ya que permite fomentar la adherencia al tratamiento y el autocuidado. En este contexto, la rehabilitación pulmonar se posiciona como una estrategia clave, al integrar ejercicios respiratorios, entrenamiento físico supervisado, educación sanitaria y apoyo psicológico, lo que favorece una mejor capacidad funcional y mayor tolerancia al esfuerzo.

Las enfermedades respiratorias crónicas pueden dar lugar a diversas complicaciones que afectan significativamente la evolución del paciente. Entre las más frecuentes se encuentran las exacerbaciones agudas, la insuficiencia respiratoria, las infecciones recurrentes y la hipertensión pulmonar. Además, pueden presentarse consecuencias sistémicas como la insuficiencia cardíaca derecha o cor pulmonale, la desnutrición y el deterioro progresivo de la capacidad funcional. Estas complicaciones incrementan la morbilidad, por lo que su prevención, detección temprana y manejo adecuado son fundamentales dentro del plan de atención (World Health Organization, 2023).

En este contexto, el rol de enfermería resulta esencial en el cuidado integral de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. La enfermera participa activamente en la valoración continua del estado clínico, evaluando aspectos clave como la función respiratoria, la frecuencia y el patrón ventilatorio, el uso de músculos accesorios, la saturación de oxígeno, la coloración de piel y mucosas, así como la presencia y características de las secreciones. Esta evaluación sistemática permite identificar de manera precoz cualquier alteración en la condición del paciente, facilitando la implementación de intervenciones oportunas y contribuyendo a la prevención de complicaciones.

El proceso de atención de enfermería en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas contempla la identificación de

diversos diagnósticos que reflejan las alteraciones presentes en el estado de salud. Entre los más frecuentes se encuentran el patrón respiratorio ineficaz, el deterioro del intercambio gaseoso, la limpieza ineficaz de las vías aéreas, la intolerancia a la actividad, la ansiedad y el déficit de autocuidado. Estos diagnósticos permiten estructurar un plan de cuidados individualizado, orientado a optimizar la ventilación, favorecer la eliminación de secreciones y mejorar la oxigenación tisular, contribuyendo así a la estabilización clínica del paciente.

Las intervenciones de enfermería se centran en el mantenimiento de una adecuada oxigenación y función respiratoria. En este sentido, la administración de oxígeno, según indicación médica, requiere un control riguroso del flujo y una adecuada humidificación para evitar la resequeidad de las vías respiratorias. La monitorización continua de la saturación de oxígeno permite evaluar la respuesta al tratamiento y detectar de manera temprana signos de hipoxia.

Asimismo, la posición del paciente constituye un aspecto fundamental del cuidado, siendo recomendable la posición semifowler o fowler, ya que facilita la expansión pulmonar y mejora la ventilación. De igual manera, la enseñanza de técnicas respiratorias, como la respiración diafragmática y la respiración con labios fruncidos, resulta esencial para optimizar el patrón ventilatorio y disminuir la sensación de disnea.

Otro componente clave del cuidado enfermero es la limpieza eficaz de las vías aéreas. Para ello, se promueve la realización de una tos efectiva y se fomenta una adecuada hidratación, lo que contribuye a fluidificar las secreciones y facilitar su eliminación. En algunos casos, es necesario complementar estas medidas con fisioterapia respiratoria. Cuando el paciente no es capaz de eliminar las secreciones por sí mismo, se recurre a la aspiración, procedimiento que debe realizarse bajo estrictas condiciones de asepsia para prevenir infecciones y garantizar la seguridad del paciente.

La educación sanitaria constituye un pilar fundamental dentro del cuidado de estos pacientes. En particular, la correcta utilización de los dispositivos inhaladores es esencial para asegurar la eficacia del tratamiento farmacológico. La enfermera debe no solo explicar el procedimiento, sino también demostrarlo, supervisar su

ejecución y corregir posibles errores en la técnica. Además, se refuerza de manera constante la importancia de la adherencia al tratamiento, ya que su cumplimiento adecuado influye directamente en el control de la enfermedad y en la prevención de exacerbaciones (World Health Organization, 2023).

La educación para el autocuidado constituye un eje fundamental dentro del rol de enfermería en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. A través de este proceso, se capacita al paciente para reconocer de manera oportuna los signos de exacerbación, tales como el incremento de la disnea, modificaciones en la cantidad o características de las secreciones y la presencia de fiebre. Asimismo, se refuerza la importancia de mantener una adecuada adherencia a las indicaciones médicas, asistir regularmente a los controles de seguimiento y adoptar estilos de vida saludables que contribuyan al control de la enfermedad y a la prevención de complicaciones.

El apoyo emocional constituye un componente esencial dentro del cuidado integral del paciente, especialmente en el contexto de enfermedades crónicas, donde el impacto no se limita únicamente a la esfera física, sino que también compromete significativamente el bienestar psicológico y social. Es frecuente que los pacientes experimenten sentimientos de ansiedad, depresión, frustración, aislamiento social e incluso dependencia funcional, lo que puede afectar de manera negativa su calidad de vida y su capacidad para adherirse al tratamiento.

En este escenario, el profesional de enfermería desempeña un rol fundamental al brindar contención emocional, generar un espacio seguro para la expresión de sentimientos y promover una comunicación terapéutica basada en la empatía, el respeto y la confianza. Este acompañamiento no solo contribuye al bienestar emocional del paciente, sino que también fortalece su capacidad de afrontamiento frente a la enfermedad. Asimismo, la enfermera tiene la responsabilidad de identificar signos de alteraciones en la salud mental, como síntomas de depresión o ansiedad, y, cuando la situación lo amerita, coordinar la intervención de otros profesionales, como psicólogos o psiquiatras, garantizando de esta manera un abordaje verdaderamente integral e interdisciplinario.

En aquellos pacientes que se encuentran en fases avanzadas de la enfermedad, la enfermería adquiere un papel aún más relevante mediante la provisión de cuidados paliativos, cuyo objetivo principal es mejorar el confort y la calidad de vida del paciente. Estas intervenciones no se enfocan únicamente en la prolongación de la vida, sino en asegurar que esta se desarrolle con el mayor bienestar posible, minimizando el sufrimiento.

En este sentido, el manejo adecuado de síntomas como la disnea, el dolor, la fatiga, la ansiedad y otros malestares asociados resulta prioritario. Para ello, se emplean diversas estrategias que incluyen la administración de oxígeno, el uso de tratamientos farmacológicos específicos, la implementación de técnicas de relajación y respiración, así como el acompañamiento continuo por parte del equipo de salud. Además, en esta etapa es fundamental preservar la dignidad del paciente, respetar sus valores, creencias y decisiones, y brindar apoyo emocional tanto a él como a su familia, favoreciendo un proceso de atención humanizado, ético y centrado en la persona (World Health Organization, 2023).

En el ámbito comunitario, la enfermería desempeña un papel clave en la prevención y el control de las enfermedades respiratorias crónicas, mediante el desarrollo e implementación de estrategias de promoción de la salud y educación sanitaria. A través de campañas educativas dirigidas a la población general, se busca aumentar el conocimiento sobre los factores de riesgo, como el tabaquismo, la contaminación ambiental y la exposición a agentes nocivos, así como fomentar la adopción de estilos de vida saludables.

La promoción de espacios libres de humo y la implementación de programas de detección temprana permiten identificar de manera oportuna a personas en riesgo o en etapas iniciales de la enfermedad, facilitando intervenciones precoces que mejoran el pronóstico. Estas acciones no solo benefician a los individuos, sino que también contribuyen a disminuir la carga de enfermedad a nivel poblacional, reduciendo la incidencia y el impacto de estas patologías en la salud pública.

De igual manera, la enfermera cumple una función esencial en la gestión del cuidado, actuando como un eje articulador dentro del sistema de salud. Su rol implica coordinar la atención entre los

diferentes niveles asistenciales, asegurando la continuidad del tratamiento y facilitando la transición del paciente entre servicios como la atención primaria, hospitalaria y especializada. Esta coordinación interdisciplinaria permite brindar una atención más integral, oportuna y eficiente, centrada en las necesidades del paciente.

Además, la enfermería contribuye al uso racional de los recursos sanitarios, optimizando su disponibilidad y evitando intervenciones innecesarias. En este contexto, la investigación en enfermería adquiere una relevancia particular, ya que permite generar conocimientos basados en evidencia científica, los cuales sustentan la toma de decisiones clínicas y fortalecen la calidad de la atención. La aplicación de prácticas basadas en evidencia no solo mejora los resultados en salud, sino que también promueve la innovación y el desarrollo continuo de la disciplina.

En conclusión, las enfermedades respiratorias crónicas constituyen un problema de gran relevancia en el ámbito de la salud pública, debido a su alta prevalencia, impacto en la calidad de vida y carga para los sistemas sanitarios. Su abordaje requiere un enfoque integral, continuo y centrado en el paciente, que contemple tanto la prevención como el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. En este marco, la enfermería, desde una perspectiva holística, cumple un rol fundamental en todas las etapas del proceso de atención, contribuyendo de manera significativa a la reducción de complicaciones, la optimización del manejo clínico y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Educación en autocuidado en enfermedades crónicas

La educación en autocuidado representa uno de los pilares esenciales en el abordaje de las enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las enfermedades respiratorias crónicas. Se concibe como un proceso mediante el cual el profesional de la salud, particularmente el personal de enfermería, proporciona al paciente los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para que participe de manera activa y consciente en el

cuidado de su propia salud. Este enfoque fomenta la autonomía, fortalece la responsabilidad individual y promueve la toma de decisiones informadas, con el propósito de optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de las personas (World Health Organization, 2023).

Desde una visión más integral, la educación en autocuidado puede entenderse como un proceso educativo terapéutico continuo, dinámico y centrado en el paciente, orientado al desarrollo de competencias que le permitan gestionar de forma adecuada su enfermedad. Este proceso trasciende la simple transmisión de información, ya que implica la adopción de cambios conductuales sostenidos en el tiempo, sustentados en el aprendizaje significativo y en la motivación intrínseca del individuo. Asimismo, se reconoce que este proceso está influenciado por diversos factores, incluyendo aspectos personales, sociales y culturales, lo que requiere que las intervenciones de enfermería sean adaptadas a las características y necesidades particulares de cada paciente.

El autocuidado comprende un conjunto de acciones que las personas realizan de manera cotidiana con el objetivo de preservar su salud, prevenir complicaciones y controlar los síntomas asociados a su enfermedad (Smeltzer et al., 2021). En el contexto de las enfermedades crónicas, estas acciones incluyen el cumplimiento del tratamiento farmacológico, la adopción de estilos de vida saludables, el monitoreo regular de signos y síntomas, así como la búsqueda oportuna de atención médica ante cualquier alteración. Dado que estas patologías requieren un manejo continuo y a largo plazo, el paciente asume un rol protagónico en su cuidado diario, lo que resalta la importancia de una adecuada educación en autocuidado.

La relevancia de la educación en autocuidado radica en su impacto directo sobre la evolución de las enfermedades crónicas. La evidencia científica ha demostrado que los pacientes que reciben una educación adecuada logran un mejor control de su condición, presentan menor incidencia de complicaciones, reducen la frecuencia de hospitalizaciones y muestran una mayor adherencia a los tratamientos indicados. Además, el fortalecimiento del autocuidado contribuye a disminuir la carga sobre los sistemas de salud,

favoreciendo un uso más eficiente y sostenible de los recursos sanitarios.

Desde el enfoque de enfermería, la educación en autocuidado debe concebirse como un proceso continuo, estructurado y adaptado a las características individuales de cada paciente. La valoración inicial constituye una etapa fundamental, ya que permite identificar las necesidades educativas, el nivel de conocimientos previos, las creencias, el contexto sociocultural y la capacidad de aprendizaje del individuo. Este análisis integral facilita el diseño de un plan educativo personalizado, lo que incrementa la efectividad de las intervenciones y favorece una mejor asimilación de los contenidos.

La planificación de la educación en autocuidado representa una fase clave dentro del proceso de atención de enfermería. En esta etapa, se establecen objetivos específicos, claros y medibles, orientados al desarrollo de conocimientos, habilidades y cambios conductuales en el paciente. Estos objetivos deben ser realistas y progresivos, de manera que permitan una adaptación gradual a nuevas conductas de salud. Asimismo, es esencial organizar los contenidos educativos de forma lógica y jerarquizada, priorizando la información más relevante para el manejo adecuado de la enfermedad.

Un principio fundamental en la educación en autocuidado es la participación activa del paciente en su propio proceso de aprendizaje. La enfermera tiene la responsabilidad de promover el empoderamiento del individuo, incentivándolo a asumir un rol activo y responsable en el cuidado de su salud. Esto no solo implica la transmisión de información, sino también el desarrollo de habilidades prácticas y el fortalecimiento de la autoconfianza, permitiendo que el paciente se sienta capaz de tomar decisiones informadas y manejar su condición de manera autónoma.

Las estrategias educativas implementadas por el personal de enfermería deben ser comprensibles, accesibles y ajustadas al nivel cognitivo del paciente. Es fundamental evitar el uso de lenguaje técnico complejo y, en su lugar, emplear explicaciones claras acompañadas de ejemplos concretos que faciliten la comprensión. La enseñanza debe ser interactiva, promoviendo la participación del paciente mediante la expresión de dudas, experiencias e inquietudes.

Además, el uso de recursos didácticos como folletos, material visual, videos y demostraciones prácticas contribuye significativamente a mejorar la retención de la información y la aplicación de los conocimientos en la vida cotidiana.

Una de las estrategias educativas más empleadas en el ámbito de la enfermería es el método de “enseñar de vuelta” o *teach-back*, el cual consiste en solicitar al paciente que reformule con sus propias palabras la información previamente proporcionada por el profesional de salud. Esta técnica no solo permite evaluar de manera efectiva el nivel de comprensión alcanzado, sino que también facilita la identificación de posibles errores, malinterpretaciones o vacíos de conocimiento que podrían afectar el adecuado cumplimiento del tratamiento.

A través de este proceso, la enfermera puede reforzar los conceptos clave, aclarar dudas y adaptar la información según las necesidades del paciente. Además, el uso sistemático de esta estrategia favorece un aprendizaje más significativo, ya que involucra activamente al paciente en su proceso educativo. De igual forma, la repetición constante y el refuerzo progresivo de la información en diferentes momentos del proceso de atención resultan esenciales para consolidar los conocimientos adquiridos, facilitar su retención a largo plazo y promover su aplicación efectiva en la vida cotidiana (World Health Organization, 2023).

En relación con las actividades educativas en autocuidado, estas pueden implementarse tanto a nivel individual como grupal, dependiendo de las características, necesidades y contexto de los pacientes. Las intervenciones individuales permiten una atención más personalizada, en la que se pueden abordar de manera específica las dudas, creencias, limitaciones y capacidades de cada persona. Este tipo de educación favorece una relación más cercana entre el profesional y el paciente, lo que contribuye a mejorar la confianza y la adherencia al tratamiento.

Por otro lado, las actividades grupales, como talleres, charlas o sesiones educativas colectivas, ofrecen múltiples beneficios, entre ellos el intercambio de experiencias, el aprendizaje colaborativo y el fortalecimiento del apoyo social. La interacción entre los participantes permite compartir vivencias, estrategias de afrontamiento y

soluciones prácticas, lo que puede generar mayor motivación y compromiso con el autocuidado, además de disminuir el sentimiento de aislamiento que frecuentemente acompaña a las enfermedades crónicas.

Entre las actividades prácticas más relevantes en la educación para el autocuidado se encuentra la enseñanza del monitoreo de signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca o los niveles de glucosa en sangre. Asimismo, es fundamental instruir al paciente en la correcta administración de medicamentos, asegurando que comprenda las dosis, horarios, posibles efectos secundarios y la importancia de la adherencia terapéutica. El uso adecuado de dispositivos médicos, como inhaladores en enfermedades respiratorias o glucómetros en pacientes con diabetes, también constituye un aspecto clave, ya que su incorrecta utilización puede comprometer la eficacia del tratamiento.

De igual manera, la orientación sobre la planificación de una alimentación saludable y equilibrada, así como la incorporación de actividad física adaptada a las condiciones del paciente, son componentes esenciales para el control de la enfermedad. Otra herramienta de gran utilidad es el registro diario de salud, mediante el cual el paciente documenta información relevante sobre su estado, como síntomas, valores de control y cumplimiento del tratamiento, lo que facilita el seguimiento clínico y la toma de decisiones por parte del equipo de salud.

Adicionalmente, la simulación de situaciones reales se presenta como una estrategia educativa altamente efectiva, ya que permite al paciente desarrollar habilidades prácticas en un entorno controlado y seguro. A través de esta técnica, el paciente puede aprender a reconocer signos de alarma, evaluar su estado de salud y tomar decisiones oportunas ante posibles complicaciones, lo que contribuye a reducir riesgos y mejorar su capacidad de respuesta. Por otra parte, los contratos terapéuticos constituyen una herramienta útil para formalizar acuerdos entre el paciente y el profesional de salud, estableciendo compromisos claros en relación con el tratamiento y los objetivos de cuidado. Este enfoque promueve la responsabilidad compartida, fortalece la motivación del paciente y mejora la

adherencia terapéutica, al generar un mayor sentido de compromiso con su proceso de salud (World Health Organization, 2023).

En el contexto de enfermedades crónicas específicas, la educación en autocuidado adquiere características particulares según la patología. En el caso de la diabetes mellitus, las intervenciones educativas se centran en el control de la glucemia, la correcta administración de insulina, la adopción de una alimentación equilibrada y el cuidado preventivo de los pies para evitar complicaciones. En la hipertensión arterial, se prioriza el control regular de la presión arterial, la disminución del consumo de sodio y la promoción de la actividad física. Por su parte, en las enfermedades respiratorias crónicas, la educación se orienta al uso adecuado de dispositivos inhaladores, la práctica de técnicas respiratorias y la identificación precoz de signos de exacerbación, con el fin de prevenir descompensaciones.

El componente emocional constituye un elemento esencial dentro de la educación en autocuidado, ya que las enfermedades crónicas suelen generar respuestas psicológicas como ansiedad, depresión o frustración, las cuales pueden interferir en la adherencia al tratamiento. En este sentido, la enfermera cumple un rol fundamental al brindar apoyo emocional, fomentar la confianza y facilitar el proceso de adaptación del paciente a su condición de salud, promoviendo así un afrontamiento positivo.

El entorno familiar y social constituye un elemento fundamental en el éxito del autocuidado, especialmente en el contexto de las enfermedades crónicas. La participación activa de la familia no solo facilita la adopción y mantenimiento de cambios en los estilos de vida, sino que también brinda un soporte emocional constante que resulta clave para el bienestar del paciente. Este acompañamiento favorece la adherencia al tratamiento, ya que el paciente se siente respaldado y motivado en su proceso de cuidado.

Además, la familia puede colaborar en actividades prácticas como la preparación de alimentos saludables, el recordatorio de la medicación y el acompañamiento a controles médicos. Por esta razón, es altamente recomendable integrar a los familiares o cuidadores en el proceso educativo, promoviendo su participación como parte activa

del equipo de cuidado y fortaleciendo así una red de apoyo sólida y efectiva (World Health Organization, 2023).

Por otro lado, los avances tecnológicos han transformado de manera significativa las estrategias de educación en autocuidado, ampliando las herramientas disponibles para el seguimiento y la intervención en salud. El uso de aplicaciones móviles orientadas al control de enfermedades, los servicios de telemedicina y los dispositivos de monitoreo domiciliario permiten mejorar la continuidad de la atención, facilitar el acceso a los servicios de salud y optimizar la comunicación entre el paciente y el equipo sanitario. Estas herramientas tecnológicas no solo permiten un seguimiento más preciso de parámetros clínicos, sino que también fomentan la participación activa del paciente en el control de su enfermedad. Asimismo, contribuyen a la detección temprana de alteraciones y a la toma de decisiones oportunas, lo que repercute positivamente en los resultados en salud.

La evaluación del proceso educativo representa una fase esencial dentro del cuidado de enfermería, ya que permite determinar la efectividad de las intervenciones implementadas. Esta evaluación debe ser integral y continua, incluyendo la valoración del nivel de conocimientos adquiridos por el paciente, la observación de cambios en sus conductas de autocuidado y el análisis de los resultados clínicos obtenidos a lo largo del tiempo. Es importante considerar tanto indicadores cualitativos como cuantitativos para obtener una visión completa del impacto de la educación. La retroalimentación constante, basada en esta evaluación, permite identificar áreas de mejora, reforzar los aprendizajes y ajustar las estrategias educativas de acuerdo con las necesidades cambiantes del paciente, garantizando así una atención más efectiva y centrada en la persona.

En conclusión, la educación en autocuidado se consolida como una herramienta indispensable en el manejo integral de las enfermedades crónicas, al promover la participación del paciente en su propio proceso de salud. La enfermería, desde su rol educativo, asistencial y humanístico, desempeña una función fundamental en el fortalecimiento de la autonomía del paciente, en la mejora de la adherencia al tratamiento y en la optimización de la calidad de vida. A través de intervenciones continuas, personalizadas y basadas en

evidencia, el profesional de enfermería contribuye de manera significativa a la obtención de mejores resultados en salud, así como a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas: Enfoque de Enfermería

La adherencia al tratamiento constituye un elemento esencial en el manejo integral de las enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las enfermedades respiratorias crónicas. Se entiende como el grado en que las conductas del paciente incluyendo la toma de medicamentos, el seguimiento de un plan alimentario, la realización de actividad física y la modificación de hábitos de vida se ajustan a las recomendaciones previamente acordadas con el profesional de salud. Este concepto trasciende el simple cumplimiento de indicaciones, ya que implica una participación activa, consciente y comprometida del paciente en su proceso de cuidado, consolidándose como un pilar clave para alcanzar resultados terapéuticos eficaces (World Health Organization, 2023).

