

ENFERMERÍA Y CUIDADO ESPECIALIZADO

Prácticas, gestión y cuidado integral
en escenarios especializados



1era Edición 2026



PUERTO MADERO
Editorial



ENFERMERÍA Y CUIDADO ESPECIALIZADO

Prácticas, gestión y cuidado integral en escenario especializados

ISBN: 978-631-6557-69-8



Enfermería y cuidado especializado : prácticas, gestión y cuidado integral

Yaguarema Pincay ... [et al.]. - 1a ed. - La Plata.

Puerto Madero Editorial Académica, 2026.

Libro digital, PDF/A

Archivo Digital: descarga y online

ISBN **978-631-6557-69-8**

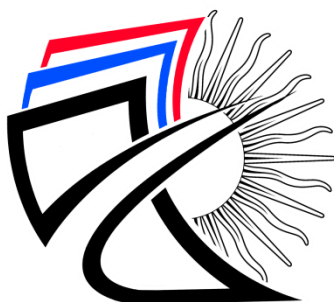
1. Enfermería. 2. Cuidado de la Salud. 3. Práctica Profesional.

CDD 610.73069



Licencia Creative Commons:

Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0
Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)



PUERTO MADERO EDITORIAL

Primera Edición, febrero 2026

ENFERMERIA Y CUIDADO ESPECIALIZADO: Prácticas, gestión y cuidado integral
en escenario especializados **ISBN:** 978-631-6557-69-8

DOI: <https://doi.org/10.55204/PMEA.119>

Editado por:

Sello editorial: ©Puerto Madero Editorial Académica

Nº de Alta: 933832

Editorial: © Puerto Madero Editorial Académica

CUIL: 20630333971

Calle 45 N491 entre 4 y 5

Dirección de Publicaciones Científicas

La Plata, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: +593 97984 1973

Código Postal: AR1900



Diseño y Producción Editorial: Msc. Santillán Lima, José Luis

Editor: PhD. Verence Sánchez Castillo

**Este libro se sometió a arbitraje bajo el sistema de revisión
por pares ciegos externos**

Hecho en Argentina



1era Edición 2026

AUTORES INVESTIGADORES



Acosta Lalaleo Daysi Pamela
Acurio Barre Solange Liseth
Chimborazo Chimborazo Gloria Alicia
Coloma Llango Adriana Gissela
Maya Calva Flavio Patricio
Freres Salvatierra Amanda Cristhina
Guerrero Guerrero Elizabeth Giovanna
Lalaleo Portero Tannia Jacqueline
Montesdeoca Tello Angela Patricia
Montúfar Chavarria Cirilo Vidal
Morocho Espinoza Narcisa Estefanía
Nevarez Cortez Jefferson Fabio
Vera García Pamela Lourdes
Pesantes Salazar Jessica Sulay
Puglla Remache Mayra Elizabeth
Ríos Espinoza Emely Madelayne
Salazar Aroca Jimena De Los Angeles
Toasa Ortiz Fernanda Paulina
Velasquez Arteaga Heidy Nicole
Vera Benites Joyce Ariana
Villacís Martínez Marwin Steeven
Yaguarema Pincay Ivonne Maricela



BIOGRAFÍA DE LOS AUTORES INVESTIGADORES

CAPÍTULO 1

Instrumentación Quirúrgica

MAYA CALVA FLAVIO PATRICIO

Licenciado En Ciencias De La Enfermería
Magíster En Enfermería Mención En Enfermería Quirúrgica
Docente Instituto Superior Tecnológico Consulting Group
patrick23.95.pm@gmail.com
 <https://orcid.org/0009-0007-2899-5598>

LALALEO PORTERO TANNIA JACQUELINE

Licenciada En Enfermería.
Máster en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería.
Docente- Instituto Superior Tecnológico Consulting Group.
Enfermera-Hospital Básico La Guadalupana.
tanni_lalaleo@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-6321-4637>

PESANTES SALAZAR JESSICA SULAY

Licenciada en Enfermería
Especialidad en Enfermería Perioperatoria
Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Docente de la Universidad Ecotec Guayaquil - Ecuador
jpesantes@ecotec.edu.ec
 <https://orcid.org/0009-0005-6808-0742>

CHIMBORAZO CHIMBORAZO GLORIA ALICIA

Universidad Tecnológica Indoamérica/ Hospital Provincial General Docente Ambato
Docente universitario
Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos.
PhD (c) en Enfermería – Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú
gloriachimborazo@uti.edu.ec
 <https://orcid.org/0000-0002-0922-556X>

PUGLLA REMACHE MAYRA ELIZABETH

Licenciada en enfermería
Especialista en enfermería en Trauma y Emergencia
Magister en enfermería con mención en enfermería de cuidados críticos
Hospital General Ambato IESS
mayra.puglla@iess.gob.ec
 <https://orcid.org/0009-0005-7466-9721>

CAPÍTULO 2

Cuidados de Enfermería en Urgencias y Emergencias

ACURIO BARRE SOLANGE LISSETH

Licenciada en enfermería

Magíster en gestión del cuidado con mención en unidades de emergencia y cuidados intensivos.

Docente en la Universidad Técnica Estatal de Quevedo

sacuriob@uteq.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0001-8598-3146>

MONTÚFAR CHAVARRIA CIRILO VIDAL

Médico

Magister En Educación Mención En Gestión Del Aprendizaje Mediado Por Tic.

Magister En Gerencia Hospitalaria Y Administración De Hospitales.

Profesor. Universidad Técnica Estatal de Quevedo. Los Ríos. Ecuador.

cmontufarc@uteq.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0008-9082-1924>

GUERRERO GUERRERO ELIZABETH GIOVANNA

Licenciada en enfermería

Magíster en Atención Primaria en Salud mención en Gerontología

Hospital Básico Pelileo

giovagg86@hotmail.com



<https://orcid.org/0000-0002-2868-0002>

MOROCHO ESPINOZA NARCISA ESTEFANÍA

Licenciada en enfermería

Magister en Enfermería con Mención en Enfermería de Cuidados Críticos

Hospital General Ambato IESS/Enfermera/Medicina Interna

Docente medio tiempo Universidad Tecnológica Indoamerica

nmoroch9@indoamerica.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0007-4188-1229>

CAPÍTULO 3

Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería

YAGUAREMA PINCAY IVONNE MARICELA

Doctora en Ciencias de la Enfermería (c)
Máster Universitario en Dirección Gestión de Universidad de Enfermería
Diplomado en Cuidados Críticos Neonatal y Pediátrico
Licenciada en Enfermería
Docente de la Universidad Ecotec
Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde,
Guayaquil - Ecuador

iyaguaremap@ecotec.edu.ec

 <https://orcid.org/0009-0003-0637-3510>

ACOSTA LALALEO DAYSI PAMELA

Licenciada en Enfermería.
Master en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería.
Maestrante en Educación, con Mención en Docencia e Investigación en Educación Superior.
Docente en la Universidad Técnica Estatal de Quevedo. Los Ríos. Ecuador.

daysipameacosta1996@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0003-7190-4461>

FRERES SALVATIERRA AMANDA CRISTHINA

Licenciada en enfermería - Universidad Estatal de Milagro
Magíster en gestión del cuidado con mención en unidades de emergencia y unidades de cuidados intensivos - Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Diplomado de Nefrología: Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal - Universidad Espíritu Santo
Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador

amanda.freres@hotmail.com

 <https://orcid.org/0009-0003-7173-2882>

VERA BENITES JOYCE ARIANA

Licenciada en Enfermería.
Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil - Ecuador

joyverab@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0004-6850-6400>

CAPÍTULO 4

Enfermería en Cuidados Críticos

VILLACÍS MARTÍNEZ MARWIN STEEVEN

Licenciado en Enfermería
Magister en Enfermería mención en enfermería quirúrgica.
Hospital General Docente Ambato.
stevENVillacis46@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-0569-4323>

MONTESDEOCA TELLO ANGELA PATRICIA

Licenciada en Enfermería.
Magister en Higiene y Salud Ocupacional.
Enfermera Hospital IESS Ambato.
Docente- Instituto Superior Tecnológico Consulting Group.
patriciamontesdeocatello@yahoo.com
 <https://orcid.org/0009-0009-2653-4493>