La relevancia de la adherencia radica en su impacto directo sobre el control de la enfermedad, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida. La falta de adherencia se asocia con un mayor riesgo de descompensaciones clínicas, incremento en la frecuencia de hospitalizaciones, progresión de la enfermedad y aumento de la mortalidad. En el caso de la diabetes mellitus, un bajo nivel de adherencia puede dar lugar a hiperglucemias persistentes y al desarrollo de complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares.

En la hipertensión arterial, el incumplimiento del tratamiento favorece el daño progresivo a órganos blanco y eleva el riesgo de eventos cardiovasculares. De igual manera, en las enfermedades respiratorias crónicas, la inadecuada adherencia a la terapia inhalada se relaciona con un aumento en la frecuencia de exacerbaciones y un deterioro progresivo de la función pulmonar.

La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo y multifactorial, influenciado por diversos elementos que pueden

agruparse en factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el tratamiento y el sistema de salud. Entre los factores individuales del paciente se encuentran el nivel educativo, la comprensión de la enfermedad, las creencias culturales, el grado de motivación y el estado emocional. La presencia de trastornos como la ansiedad o la depresión puede afectar negativamente la adherencia, al disminuir la capacidad del paciente para mantener conductas de autocuidado de manera sostenida.

En relación con la enfermedad, aquellas patologías que cursan de forma asintomática en sus etapas iniciales, como la hipertensión arterial, suelen presentar menores niveles de adherencia debido a la escasa percepción de gravedad por parte del paciente. Por otro lado, los factores asociados al tratamiento también desempeñan un papel importante, especialmente cuando los esquemas terapéuticos son complejos, implican la administración de múltiples medicamentos, generan efectos adversos o representan un alto costo económico.

Asimismo, las características del sistema de salud pueden constituir barreras para la adherencia, particularmente cuando existen dificultades en el acceso a los servicios, tiempos de espera prolongados o falta de continuidad en la atención. En este contexto, la relación terapéutica entre el paciente y el profesional de salud adquiere una importancia fundamental, ya que una comunicación efectiva y un vínculo basado en la confianza favorecen significativamente el cumplimiento del tratamiento (World Health Organization, 2023).

Desde la perspectiva de enfermería, la adherencia al tratamiento se aborda mediante un enfoque integral y centrado en el paciente, que considera tanto sus características individuales como su contexto. La valoración inicial constituye una etapa fundamental, ya que permite identificar factores de riesgo asociados a la no adherencia, explorando dimensiones cognitivas, emocionales, sociales y económicas. Este análisis integral facilita el diseño de intervenciones personalizadas, orientadas a responder de manera efectiva a las necesidades específicas de cada paciente y a mejorar su compromiso con el tratamiento.

La educación para la salud se posiciona como la principal estrategia para fortalecer la adherencia terapéutica. En este sentido, la

enfermera, en su rol de educadora, debe proporcionar información clara, precisa y adecuada al nivel de comprensión del paciente. Es esencial explicar de manera comprensible la naturaleza de la enfermedad, su evolución, las posibles complicaciones y la relevancia del cumplimiento del tratamiento. Este proceso educativo debe ser continuo, dinámico y reforzado en cada interacción, con el fin de consolidar el aprendizaje y promover cambios sostenidos en el comportamiento.

Una de las estrategias más efectivas es la educación basada en el autocuidado, que busca fomentar la participación activa del paciente en su proceso terapéutico. Esto implica el desarrollo de habilidades prácticas, como la correcta administración de medicamentos, el uso adecuado de dispositivos médicos; por ejemplo, inhaladores o glucómetros, el monitoreo de signos y síntomas y la capacidad para tomar decisiones informadas frente a su condición de salud. El empoderamiento del paciente, logrado a través de este enfoque, fortalece su autonomía y aumenta su compromiso con el tratamiento, favoreciendo mejores resultados clínicos.

La comunicación efectiva constituye otro pilar fundamental en la promoción de la adherencia. La enfermera debe emplear un lenguaje claro y accesible, evitando tecnicismos que dificulten la comprensión. Además, es importante verificar el entendimiento del paciente mediante estrategias como la retroalimentación o el método de “enseñar de vuelta”. La escucha activa de las inquietudes, creencias y experiencias del paciente permite identificar barreras potenciales para la adherencia y facilita la construcción conjunta de soluciones, fortaleciendo así la relación terapéutica y la confianza mutua.

El establecimiento de una relación terapéutica sólida, sustentada en la confianza mutua, constituye un elemento clave para favorecer la adherencia al tratamiento. Es fundamental que el paciente se sienta respetado, comprendido y respaldado en todo momento. En este contexto, la empatía, la comunicación asertiva y el trato humanizado por parte del profesional de enfermería son esenciales para fortalecer el vínculo terapéutico. Asimismo, la inclusión de la familia o de los cuidadores en el proceso de atención resulta altamente beneficiosa, dado que el apoyo social desempeña un papel

determinante en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas (World Health Organization, 2023).

Dentro de las intervenciones específicas de enfermería orientadas a mejorar la adherencia, se destacan diversas estrategias prácticas. Entre ellas, la simplificación del régimen terapéutico en coordinación con el equipo multidisciplinario permite reducir la complejidad del tratamiento y facilitar su cumplimiento. Además, la elaboración de planes de cuidado individualizados contribuye a adaptar las intervenciones a las características particulares del paciente. El uso de herramientas de apoyo, como recordatorios mediante alarmas, aplicaciones móviles o pastilleros, también ha demostrado ser eficaz para promover la regularidad en la toma de medicamentos. De igual manera, el seguimiento periódico a través de consultas presenciales o contacto telefónico favorece la continuidad del cuidado y la detección oportuna de dificultades.

La motivación del paciente representa otro componente fundamental en la adherencia terapéutica. En este sentido, la enfermera debe promover el establecimiento de objetivos realistas, alcanzables y progresivos, reforzando positivamente los logros obtenidos. El enfoque motivacional permite que el paciente reconozca sus propias razones para adherirse al tratamiento, incrementando así su nivel de compromiso y responsabilidad en el manejo de su enfermedad. Este proceso contribuye a generar cambios sostenibles en el estilo de vida.

Es importante considerar que, en el contexto de las enfermedades crónicas, la adherencia no constituye un fenómeno estático, sino dinámico y susceptible a variaciones a lo largo del tiempo. Por esta razón, el seguimiento continuo resulta indispensable. El profesional de enfermería debe evaluar de manera periódica el nivel de adherencia, identificar posibles barreras o dificultades y ajustar las intervenciones de acuerdo con la evolución del paciente. La detección precoz de la no adherencia permite implementar acciones correctivas oportunas, evitando así complicaciones y mejorando los resultados en salud.

En el contexto de las enfermedades crónicas, la intervención de enfermería en la promoción de la adherencia al tratamiento se adapta a las características específicas de cada patología. En el caso de

la diabetes mellitus, el rol de enfermería se centra en la educación sobre el control glucémico, la adopción de un plan alimentario equilibrado, la práctica regular de actividad física y la correcta administración de insulina u otros fármacos hipoglucemiantes. En la hipertensión arterial, las acciones educativas se orientan hacia el monitoreo adecuado de la presión arterial, la reducción del consumo de sodio y el cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito. Por su parte, en las enfermedades respiratorias crónicas, se enfatiza la enseñanza del uso correcto de inhaladores, la identificación y prevención de exacerbaciones, así como la importancia de la rehabilitación pulmonar para mejorar la funcionalidad y la calidad de vida.

El abordaje de la adherencia terapéutica también requiere considerar de manera integral los aspectos emocionales del paciente. El diagnóstico de una enfermedad crónica puede generar diversas respuestas psicológicas, como miedo, negación, ansiedad o frustración, que pueden interferir en el cumplimiento del tratamiento. En este sentido, la enfermera cumple un rol fundamental al brindar apoyo emocional, facilitar la expresión de sentimientos, identificar signos de posibles trastornos psicológicos y, cuando sea necesario, coordinar la derivación a otros profesionales de salud mental. La integración de la salud mental en el cuidado es esencial para fortalecer las conductas de autocuidado y mejorar la adherencia (World Health Organization, 2023).

Asimismo, la enfermería desempeña un papel relevante en el ámbito comunitario, mediante el desarrollo de estrategias educativas dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como al fortalecimiento de la adherencia al tratamiento en poblaciones de riesgo. Las intervenciones comunitarias permiten ampliar la cobertura de atención, fomentar la participación social y consolidar una cultura de autocuidado, contribuyendo a la detección temprana de enfermedades y a la mejora de los resultados en salud a nivel poblacional.

Conclusiones

El abordaje holístico del cuidado materno-infantil constituye una estrategia fundamental para fortalecer la calidad de la atención y

reducir la morbilidad materna y neonatal en América Latina. La integración de dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales permite brindar una atención más humanizada, centrada en las necesidades de la mujer, el recién nacido y la familia, superando las limitaciones de los modelos exclusivamente biomédicos. En este contexto, el control prenatal, la atención del parto, los cuidados neonatales y la promoción de la lactancia materna deben desarrollarse desde una perspectiva integral orientada a garantizar bienestar físico, emocional y social.

El control prenatal representa una herramienta esencial para la identificación temprana de factores de riesgo y la prevención de complicaciones obstétricas y perinatales. Sin embargo, su efectividad depende no solo de la vigilancia clínica, sino también de la capacidad de los sistemas de salud para garantizar acceso oportuno, educación materna y acompañamiento continuo durante el embarazo. La incorporación de enfoques interculturales y comunitarios permite fortalecer la adherencia a los controles y reducir las brechas de acceso existentes en poblaciones vulnerables y rurales.

Asimismo, la humanización de la atención del parto constituye un elemento clave para mejorar la experiencia materna y reducir intervenciones innecesarias. La evidencia científica demuestra que el acompañamiento continuo, el respeto por la autonomía de la mujer y la promoción del parto fisiológico favorecen mejores resultados materno-neonatales y fortalecen la confianza en los servicios de salud. En este sentido, el enfoque holístico permite reconocer a la mujer como protagonista del proceso reproductivo, integrando sus necesidades emocionales, culturales y sociales dentro de la atención obstétrica.

Por otra parte, el cuidado integral del recién nacido y la promoción de la lactancia materna representan intervenciones prioritarias para garantizar la supervivencia y el desarrollo infantil. Estrategias como el contacto piel con piel, el inicio precoz de la lactancia y la participación activa de la familia contribuyen significativamente al fortalecimiento del vínculo afectivo y a la reducción de la morbilidad neonatal. Además, la incorporación de prácticas culturalmente pertinentes favorece la aceptación de las

intervenciones sanitarias y fortalece la continuidad del cuidado en contextos comunitarios diversos.

De igual manera, las complicaciones obstétricas continúan representando uno de los principales desafíos para los sistemas de salud latinoamericanos, especialmente en contextos marcados por inequidades sociales y limitaciones estructurales. La prevención, detección temprana y atención integral de estas complicaciones requieren fortalecer la atención primaria, garantizar acceso oportuno a servicios especializados y desarrollar estrategias multisectoriales orientadas a disminuir las barreras geográficas, económicas y culturales que afectan a las mujeres durante el embarazo y el parto.

La enfermería desempeña un rol central en la implementación del abordaje holístico del cuidado materno-infantil, debido a que articula funciones asistenciales, educativas, preventivas y de acompañamiento emocional. El profesional de enfermería actúa como un agente clave en la promoción de prácticas seguras, humanizadas e interculturales, contribuyendo al fortalecimiento de sistemas de salud más equitativos, integrales y centrados en la dignidad humana. En consecuencia, la consolidación de modelos de atención materno-infantil basados en el enfoque holístico constituye una necesidad prioritaria para avanzar hacia mejores resultados de salud y reducir las inequidades persistentes en América Latina.

Referencias Bibliográficas

- American Diabetes Association. (2024). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S1–S350.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). Brunner & Suddarth: Enfermería médico-quirúrgica (14.a ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2023). Diabetes. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). Brunner & Suddarth: Enfermería médico-quirúrgica (14.a ed.). Wolters Kluwer.

- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., et al. (2018). 2017 ACC/AHA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248.
- World Health Organization. (2023). Hypertension. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- American Thoracic Society. (2022). Pulmonary rehabilitation: Guidelines and recommendations. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 205(9), 1021–1035.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. GOLD Report.
- Global Initiative for Asthma. (2023). Global strategy for asthma management and prevention. GINA Report.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). Brunner & Suddarth: Enfermería médico-quirúrgica (14.a ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2023). Chronic respiratory diseases. <https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). Brunner & Suddarth: Enfermería médico-quirúrgica (14.a ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2023). Self-care interventions for health.
- Bastable, S. B. (2019). Nurse as educator.
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice.



CAPÍTULO IX

SALUD MENTAL Y APOYO PSICOLÓGICO



RESUMEN

El capítulo analiza conceptos, síntomas y criterios clínicos de los trastornos mentales comunes, tales como la ansiedad, la depresión, los trastornos de estrés agudo, el estrés postraumático y los trastornos de alimentación, entre otros. Además, se pretende brindar pautas de intervención en crisis y establecer una relación terapéutica como base fundamental de una atención ética y empática dentro de la enfermería clínica integral. A partir de esto, se busca aportar pautas básicas para el manejo del estrés. En la parte final, se abordará la prevención del suicidio, la identificación de riesgos y cómo un enfoque comunitario aporta a la disminución de esta problemática de salud pública.

Palabras claves: Trastornos mentales, Relación terapéutica, Intervención en crisis, Manejo de estrés, Prevención de suicidio.

ABSTRACT

This chapter analyzes concepts, symptoms, and clinical criteria for common mental disorders, such as anxiety, depression, acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, and eating disorders, among others. It also aims to provide guidelines for crisis intervention and establish a therapeutic relationship as a fundamental basis for ethical and empathetic care within comprehensive clinical nursing. Based on this, it seeks to provide basic guidelines for stress management. The final section addresses suicide prevention, risk identification, and how a community-based approach contributes to reducing this public health problem.

Keywords: Mental disorders, Therapeutic relationship, Crisis intervention, Stress management, Suicide prevention.

Trastornos mentales comunes

Para empezar, es crucial identificar algunos conceptos claves y básicos que nos ayudarán a introducirnos en los temas de este capítulo. La salud mental se define como un "estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022)

Mientras que un trastorno mental se “caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, van asociados a angustia o a discapacidad funcional en ámbitos importantes” (OMS, 2022). Entonces se puede decir que la salud mental es el bienestar integral la homeostasis del cuerpo, mente y espíritu que permite al ser humano desarrollar sus habilidades en la cotidianidad, ser funcional, con la capacidad de tomar decisiones para el beneficio personal y aportes colectivos. Mientras que un trastorno mental es la carencia de esta capacidad ya que interviene significativamente en los cambios cognitivos, manejo de las emociones y el comportamiento provocando una limitación significativa en las actividades diarias; ocasionando un declive en las relaciones y en la toma de decisiones diarias constituyendo un problema que limita muchas acciones de la vida.

El ser humano está rodeado de situaciones y decisiones que pueden alterar su estado mental y anímico ocasionando problemas de salud mental desencadenándose en trastornos mentales; tras la pandemia de la COVID-19 se evidencia un repunte en las patologías mentales y se establece como una prioridad mundial la salud mental en todos los ciclos de vida ya que la OMS menciona que en el 2021 casi una de cada siete personas presenta un trastorno mental siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión. La OPS coincide con esto y eleva una preocupación en la prevalencia de los trastornos mentales según la OPS, en las Américas la prevalencia de trastornos mentales ronda el 18% al 25% de la población.

Trastornos del estado de ánimo

Saber identificar los síntomas y signos de las patologías es un pilar fundamental para el abordaje de la enfermería clínica adecuado. Por lo tanto, dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11 y CIE-10) como el Manual Diagnostico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), identifican a los trastornos del estado de ánimo como afecciones caracterizadas por cambios en las emociones.

Depresión

El relato de Matthew Johnstone, *Yo tuve un perro negro llamado Depresión*, representa a esta patología como un perro que crece cada día que pasa; mientras más se lo evita, más grande se vuelve. Al momento de ser consciente de este estado de ánimo y tomar acciones —como realizar actividad física o buscar ayuda profesional—, el perro, que crecía de manera incontrolada, pierde el control y se hace cada vez más pequeño. Este es un excelente ejemplo de cómo los estados de ánimo pueden perjudicar la vida diaria y cómo, sin una atención adecuada, estos empeoran. Para comprender la complejidad que menciona Johnstone es esencial el marco clínico para un diagnóstico preciso para ello se establecen los criterios de evaluación:

Tabla 9
Criterios para el Episodio Depresivo según la CIE-10

Categoría/Criterio	Descripción de síntomas
Criterio G	El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
Criterio A	Debe cumplir criterios generales de episodio depresivo (F32).
Criterio B	Dos de tres síntomas: Humor depresivo la mayor parte del día, Pérdida de interés anhedonia y Poca energía o fatiga.
Criterio C	Presente mínimo uno de lo síntomas para que la suma total sea 4: Disminución de la autoestima, Autorreproche o culpa inapropiada, Disminución de la memoria y la concentración, Ideación suicida activa o pasiva, Agitación o enlentecimiento psicomotor, Alteración en el ciclo del sueño y Alteración en el apetito

Nota. Adaptado de la Clasificación *Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10.^a ed.), por la Organización Mundial de la Salud, 1995.

Trastorno de ansiedad o relacionados con el miedo.

Si bien la ansiedad y el miedo se pueden definir inicialmente como emociones que acompañan al ser humano y ayudan desde una función instintiva de supervivencia y adaptación a los cambios; hasta transformarse en una patología que limita la vida. La ansiedad es un estado físico- mental su equilibrio y manejo es parte del ser; para identificar dónde empieza la patología se establece un diagnóstico preciso para ello se establecen los criterios de evaluación

Tabla 10
Criterios para el Trastorno de ansiedad generalizada según la CIE-10

Categoría/Criterio	Descripción de síntomas
Criterio A	Los síntomas deben estar presentes al menos seis meses
Criterio B	Presentar mínimo cuatro de los síntomas a continuación y al menos uno debe ser del grupo 1-4: Síntomas autonómicos: Palpitaciones Sudoración Temblor Sequedad de boca Síntomas relacionados con el pecho y abdomen: Dificultades par respirar Hiperventilación Dolor en el pecho Nauseas o malestar Síntomas relacionado con el estado mental Mareo o desvanecimiento Desrealización y despersonalización Miedo a perder la conciencia Miedo a morir Síntomas generales: Color o escalofrío Aturdimiento Tensión y dolor muscular Inquietud Tensión mental Problemas para tragar Otros síntomas no específicos: Sobresaltos Dificultad para concentrarse Irritabilidad persistente ALteración en el ciclo del sueño

Nota. Adaptado de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (10.^a ed.), por la Organización Mundial de la Salud, 1995.

Trastorno de estrés agudo

Ahora bien, hablaremos sobre el estrés agudo como otra de las afecciones más comunes dentro de la salud mental. Como señaló Lazarus, el estrés es primordial en la valoración de hechos o situaciones que se perciben como amenazantes. Cuando una persona es sometida de forma voluntaria o involuntaria, a circunstancias que no puede controlar y siente que su integridad está en riesgo, se activa la liberación de cortisol (hormona que regula el estrés). Si bien esta respuesta es transitoria, en el caso del estrés agudo dura significativamente más que un instante; como toda patología empieza a haber limitantes en las funciones diarias de quien lo padece. Para una mayor claridad a continuación se describen los síntomas a considerar para este trastorno mental.

Tabla 11
Criterios para el Trastorno de estrés agudo según la CIE-10

Categoría/Criterio	Descripción de síntomas
Criterio A	Exposición a estresantes físicos o psicológicos
Criterio B	Al inicio inmediato de los síntomas
Criterio C	Aislamiento social Estrechamiento de la atención Aparente desorientación Ira o agresividad Desesperación Agitación motora Duelo excesivo
Criterio D	El estrés se alivia y los síntomas disminuyen en ocho horas. Si el estresante continua los síntomas disminuye en 48 horas

Nota. Adaptado de la Clasificación *Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10.^a ed.), por la Organización Mundial de la Salud, 1995.

Trastorno de estrés postraumático

Cuando no se ha procesado la situación estresante de manera adecuada en un periodo de tiempo aparentemente corto (días), y los niveles de exposición a eventos significativamente estresantes o traumáticos fueron constantes o repetitivos (abusos, accidentes de tránsito, desastres naturales), se deriva un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT); es decir, algunos de los síntomas del estrés agudo son prolongados y pueden permanecer meses, incluso años. Una de las características principales es la reexperimentación del trauma o flashback. De igual manera, a continuación, se describe el marco clínico para un diagnóstico preciso; para ello, se establecen los criterios de evaluación:

Tabla 12

Criterios para el Trastorno de Estrés Postraumático según la CIE-10

Categoría/Criterio	Descripción de síntomas
Criterio A	Exposición a estresantes amenazantes o catastróficas
Criterio B	Recuerdos persistentes revividos
Criterio C	Evadir situaciones o lugares parecidos al acontecimiento estresor
Criterio D	Presencia de alguno de estos síntomas: Incapacidad para recordar Alteración en el ciclo del sueño Irritabilidad Dificultad para concentrarse Hipervigilancia Sobresalto
Criterio E	Debe cumplir con los criterios B, C y D dentro de los seis meses del evento estresante.