VERA GARCÍA PAMELA LOURDES

Magíster en gestión del cuidado.
Universidad Técnica Estatal de Quevedo.
pamela16veragarcia@gmail.com
 <https://orcid.org/0009-0000-5296-5777>

NEVAREZ CORTEZ JEFFERSON FABIO

Licenciado en enfermería.
Magister en salud pública.
Magíster en enfermería con mención en cuidados crítico.
Hospital Luis Vernaza de la junta beneficencia de Guayaquil.
Jeff_nevarez@hotmail.com
 <https://orcid.org/0009-0006-8263-477X>

CAPÍTULO 5
Enfermería Familiar y Comunitaria

TOASA ORTIZ FERNANDA PAULINA

Licenciada en Enfermería.
Magister en Ciencias Biomédicas Mención Ciencias Básicas.
Doctorante en Ciencias Biomédicas.
Enfermera - Universidad Técnica De Ambato.
fp.toasa@uta.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0002-6636-3408>

SALAZAR AROCA JIMENA DE LOS ANGELES

Licenciada en Enfermería.
Magister En Salud Pública Con Mención En Atención Primaria En Salud.
Docente-Instituto Superior Tecnológico San Gabriel.
jimenasalazar465@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0001-2820-7498>

COLOMA LLANGO ADRIANA GISSELA

Licenciada en Enfermería.
Magister en Salud Pública con mención en Atención Primaria de Salud.
Profesora. Universidad Técnica Estatal de Quevedo. Los Ríos. Ecuador.
acolomal@uteq.edu.ec

 <https://orcid.org/0009-0000-7325-1255>

RÍOS ESPINOZA EMELY MADELAYNE

Licenciada en Enfermería.
Egresada de la Maestría en Cuidados críticos
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil, Ecuador.
emelyriosespinoza30@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0002-4853-7045>

VELASQUEZ ARTEAGA HEIDY NICOLE

Licenciada en Enfermería.
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil, Ecuador.
nicole27art@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0004-5584-6967>

ÍNDICE

Contenido	
PRÓLOGO	1
DEDICATORIA.....	2
OBJETIVOS DEL LIBRO	3
METODOLOGÍA DEL LIBRO Y PÚBLICO OBJETIVO	5
JUSTIFICACIÓN DEL LIBRO	7
INTRODUCCIÓN GENERAL DEL LIBRO.....	9
CAPÍTULO 1	12
INTRODUCCIÓN.....	13
1. Historia y evolución de la instrumentación quirúrgica	15
2. Clasificación y descripción del instrumental quirúrgico	27
3. Manejo, cuidado y esterilización del instrumental quirúrgico	32
4. Rol del instrumentista quirúrgico en el equipo de salud.....	37
BIBLIOGRAFÍAS.....	41
CAPÍTULO 2	42
INTRODUCCIÓN.....	43
1. Rol del instrumentista quirúrgico en el equipo de salud.....	44
2. Rol del profesional de enfermería en la atención prehospitalaria y hospitalaria	47
3. Rol de enfermería en la atención hospitalaria en urgencias.....	53
4. Rol de enfermería en emergencias y desastres.....	58
5. Protocolos de actuación y cuidados específicos en urgencias.....	61
5. Seguridad del paciente y control de infecciones en urgencias	68
6. Gestión del riesgo, humanización e innovaciones en urgencias.....	75
BIBLIOGRAFÍAS.....	83
CAPÍTULO 3	85
INTRODUCCIÓN.....	86
1. Fundamentos teóricos de la dirección en enfermería	86
2. Liderazgo y gestión del talento humano en enfermería.....	90
3. Gestión de la calidad y seguridad del paciente en las unidades de enfermería	94
4. Innovación, tecnología y sostenibilidad en la gestión enfermera.....	97