Nota. Adaptado de la Clasificación *Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10.^a ed.), por la Organización Mundial de la Salud, 1995.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones en la ingesta de alimentos, acompañados con distorsiones en la imagen y figura de las personas que lo padecen en este libro haremos mención a la Anorexia y la Bulimia por ser las más frecuentes estas patologías comprenden expresiones físicas, psicológicas y conductuales.

Anorexia

El trastorno de Anorexia es de comienzo temprano generalmente en la adolescencia se caracteriza por una pérdida significativa de peso, es decir un 15% por debajo de peso normal, acompañada de una mirada distorsionada de la figura, rechazo parcial o total a la ingesta de alimentos con el propósito de perder peso. Se establece los criterios de evaluación:

Tabla 13

Criterios para Los Trastornos de la Conducta Alimentaria Anorexia según la CIE-10

Categoría/Criterio	Descripción de síntomas
Criterio A	Perdida de peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal
Criterio B	Evitación de alimentos
Criterio C	Miedo intrusivo a engordar y distorsión de la imagen corporal
Criterio D	Alteraciones endocrinológicas en mujeres amenorrea en hombres pérdida del interés sexual

Nota. Adaptado de la Clasificación *Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10.^a ed.), por la Organización Mundial de la Salud, 1995.

Bulimia

Este trastorno también puede ser de inicio en la adolescencia a diferencia de la anorexia que es la limitación de ingesta de alimentos en su totalidad; en la bulimia existe una ingesta de alimentos compulsiva (atracones), acompañada posteriormente de conductas purgantes, de igual manera con una distorsión en la imagen y con o sin pérdida de peso.

Tabla 14
Criterios para Los Trastornos de la Conducta Alimentaria Bulimia según la CIE-10

Categoría/Criterio	Descripción de síntomas
Criterio A	Ingesta de abundante comida en periodos cortos de tiempo, al menos dos por semana en un periodo de tres meses.
Criterio B	Preocupación y conductas compulsivas para comer
Criterio C	Intento de contrarrestar el sobrepeso: Vómito inducido Purgas Ayunos intermitentes Ingesta de laxantes
Criterio D	Idea intrusiva de estar con obesidad que conduce a bajar de peso.

Nota. Adaptado de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10.^a ed.), por la Organización Mundial de la Salud, 1995.

Intervención en crisis

Partiremos por definir “Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual” (Benveniste, 2000). La primera intervención en crisis o más conocida como Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) es una herramienta diseñada para intervenir en

situaciones de crisis, emergencias y desastres puede ser aplicada por cualquier persona capacitada no solo por un psicólogo y se la realiza en los primeros momentos de la crisis, se puede definir como una “Técnica de apoyo humanitario para personas que se encuentran en situación de crisis” (Cortés & Figueroa, 2011).

Los Primeros Auxilios Psicológicos generan un impacto significativo en las primeras 72 horas, donde se efectúa la intervención en minutos a horas, puede realizar cualquier personal capacitado y no especializado en salud mental como médicos, enfermeras, se puede aplicar en un ambiente informal calle, hospital, escuela, entre otros, tiene como objetivo principal que es restablecer el equilibrio y mitigar la posibilidad de un trastorno mental a futuro.

Pues bien, con esta pequeña introducción, para realizar una intervención adecuada de los PAP, se establecerán las acciones indispensables para el soporte inicial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) resume la intervención en tres momentos clave:

- *Observar: Es importante analizar el espacio físico para garantizar la seguridad del interventor y del intervenido. Esto también ayuda a identificar las necesidades más urgentes de las personas y comprobar si existen reacciones graves de angustia.*
- *Escuchar: Se ejecuta la escucha activa o empática para evaluar las preocupaciones y necesidades, brindando un espacio de calma y apoyo.*
- *Conectar: Consiste en ayudar a las personas a resolver sus necesidades básicas, acceder a los servicios disponibles e informar de manera veraz.*

De acuerdo con la *Guía de Primeros Auxilios Psicológicos y Apoyo Psicosocial para primeros respondientes* del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2020), se deben considerar los siguientes puntos:

- *Activar escucha empática: Se debe usar un lenguaje verbal y no verbal adecuado para personas que se encuentran angustiadas o ansiosas. Es vital realizar preguntas abiertas y no intrusivas,*

permitir que la persona exprese lo que siente sin juzgar ni criticar, y darle el tiempo necesario. Se recomienda evitar frases como "tranquilo", "todo va a estar bien" o "se lo prometo". Asimismo, es útil realizar una pequeña síntesis cuando la persona esté en silencio para indicar que se le está escuchando y se comprende su situación.

- *Ventilación: Guiar una respiración adecuada evita la hiperventilación y el aumento de la crisis. No se trata de una técnica compleja de relajación, sino de ayudar a la persona a respirar de forma adecuada para contrarrestar crisis de ansiedad o de pánico. El respirar junto con la persona ayuda a regular el estado de ánimo en ese momento.*
- *Categorización de necesidades: Una vez realizada la escucha empática, es importante guiar a la persona en la jerarquización de sus prioridades, ya que es usual que presente confusión mental tras el evento.*
- *Desviación a redes de apoyo: Primero es fundamental identificar las redes de apoyo existentes para poder direccionar y orientar a la persona y a su familia hacia la ayuda que necesiten.*
- *Educación: La psicoeducación es la estrategia psicológica de respuesta más eficaz ante el estrés producido por los desastres o las crisis. Para realizar una psicoeducación adecuada, la información que se brinde debe provenir de fuentes científicas, ser real, sencilla y acorde a la población a la que se dirige.*

Cuidado al interventor

Para garantizar una atención empática y humanizada es indispensable reconocer el estado emocional de la persona que brinda la ayuda. El soporte emocional no solo se enfoca en el intervenido sino también este proceso de autocuidado se gestiona en tres etapas fundamentales.

El "Antes": Preparación y Autoconocimiento

Antes de dar inicio con la intervención y entrar en el escenario de crisis, es importante realizar un análisis previo sobre si se siente cómodo con el trabajo que realiza. Tenemos que estar claros en que se realizarán actividades diversas acorde a la necesidad del momento, no exclusivas de la salud mental; estar conscientes de que se puede correr algún riesgo al estar expuesto en lugares no tradicionales de trabajo y que se debe realizar un trabajo cooperativo con diferentes profesionales.

El "Durante": Autorregulación en el Escenario

Durante la prestación de apoyo, se deben realizar monitoreos constantes para estar atento a las señales de estrés común y señales de estrés extremo. Es necesario buscar estrategias propias para afrontar el cansancio, la presión y el agotamiento mental, evitando trabajar demasiado tiempo sin descanso o sin alimentación.

El "Después": Descompresión y Cierre

Esta etapa es de suma importancia, ya que su objetivo es prevenir secuelas psicológicas en los interventores. Por lo tanto, se vuelve indispensable el descanso y la realización de actividades como el *defusing*, el *debriefing* y buscar ayuda profesional cuando la experiencia pueda resultar traumática.

Un interventor que no gestiona saludablemente estas etapas pone en riesgo su estabilidad emocional y, por ende, su salud mental. Además, esto se considera como una acción limitante en el actuar; por lo tanto, el llamado a saber cuáles son nuestros límites y cuáles son nuestras posibilidades es fundamental para la aplicación de los PAP.

Relación terapéutica enfermera/o paciente

La relación terapéutica va más allá del saludo protocolario de inicio, consiste en establecer una sintonía con el paciente, mirarlo

como un igual que requiere escucha, atención, tiempo, se requiere de una presencia genuina del profesional de la salud. Es de ahí que la relación asistencial enfermera/o paciente se vuelve uno de los pilares en la atención y recuperación de los enfermos, según la International Alliance of Patients Organizations (IAPO), “la asistencia sanitaria centrada en el paciente es necesaria porque consigue mejores resultados sanitarios, una mejor calidad de vida y un alto rendimiento en las inversiones sanitarias al hacer un uso óptimo del sistema”.

Dicho esto, todo paciente tiene derecho a una atención con respeto y el enfermero se constituye en un instrumento de apoyo para mantener o recuperar el bienestar subjetivo del individuo y la comunidad. Existen elementos importantes en la relación terapéutica que son la empatía, mantener una actitud empática, estar disponible, acompañado de una escucha activa y optar por un papel respetuoso, ser auténtico, honesto y cálido con los pacientes fortalece la atención y colaboración a los tratamientos que se someten los pacientes, el respeto, la aceptación y el no juzgar son competencias necesarias para establecer y desarrollar la relación terapéutica.

La empatía o ponerse en el zapato de los demás es una expresión que más allá de una frase nos ayuda a comprender cómo el paciente afronta sus dolencias o enfermedades, el Código Deontológico de Enfermería Española, en el artículo 52 nos indica “la enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente”, sin excepción alguna, este hecho enriquecedor en la relación con el paciente marca una notable diferencia y abre un espacio para la comunicación asertiva y colaborativa, siendo armónica la relación.

En esta relación terapéutica la comunicación efectiva es esencial, el paciente tiene la responsabilidad de preguntar, escuchar y seguir las indicaciones; mientras que el enfermero tiene la responsabilidad de informar dar las indicaciones con claridad, indicar la importancia de la responsabilidad del paciente en el cuidado y educar sobre los cuidados que el médico ha recomendado, realizar una comunicación clara acorde al lenguaje de cada paciente y darle el tiempo que necesite.

En la relación terapéutica la comunicación efectiva según Jean Watson no es solo el intercambio de información; esta radica en un “momento de cuidado” (*caring occasion*), donde ocurre una conexión transpersonal. Para lograrlo el profesional de enfermería debe ser auténtico y demostrar un lenguaje verbal es decir tono de voz adecuado, palabras fluidas, no juzgar y escuchar activamente mientras que el lenguaje no verbal comprende las actitudes, contacto visual, gestos, reacciones, postura corporal permitiendo una presencia legítima.

Prevención de suicidio

Para dar inicio a este análisis, tenemos que contestar esta pregunta: ¿Cómo conceptualizamos el suicidio? Este se entiende como aquellas conductas o acciones que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), sea de forma activa o pasiva (Rojas, 1984). La Organización Mundial de la Salud (OMS2021) asegura que el suicidio y sus intentos son uno de los problemas más graves de la salud a la que nos enfrentamos en el siglo XXI, indica que cada 40 segundos una persona se suicida.

En el Ecuador la Ley Orgánica de Salud Mental en el Art. 27, declara al suicidio como problema de salud pública y se prioriza la intervención en este problema. Las estadísticas son alarmantes: en el 2021, se registraron 1,237 suicidios, con una tasa de prevalencia de 6.97 por cada 100,000 habitantes; además; por cada suicidio registrado se identificaron 20 intentos frustrados. Las tasas más elevadas se concentran en la Amazonía y la Sierra. En el 2020, se registró el grupo etario de entre los 10 y 30 años, el suicidio representó el 20.4 % del total de causas de muerte; mientras que, en el 2021, la incidencia afecta al grupo de 20 a 34 años con una tasa de 10 por cada 100,000 habitantes, seguido por el grupo de 60 años con 7 de cada 100,000 personas.

Entre los motivos principales, se encuentran problemas familiares o emocionales con un 66%, mientras que el porcentaje

restante es por dificultades económicas, trastornos mentales y enfermedades terminales. En cuanto a los métodos más frecuentes se encuentra el ahorcamiento con un 76%, seguido por el envenenamiento y uso de sustancias con un 12%, las armas de fuego con un 5 % y los saltos de lugares elevados con un 3%. Asimismo, se observa una diferenciación por género: los hombres utilizan métodos más radicales para el suicidio, tales como ahorcamiento, armas de fuego y objetos cortopunzantes, mientras que las mujeres recurren mayoritariamente al envenenamiento y abuso de drogas (Política Nacional de Salud Mental, 2025).

Factores de riesgo y protección para el suicidio y comportamientos suicidas

Ahora, se presentan los factores desde un modelo biopsicosocial basados en los aportes de López-Van den Berghe et al. (2021) y el Ministerio de Salud Pública (2021).

Factores de riesgo

- Psicológico: Intentos autolíticos previos, pérdidas familiares, frustraciones intensas, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambios bruscos del estado de ánimo, alteración del sueño, abandono personal.
- Biológicos: Trastornos mentales, factores fonéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, edad extrema de la vida, edad avanzada, adolescencia, enfermedades, dolores crónicos y fases terminales, trastornos psiquiátricos.
- Sociales: Tensión social, cambio de posición socioeconómica, problemas con las redes sociales de apoyo, pérdidas personales, pérdida de empleo, catástrofes, desarraigo, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas, violencia ambiental, de género y violencia intergeneracional.

Factores de protección

- Individuales internos: Resolución de problemas, autocontrol, afrontamiento y resiliencia, relaciones sociales interpersonales, aprender cosas nuevas, autoestima, autoimagen, autoconcepto, razones para vivir.
- Situacionales: Situación laboral estable, estado civil casado o unido, tener hijos, factores individuales-culturales, creencias religiosas, abordar valores culturales, sentirse parte de la comunidad, valores positivos.
- Sociofamiliares: Integración social, sistema de apoyo, cohesión con pares, estructura familiar, factores contextuales, vivir en áreas rurales, clima y altura.
- Sanitarios y políticos: Limitación a acceso de métodos letales de suicidio, atención sanitaria y de salud mental, políticas.

Evaluación del riesgo suicida

Tabla 15
Escala de evaluación de riesgo suicida

Descripción	Riesgo
Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño.	LEVE
No hay intención evidente.	LEVE
La persona es capaz de rectificar su conducta y hacer autocrítica.	LEVE
Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos y factores de riesgo adicionales.	MODERADO
Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.	MODERADO
Hay una preparación concreta para hacerse un daño.	GRAVE
Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.	GRAVE
Varios intentos de autoeliminación con múltiples factores de riesgo; puede estar presente como agravante la autoagresión.	EXTREMO

Nota. Adaptado de *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Episodio Depresivo y del Trastorno Depresivo Recurrente en adultos*, por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), 2017.

Según el protocolo creado por la Organización Mundial de la Salud, citado en la *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento*

del Episodio Depresivo y del Trastorno Depresivo Recurrente en adultos del MSP Ecuador, la conducta y el riesgo suicida puede ser entendida la siguiente categoría que se resume en tabla anterior. Para una revisión técnica más profunda, se recomienda consultar la guía de intervención mhGAP (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). Además de esta guía que nos ayuda a identificar el riesgo de suicidio debemos tomar en cuenta el dolor psicológico, la presión, la perturbación, nivel de desesperanza, odio a sí mismo, y riesgo general.

La intervención de profesionales de enfermería

Como profesionales de la salud, es indispensable saber cuál es el abordaje o manejo en estos casos. Por lo tanto, el principal recurso son los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP); estos no son una intervención en crisis profunda o psicoterapia, pero constituyen un recurso poderoso para que el interventor pueda brindar el apoyo y la primera ayuda que el paciente necesita, para posteriormente derivar o referir a un profesional de salud mental. Como se menciona en el apartado de intervención en crisis, la primera ayuda psicológica nos permite abordar a nuestros pacientes con respeto y disminuir el riesgo de que presenten otras patologías.

Conclusiones

La salud mental constituye un componente esencial del bienestar integral del ser humano, debido a que influye directamente en la capacidad de afrontar las tensiones de la vida cotidiana, mantener relaciones interpersonales saludables y desarrollar actividades funcionales dentro de la sociedad. Los trastornos mentales comunes, como la depresión, la ansiedad, el estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de la conducta alimentaria, representan problemáticas de alta prevalencia que afectan significativamente la calidad de vida de las personas y generan importantes repercusiones familiares, sociales y sanitarias. En este

contexto, la identificación temprana de síntomas y factores de riesgo resulta fundamental para favorecer un abordaje oportuno e integral.

Asimismo, el análisis de los criterios diagnósticos establecidos en la CIE-10, la CIE-11 y el DSM-5 evidencia la importancia de contar con herramientas clínicas estructuradas que permitan reconocer alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales de manera precisa. El conocimiento de estos criterios fortalece la capacidad del profesional de enfermería y del personal sanitario para identificar signos de alarma, establecer intervenciones iniciales adecuadas y realizar derivaciones oportunas a servicios especializados de salud mental.

Por otra parte, la intervención en crisis y la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos constituyen estrategias fundamentales dentro de la atención inmediata a personas expuestas a eventos traumáticos o situaciones altamente estresantes. La escucha empática, la contención emocional, la categorización de necesidades y la conexión con redes de apoyo permiten disminuir el impacto psicológico inicial y prevenir el desarrollo de trastornos mentales posteriores. Además, se destaca que estas intervenciones pueden ser ejecutadas por personal capacitado no especializado, fortaleciendo así la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios y comunitarios frente a emergencias y crisis colectivas.

De igual manera, el cuidado emocional del intervisor representa un elemento indispensable para garantizar una atención humanizada, ética y segura. La autorregulación emocional, el reconocimiento de límites personales y la implementación de estrategias de autocuidado antes, durante y después de la intervención permiten prevenir el agotamiento emocional, el estrés traumático secundario y otras afectaciones relacionadas con la exposición continua a situaciones críticas. En consecuencia, el bienestar del profesional de salud debe considerarse una prioridad dentro de los programas de apoyo psicosocial y salud ocupacional.

La relación terapéutica enfermera/o-paciente constituye otro de los pilares fundamentales dentro del abordaje integral de la salud

mental, debido a que favorece la creación de vínculos basados en la empatía, el respeto, la escucha activa y la comunicación efectiva. Una relación terapéutica adecuada fortalece la adherencia a los tratamientos, mejora la percepción del cuidado y contribuye al bienestar emocional del paciente. En este sentido, la enfermería trasciende la ejecución de procedimientos técnicos y se posiciona como una disciplina centrada en el acompañamiento humano y en la atención integral de las necesidades biopsicosociales del individuo.

La prevención del suicidio constituye uno de los mayores desafíos de salud pública contemporánea, especialmente debido al incremento de factores de riesgo asociados a trastornos mentales, violencia, aislamiento social y dificultades socioeconómicas. La identificación de señales de alerta, la evaluación adecuada del riesgo suicida y el fortalecimiento de factores protectores individuales, familiares y comunitarios representan estrategias esenciales para disminuir la incidencia de conductas suicidas. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un rol estratégico en la detección temprana, el acompañamiento emocional y la derivación oportuna, contribuyendo significativamente a la construcción de sistemas de salud mental más humanizados, preventivos e integrales.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Benveniste, D. (2000). *El estrés traumático y la intervención en crisis*. Editorial Paidós.
- Cantón, S. (2002). *Fases del estrés*. Libresdestres. <https://www.libresdestres.com/fases-del-estres>
- Cortés, C., & Figueroa, R. (2011). *Manual de ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en crisis individuales y colectivas*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- López, C., Ramos, I., & García, J. (2021). *Factores de riesgo y protección en la conducta suicida: Un enfoque biopsicosocial*. Editorial Académica.
- Martínez, A. (2020). Hans Selye y el estrés, la enfermedad del siglo XX. *El Diario de Salud*. <https://eldiariodesalud.com/catedra/hans-selye-y-el-estres-la-enfermedad-del-siglo-xx>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GPC_depresion_adultos_2017.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Guía de Primeros Auxilios Psicológicos y Apoyo Psicosocial para primeros respondientes*. MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental: Factores de protección y prevención del suicidio*. MSP.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10.^a ed.). <https://icd.who.int/browse10/2019/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (11.^a ed.). <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 17 de junio). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, & Visión Mundial Internacional. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ediciones de la OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/44615>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada* (Versión 2.0). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Salvat. (Obra original publicada en 1952).
- Rojas, E. (1984). *El suicidio: Una aproximación psicológica y social*. Salvat Editores.



CAPÍTULO X

CUIDADOS PALIATIVOS Y
ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA



RESUMEN

Son un enfoque integral de la atención en salud dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades graves o terminales, así como la de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento. Se centran en el manejo adecuado del dolor y otros síntomas físicos, además de abordar las dimensiones emocionales, sociales y espirituales del paciente. La atención al final de la vida busca garantizar dignidad, respeto y acompañamiento continuo, promoviendo decisiones informadas y el respeto por la autonomía del paciente, no acelera ni retrasa la muerte, sino que reconoce el proceso natural de morir, brindando apoyo para que la persona viva sus últimos momentos con el mayor bienestar posible. Asimismo, incluye el acompañamiento a los familiares durante la enfermedad y el duelo, fortaleciendo la comunicación y el apoyo humano. Se basa en un trabajo interdisciplinario para ofrecer una atención centrada en la persona.

Palabras claves: Cuidados paliativos, Calidad de vida, Alivio del sufrimiento, Atención integral, Final de la vida.

ABSTRACT

Palliative care is a comprehensive approach to healthcare aimed at improving the quality of life of people facing serious or terminal illnesses, as well as their families, by preventing and alleviating suffering. It focuses on the appropriate management of pain and other physical symptoms, in addition to addressing the patient's emotional, social, and spiritual needs. End-of-life care seeks to ensure dignity, respect, and continuous support, promoting informed decisions and respect for patient autonomy. This type of care neither hastens nor delays death, but rather recognizes the natural process of dying, providing support so that the person can live their final moments with the greatest possible well-being. It also includes supporting family members during illness and bereavement, strengthening communication and human support. It is based on interdisciplinary work that integrates healthcare professionals to offer person-centered care.

Keywords: Palliative care, Quality of life, Relief of suffering, Comprehensive care, End of life.

Manejo del Dolor Crónico

El manejo del dolor crónico en cuidados paliativos constituye un eje fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase avanzada o terminal, debido a que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes y complejos. En el contexto ecuatoriano, estudios publicados en revistas científicas destacan que el dolor crónico, especialmente en adultos mayores, suele estar asociado a enfermedades osteomusculares y condiciones no oncológicas, siendo tratado principalmente con opioides como la morfina, seguidos de fentanilo, oxicodona y metadona. (Reinoso, Salinas Gonzales, & Montero Oleas, 2024)

Además, el concepto de “dolor total” resalta que este no solo incluye el componente físico, sino también dimensiones emocionales, sociales y espirituales, lo que exige un abordaje integral e interdisciplinario en los cuidados paliativos. En la atención al final de la vida, el control adecuado del dolor permite reducir el sufrimiento y garantizar una muerte digna, por lo que se requiere una evaluación continua, individualización del tratamiento y la participación activa del equipo de salud junto con la familia. Este enfoque integral contribuye a una atención humanizada centrada en el paciente, alineada con los principios de los cuidados paliativos (Qualitas, 2024).

Atención Humanizada

La atención humanizada en cuidados paliativos se enfoca en reconocer al paciente como un ser integral, priorizando su dignidad, valores y necesidades durante el proceso de enfermedad avanzada y el final de la vida. En el contexto ecuatoriano, diversas publicaciones resaltan que este tipo de atención implica no solo el control de síntomas físicos, sino también el acompañamiento emocional, social y espiritual tanto del paciente como de su familia. (Espejo., 2022)

Se enfatiza la importancia de la comunicación efectiva, el respeto por la autonomía y la toma de decisiones informadas, lo cual fortalece la confianza entre el equipo de salud y el paciente. Asimismo, la humanización en la atención busca evitar intervenciones

innecesarias que puedan prolongar el sufrimiento, promoviendo en cambio el confort y la calidad de vida. (Ciencia., 2021)

Este enfoque requiere un trabajo interdisciplinario donde los profesionales de la salud actúen con empatía, ética y sensibilidad, garantizando una muerte digna y respetuosa. De esta manera, la atención humanizada se convierte en un pilar esencial para brindar cuidados paliativos de calidad en el Ecuador.

Apoyo a la Familia

El apoyo a la familia en el contexto de los cuidados paliativos es un componente esencial que busca atender no solo las necesidades del paciente, sino también el bienestar emocional y psicológico de sus seres cercanos durante la enfermedad y el proceso de morir. (Vozandes., 2020). En estudios desarrollados en Ecuador, se destaca que la familia cumple un rol fundamental como cuidador principal, por lo que requiere orientación, acompañamiento y educación por parte del equipo de salud. Este apoyo incluye la comunicación clara sobre el estado del paciente, la participación en la toma de decisiones y la preparación para el duelo.

Además, se reconoce que el impacto emocional puede generar ansiedad, estrés y desgaste en los familiares, por lo que es necesario brindar contención afectiva y apoyo continuo. La atención al final de la vida también considera el acompañamiento posterior al fallecimiento, facilitando el proceso de duelo de manera saludable. Así, el enfoque integral de los cuidados paliativos promueve una atención humanizada que incluye tanto al paciente como a su entorno familiar, fortaleciendo los vínculos y mejorando la calidad de vida en esta etapa.

Duelo

El duelo en el contexto de los cuidados paliativos es un proceso emocional complejo que experimentan los familiares y seres cercanos ante la pérdida de un paciente, el cual inicia incluso antes del

fallecimiento, conocido como duelo anticipado. En el ámbito ecuatoriano, diversas investigaciones destacan que este proceso está influenciado por factores culturales, sociales y emocionales, por lo que requiere un acompañamiento continuo por parte del equipo de salud.

Se resalta la importancia de brindar apoyo psicológico y orientación a los familiares para facilitar la aceptación de la pérdida y prevenir complicaciones como el duelo patológico. Asimismo, la comunicación empática y el acompañamiento durante la fase final de la vida permiten que los familiares se preparen emocionalmente, fortaleciendo su capacidad de afrontamiento.

Después del fallecimiento, el seguimiento por parte de los profesionales contribuye a un proceso de duelo más saludable, promoviendo la adaptación y el bienestar emocional. De esta manera, los cuidados paliativos integran el manejo del duelo como parte fundamental de una atención integral y humanizada.

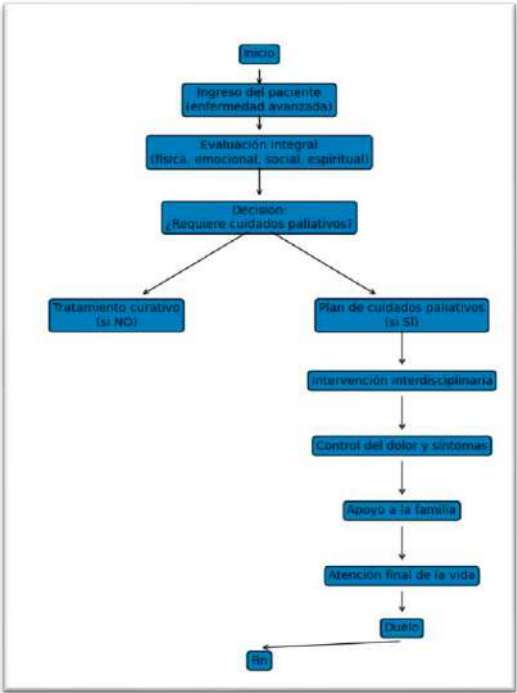
Aspectos Éticos

Los aspectos éticos en los cuidados paliativos constituyen un pilar fundamental para garantizar una atención respetuosa y centrada en la persona durante la fase final de la vida. En el contexto ecuatoriano, diversas publicaciones señalan que principios como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia orientan la toma de decisiones clínicas, especialmente cuando se trata de tratamientos que pueden prolongar la vida o el sufrimiento.

Se destaca la importancia de respetar la voluntad del paciente mediante el consentimiento informado y la participación activa en decisiones sobre su cuidado. Asimismo, se promueve evitar intervenciones desproporcionadas o innecesarias, priorizando el confort y la calidad de vida. La comunicación ética y empática entre el equipo de salud, el paciente y la familia resulta clave para resolver dilemas relacionados con el final de la vida. Además, el enfoque bioético en cuidados paliativos busca asegurar una muerte digna, en la que se respeten los valores, creencias y derechos del paciente. De

este modo, la ética se integra como un componente esencial para brindar una atención humanizada y de calidad.

Figura 8
Flujograma de cuidados paliativos y atención al final de la vida



Nota. La figura representa de manera esquemática y secuencial el proceso de atención en cuidados paliativos, desde el ingreso del paciente con enfermedad avanzada hasta el acompañamiento en el duelo. Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Los cuidados paliativos constituyen un modelo integral y humanizado de atención que busca mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas o terminales, mediante el alivio del sufrimiento físico, emocional, social y espiritual. Este

enfoque reconoce que el proceso de enfermedad y el final de la vida requieren una atención centrada en la dignidad humana, el respeto por la autonomía y el acompañamiento continuo tanto del paciente como de su familia. En este sentido, los cuidados paliativos no se orientan a acelerar ni retrasar la muerte, sino a garantizar bienestar, confort y una muerte digna en cada etapa del proceso.

El manejo adecuado del dolor crónico representa uno de los pilares fundamentales dentro de los cuidados paliativos, debido a que el dolor constituye uno de los síntomas más frecuentes y complejos en pacientes con enfermedades avanzadas. El abordaje del “dolor total” evidencia la necesidad de comprender el sufrimiento desde una perspectiva multidimensional que incluya componentes físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Por ello, la evaluación continua, la individualización terapéutica y la participación interdisciplinaria resultan esenciales para reducir el sufrimiento y fortalecer la calidad de vida de los pacientes.

Asimismo, la atención humanizada se consolida como un componente indispensable en la atención al final de la vida, debido a que promueve relaciones terapéuticas basadas en la empatía, el respeto, la comunicación efectiva y el reconocimiento de la singularidad de cada paciente. La humanización del cuidado implica priorizar el confort y evitar intervenciones desproporcionadas que puedan prolongar innecesariamente el sufrimiento, favoreciendo decisiones informadas y centradas en los valores y deseos del paciente. De esta manera, se fortalece la confianza entre el equipo de salud, el paciente y su familia.

Por otra parte, el apoyo a la familia constituye un elemento esencial dentro de los cuidados paliativos, ya que los familiares experimentan importantes cargas emocionales, físicas y psicológicas durante el proceso de enfermedad y fallecimiento del ser querido. El acompañamiento, la educación, la comunicación clara y el soporte emocional permiten fortalecer las capacidades de afrontamiento y facilitar la toma de decisiones compartidas. Además, el acompañamiento posterior al fallecimiento contribuye significativamente a un proceso de duelo más saludable y adaptativo.

El duelo, entendido como una respuesta emocional natural ante la pérdida, requiere una atención integral que considere factores culturales, sociales y emocionales. La intervención temprana, el acompañamiento psicológico y la preparación emocional durante el duelo anticipado permiten disminuir el riesgo de complicaciones emocionales y favorecer la adaptación progresiva de los familiares frente a la pérdida. En consecuencia, los cuidados paliativos integran el manejo del duelo como parte fundamental de una atención continua y centrada en la persona y su entorno familiar.

Finalmente, los aspectos éticos representan un eje transversal en la atención paliativa, debido a que orientan la toma de decisiones clínicas hacia el respeto de la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. La comunicación ética y el consentimiento informado permiten garantizar una atención respetuosa de los valores, creencias y derechos del paciente, fortaleciendo la construcción de una atención digna y centrada en la persona. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un rol fundamental como cuidador, acompañante y defensor de la dignidad humana, contribuyendo a consolidar modelos de atención paliativa más integrales, sensibles y humanizados.

Referencias Bibliográficas

- Ciencía., M. (2021). Cuidados paliativos y calidad de vida en pacientes con enfermedades terminales en Ecuador. *Hospital Metropolitano de Quito*. .
- Espejo., R. E. (2022). Humanización de la atención en salud y su importancia en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. *Universidad Central del Ecuador*. .
- Importancia del apoyo familiar en el cuidado de pacientes con enfermedades avanzadas. (2022). *Revista Eugenio Espejo*.
- Qualitas, R. (2024). Uso de opioides en el tratamiento de dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos. *Revista Qualita*.
- Reinoso, G., Salinas Gonzales, & Montero Oleas. (2024). *Desafíos de los médicos en el manejo del dolor total en cuidados paliativos*

en pacientes geriátricos con enfermedades crónicas. Universidad Iberoamericana del Ecuador. . Revista Qualitas: Universidad Iberoamericana del Ecuador.

Vozandes., R. M. (2020). Rol de la familia en los cuidados paliativos y el proceso de duelo. *Revista Médica Vozandes.*



CAPÍTULO XI

GESTIÓN Y LIDERAZGO EN
ENFERMERÍA: ADMINISTRACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD, TRABAJO EN
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO,
CALIDAD, INDICADORES Y LIDERAZGO
CLÍNICO



RESUMEN

La gestión y el liderazgo en enfermería constituyen hoy un eje estratégico para la sostenibilidad de los servicios de salud, la seguridad del paciente y la mejora de los resultados clínicos. Este capítulo desarrolla una revisión narrativa y analítica sobre cinco dimensiones articuladas del desempeño directivo de enfermería: administración de servicios de salud, trabajo en equipo interdisciplinario, calidad y mejora continua, indicadores en salud y liderazgo clínico. A partir de literatura científica reciente, se argumenta que el rol de enfermería ha superado una comprensión exclusivamente operativa para convertirse en una función de conducción organizacional, coordinación interprofesional, toma de decisiones basada en evidencia y transformación de la cultura asistencial. Se examinan las bases conceptuales de la gestión enfermera, las competencias necesarias para dirigir recursos humanos y materiales, las estrategias para consolidar equipos de alto desempeño, el uso de indicadores sensibles al cuidado y la influencia del liderazgo clínico en la experiencia del paciente, la seguridad y el compromiso profesional del personal. También se analiza la relación entre estilos de liderazgo, bienestar laboral, participación en procesos de mejora y capacidad institucional para responder a entornos complejos, inciertos y tecnológicamente mediados. Una enfermera con competencias de gestión y liderazgo fortalece la gobernanza clínica, mejora la continuidad del cuidado y contribuye de forma decisiva a la calidad de los sistemas sanitarios. El capítulo propone lineamientos aplicables para contextos hospitalarios, ambulatorios y comunitarios, particularmente útiles para instituciones latinoamericanas interesadas en consolidar servicios humanizados, medibles y orientados a resultados.

Palabras claves: Gestión en Enfermería, Liderazgo clínico, Calidad asistencial, Indicadores en salud, Trabajo interdisciplinario.

ABSTRACT

Nursing management and leadership are now strategic pillars for the sustainability of healthcare services, patient safety, and improved

clinical outcomes. This chapter presents a narrative and analytical review of five interconnected dimensions of nursing management performance: healthcare administration, interdisciplinary teamwork, quality and continuous improvement, health indicators, and clinical leadership. Drawing on recent scientific literature, it argues that the nursing role has transcended a purely operational understanding to encompass organizational leadership, interprofessional coordination, evidence-based decision-making, and transformation of the healthcare culture. The chapter examines the conceptual foundations of nursing management, the competencies required to manage human and material resources, strategies for building high-performing teams, the use of care-sensitive indicators, and the influence of clinical leadership on patient experience, safety, and staff commitment. It also analyzes the relationship between leadership styles, employee well-being, participation in improvement processes, and the institutional capacity to respond to complex, uncertain, and technologically mediated environments. A nurse with management and leadership skills strengthens clinical governance, improves continuity of care, and makes a decisive contribution to the quality of healthcare systems. This chapter proposes guidelines applicable to hospital, outpatient, and community settings, particularly useful for Latin American institutions interested in consolidating humanized, measurable, and results-oriented services.

Keywords: Nursing Management, Clinical Leadership, Quality of Care, Health Indicators, Interdisciplinary Work.

Introducción

La gestión y el liderazgo en enfermería han dejado de entenderse como funciones accesorias o reservadas exclusivamente a cargos jerárquicos. En los sistemas sanitarios contemporáneos, atravesados por escasez de personal, transformación digital, presión financiera, aumento de la complejidad clínica y exigencias crecientes de seguridad del paciente, la enfermería ocupa una posición estratégica para coordinar el cuidado, articular equipos, monitorear resultados y promover mejoras sostenidas. Esta centralidad se explica por varias razones. En primer lugar, el personal de enfermería mantiene la relación más continua con el paciente y su familia, lo cual le otorga una visión privilegiada del proceso asistencial. En segundo lugar, participa simultáneamente en dimensiones clínicas, educativas, administrativas y comunicacionales. En tercer lugar, su práctica se sitúa en la interfaz donde convergen decisiones organizativas, continuidad del cuidado y experiencia humana de la atención.

La literatura reciente confirma que los estilos de liderazgo y las prácticas de gestión desarrolladas por enfermería influyen en variables de alto impacto: seguridad del paciente, calidad asistencial, compromiso organizacional, clima laboral, innovación, resultados clínicos e implementación de prácticas basadas en evidencia (Connor et al., 2023; Ystaas et al., 2023; Althobaiti, 2026). El liderazgo transformacional, por ejemplo, se ha asociado con mejores ambientes de trabajo y con efectos favorables sobre la calidad percibida y los resultados del paciente, mientras que estilos pasivos o poco relacionales suelen correlacionarse con menor involucramiento del personal y peores dinámicas de equipo (Alluhaybi et al., 2023; Niinihuhta y Häggman, 2022).

En este contexto, hablar de gestión y liderazgo en enfermería implica analizar la capacidad de planificar, organizar, dirigir y evaluar servicios de salud desde una perspectiva centrada en el cuidado. También implica comprender cómo se construye autoridad clínica sin perder el enfoque humanista; cómo se toman decisiones en escenarios inciertos; cómo se articulan disciplinas distintas alrededor de metas compartidas; y cómo se utilizan indicadores para transformar datos

en acciones de mejora. Este capítulo aborda dichas cuestiones mediante una revisión narrativa estructurada, con énfasis en la utilidad académica y práctica del tema para la formación y el ejercicio profesional.

Fundamentos conceptuales de la gestión y el liderazgo en enfermería

La gestión en enfermería puede definirse como el conjunto de procesos dirigidos a asegurar que los recursos, las personas, los flujos de trabajo y las decisiones clínicas se orienten de forma eficiente, segura y ética hacia el cuidado integral del paciente. No se reduce a tareas administrativas ni a la supervisión rutinaria del cumplimiento; más bien, integra planificación estratégica, coordinación operativa, control de resultados y conducción de personas. Desde esta perspectiva, la enfermera gestora no solo administra turnos, insumos o protocolos, sino que crea condiciones para que el cuidado ocurra con calidad, continuidad y sentido.

El liderazgo, por su parte, se refiere a la capacidad de influir positivamente sobre otros para alcanzar objetivos compartidos, movilizar compromiso, sostener el aprendizaje y responder al cambio. Aunque gestión y liderazgo son conceptos diferentes, en la práctica enfermera se encuentran estrechamente vinculados. La gestión sin liderazgo tiende a generar cumplimiento mecánico; el liderazgo sin gestión corre el riesgo de carecer de estructura y resultados medibles. Por ello, las organizaciones sanitarias necesitan profesionales capaces de combinar visión estratégica, competencia clínica, habilidades interpersonales y control de procesos.

Diversos estudios recientes sostienen que el liderazgo enfermero efectivo se asocia con conductas de apoyo, comunicación clara, capacidad para tomar decisiones, sensibilidad cultural, acompañamiento al equipo y promoción de la autonomía profesional (Teixeira et al., 2024; Mrayyan et al., 2023). Del mismo modo, la teoría del liderazgo situacional ha cobrado relevancia porque reconoce que no existe un único estilo eficaz para todos los contextos: el

comportamiento del líder debe ajustarse al nivel de preparación del equipo, la urgencia de la situación, la complejidad del cuidado y la madurez organizacional (Wang et al., 2024).

Desde una mirada disciplinar, el liderazgo en enfermería presenta una particularidad: su legitimidad no proviene únicamente del cargo, sino de la competencia clínica y de la credibilidad construida en el campo del cuidado. Por ello, el liderazgo clínico se diferencia de otros tipos de liderazgo organizacional al desplegarse dentro de la práctica asistencial, cerca del paciente y en contacto permanente con decisiones que afectan seguridad, continuidad y dignidad del cuidado. Esta noción amplia será retomada más adelante.

Administración de servicios de salud desde enfermería

La administración de servicios de salud constituye una de las expresiones más visibles de la gestión en enfermería. Incluye la planificación de dotación, distribución del trabajo, administración del tiempo, manejo de recursos materiales, organización documental, implementación de protocolos, coordinación entre unidades y participación en la evaluación institucional. Sin embargo, su valor no radica solo en el orden operativo; radica en que estas decisiones estructuran la posibilidad real de brindar cuidados oportunos, seguros y centrados en las necesidades de las personas.

En la práctica cotidiana, la administración de servicios exige a la enfermería equilibrar eficiencia y humanidad. Un servicio puede ser muy ordenado en términos logísticos y al mismo tiempo fallar en la comunicación, la empatía o la continuidad. También puede ocurrir lo contrario: equipos muy comprometidos con el paciente, pero con procesos deficientes que generan errores, duplicación de tareas o desgaste profesional. Por ello, la administración enfermera debe orientarse por una lógica de valor clínico: utilizar de manera racional los recursos sin sacrificar seguridad, dignidad ni calidad.

La evidencia reciente muestra que la percepción positiva de la eficacia de la gestión de servicios de enfermería se relaciona con mayor

compromiso profesional del personal, lo que sugiere que la calidad de la administración influye no solo en el funcionamiento institucional, sino también en la vinculación de los trabajadores con su práctica y con la organización (Seker et al., 2025). De manera similar, los estilos de liderazgo presentes en las jefaturas impactan en el involucramiento laboral, el clima del equipo y la disposición para sostener metas institucionales (Alluhaybi et al., 2024).

La administración contemporánea de servicios de salud requiere, además, una lectura sistémica. La enfermera gestora necesita comprender cómo interactúan las decisiones sobre dotación, capacitación, abastecimiento, tecnología, documentación, referencia y contrarreferencia, carga de trabajo, riesgos asistenciales e indicadores de desempeño. Una falla en cualquiera de estas dimensiones puede traducirse en retrasos, eventos adversos, conflictos interprofesionales o sobrecarga del personal. En consecuencia, administrar servicios desde enfermería significa anticipar problemas, coordinar respuestas y construir entornos de trabajo donde el cuidado sea posible y sostenible.

Planificación y organización de recursos

La planificación es el proceso mediante el cual se fijan objetivos, se definen prioridades y se asignan recursos para alcanzarlos. En enfermería, esto se traduce en decisiones sobre turnos, proporción enfermera-paciente, perfiles requeridos según complejidad del servicio, necesidades de formación, redistribución de cargas y provisión de insumos críticos. Una planificación débil expone a improvisación continua; una planificación sólida reduce incertidumbre y mejora la capacidad de respuesta.

La revisión de Dall’Ora et al. (2022) refuerza la idea de que niveles adecuados de dotación de enfermería se asocian con mejores resultados para los pacientes, especialmente en mortalidad y eventos prevenibles. Aunque la dotación no depende exclusivamente de enfermería, las gestoras cumplen un papel decisivo al documentar necesidades, justificar recursos y defender criterios técnicos frente a

decisiones administrativas de corto plazo. Por ello, la administración de servicios exige competencias argumentativas, manejo de datos y capacidad para traducir necesidades clínicas en lenguaje organizacional y presupuestario.

Además, la organización de recursos debe incorporar flexibilidad. Los servicios de salud son entornos dinámicos, con flujos variables, contingencias epidemiológicas, cambios tecnológicos y demandas emocionales intensas. En estos escenarios, una jefatura rígida suele fracasar. Las enfermeras líderes necesitan diseñar estructuras que permitan adaptarse sin perder control: protocolos claros, roles definidos, circuitos de escalamiento, reuniones breves de seguimiento, mecanismos de cobertura y cultura de apoyo entre pares.

Gestión del talento humano y bienestar laboral

La administración de servicios no puede sostenerse si se limita a distribuir tareas. El recurso principal del sistema es humano, y su bienestar condiciona la calidad del cuidado. La literatura vincula estilos de liderazgo relacionales y transformacionales con mejores niveles de bienestar laboral, satisfacción y engagement en enfermería (Niinihuhta & Häggman-Laitila, 2022; Alluhaybi et al., 2023). Esto tiene una implicación práctica inmediata: gestionar personal no es solo controlar cumplimiento, sino crear ambientes donde las personas puedan trabajar con claridad, reconocimiento, seguridad psicológica y sentido.

La seguridad psicológica del equipo es especialmente relevante. Cuando el personal siente que puede hablar, expresar dudas, reportar errores o pedir ayuda sin miedo a represalias, la organización aprende más rápido y protege mejor al paciente. En cambio, culturas autoritarias o punitivas silencian la información crítica. Por ello, la gestión del talento humano en enfermería debe incluir escucha activa, retroalimentación no humillante, acompañamiento a profesionales noveles, manejo justo de conflictos y reconocimiento del esfuerzo.

No menos importante es la sensibilidad cultural. En servicios con plantillas diversas, la comunicación, la toma de decisiones y la percepción de autoridad pueden variar según trayectorias culturales. Teixeira et al. (2024) destacan que atributos como apoyo, competencia cultural y comunicación efectiva tienen un impacto especial en equipos multiculturales. Para América Latina, región marcada por diversidad sociocultural y movilidad profesional, esta observación resulta particularmente valiosa.

Trabajo en equipo interdisciplinario

El trabajo en equipo interdisciplinario es una condición estructural de la atención contemporánea. Los problemas de salud son demasiado complejos para ser resueltos por una sola profesión; requieren integración de saberes clínicos, organizativos, psicosociales y comunitarios. En este escenario, la enfermería ocupa un lugar articulador porque acompaña de manera continua el recorrido del paciente y traduce necesidades entre distintos actores del sistema.

No obstante, la interdisciplinariedad no surge espontáneamente por coexistencia física de profesionales. Requiere objetivos compartidos, comunicación efectiva, claridad de roles, respeto mutuo, coordinación de decisiones y mecanismos para resolver discrepancias. Shuyi et al. (2024) muestran que la educación interprofesional mejora resultados educativos vinculados a actitudes, habilidades y colaboración entre medicina y enfermería. Jiang et al. (2024) añaden que muchas intervenciones interprofesionales centradas en seguridad del paciente favorecen la comunicación y el trabajo coordinado, aunque todavía se necesita más investigación sobre su impacto sostenido en resultados clínicos.

Desde la gestión enfermera, el trabajo interdisciplinario implica crear puentes. La enfermera líder facilita reuniones clínicas, asegura circulación de información, identifica omisiones en el plan terapéutico, coordina transiciones entre niveles de atención y ayuda a traducir el lenguaje técnico de un área a otra. También cumple una

función mediadora en conflictos derivados de jerarquías históricas, sobrecarga laboral o interpretaciones divergentes del caso.

Comunicación como núcleo del trabajo colaborativo

La comunicación es el mecanismo central del equipo interdisciplinario. Los errores de comunicación están entre las causas más frecuentes de eventos adversos, retrasos diagnósticos, duplicidad de indicaciones y experiencias negativas del paciente. Norman (2024) recuerda que la comunicación en los equipos de salud no depende solo de habilidades individuales, sino de factores culturales, relacionales y estructurales: estilos de liderazgo, confianza, clima emocional, organización del trabajo y oportunidades reales para conversar.

Esto obliga a las enfermeras gestoras y líderes clínicas a intervenir en la arquitectura de la comunicación. No basta con pedir al personal que “se comunique mejor”; hay que diseñar contextos que lo hagan posible. Algunas estrategias incluyen pases de turno estructurados, rondas interdisciplinarias, uso estandarizado de herramientas de comunicación, reuniones breves de seguridad, tableros de seguimiento y simulación clínica para fortalecer la coordinación. Jeffers y Anderson (2025) subrayan que los equipos de mejora funcionan mejor cuando disponen de metas explícitas, roles delimitados y canales claros de interacción.

La enfermería aporta aquí una mirada privilegiada porque observa discontinuidades del cuidado en tiempo real. Por ejemplo, una indicación médica no comunicada oportunamente, una recomendación de rehabilitación que no se integra al plan de alta o una educación al paciente inconsistente entre profesionales. Convertir estas observaciones en oportunidades de mejora constituye una función eminentemente de liderazgo clínico y de gestión.

Conflicto, negociación y aprendizaje conjunto

Todo equipo interdisciplinario enfrenta tensiones. La diferencia de marcos teóricos, niveles de poder, urgencias del servicio

y culturas profesionales puede producir conflictos. El problema no es la existencia del conflicto, sino su negación o su manejo inadecuado. Un equipo maduro utiliza el desacuerdo para deliberar y aprender; un equipo frágil lo transforma en rivalidad, silencio o fragmentación.

Las enfermeras líderes necesitan competencias para mediar, negociar y reconducir tensiones hacia el objetivo común del cuidado. Ello supone distinguir entre conflicto técnico y conflicto relacional, promover conversaciones basadas en hechos, sostener el respeto entre disciplinas y proteger la voz del paciente cuando surgen decisiones contrapuestas. La gestión colaborativa no elimina diferencias; las hace productivas.

Construcción de equipos de alto desempeño

Un equipo interdisciplinario de alto desempeño no es aquel donde desaparecen los errores, sino aquel que desarrolla la capacidad de detectarlos temprano, aprender de ellos y reorganizarse con rapidez. En ese proceso, la enfermería suele actuar como memoria operativa del sistema: conoce los tiempos reales, las limitaciones del servicio, la trayectoria del paciente y los puntos donde la coordinación se rompe. Convertir esa experiencia en conocimiento colectivo exige hábitos de equipo.

Entre tales hábitos destacan las reuniones breves orientadas a prioridades, la revisión diaria de riesgos, la clarificación anticipada de responsabilidades, el uso de lenguajes comunes y la evaluación posterior de incidentes o éxitos relevantes. Cuando estos hábitos se sostienen, la colaboración deja de depender de la buena voluntad individual y pasa a formar parte de la cultura del servicio. Esto es especialmente útil en unidades de alta complejidad, donde pequeñas fallas de coordinación pueden generar consecuencias graves.

La enfermería también cumple una función docente dentro del equipo. Quien lidera puede identificar necesidades formativas, modelar conductas de comunicación y promover microespacios de aprendizaje en la rutina asistencial. Así, el trabajo interdisciplinario

no se limita a coordinar tareas, sino que se convierte en una práctica compartida de construcción de criterio.

Calidad percibida, experiencia del paciente y humanización

La calidad no puede evaluarse únicamente desde la mirada institucional. El paciente y su familia experimentan la atención como un trayecto que combina competencia técnica, trato digno, claridad informativa, alivio del sufrimiento, coordinación entre profesionales y continuidad tras el egreso. Muchas de estas dimensiones dependen directamente del trabajo de enfermería.

Por ello, la mejora continua debería incorporar de forma sistemática la experiencia del paciente. Preguntar por la comprensión del tratamiento, la percepción de seguridad, la oportunidad de respuesta, la consistencia de la información y el acompañamiento emocional ofrece señales valiosas para rediseñar procesos. En numerosos servicios, la causa principal de insatisfacción no es un error técnico aislado, sino la sensación de desorientación, espera innecesaria o mensajes contradictorios entre profesionales.

La humanización del cuidado no compite con la eficiencia; la complementa. Un proceso técnicamente correcto, pero relacionalmente pobre, tiende a deteriorar la adherencia, aumentar la ansiedad y debilitar la confianza. En cambio, una organización que combina excelencia técnica y comunicación respetuosa fortalece resultados clínicos y reputación institucional. La enfermería, por su cercanía continua al paciente, se encuentra en una posición privilegiada para liderar esta integración.

De los datos a la acción: gobernanza clínica basada en indicadores

Un problema frecuente en los servicios de salud es la acumulación de datos sin capacidad analítica. Se registran eventos, tiempos, consumos y cumplimientos, pero no siempre se transforman en decisiones oportunas. La gobernanza clínica basada en indicadores

exige precisamente ese salto: pasar de la recolección al uso reflexivo y estratégico de la información.

Para que esto ocurra, los líderes de enfermería deben dominar al menos cuatro movimientos. El primero es seleccionar indicadores con sentido clínico y gerencial. El segundo es interpretarlos en relación con procesos, no como números aislados. El tercero es comunicar hallazgos al equipo de manera comprensible. El cuarto es vincular cada tendencia con acciones concretas, responsables y plazos de revisión. Sin estos pasos, el tablero de control se convierte en un elemento decorativo.

La lectura crítica de indicadores también ayuda a evitar respuestas impulsivas. Por ejemplo, una disminución temporal en reportes de incidentes podría interpretarse erróneamente como mejora, cuando en realidad puede reflejar subregistro o temor a reportar. Del mismo modo, un aumento en reportes puede indicar más eventos, pero también una cultura de seguridad más abierta. Por eso, la gestión de indicadores requiere triangulación con observación, auditoría y diálogo con el personal.

Liderazgo clínico, mentoría y desarrollo profesional

El liderazgo clínico se fortalece cuando las organizaciones promueven mentoría. Los profesionales con mayor experiencia no solo transfieren procedimientos; transmiten criterios, prioridades, formas de comunicación y modos de sostener la calma ante la complejidad. Una cultura de mentoría permite que las enfermeras más jóvenes desarrollen confianza clínica sin caer en la improvisación o en la dependencia excesiva.

La mentoría también es una estrategia de retención. El ingreso a servicios complejos suele ser una etapa de vulnerabilidad profesional. Cuando el personal novel se enfrenta solo a un ambiente exigente, aumenta el riesgo de ansiedad, error, desgaste y renuncia temprana. En cambio, cuando cuenta con líderes accesibles y referentes clínicos disponibles, la integración resulta más segura y el

compromiso crece. Este aspecto conecta directamente con los hallazgos de la literatura sobre liderazgo, bienestar laboral y engagement.

Desde el punto de vista académico, la formación del liderazgo clínico debería incorporarse mediante simulación, análisis de casos, tutorías, participación en comités de calidad y experiencias supervisadas de coordinación. El liderazgo no se enseña solo en asignaturas teóricas; se aprende también al habitar prácticas donde la toma de decisiones se vuelve visible y discutible.

Transformación digital y nuevos retos para la gestión enfermera

La transformación digital está modificando de manera profunda la administración de servicios y el liderazgo en salud. Historias clínicas electrónicas, tableros automatizados, sistemas de alerta, teleenfermería, monitoreo remoto y herramientas de apoyo a la decisión clínica abren nuevas oportunidades, pero también nuevas tensiones. La promesa digital puede mejorar trazabilidad, continuidad y análisis de datos; sin embargo, si se implementa sin liderazgo, puede aumentar carga documental, fragmentar la atención y alejar al profesional del paciente.

La enfermería necesita participar activamente en el diseño, selección y evaluación de estas tecnologías. Nadie mejor que el personal que usa el sistema en tiempo real para identificar si una interfaz facilita o dificulta el cuidado, si duplica registros o si aporta alertas útiles. Una gestión enfermera madura no recibe la tecnología como imposición externa; la somete a criterio clínico y organizacional.

Además, la transformación digital exige nuevas competencias: alfabetización de datos, discernimiento sobre calidad de información, capacidad para interpretar tableros en tiempo real y evaluación crítica del impacto tecnológico sobre la carga de trabajo. Estas habilidades deben ser consideradas parte del liderazgo contemporáneo, especialmente en instituciones que buscan acreditación, trazabilidad y mayor eficiencia.

Desafíos éticos de la gestión y el liderazgo

Gestionar y liderar en enfermería no es una actividad neutral. Cada decisión sobre dotación, prioridades, tiempos de atención, asignación de personal o adopción de indicadores tiene una dimensión ética. Cuando los recursos son limitados, la jefatura de enfermería enfrenta dilemas permanentes: cómo distribuir cargas sin comprometer seguridad, cómo sostener la dignidad del cuidado en contextos de presión, cómo defender necesidades del equipo sin perder visión institucional y cómo equilibrar eficiencia con justicia.

El liderazgo ético implica transparentar criterios, escuchar a quienes están más expuestos al problema, justificar decisiones y revisar sus consecuencias. También implica proteger al paciente vulnerable cuando las lógicas administrativas amenazan con invisibilizarlo. En este sentido, el liderazgo clínico es inseparable de una ética de la responsabilidad: quien lidera no solo coordina tareas, sino que responde moralmente por el modo en que la organización cuida.

La ética también atraviesa el uso de indicadores. Medir es necesario, pero no todo lo valioso se deja captar fácilmente por un número. Si los sistemas de evaluación solo privilegian variables productivas, pueden desincentivar aspectos centrales del cuidado como escucha, educación, acompañamiento o apoyo emocional. Por ello, una gobernanza equilibrada debe combinar métricas cuantitativas con apreciación cualitativa del valor del cuidado.

Aplicaciones prácticas para contextos latinoamericanos

Los sistemas de salud latinoamericanos presentan desafíos heterogéneos, pero comparten algunas tensiones recurrentes: brechas de financiamiento, desigualdad territorial, fragmentación entre subsistemas, rotación de personal, limitaciones tecnológicas y alta demanda de resultados con recursos escasos. En este contexto, la gestión y el liderazgo en enfermería no pueden copiar modelos de

otros países sin adaptación; deben construirse con realismo organizacional.

Una primera recomendación es fortalecer mandos medios. Muchas instituciones concentran la toma de decisiones en la alta dirección y subestiman el papel de coordinadores, supervisores y enfermeras jefes de servicio. Sin embargo, son estos actores quienes convierten la estrategia en práctica. Dotarlos de herramientas para análisis de indicadores, conducción de reuniones, manejo de conflictos y mejora de procesos puede tener un efecto inmediato sobre la calidad.

La segunda recomendación es priorizar tableros simples y sostenibles. En entornos con infraestructura limitada, es preferible medir pocos indicadores de alto valor que intentar desplegar sistemas complejos imposibles de mantener. La tercera recomendación es institucionalizar espacios breves de revisión del cuidado y de riesgos, de manera que la mejora continua no dependa de esfuerzos heroicos. La cuarta es promover formación escalonada en liderazgo clínico desde pregrado, residencia y educación continua. La quinta es vincular proyectos de calidad con problemas concretos del servicio, para evitar que la mejora se perciba como una exigencia administrativa desconectada del trabajo real.

Propuesta de lineamientos para la práctica

A partir del análisis desarrollado, pueden plantearse lineamientos orientadores para fortalecer la gestión y el liderazgo en enfermería:

- Incorporar la lectura de indicadores sensibles al cuidado como práctica mensual de los servicios.
- Desarrollar programas de mentoría clínica y liderazgo para personal novel y potenciales mandos medios.
- Consolidar rondas interdisciplinarias estructuradas con foco en riesgos, continuidad y objetivos del paciente.

- Integrar proyectos de mejora continua a la rutina del servicio, con metas pequeñas, medibles y sostenibles.
- Fortalecer la práctica basada en evidencia como criterio rector de cambios clínicos y organizacionales.
- Diseñar sistemas de comunicación que reduzcan ambigüedad y mejoren la escalada de preocupaciones.
- Asegurar que la tecnología y la documentación apoyen el cuidado en lugar de burocratizarlo.
- Promover una cultura justa, no punitiva, para el reporte y análisis de incidentes.

Estos lineamientos no deben asumirse como receta universal, sino como marco adaptable. Su valor radica en recordar que la gestión y el liderazgo son más eficaces cuando se anclan en problemas reales, se sostienen con datos relevantes y preservan el núcleo ético del cuidado.

Calidad y mejora continua en enfermería

La calidad en salud no puede entenderse solo como cumplimiento normativo ni como ausencia de errores. Es una construcción multidimensional que integra seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia, equidad y centralidad en la persona. Desde la enfermería, la calidad adquiere una dimensión particular porque se expresa en actos concretos de vigilancia, prevención, comunicación, acompañamiento y continuidad del cuidado. La mejora continua, por tanto, es el proceso mediante el cual los equipos revisan sistemáticamente su práctica, detectan brechas y ensayan cambios con base en datos y evidencia.

Connor et al. (2023) muestran que la práctica basada en evidencia se asocia consistentemente con mejores resultados del paciente y retorno positivo para los sistemas de salud. Esto es crucial para la mejora continua: no se trata de modificar procesos por

intuición o costumbre, sino de seleccionar intervenciones con sustento científico, implementarlas cuidadosamente y evaluar sus efectos. En enfermería, esto incluye desde bundles para prevención de infecciones y caídas hasta mejoras en educación al alta, adherencia a higiene de manos, seguimiento del dolor o reducción de úlceras por presión.

La mejora continua requiere, además, una cultura organizacional que permita aprender del desempeño real. En entornos donde predomina la culpa, el personal oculta fallos y la mejora se vuelve superficial. En cambio, una cultura justa permite diferenciar error humano, conducta de riesgo y negligencia intencional, generando respuestas proporcionales y orientadas al aprendizaje. El liderazgo resulta decisivo: Althobaiti (2026) confirma que los estilos de liderazgo moldean la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias.

Enfermería como motor de proyectos de mejora

Con frecuencia, las iniciativas de mejora fracasan porque se perciben como tareas adicionales, desconectadas de los problemas del servicio. La enfermería puede revertir esta situación cuando vincula los proyectos con necesidades observables del cuidado: demoras en administración de medicamentos, errores de identificación, inconsistencias en registros, reingresos evitables, caídas recurrentes o educación insuficiente al paciente.

El liderazgo enfermero aporta varias ventajas a los proyectos de mejora. Primero, cercanía con el proceso real, lo que permite detectar causas prácticas y no solo teóricas. Segundo, capacidad de coordinar actores de distintas profesiones. Tercero, sensibilidad para integrar indicadores duros y experiencia del paciente. Cuarto, continuidad temporal para monitorear la sostenibilidad de los cambios.

Los equipos exitosos de mejora suelen compartir algunas características: propósito claro, apoyo institucional, medición periódica, reuniones cortas y frecuentes, retroalimentación visible y participación de quienes ejecutan el proceso. Jeffers y Anderson

(2025) destacan precisamente la importancia de construir equipos con objetivos comunes, roles definidos y cohesión suficiente para sostener el cambio. En este punto, la jefatura de enfermería y las líderes clínicas pueden convertirse en agentes de traducción entre la estrategia organizacional y la práctica cotidiana.

Relación entre calidad, evidencia y liderazgo

La mejora continua solo se consolida cuando se articula con liderazgo y evidencia. Un líder sin datos puede motivar, pero no necesariamente transformar. Un sistema con datos, pero sin liderazgo, puede medir sin mejorar. Por ello, la enfermería necesita fortalecer tres competencias simultáneas: alfabetización en evidencia, interpretación de indicadores y conducción de personas.

Ystaas et al. (2023) muestran que el liderazgo transformacional favorece ambientes de trabajo más positivos y mejores resultados en pacientes. Connor et al. (2023) demuestran que la evidencia aplicada mejora resultados y retorno institucional. La combinación de ambos hallazgos sugiere que la calidad sostenible depende de líderes capaces de movilizar personas alrededor de prácticas probadas. En otras palabras, la mejora continua es un fenómeno tanto técnico como social.

Indicadores en salud y en enfermería

Los indicadores son herramientas para traducir procesos complejos en señales medibles que orienten la toma de decisiones. En salud, permiten monitorear estructura, proceso y resultado; comparar desempeño; identificar riesgos; priorizar problemas; y evaluar si las intervenciones generan cambios. Para enfermería, los indicadores tienen un valor adicional: visibilizan el aporte del cuidado al desempeño del sistema.

La discusión sobre indicadores sensibles a enfermería ha cobrado fuerza porque históricamente muchos resultados asistenciales fueron atribuidos a la organización en general sin

discriminar la contribución específica del cuidado. Gormley et al. (2024) revisan críticamente el desarrollo de estos indicadores y señalan tanto su utilidad como los desafíos conceptuales y metodológicos para construir medidas válidas de la práctica enfermera. Hakami et al. (2023) destacan que los indicadores sensibles ayudan a priorizar investigación y mejora clínica al identificar áreas donde el cuidado de enfermería impacta directamente en los resultados.

Entre los indicadores más utilizados se encuentran caídas, úlceras por presión, infecciones asociadas al cuidado, errores de medicación, satisfacción del paciente, dolor no controlado, reingresos, eventos de deterioro no reconocido, cumplimiento de planes educativos y adherencia a protocolos de seguridad. Sin embargo, seleccionar indicadores no es solo una cuestión técnica; implica decidir qué aspectos del cuidado la institución considera valiosos y medibles.

Criterios para seleccionar indicadores útiles

Un indicador útil debe ser relevante, comprensible, medible, sensible al cambio y accionable. Si un servicio registra datos que nadie interpreta o no puede vincular con decisiones concretas, el sistema de medición se convierte en burocracia. Por ello, la enfermería gestora debe elegir indicadores capaces de responder preguntas operativas: ¿dónde estamos fallando?, ¿qué proceso explica este resultado?, ¿qué cambio vale la pena probar?, ¿cómo sabremos si mejoramos?

Tevik et al. (2023), al desarrollar indicadores sensibles para residencias en Noruega, muestran la importancia del consenso experto en la selección de medidas contextualizadas. Esto es especialmente pertinente para América Latina, donde la transferencia acrítica de indicadores diseñados para otros sistemas puede llevar a medir variables poco útiles o imposibles de sostener con los recursos disponibles. En vez de imitar catálogos externos, conviene construir tableros equilibrados y factibles, con un núcleo estable de indicadores prioritarios.

Además, los indicadores deben leerse en contexto. Una tasa elevada de caídas, por ejemplo, puede reflejar fallas en valoración de riesgo, sobrecarga de personal, ausencia de barandas, mala iluminación, deficiente educación al paciente o incluso un cambio en el perfil de complejidad de los usuarios. El indicador alerta, pero no explica por sí solo. De ahí la necesidad de combinar medición cuantitativa con análisis cualitativo de procesos.

Tableros de control y toma de decisiones

Los tableros de control son útiles cuando integran pocos indicadores de alto valor, actualizados con regularidad y vinculados a responsables concretos. Desde enfermería, un tablero puede organizarse en torno a seguridad del paciente, experiencia de usuario, eficiencia operativa, desarrollo del personal y cumplimiento de procesos críticos. Su función no es castigar, sino permitir conversación informada.

La lectura de indicadores debe formar parte de la rutina del liderazgo. Reuniones mensuales de servicio, pases de gestión, comités de calidad y retroalimentación visual al equipo son espacios apropiados para discutir tendencias, priorizar acciones y reconocer avances. Cuando los indicadores se acercan al trabajo diario y se usan para aprender, el personal deja de verlos como exigencias externas y comienza a percibirlos como herramientas para cuidar mejor.

Liderazgo clínico en enfermería

El liderazgo clínico es una de las expresiones más potentes del liderazgo en enfermería porque se ejerce en la proximidad del cuidado. No depende necesariamente de un cargo formal; puede emerger en la cabecera del paciente, en la coordinación de una situación crítica, en la defensa de una decisión segura o en la guía ofrecida a colegas ante un caso complejo. Su rasgo distintivo es que integra influencia profesional, juicio clínico y responsabilidad por la calidad de la atención.

Guibert-Lacasa y Vázquez-Calatayud (2022) señalan que promover liderazgo clínico en hospitales exige intervenciones complejas que desarrollen competencias cognitivas, interpersonales e intrínsecas, así como empoderamiento psicológico, inteligencia emocional y reflexividad crítica. Mrayyan et al. (2023) identifican atributos frecuentes del liderazgo clínico como comunicación efectiva, competencia clínica, accesibilidad, capacidad de servir de modelo y apoyo al equipo. En términos prácticos, esto significa que el liderazgo clínico no se limita a “mandar”, sino a orientar, argumentar, acompañar y tomar posición frente a situaciones que afectan el cuidado.

Diferencia entre liderazgo formal y liderazgo clínico

El liderazgo formal se deriva del puesto y de la autoridad organizacional. El liderazgo clínico, en cambio, se legitima por la capacidad de mejorar decisiones y procesos asistenciales desde el conocimiento experto y la presencia activa en la práctica. Una jefa de enfermería puede ejercer ambos; una enfermera asistencial también puede ejercer liderazgo clínico, aunque no tenga personal a cargo.

Esta distinción es pedagógicamente importante porque amplía el horizonte formativo de la profesión. Si se enseña que solo lidera quien ocupa una jefatura, se empobrece el potencial transformador del colectivo. En cambio, cuando se reconoce que toda enfermera puede liderar clínicamente mediante juicio, coordinación y defensa del paciente, se fortalece la responsabilidad profesional y la autonomía disciplinar.

Liderazgo clínico y seguridad del paciente

La seguridad del paciente depende en gran medida de la capacidad del equipo para reconocer riesgos, escalar preocupaciones y actuar oportunamente. Aquí el liderazgo clínico de enfermería resulta decisivo. Quien identifica signos tempranos de deterioro, cuestiona una indicación insegura, activa una respuesta rápida o

insiste en una comunicación más clara está ejerciendo liderazgo clínico.

La evidencia reciente vincula liderazgo y cultura de seguridad. Althobaiti (2026) concluye que los estilos de liderazgo influyen en la cultura de seguridad del paciente. Ystaas et al. (2023) asocian el liderazgo transformacional con mejores entornos y resultados. Esto respalda la idea de que los líderes clínicos no solo resuelven casos individuales; también configuran normas implícitas sobre lo que el equipo considera aceptable, urgente o digno de atención.

Formación del liderazgo clínico

El liderazgo clínico no surge únicamente por antigüedad. Requiere desarrollo intencional. Esto incluye formación en razonamiento clínico, priorización, comunicación difícil, seguridad del paciente, manejo de conflictos, mejora de procesos, ética del cuidado y trabajo interprofesional. También requiere entornos donde las enfermeras puedan practicar autonomía con supervisión adecuada.

Wang et al. (2024) muestran la utilidad del enfoque situacional en gestión de enfermería, lo que sugiere que la formación del liderazgo debe enseñar adaptación y lectura del contexto, no solo repertorios fijos. Por su parte, Guibert-Lacasa y Vázquez-Calatayud (2022) enfatizan el empoderamiento y la reflexividad crítica, lo que remite a un liderazgo capaz de revisar su propia práctica y aprender de la experiencia.

Integración estratégica de las cinco dimensiones

Aunque este capítulo ha desarrollado por separado la administración de servicios, el trabajo interdisciplinario, la calidad, los indicadores y el liderazgo clínico, en la práctica estas dimensiones forman un sistema. Administrar sin indicadores impide saber si el servicio mejora. Medir sin liderazgo no transforma la práctica. Liderar

sin trabajo interdisciplinario limita el alcance de los cambios. Promover calidad sin administración adecuada la vuelve insostenible. Y trabajar en equipo sin liderazgo clínico puede terminar en coordinación superficial.

La integración estratégica de estas dimensiones permite pensar la enfermería como una función de gobernanza clínica. La jefatura o liderazgo enfermero actúa entonces como un nodo que conecta recursos, personas, datos, protocolos, decisiones y experiencias del paciente. Esta mirada resulta especialmente necesaria en instituciones latinoamericanas donde los problemas suelen acumularse: limitaciones presupuestarias, alta rotación, informalidad de procesos, fragmentación entre niveles de atención y exigencias crecientes de acreditación y rendición de cuentas.

Un modelo integrado de gestión y liderazgo en enfermería podría considerar al menos cinco ejes operativos:

- Dirección del cuidado basada en evidencia.
- Gestión participativa del equipo.
- Tablero de indicadores sensibles y trazadores de seguridad.
- Proyectos continuos de mejora.
- Formación escalonada en liderazgo clínico.
- La fortaleza del modelo reside en su circularidad. Los indicadores identifican brechas; los equipos interdisciplinarios analizan causas; el liderazgo clínico moviliza acciones; la administración asigna recursos y sostiene el cambio; la mejora continua evalúa resultados y retroalimenta el sistema.

Resultados y discusión

La revisión permite identificar varios hallazgos convergentes. El primero es que la gestión y el liderazgo en enfermería ya no pueden concebirse como ámbitos separados del cuidado clínico. Por el contrario, la calidad del cuidado depende de cómo se organizan los recursos, se coordinan los equipos, se interpretan los indicadores y se

ejerce influencia en el escenario asistencial. Esta conclusión se observa en estudios sobre liderazgo transformacional, liderazgo clínico, cultura de seguridad, compromiso laboral e implementación de evidencia (Ystaas et al., 2023; Connor et al., 2023; Althobaiti, 2026).

El segundo hallazgo es que los estilos de liderazgo relacionales y adaptativos muestran mejores asociaciones con variables positivas del sistema. Esto no significa idealizar un estilo único, sino reconocer que la comunicación, el apoyo, la competencia cultural, la accesibilidad y la capacidad de inspirar son atributos especialmente valiosos en entornos complejos y multiculturales (Teixeira et al., 2024; Niinihuhta & Häggman-Laitila, 2022). Los enfoques autoritarios o exclusivamente transaccionales pueden resolver urgencias puntuales, pero difícilmente sostienen innovación, aprendizaje o compromiso prolongado.

El tercer hallazgo es que el trabajo interdisciplinario se fortalece cuando existe intención organizacional explícita. Las intervenciones educativas e interprofesionales mejoran resultados colaborativos, pero requieren estructuras que les den continuidad, como rondas, simulación, protocolos compartidos y espacios de deliberación (Shuyi et al., 2024; Jiang et al., 2024). La enfermería, por su presencia constante en el proceso de atención, tiene condiciones singulares para desempeñar un rol articulador.

El cuarto hallazgo es que la medición, por sí sola, no mejora la calidad. Los indicadores son indispensables, pero su valor depende de la interpretación y del uso que hagan los equipos. Esto coincide con la discusión crítica sobre indicadores sensibles a enfermería, que advierte sobre el riesgo de medir sin comprender o de adoptar métricas desvinculadas del contexto (Gormley et al., 2024). El liderazgo enfermero debe evitar tanto el rechazo a los datos como la tecnocracia vacía.

La revisión muestra que el liderazgo clínico representa una frontera clave para el desarrollo de la profesión. Allí se integran conocimiento disciplinar, juicio ético, comunicación y capacidad de incidencia. La formación de enfermería necesita fortalecer esta

dimensión desde pregrado y posgrado, no solo como preparación para cargos, sino como capacidad transversal de toda práctica responsable.

Desde una lectura latinoamericana, estos hallazgos plantean desafíos concretos. Muchas instituciones enfrentan restricciones presupuestarias que podrían llevar a reducir la gestión de enfermería a una lógica de control de costos. Sin embargo, la evidencia sugiere que una gestión deficiente produce costos mayores: eventos adversos, rotación, reingresos, desgaste laboral, conflicto y pérdida de confianza del usuario. Invertir en liderazgo, formación y sistemas de indicadores no es un lujo, sino una estrategia de sostenibilidad clínica y organizacional.

Tabla 16

Síntesis operativa de la gestión y liderazgo en enfermería

Dimensión	Finalidad principal	Herramientas clave	Resultados esperados
Administración de servicios	Organizar recursos y flujos de cuidado	planificación, dotación, protocolos, coordinación	continuidad, eficiencia y seguridad
Trabajo interdisciplinario	Integrar saberes y decisiones	rondas clínicas, comunicación estructurada, simulación	mejor coordinación y menos errores
Calidad y mejora continua	Reducir brechas y estandarizar buenas prácticas	ciclos de mejora, práctica basada en evidencia, auditoría	mejores resultados clínicos
Indicadores en salud	Medir procesos y resultados del cuidado	tableros, trazadores, análisis de tendencias	decisiones informadas y priorización
Liderazgo clínico	Influir en la práctica desde el cuidado	juicio clínico, comunicación, escalamiento, mentoría	seguridad del paciente y autonomía profesional

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

La gestión y el liderazgo en enfermería son hoy componentes estructurales de la calidad de los sistemas de salud. No constituyen funciones periféricas ni reservadas a una élite administrativa; forman parte de la práctica profesional orientada a garantizar cuidado seguro, coordinado y humanizado. La administración de servicios de salud, cuando se comprende desde el valor clínico, permite alinear recursos con necesidades reales del paciente y del equipo. El trabajo interdisciplinario, sostenido por comunicación efectiva y respeto mutuo, amplía la capacidad resolutoria del sistema. La calidad y la mejora continua convierten la experiencia cotidiana en oportunidades de aprendizaje. Los indicadores, especialmente los sensibles a enfermería, permiten visibilizar resultados y fundamentar decisiones. Y el liderazgo clínico integra todas estas dimensiones en la proximidad del cuidado.

La principal implicación de este capítulo es que los servicios de salud deben promover modelos de enfermería donde gestionar y liderar sean competencias transversales. Esto exige formación específica, desarrollo de mandos medios, cultura de seguridad, sistemas de medición pertinentes y reconocimiento del aporte de enfermería a la gobernanza clínica. En contextos latinoamericanos, fortalecer estas capacidades puede convertirse en una vía concreta para enfrentar la complejidad, reducir brechas de calidad y mejorar la experiencia de pacientes y profesionales.

La enfermera que gestiona con evidencia, lidera con criterio clínico, trabaja colaborativamente y utiliza indicadores de manera inteligente no solo mejora procesos; transforma organizaciones. Esa es, probablemente, una de las contribuciones más relevantes de la disciplina al presente y al futuro de la atención sanitaria.

Referencias Bibliográficas

- Althobaiti, F. (2026). The effects of leadership on patient safety culture in health care: A systematic review. *BMC Nursing*, 25(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04263-7>

- Alluhaybi, A., Usher, K., Durkin, J., & Wilson, A. (2024). Clinical nurse managers' leadership styles and staff nurses' work engagement in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 19(3), e0296082. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296082>
- Alluhaybi, A., Wilson, A., Usher, K., & Durkin, J. (2023). Impact of Nurse Manager Leadership Styles on Work Engagement: A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 2023, 5090276. <https://doi.org/10.1155/2023/5090276>
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D., Shrout, A., Gorsuch, P., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Mazurek, B., & Gallagher, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Dall'Ora, C., Maruotti, A., Griffiths, P., Redfern, O., & Ball, J. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104311. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>
- Figueredo, N., Ferrada, M., & Ramírez, M. (2021). Liderazgo clínico y estratégico: una competencia impostergerable. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(2), 1–2. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i2.2731>
- Gormley, E., Connolly, M., & Ryder, M. (2024). The development of nursing-sensitive indicators: A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, 100227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnrsa.2024.100227>
- Guibert, C., & Vázquez, M. (2022). Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 913–925. <https://doi.org/10.1111/jonm.13570>
- Hakami, A., Alsaqri, S., Maraee, A., Alharthi, M., Albarrak, M., Aljuaid, N., Alsharif, M., & Alhazmi, N. (2023). Nursing research priorities based on the nurse-sensitive indicators: A Saudi Arabian perspective. *The Open Nursing Journal*, 17,

e187443462304190. <https://doi.org/10.2174/18744346-v17-e230419-2022-100>

- Jeffers, A., & Anderson, C. (2025). A guide to developing teams for successful healthcare quality improvement projects. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 55(7), 101802. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2025.101802>
- Jiang, Y., Cai, Y., Zhang, J., & Zheng, J. (2024). Interprofessional education interventions for healthcare students and professionals on patient safety outcomes: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*. <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2391631>
- Mrayyan, M., Algunaimeyn, A., Abunab, H., Kutah, O., Alfayoumi, I., & Abu, A. (2023). Attributes, skills and actions of clinical leadership in nursing as reported by hospital nurses: A cross-sectional study. *BMJ Leader*, 7(3), 203–211. <https://doi.org/10.1136/leader-2022-000672>
- Niinihuhta, M., & Häggman, A. (2022). A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5), e13040. <https://doi.org/10.1111/ijn.13040>
- Norman, K. (2024). Enhancing communication within nursing and multiprofessional healthcare teams. *Nursing Standard*, 39(5), 61–66. <https://doi.org/10.7748/ns.2024.e12270>
- Ramos, N., León, D., & colaboradores. (2024). Estado del liderazgo de enfermería para la gestión de los servicios hospitalarios en Latinoamérica. *Revista Cubana de Enfermería*, 40(1). https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=So864-03192024000100020&script=sci_arttext
- Seker, S., Palaz, S., & Yildiz, T. (2025). The effect of nursing services management efficiency on nurses' professional commitment: A cross-sectional study. *International Nursing Review*, 72(1), e13003. <https://doi.org/10.1111/inr.13003>

- Shuyi, A., Zikki, L., Ang, M., & Koh, S. (2024). Effectiveness of interprofessional education for medical and nursing professionals and students on interprofessional educational outcomes: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 74, 103864. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103864>
- Teixeira, G., Lucas, P., & Gaspar, F. (2024). Impact of Nurse Manager's Attributes on Multi-Cultural Nursing Teams: A scoping review. *Nursing Reports*, 14(3), 1676–1692. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030125>
- Tevik, K., Helvik, A., Stensvik, G., & Rokstad, A. (2023). Nursing-sensitive quality indicators for quality improvement in Norwegian nursing homes: A modified Delphi study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1068. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10088-4>
- Wang, X., Liu, Y., Peng, Z., & Lou, M. (2024). Situational leadership theory in nursing management: A scoping review. *BMC Nursing*, 23(1), 930. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02582-9>
- Ystaas, L., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>



CAPÍTULO XII

INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA



RESUMEN

La innovación y la tecnología han transformado significativamente la práctica de la enfermería en los sistemas de salud contemporáneos, el presente capítulo analiza cinco ejes fundamentales, la teleenfermería, la historia clínica electrónica, la inteligencia artificial en salud, la simulación clínica y la tendencia futuras de profesión desde una perspectiva contextualizada en el Ecuador, se destaca como la teleenfermería permitido ampliar la cobertura y mejora de accesos a los servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerables y zona rurales. Asimismo, la implementación de la historia clínica electrónica optimiza la gestión de la información clínica, favoreciendo la continuidad del cuidado y la toma de decisiones basada en evidencia. Por otro lado, la inteligencia artificial emerge con una herramienta clave para el análisis de datos, la predicción de riesgos y la personalización de tratamientos o que plantea desafíos éticos importantes. La simulación clínica se posiciona como una estrategia innovadora, una formación de profesionales, permitiendo el desarrollo de competencias en entornos seguros. Finalmente se analizan las tendencias futuras donde la digitalización, el uso de datos y la evolución hacia una medicina preventiva, predictiva, personalizada y participativa redefinen el rol del profesional de enfermería. Se concluye que si bien existen avances importantes en el contexto ecuatoriano es necesario fortalecer la capacitación, la infraestructura tecnológica y las políticas públicas para garantizar una implementación efectiva, sin perder el enfoque humanizado del cuidado.

Palabras claves: Enfermería, Tecnología, Teleenfermería. Inteligencia artificial, Simulación clínica, Salud digital.

ABSTRACT

Innovation and technology have significantly transformed nursing practice in contemporary healthcare systems. This chapter analyzes five fundamental areas: telehealth nursing, electronic health records, artificial intelligence in healthcare, clinical simulation, and future

trends for the profession, contextualized within Ecuador. It highlights how telehealth nursing has expanded coverage and improved access to healthcare services, especially for vulnerable populations and rural areas. Similarly, the implementation of electronic health records optimizes the management of clinical information, promoting continuity of care and evidence-based decision-making. Furthermore, artificial intelligence is emerging as a key tool for data analysis, risk prediction, and personalized treatments, while also raising significant ethical challenges. Clinical simulation is positioned as an innovative strategy for professional training, enabling the development of competencies in safe environments. Finally, future trends are analyzed, where digitalization, data utilization, and the evolution toward preventive, predictive, personalized, and participatory medicine are redefining the role of the nursing professional. It is concluded that while there has been significant progress in the Ecuadorian context, it is necessary to strengthen training, technological infrastructure, and public policies to guarantee effective implementation without losing sight of the humanized approach to care.

Keywords: Nursing, Technology, Telehealth, Artificial intelligence, Clinical simulation, Digital health.

Introducción

En las últimas décadas, el avance de la ciencia y la tecnología han transformado de manera significativa los sistemas de salud a nivel mundial, generando nuevas formas de atención, gestión e información del talento humano. En este contexto de la enfermería, como disciplina fundamental dentro del cuidado de la salud no ha permanecido ajena estos cambios, sino que ha evolucionado hacia la incorporación progresiva de herramientas digitales, modelos innovadores de atención y de nuevas competencias profesionales en el Ecuador, este proceso de transformación se ha desarrollado de manera gradual en respuesta a las necesidades de un sistema sanitario, caracterizado por desigualdades en el acceso limitaciones de infraestructura, fragmentación de servicios y una creciente demanda de atención la denominada transformación digital en salud constituye un eje clave en la modernización del sistema sanitario ecuatoriano.

Este proceso no se limita únicamente a la incorporación de tecnologías, sino que implica una reestructuración profunda en los modelos de atención, la gestión de la información y la toma de decisiones clínicas en este marco, conceptos como salud digital, telesalud, telemedicina y teleenfermería han adquirido relevancia al permitir mejorar la calidad, accesibilidad, eficiencia y continuidad del cuidado.

Estas herramientas son facilitado la atención a distancia, el monitoreo de pacientes y la optimización de recursos, especialmente en contextos donde el acceso al servicio de salud es limitado, uno de los componentes más relevantes dentro de este proceso en la tele, enfermería que ha emergido como una estrategia innovadora para aplicar la cobertura de atención, particularmente en zona rurales, amazónicas y comunidades indígenas en provincias como Napo, Pastaza y Morona Santiago, esta modalidad permitido superar las barreras geográficas, brindando seguimiento continuo a pacientes, educación en salud y apoyo comunitario.

No obstante, su implementación también evidencia desafíos relacionados con la brecha digital, la conectividad, la alfabetización tecnológica y la diferencia cultural lo que pone en evidencia la necesidad de desarrollar enfoques interculturales e inclusivos. Paralelamente, la historia clínica electrónica se ha consolidado como una herramienta esencial en la gestión de la información en salud, permitiendo el registro sistemático organizado y accesible de los datos clínicos del paciente.

Su implementación en el Ecuador ha sido impulsada por el ministerio de salud pública, como parte de las estrategias de modernización, con el objetivo de mejorar la continuidad del cuidado, reducir errores y optimizar la toma de decisiones. Sin embargo, la falta de operatividad entre sistemas de las limitaciones de incapacitación tecnológica representa un desafío importante para su consolidación efectiva. En este escenario de innovación. La inteligencia artificial comienza a posicionarse como una herramienta con alto potencial para transformar la práctica clínica y la gestión sanitaria. Aunque su desarrollo en el Ecuador aún es incipiente. Existen avances en hospitales de universidades que han incorporado el análisis de datos.

El diagnóstico asistido y el modelo predictivo en salud, instituciones como el Hospital de Especialidades, Carlos Andrade Marín y el Hospital. Teodoro Maldonado Carbo han iniciado procesos de digitalización y análisis de información que constituye en la base de las culturas integraciones del sistema en inteligencia artificial. Sin embargo, persisten limitaciones relacionadas con la inversión, la infraestructura tecnológica y la formación especializada, así como desafíos éticos vinculados a la confidencialidad, la privacidad y la equidad de acceso.

Por otro lado, en el ámbito educativo la simulación clínica se consolida como una estrategia pedagógica innovadora que contribuye a la formación de profesionales de enfermería más competentes, críticos y seguros a través de laboratorios de simulación. Los estudiantes pueden desarrollar habilidades técnicas comunicativas y de toma de decisiones en entornos controlados, reduciendo el riesgo

en la práctica real universidades como la Universidad Central, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Universidad de las Américas han implementado estos espacios como parte de sus programas, sin embargo, al igual que en otros ámbitos existen brechas en el acceso a estas tecnologías, lo que evidencia la necesidad de fortalecer políticas educativas que garanticen liquidez en la formación en conjunto, la innovación y la tecnología en enfermería en el contexto ecuatoriano representa una oportunidad para mejorar la calidad del servicio de salud, optimizar recursos y ampliar el acceso a la atención especialmente en poblaciones vulnerables.

No obstante, estos avances también plantean desafíos importantes que requieren ser abordados desde una perspectiva integral, considerando factores tecnológicos, sociales, culturales, éticos y educativos. En este sentido, el presente análisis elabora a los principales componentes de la transformación digital en el Ecuador, con énfasis en la tele, enfermería, la gestión de la información clínica, la inteligencia artificial y la simulación, clínica, destacando su impacto, alcance y limitaciones en prácticas de enfermería.

Enfoque de la innovación y tecnología en enfermería en el contexto ecuatoriano

Transformación digital del sistema de salud en Ecuador: Teleenfermería

La Teleenfermería es una modalidad de atención en salud en la que el profesional de la enfermería brinda cuidados, orientación y seguimiento y educación al paciente a distancia utilizando tecnologías de la información y comunicación (TIC) como llamadas telefónicas, videollamada, aplicación móviles o plataformas digitales. En términos más completos, la teleenfermería, forma parte de la telesalud y permite que la atención de enfermería se realice sin necesidad de contacto físico directo, manteniendo la calidad del cuidado y favoreciendo el acceso a servicios de salud, especialmente en zonas con limitaciones geográficas o recursos. (Roca, 2001)

En el Ecuador, la incorporación de tecnologías en salud ha sido progresiva y responde a la necesidad de fortalecer un sistema sanitario, históricamente caracterizado por desigualdades estructurales en el acceso, limitaciones de infraestructura y fragmentación de servicios y una creciente demanda de atención. En este contexto, la transformación digital en salud no sólo implica la adopción de herramientas tecnológicas y nunca estructurales en modelos de atención gestión y toma de decisiones clínicas.

En este proceso se marca dentro del concepto de salud digital y “eHealth”, que engloba el uso de tecnologías de la información en comunicación tic para mejorar la calidad, eficiencia, accesibilidad y continuidad de los servicios de salud. A su vez incluye su componente como la telesalud, telemedicina, teleenfermería, los sistemas de información, en salud y la historia clínica electrónica, lo cual permite optimizar la gestión de datos clínicos facilitar la atención remota y fortalecer la vigilancia epidemiológica en el país. La transformación digital ha sido impulsada desde el sector público.

Liderado por el Ministerio de Salud Pública a través de políticas orientadas a la digitalización de registros clínicos, la interoperabilidad del sistema. el desarrollo de plataformas de telesalud y la modernización de servicios sanitarios. Estas iniciativas buscan mejorar la continuidad del cuidado entendido como la capacidad del sistema que origina atención digital y coordinada a lo largo del tiempo y en diferentes niveles de atención. (Telesalud, 2025)

Sin embargo, la transformación no ha sido homogénea en zonas urbanas especialmente en ciudades como Quito, Guayaquil, Cuenca se evidencia en mayores avances tecnológicos, mejor conectividad y mayor. Acceso a la infraestructura digital. En contraste en regiones rurales, amazónicas y comunidades indígenas, persisten brechas significativas relacionadas con la brecha digital definida como la desigualdad, en acceso, uso y apropiación de tecnologías. Estas brechas no sólo son tecnológicas, sino también socioeconómicas, educativas y culturales, lo que limita la alfabetización digital tanto en una persona de salud como de los usuarios, además, la falta de

capacitación competencias digitales del escaso acceso a dispositivos tecnológicos afectan directamente la implementación efectiva de innovación, como la teleenfermería y la historia Clínica electrónica desde una perspectiva de política pública esta evidencia, la necesidad de fortalecer estrategias basadas en los principios de equidad universalidad e interculturalidad, garantizando que la transformación digital no profundice la desigualdad existente, sino que contribuye a reducirlas, asimismo, resulta fundamental promover la interoperabilidad de sistemas, la seguridad de la información y la protección de datos personales en salud, elementos claves para la sostenibilidad del proceso.

Teleenfermería en zonas rurales y amazónicas

Uno de los mayores deportes de la tele, enfermería, Ecuador se evidencia en su aplicación territorios de difícil acceso partícula una mente en la región amazónica, donde la dispersión geográfica, las barreras materiales y las limitaciones en infraestructuras sanitaria dificultan la atención presencial oportuno.

Este modelo de línea, el enfoque de atención primaria, en salud, priorizando, la promoción, prevención y el manejo continuo de enfermedades. Provincias como Napo, Pastaza, Morona Santiago, la teleenfermería ha permitido mejorar el acceso de servicios de salud mediante el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, no transmisibles el monitoreo materno-infantil de vigilancia del crecimiento y desarrollo, así como la educación en salud sanitaria, orientada a estilos de vida saludable.

En estos contextos, el rol del profesional de enfermería adquiere una dimensión ampliada, integrando funciones asistenciales, educativas, comunitarias y tecnológicas. Además, el profesional se convierte en un mediador entre el sistema de salud y la comunidad, fortaleciendo la participación comunitaria y promoviendo la corresponsabilidad en el cuidado de la salud. (Moran, 2025)

No obstante, la implementación de la teleenfermería frente a múltiples desafíos de traídos destaca a baja cobertura de internet, la limitada, disponibilidad de equipos tecnológicos, la inestabilidad en el suministro eléctrico y la falta de formación en competencias digitales, pero el personal sanitario a esto se suman las barreras de tipo cultural lingüístico, especialmente en poblaciones indígenas, donde predominan las lenguas originales y con visiones propias sobre la salud y la enfermedad.

En este sentido se vuelve imprescindible el desarrollo de modelos de atención con enfoque intercultural que integren el uso de tecnologías con el respeto a las prácticas ancestrales, los saberes tradicionales y la cosmovisión de comunidades. Este enfoque reconoce que la salud no es únicamente un estado biológico, sino un proceso integral que involucra dimensiones sociales, culturales y espirituales. Asimismo, es necesario fortalecer la alfabetización digital comunitaria promover el uso de tecnologías apropiadas, al contexto tecnologías de bajo costo y fácil uso y fomentar alianzas interinstitucionales que permitan aplicar la cobertura y la sostenibilidad de estos servicios.

En conclusión, la teleenfermería representa una estrategia innovadora con alto potencial para mejorar el acceso a la salud en Ecuador. Sin embargo, su efectividad dependerá de la capacidad de sistemas que superen las brechas estructurales y garanticen una implementación contextualizada de inclusión y sostenibilidad.

Historia clínica electrónica y gestión de la información en Ecuador

La implementación de la historia clínica electrónica Ecuador, así una prioridad dentro de los procesos de modernización del sistema de salud, el ministerio de salud pública, desarrolló los lineamientos para la digitalización de la información clínica, con el objetivo, mejorar el contenido del cuidado y reducir errores y optimizar la gestión sanitaria (Ines, 2018).

En este Marco la historia clínica única se define como un documento médico legal que contiene el registro ordenado sistemático y cronológico de toda la información relacionada con el estado de salud del paciente, incluyendo antecedentes personales y familiares, evaluación clínica, diagnósticos, tratamientos, procedimiento y evaluación. En su versión electrónica. De esta información se almacena de manera digital permitiendo su acceso en tiempo real por parte de todos los profesionales autorizados.

La historia clínica electrónica incluye múltiples componentes esenciales. Entre esos datos de identificación del paciente. Motivo de consulta, anamnesis, examen físico, diagnósticos, prescripciones médicas, registro de enfermería, resultados de laboratorio, interconsulta y evolución clínica. Estos elementos deben ser registrados de forma clara, precisa y oportuna, garantizando la trazabilidad de la atención y la seguridad del paciente.

En cuanto a su uso, la historia clínica electrónica constituye una herramienta fundamental en todos los niveles de atención del sistema de salud es utilizada durante cada contacto del paciente con servicios sanitarios de asea a la consulta externa, hospitalización emergencia o atención domiciliaria. Su registro debe realizarse en tiempo real o inmediatamente, después de la atención, asegurando la veracidad y la actualización de información clínica.

Además, la historia clínica electrónica permite una gestión y más del paciente, facilitando seguimiento continuo a lo largo del tiempo y entre diferentes establecimientos de salud este enfoque clave dentro del modelo de atención integral de salud, ya que favorece la continuidad, integridad y coordinación del cuidado. Sin embargo uno de los principales desafíos radica en la falta de interoperabilidad entre los diferentes sistemas utilizados por instituciones públicas y privadas esta fragmentación, dificultad, el acceso integral a la información del paciente, afectando la coordinación entre niveles de atención, entendida como la capacidad de los sistemas para intercambiar información de manera efectiva es un componente esencial para el funcionamiento adecuado de la historia clínica electrónica en el

contexto personal de enfermería, desempeño fundamental no sólo en el registro de datos, sino también la calidad de información ingresada un registro incompleto o inadecuado, puede comprometer la seguridad del paciente la efectividad de las intervenciones. Además, el profesional de enfermería es responsable de documentar de manera continua, la evolución del paciente, los cuidados brindados y la respuesta al tratamiento, constituyendo un eje clave en la gestión de información clínica. (Cargua, 2023)

Asimismo, es necesario fortalecer la formación en competencias digitales dentro de los programas académicos de enfermería, asegurando que los profesionales estén preparados para utilizar herramientas tecnológicas de manera eficiente. La adecuada capacitación permitirá no sólo un mejor uso de la historia clínica electrónica, sino también mayor calidad de extensión y en la toma de decisiones clínicas.

Inteligencia artificial: avances y limitaciones en Ecuador

El desarrollo de inteligencia artificial en el sistema de salud ecuatoriano es un incipiente, pero presenta un alto potencial para transformar los procesos de atención, diagnósticos, gestión, hospitalaria y toma de decisiones clínicas. La IA en salud se refiere al uso de algoritmos y modelos computacionales, capaces de analizar grandes volúmenes de datos, Big data, salud para predecir, clasificar y apoyar intervenciones sanitarias de manera más eficiente en Ecuador.

Su implementación ha sido progresiva y en gran medida, impulsada por iniciativas académicas, proyectos piloto y esfuerzos institucionales, en hospitales, centros de referencia y universidades. Por ejemplo, en el Hospital de Especialidades, Carlos Andrade Marín se ha desarrollado sistemas de análisis de datos clínicos orientados a mejorar la gestión hospitalaria, optimizar tiempos de atención y fortalecer la toma de decisiones administrativas mediante el uso de herramientas digitales avanzadas, estos sistemas aún no

completamente automatizados con guía avanzada, constituyen una base para la incorporación futura de modelos predictivos.

De manera similar en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo se han implementado procesos de digitalización y análisis de información clínica que permiten identificar patrones de enfermedades prevalentes, especialmente en áreas como emergencia y cuidados intensivos. Esto ha facilitado la prueba de pacientes y la asignación de recursos acercándose al uso del IA en gestión hospitalaria.

En el ámbito de salud pública al ministerio de salud pública del Ecuador, ha impulsado al fortalecimiento de sistemas de información, en las cuales, y bien aún me integran plenamente inteligencia artificial, constituyen una plataforma clave para el desarrollo de futuros algoritmos predictivos, especialmente en vigilancia, epidemiología, detección temprana de brotes y análisis de enfermedades transmisibles.

Asimismo, universidades como la universidad, San Francisco de Quito y la escuela politécnica nacional han liderado investigaciones en el área como diagnóstico asistido por procesamiento de imágenes médicas, por ejemplo, radiografías o tomografías y modelos de predicción de enfermedades. (Torres, 2025)

Estos proyectos han explorado el uso de aprendizajes automáticos para detectar patologías como neumonía o COVID-19 evidenciando potencial de la IA en el apoyo diagnóstico clínico. Sin embargo, a pesar de estos avances la implementación a gran escala enfrenta múltiples barreras estructurales. Entre ellas destaca la limitada inversión e innovación tecnológica, la escasez de infraestructura digital avanzada, como servidores de alto rendimiento, sistemas interoperables y la insuficiencia, formación de profesionales en áreas como ciencias de datos e informática e investigación biomédica.

A esto se suma la fragmentación del sistema de salud ecuatoriano, lo que dificulta la integración de base de datos y el desarrollo de soluciones unificadas. Desde la perspectiva de enfermería, la incorporación de la inteligencia artificial representa tanto una oportunidad como un desafío. Por otro lado, la guía puede fortalecer la toma de decisiones clínicas, basadas en evidencia mediante sistemas de apoyo que alerta sobre los riesgos por ejemplo deterioro clínico, riesgo de caídas o complicaciones. También permite optimizar el tiempo del personal de enfermería, reduciendo tareas, administrativas, repetitivas, mediante la automatización.

Por otro lado, implica las necesidades, desarrollar nuevas competencias en el personal de salud, como la alfabetización digital avanzada, la interpretación de datos y la interacción con sistemas inteligentes. Esto transforma el rol tradicional de enfermería y uno más tecnológico y analítico basado en gestión de información. Un aspecto clave en el contexto ecuatoriano es el componente ético. La implementación de IA en salud debe considerar principios fundamentales como la confidencialidad, la privacidad de los datos, la transparencia algorítmica y la equidad en el proceso. en un país donde aún se está consolidando los marcos regulatorios en salud digital.

Existe el riesgo de que estas tecnologías amplían las brechas existentes si no se implementan con un enfoque inclusivo, además es fundamental evitar la deshumanización del cuidado, asegurando que la tecnología complementa, pero no reemplace la relación terapéutica entre el profesional de salud y el paciente. En este sentido, la guía debe ser entendida como una herramienta de apoyo y no como un sustituto del juicio clínico. (Vargas, 2022)

En conclusión, la inteligencia artificial en el sistema de salud ecuatoriano se encuentra en una fase de desarrollo inicial con experiencias puntuales en hospitales de universidades que evidencian su potencial. No obstante, en su consolidación requerirá inversión sostenida, formación especializada, fortalecimiento de la infraestructura digital y la construcción de

marcos éticos y regulatorios que garantizan un uso responsable, equitativo y centrado en el paciente.

Simulación clínica en la educación en enfermería en Ecuador

En el ámbito educativo, la simulación clínica ha experimentado un crecimiento significativo en Ecuador, especialmente instituciones de educación superior que buscan fortalecer la formación práctica de los estudiantes de enfermería y otras carreras de salud. Esta metodología se fundamenta en el aprendizaje experiencial, el cual permite a los estudiantes adquirir competencias en entornos seguros y controlados, favoreciendo la integración del conocimiento teórico, con la práctica clínica, sin comprometer la seguridad de paciente reales.

La simulación clínica consiste en la recreación de escenarios asistenciales mediante el uso de maniqués de distintos niveles de fidelidad, pacientes estandarizados y ambientes clínicos simulados que reducen áreas hospitalarias como emergencias, unidades de cuidados intensivos o consultorios en Ecuador, universidades como la universidad, San Francisco de Quito, UDLA, PUCE a implementado laboratorios de simulación con el objetivo de mejorar la calidad de formación académica y respondiendo a las demandas actuales del sistema de salud. Los laboratorios de simulación están diseñados para replicar de manera realista a las condiciones clínicas.

En ellos, los estudiantes interactúan con simuladores que puedan presentar características fisiológicas similares a las de un paciente real como respiración, pulso, sonidos cardiacos y pulmonares, así como respuestas a intervenciones médicas o de enfermería, incluyendo la administración de medicamentos. Además, estos espacios cuentan con equipos clínicos reales y sistemas informáticos que permiten simular la evolución del paciente a través de historias clínicas digitales, lo que facilita una experiencia de aprendizaje integral.

Durante la sesión de simulación, los estudiantes desarrollan diversas actividades Tales como la atención de emergencias, paro cardiorrespiratorio, shock o trauma, el control de signos vitales, la administración, segura de medicamentos, el manejo de pacientes con enfermedades crónicas y la atención materna infantil. (Martínez-Jara, 2022)

Asimismo, se trabaja en habilidades comunicativas a través de la interacción con pacientes simulados, fortaleciendo la empatía y la relación terapéutica un componente esencial de esta metodología es el “Debriefing” una fase reflexiva posterior a la simulación en la que los estudiantes analizan su desempeño, identificación de errores y consolidan aprendizajes significativos. La implementación de la simulación. La clínica ha demostrado múltiples beneficios en la educación en salud.

En primer lugar, proporciona un entorno seguro donde los estudiantes pueden equivocarse sin consecuencias graves, lo que favorece el aprendizaje basado en la experiencia. En segundo lugar, promueve el desarrollo de pensamiento crítico y la toma de decisiones, ya que los estudiantes deben analizar las situaciones clínicas complejas en tiempo real asimismo permite mejorar las habilidades técnicas mediante la repetición de procedimientos hasta alcanzar la competencia, incrementando la confianza del estudiante antes de enfrentarse a escenarios reales. Además, contribuye al fortalecimiento de habilidades blandas y al trabajo en equipo, aspectos fundamentales en la práctica profesional.

Tendencias futuras en enfermería: Innovación, tecnología y nuevos enfoques del cuidado

Enfermería basada en datos: Hace referencia al uso de datos clínicos y epidemiológicos para la toma de decisiones. El cuidado del paciente implica la capacidad de interpretar información proveniente

de sistemas digitales de historia, clínica, electrónica e inteligencia artificial para mejorar la calidad del cuidado (Araújo, 2021).

- Internet de las cosas médicas: Consiste en dispositivos médicos conectados de Internet que permiten monitorear en tiempo real del paciente como sensores de signos vitales, glucómetros, inteligentes o relojes biométricos. Esta técnica facilita el seguimiento continuo y la detección temprana de complicaciones.
- Big Data en Salud: se refiere al análisis de grandes volúmenes de datos provenientes diferentes fuentes, hospitales, laboratorios, dispositivos, etc., para identificar patrones, predecir enfermedades y mejorar la gestión sanitaria. (Alvarez, 2014)
- Simulación Clínica avanzada y realidad virtual: el uso de tecnologías como la realidad virtual y la realidad aumentada permitirán entrenamientos más inmersos, facilitando el desarrollo de habilidades clínicas complejas en entornos seguros y altamente realistas.
- Robótica en enfermería: incluye el uso de robots para asistencia en tareas, como movilización de Paciente, administración de medicamentos o apoyo en cirugías que no reemplaza al profesional, optimiza tiempos y reduce la carga física.
- Salud digital: Se refiere al uso de tecnología de la información y comunicación para mejorar la atención. Salud incluyen herramientas como aplicaciones móviles, plataformas virtuales, dispositivos de monitoreo remoto y sistema de información clínica. La salud digital permite una atención más accesible, eficiente y continua, especialmente en contextos rurales o de difícil acceso.

El futuro de la enfermería se encuentra profundamente influenciado por el avance de la tecnología, la digitalización de los sistemas de salud y la evaluación de los modelos de atención centrados en la persona. En este contexto de la profesión experimenta una

transformación significativa que define su rol tradicional ampliándose y funciones más analíticas tecnológicas, educativas y estratégicas. La enfermería contemporánea ya no se limita únicamente al cuidado directo del paciente, sino que incorpora el manejo de información la toma de decisiones basada en evidencia y la participación activa en procesos de innovación dentro del sistema sanitario, estas tendencias responden a un entorno global, caracterizado por el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas no necesidad de optimizar recursos y la demanda del servicio de salud más accesibles, eficientes y personalizados uno de los conceptos fundamentales en este escenario es la salud digital, entendida como la integración de tecnologías de la información y comunicación en la prestación de servicios de salud.

Este enfoque incluye herramientas como aplicaciones móviles, plataformas de tele, salud, sistemas de historia, clínica, electrónica y dispositivos de monitoreo remoto, los cuales permiten mejorar la accesibilidad, continuidad y calidad de cuidado en el ámbito de enfermería. La salud digital facilita la atención a distancia, el seguimiento continuo del paciente y la optimización de procesos asistenciales, especialmente en contextos de limitaciones geográficas como la zona rural y amazónica del Ecuador. Así mismo, provee una mayor participación al paciente en el cuidado de salud, fortaleciendo la corresponsabilidad y el autocuidado. (Anabel, 2025)

En estrecha relación con este enfoque, emerge la enfermería basada en datos, que implica el uso sistémico de información clínica y epidemiológica para la toma de decisiones, este modelo se sustenta en el análisis de datos provenientes de múltiples fuentes, como historias clínicas electrónicas, sistemas de información en salud y dispositivos digitales.

Lo que permite identificar patrones, evaluar resultados y anticipar riesgos, la incorporación de este enfoque transforma al profesional de enfermería en un agente activo en la gestión de información capaz de interpretar datos y utilizarlos para mejorar la calidad del cuidado, de manera complementaria, el desarrollo del “Big

Data” en salud amplía estas posibilidades al permitir el análisis de grandes volúmenes de información, contribuyendo a la predicción de enfermedades, la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria.

Otra tendencia relevante es el desarrollo del internet de las cosas médicas que consiste en la interconexión de dispositivos de salud a través de internet para el monitoreo continuo de los pacientes, esta tecnología incluye sensores de signos vitales, dispositivos de control de enfermedades crónicas y equipos biomédicos que transmiten información en tiempo real, en el campo de la enfermería, el uso de estos dispositivos permite un seguimiento más preciso y oportuno del estado de salud del paciente, facilitando la detección temprana de complicaciones y mejorando la continuidad, incluso fuera del entorno hospitalario, en este mismo sentido, la telemonitorización representa una evolución de la teleenfermería permitiendo el control permanente de pacientes a distancia y reduciendo la necesidad de hospitalizaciones innecesarias.

Por otro lado, la medicina personalizada o de precisión constituye una tendencia que busca adoptar los tratamientos a las características individuales de cada paciente, considerando factores genéticos, ambientales y sociales. Este enfoque implica una atención más integral y específica, en la cual el profesional de enfermería desempeña un papel clave en la educación del paciente el seguimiento terapéutico y la promoción de estilos de vida saludables, la personalización del cuidado fortalece la relación terapéutica y mejora la adherencia al tratamiento contribuyendo a resultados más efectivos en salud.

En el ámbito tecnológico, la robótica comienza a incorporarse progresivamente en los servicios de salud, especialmente en tareas que requieren precisión e implican una alta carga física. Los sistemas robóticos pueden asistir a la movilización de pacientes, la administración de medicamentos y el apoyo en procedimientos clínicos. Si bien estas tecnologías no sustituyen en el rol del profesional de enfermería, si contribuyen a optimizar el tiempo, mejorar la seguridad del paciente y reducir el desgaste físico del personal, asimismo, la

realidad virtual y la realidad aumentada están revolucionando los procesos de formación salud, permitiendo la creación de entornos de inmersos, donde las estudiantes pueden desarrollar habilidades clínicas, técnicas y comunicativas, de manera segura y controlada. A pesar de estos avances tecnológicos una de las principales tendencias en enfermería es el fortalecimiento del cuidado centrado en la persona.

Este enfoque reconoce al paciente como un ser integral con necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, promoviendo su participación activa en la toma de decisiones en contextos como el ecuatoriano caracterizado por las diversas culturas. Este modelo adquiere especial relevancia al incorporar enfoques interculturales que respetan las creencias, valores y prácticas de las comunidades. De esta manera, la humanización del cuidado mantiene un eje fundamental que debe coexistir con la innovación tecnológica.

Sin embargo, la incorporación de estas tecnologías también plantea importantes desafíos éticos, especialmente en relación con la protección de datos, la confidencialidad de la información y el uso responsable de herramientas digitales. La ética digital en salud se convierte así en componente esencial de la formación profesional garantizando que el uso de la tecnología se realiza de manera segura, equitativa y centrada en el bienestar del paciente. En este sentido, el profesional de enfermería desarrolla una conciencia crítica frente al uso de tecnologías, asegurando que estas no generan desigualdad, ni deshumanizan la atención.

El futuro de la enfermería exige el desarrollo de nuevas competencias profesionales que integran habilidades tecnológicas, pensamientos críticos, capacidad de análisis y adaptación al cambio, la alfabetización digital, el manejo de sistemas de información, el trabajo interdisciplinario y la toma de decisiones basada en evidencia se posiciona como competencias esenciales en la formación académica. En el contexto ecuatoriano resulta fundamental fortalecer estos procesos mediante políticas educativas que promuevan la

innovación y reduzcan la brecha digital y garanticen una formación integral a futuros profesionales.

La ética profesional en salud digital

En el Marco de la transformación digital de los sistemas de salud, la ética digital emerge como eje fundamental para garantizar un uso responsable, seguro y equitativo de las tecnologías en la atención sanitaria, la creciente incorporación de herramientas como la inteligencia artificial, la historia clínica electrónica, la tal, enfermería y los dispositivos de monitoreo remoto, implican el manejo constante de grandes volúmenes de datos sensibles, lo que plantea importantes desafíos en relación con la privacidad, la confidencialidad y la protección de información del paciente. (Echeverría, 2021) En este contexto, la ética digital no sólo se limita el cumplimiento de normativas legales, sino también involucra principios bióticos esenciales como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, los cuales deben guiar la práctica profesional en entornos tecnológicos.

Uno de los aspectos más relevantes de la ética digital en salud es la protección de datos personales. La información clínica de los pacientes constituye un elemento altamente sensible que debe ser resguardado mediante sistemas, seguros de acceso restringidos y protocolos claros de manejo de información. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de garantizar la confidencialidad de estos datos, evitando su divulgación indebida, y asegurando que su uso se limite exclusivamente a fines asistenciales, educativos o investigativos, debidamente autorizados, es fundamental, promover el consentimiento informado en entornos digitales, asegurando que los pacientes comprendan cómo se recopilan almacenan y utilizan sus datos, especialmente cuando se emplean plataformas virtuales o herramientas de telemedicina.

Otro componente clave es la transparencia en el uso de tecnologías, particularmente en el caso de la inteligencia artificial. Los sistemas automatizados que apoyan la toma de decisiones clínicas deben ser comprensibles, explicables y auditables, evitando lo que se conoce como caja negra, donde los aspectos internos del algoritmo no son claros para los profesionales de salud. El personal de enfermería debe desarrollar competencias que le permitan interpretar los resultados generados por estos sistemas y cuestionar los críticamente cuando sea necesario, evitando una dependencia excesiva de la tecnología que pueda comprometer el juicio clínico. (Rosero-Villarreal, 2024)

La equidad en el acceso a tecnologías constituye otro principio fundamental de la ética digital en países como Ecuador, donde existen marcadas desigualdades sociales y geográficas. El uso de herramientas digitales puede profundizar la brecha en el acceso a los servicios de salud, sino se implementa un enfoque inclusivo, la falta de conectividad, la limitada alfabetización digital y las barreras culturales pueden excluir a determinados grupos poblacionales, especialmente a zona rurales o amazónicas o comunidades indígenas, por ello, imprescindible que la estrategia de salud digital se diseñe bajo el criterio de justicia social, garantizando que todos los pacientes tengan acceso a los beneficios de las tecnologías sin discriminación.

La ética digital implica reflexionar sobre el impacto de la tecnología en la relación terapéutica si bien las herramientas digitales facilitan la atención y optimizan procesos. Existe el riesgo de deshumanizar el cuidado si se prioriza la eficiencia sobre la interacción humana. En este sentido, el profesional de enfermería debe mantener una comunicación empática, respetuosa y centrada en la persona, incluso en un entorno virtual. La tecnología debe ser entendida como un componente del cuidado y no como un sustituto de la relación humana que constituye la esencia de la práctica clínica.

El personal de enfermería debe actuar con criterio ético al utilizar plataformas digitales en redes sociales y sistema de información, evitando conductas inapropiadas como la difusión de

información confidencial, la exposición de pacientes o el uso indebido de recursos tecnológicos. Asimismo, es necesario promover una cultura de seguridad digital dentro de las instituciones de salud que incluyen capacitación continua, actualización en normativas y protocolos claros de actuación frente a incidentes de inseguridad informática. (Cárdenas-Ramos, 2025)

La ética digital en salud exige una formación integral que prepare a los futuros profesionales para enfrentar estos desafíos. (Alberto, 2021). Las instituciones educativas deben incorporar contenido relacionado con bioética, protección de datos, uso responsable, tecnología e inteligencia artificial en sus programas académicos. De esta manera se garantiza que los profesionales de enfermería no sólo sean competentes en el uso de herramientas digitales, sino también conscientes de la implicación ética de su práctica.

La ética digital se posiciona como un componente esencial en el desarrollo de la enfermería moderna, orientando el uso de tecnologías hacia un cuidado, seguro, equitativo y humanizado en el contexto de constante innovación. El desafío no radica únicamente en adoptar nuevas herramientas, sino en la utilización de manera responsable, garantizando siempre el respeto para la dignidad y los derechos.

Conclusiones

La innovación y la tecnología han transformado profundamente la práctica de la enfermería contemporánea, permitiendo la evolución de modelos de atención más eficientes, accesibles y centrados en el paciente. En el contexto ecuatoriano, la incorporación progresiva de herramientas digitales como la teleenfermería, la historia clínica electrónica, la inteligencia artificial y la simulación clínica evidencia un proceso de modernización orientado a fortalecer la calidad del cuidado y optimizar la gestión sanitaria. Estos avances representan una oportunidad estratégica para

ampliar la cobertura de servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerables y territorios con limitaciones geográficas.

La teleenfermería se consolida como una de las principales estrategias de transformación digital en salud, debido a su capacidad para mejorar el acceso a la atención en zonas rurales, amazónicas y comunidades de difícil acceso. Su implementación ha permitido fortalecer el seguimiento de pacientes, la educación sanitaria y el monitoreo continuo de enfermedades crónicas, favoreciendo la continuidad del cuidado y la atención primaria en salud. No obstante, persisten desafíos importantes relacionados con la brecha digital, la conectividad, la alfabetización tecnológica y la necesidad de enfoques interculturales que respeten la diversidad sociocultural del Ecuador.

Asimismo, la historia clínica electrónica representa una herramienta esencial para la organización y gestión de la información clínica, facilitando el acceso oportuno a datos relevantes y fortaleciendo la seguridad del paciente. La digitalización de registros sanitarios contribuye a reducir errores, mejorar la coordinación entre niveles de atención y optimizar la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, la falta de interoperabilidad entre sistemas y las limitaciones en capacitación tecnológica continúan siendo obstáculos que afectan la consolidación efectiva de estos procesos dentro del sistema sanitario ecuatoriano.

Por otra parte, la inteligencia artificial emerge como una herramienta con gran potencial para transformar la atención sanitaria mediante el análisis de datos clínicos, la predicción de riesgos y el apoyo a la toma de decisiones basadas en evidencia. Aunque en el Ecuador su desarrollo aún es incipiente, los avances impulsados desde hospitales y universidades evidencian oportunidades importantes para fortalecer el diagnóstico asistido, la vigilancia epidemiológica y la gestión hospitalaria. Sin embargo, su implementación requiere inversión sostenida, infraestructura tecnológica adecuada y formación especializada, además de la construcción de marcos éticos que garanticen la privacidad, la confidencialidad y la equidad en el acceso a estas tecnologías.

De igual manera, la simulación clínica ha revolucionado la educación en enfermería al proporcionar entornos seguros y controlados para el desarrollo de habilidades técnicas, comunicativas

y de pensamiento crítico. Esta metodología fortalece la preparación profesional y reduce riesgos durante la práctica clínica real, permitiendo una formación más integral y basada en el aprendizaje experiencial. No obstante, aún existen desigualdades en el acceso a laboratorios y recursos tecnológicos entre instituciones educativas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer políticas públicas y programas académicos orientados a garantizar una formación equitativa y actualizada.

El futuro de la enfermería estará marcado por la integración de tecnologías emergentes, el análisis de datos, la robótica, la salud digital y la inteligencia artificial, lo que exige el desarrollo de nuevas competencias profesionales relacionadas con la alfabetización digital, el pensamiento crítico y la toma de decisiones basadas en evidencia. Sin embargo, el avance tecnológico no debe desplazar el componente humanizado del cuidado, ya que la relación terapéutica, la empatía y el respeto por la dignidad humana continúan siendo pilares fundamentales de la práctica de enfermería. En este sentido, la ética digital adquiere un rol central para garantizar que la innovación tecnológica se utilice de manera responsable, segura, inclusiva y centrada en el bienestar integral de las personas.

Referencias Bibliográficas

- Alberto, C. (2021). Ética y bioética en la telemedicina en la atención primaria de salud. *Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina*.
- Alvarez, A. (2014). La educación de enfermería: calidad, innovación y responsabilidad. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Anabel, A. (2025). Innovación en la práctica de enfermería: nuevas tecnologías para la atención al paciente. *Revista Científica de Salud BIOSANA*.
- Araújo, S. (2021). Tecnologías en la enseñanza en enfermería, innovación y uso de TICs: revisión integrativa. *Innovation and Use of Information and Communication Technologies in Nursing Teaching: An Integrative Review*.

- Cárdenas, M. (2025). Empoderamiento del paciente y ética en telemedicina: una mirada desde la Atención Primaria. *Bemedical*.
- Cargua, R. (2023). Desafíos de Salud Digital Ecuador. *Congreso Argentino de Informática y Salud (CAIS 2023)-JAIIO 52*.
- Echeverría, C. (2021). Una reflexión ética sobre la telemedicina. *Revista Médica de Chile*.
- Ines, A. (2018). *Enfermería. Las nuevas tecnologías al servicio de la enfermería en el siglo XXI*. Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez, J. (2022). Protección de datos personales en la historia clínica electrónica bajo el marco legal ecuatoriano. *Iustitia Socialis: Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas y Criminalísticas*.
- Ministerio de Salud Pública. (2023). *Lineamientos para la implementación de telesalud en el Ecuador*. MSP. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/06/Manual_Agenda_Digital_2023_Seg.pdf
- Moran, J. (2025). Institucionalización del módulo de enfermería en la historia clínica electrónica de los establecimientos de salud de la Armada del Ecuador. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*.
- Pública, M. (2025). *Telesalud*. MSP. <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2025/11/Norma-Tecnica-de-Telesalud.pdf>
- Roca, O. (2001). *Telemedicina*. Médica Panamericana.
- Rosero, F. (2024). Aspectos éticos en telemedicina. Revisión de la literatura. *Acta Bioethica*.
- Torres, M. (2025). La USFQ y la UNC-Chapel Hill se unen para comprender cómo la inteligencia artificial está transformando la ciencia. *De lo molecular a lo social: la IA transformando la ciencia*.
- Vargas, N. (2022). Impacto del uso de las TIC en el cuidado humanizado de Enfermería. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*.

BIOGRAFÍA DE AUTORES



OLDRICH SANTIAGO PONCE RIVERA



ODELEISIS ANAYA GUERRA



MARCO RONALD ALMEIDA HERRERA



MARIELA SILVANA HERRERA MEDIAVILLA



NARDY ELIANA ROMÁN
MONTENEGRO



XIMENA ALEXANDRA MEJÍA REASCOS

BIOGRAFÍA DE AUTORES



GEOVANA LISBETH VELASTEGUI MORALES



CARMEN NATALIA VINUEZA MARTÍNEZ



PATRICIA GABRIELA BENÍTEZ TERÁN



MARÍA ELISA GRANDA IMACAÑA



LUIS MARTÍN ARIAS PARDO



ARIANNA DANIELA CADENA MORA

BIOGRAFÍA DE AUTORES

Oldrich Santiago Ponce Rivera

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, (Ecuador).
Licenciado en Enfermería – Universidad Católica del Ecuador. Master En Pedagogía
Mención En Docencia E Innovación Educativa – Universidad UTE. Maestría en
Inteligencia Artificial para la Educación – UNEMI.

osponce@pucesi.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-0261-6565>

Ibarra – Ecuador

Odeleisis Anaya Guerra

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ibarra, (Ecuador).
Licenciada en Enfermería – Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.
Diplomado en Endoscopia – Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas Cuba.
Diplomado en Gerencia de los Servicios de Salud- U. de C. Médicas de Matanzas
Cuba. Diplomado Especialista en Emergencias y Desastre–Cámara de Comercio
Empresarial Diplomado Especialista en Psicología Clínica. Diplomado Especialista
en Seguridad y Salud en la Minería–Cámara de Comercio Empresarial.

aanaya@pucesi.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-6950-0619>

Ibarra– Ecuador

Marco Ronald Almeida Herrera

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, (Ecuador).
Licenciado en Enfermería graduado en la Universidad Técnica del Norte, (Ecuador).
Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la
Atención Sanitaria de la Universidad de La Rioja, (España).

mr Almeida@pucesi.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-8793-1461>

Ibarra – Ecuador

Mariela Silvana Herrera Mediavilla

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, (Ecuador).
Magíster en Gestión de Calidad en Salud y Seguridad del paciente. Universidad
Católica del Ecuador. Licenciada en Enfermería por la Universidad Técnica del
Norte.

Técnico Superior en Asistencia de Laboratorios, Boticas y Farmacias del Instituto
Tecnológico Superior Otavalo.

msherreram@pucesi.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0008-2453-0934>

Ibarra – Ecuador

BIOGRAFÍA DE AUTORES

Nardy Eliana Román Montenegro

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, (Ecuador).

neroman@pucesi.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0003-0534-0872>

Ibarra – Ecuador

Ximena Alexandra Mejía Reascos

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, (Ecuador).

ximealex87mr@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-6842-4198>

Ibarra – Ecuador

Geovana Lisbeth Velastegui Morales

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ibarra, (Ecuador).

Licenciada en Enfermería Universidad Técnica del Norte Ibarra. Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud Universidad César Vallejo Perú. Doctorante en Doctorado en Ciencias de Enfermería Universidad Nacional de Tumbes Perú.

glvelastegui@pucesi.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-4775-454X>

Ibarra – Ecuador

Carmen Natalia Vinueza Martínez

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ibarra, (Ecuador).

Magíster en Emergencias Médicas graduada de la Universidad Estatal de Guayaquil, (Ecuador). Licenciada en Enfermería graduada de la Universidad Técnica del Norte, (Ecuador).

carmen.vinueza@hslo.gob.ec

<https://orcid.org/0009-0003-9056-3295>

Ibarra – Ecuador

Patricia Gabriela Benítez Terán

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, (Ecuador).

Psicóloga Clínica. Máster Universitario en Orientación Educativa Familiar. Psicóloga Clínica. Dirección Provincial de Imbabura del Ministerio de Salud Pública.

Docente Universitaria de la carrera de Enfermería

paty.benitezteran@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-7495-1197>

Ibarra – Ecuador

BIOGRAFÍA DE AUTORES

María Elisa Granda Imacaña

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, (Ecuador).
Licenciada en Enfermería por la Universidad Técnica del Norte. Magíster en
Emergencias Médicas por la Universidad de Guayaquil. Enfermera de cuidado
directo en el Hospital San Luis de Otavalo.

nikos10x@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-1641-2890>

Ibarra – Ecuador

Luis Martín Arias Pardo

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ibarra, (Ecuador).
Médico Cirujano graduado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador,
(Ecuador). Máster en Bioética Universidad de La Rioja, (España). Doctorando
Ciencias de la Salud del Instituto Italiano del Rosario, (Argentina).

larias244@pucesi.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-5309-3609>

Ibarra – Ecuador

Arianna Daniela Cadena Mora

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra, (Ecuador).
Psicóloga Clínica. Magíster en Psicooncología. Psicóloga Clínica en Solca Imbabura

arieldanielle@outlook.es

<https://orcid.org/0009-0007-8466-2296>

Ibarra – Ecuador



PUCE | IBARRA

La obra integra fundamentos teóricos, clínicos, éticos y tecnológicos de la práctica enfermera contemporánea desde una perspectiva humanizada e interdisciplinaria. El libro aborda temas esenciales como la valoración integral del paciente, atención primaria de salud, manejo hospitalario, urgencias y emergencias, cuidados críticos, salud mental, enfermedades crónicas, cuidados paliativos, liderazgo y transformación digital en enfermería. Asimismo, contextualiza el ejercicio profesional dentro de las realidades sociales, culturales y sanitarias de América Latina y Ecuador, destacando los desafíos actuales relacionados con la equidad, la innovación y la calidad del cuidado. A través de un enfoque basado en evidencia científica y atención centrada en la persona, esta obra constituye una herramienta de formación y actualización dirigida a estudiantes, docentes y profesionales de enfermería comprometidos con el fortalecimiento de sistemas de salud más humanos, integrales y eficientes.



ISBN: 978-9907-822-06-9



9 789907 822069