5. Gestión de recursos y planificación operativa en unidades de enfermería	101
6. Gestión de recursos y planificación operativa en unidades de enfermería	103
7. Comunicación y toma de decisiones en la gestión enfermera	105
BIBLIOGRAFÍAS.....	109
CAPÍTULO 4	112
INTRODUCCION.....	113
1. Fundamentos del cuidado crítico.....	114
2. Valoración integral y monitoreo del paciente crítico	118
3. Intervenciones de enfermería en soporte vital avanzado	122
4. Seguridad del paciente y gestión del riesgo en UCI	125
5. Humanización del cuidado en el entorno crítico	130
BIBLIOGRAFÍAS.....	134
CAPÍTULO 5	136
INTRODUCCIÓN.....	137
1. Fundamentos de la enfermería familiar y comunitaria	138
2. Valoración integral de la familia y la comunidad	143
3. Intervenciones de enfermería basadas en promoción de la salud y prevención de enfermedades.....	150
4. Gestión del riesgo, vigilancia epidemiológica y control de brotes	157
5. Humanización, participación social y empoderamiento comunitario	165
BIBLIOGRAFÍAS.....	173
Agradecimientos	175
Glosario de términos técnicos	177

INDICES TABLAS

Tabla 1. Clasificación del instrumental quirúrgico según su función	32
Tabla 2. Competencias profesionales requeridas en enfermería de urgencias y su aplicación clínica	60
Tabla 3. Estrategias de humanización en protocolos críticos de urgencias.....	67
Tabla 4. Relación entre humanización del cuidado y seguridad del paciente en urgencias	75
Tabla 5. Integración de gestión del riesgo, humanización e innovación en urgencias.....	82
Tabla 6. Principales características del paciente crítico y su relevancia para enfermería	115
Tabla 7. Principales escalas utilizadas en el paciente crítico	118
Tabla 8. Principales dominios de la valoración integral del paciente crítico	121
Tabla 9. Intervenciones enfermeras en soporte vital avanzado	125
Tabla 10. Principales riesgos en uci y acciones enfermeras de prevención	127
Tabla 11. Pilares de seguridad del paciente en uci	129
Tabla 12. Dimensiones de la humanización en cuidados críticos	131
Tabla 13. Estrategias de humanización en uci: acciones enfermeras clave	133
Tabla 14. Etapas clave de la valoración comunitaria en enfermería.....	146

PRÓLOGO

A lo largo de la historia, la enfermería ha demostrado ser una disciplina que evoluciona de manera paralela a las necesidades sociales y a los avances del conocimiento científico. Sin embargo, en la actualidad, su rol trasciende cualquier límite institucional: la enfermería se encuentra en el corazón mismo de los sistemas de salud, sosteniendo desde la prevención comunitaria hasta la alta complejidad en unidades críticas. Este libro representa una valiosa contribución en ese camino de crecimiento profesional y académico.

La obra que el lector tiene en sus manos recoge cinco ámbitos fundamentales del quehacer enfermero: la instrumentación quirúrgica, los cuidados en urgencias y emergencias, la gestión de unidades asistenciales, los cuidados críticos y la enfermería familiar y comunitaria. Cada capítulo ha sido estructurado con rigor y claridad didáctica, permitiendo que estudiantes, profesionales y docentes encuentren una guía sólida para su aprendizaje y práctica diaria.

El autor nos invita a recorrer la enfermería desde una mirada integral, donde la técnica y la ciencia se abrazan con la humanización del cuidado, la reflexión ética y el compromiso social. A través de un lenguaje accesible y profundo, se recupera el valor del enfermero como líder, como educador, como gestor y como protector de la vida en todas sus etapas. En un mundo donde la tecnología avanza a pasos acelerados, se recuerda que el cuidado centrado en la persona sigue siendo el principio que da sentido a toda intervención.

La pandemia reciente nos dejó aprendizajes imborrables: la necesidad de fortalecer la atención primaria, la urgencia de optimizar los servicios de urgencias y cuidados intensivos, y la importancia de invertir en el talento humano en salud. Este libro responde precisamente a esos retos, ofreciendo conocimientos actualizados y contextualizados que permitirán a la enfermería continuar transformando realidades.

Invito al lector a sumergirse en cada capítulo con mirada crítica y mente abierta. Esta obra no solo transmite información: inspira. Nos recuerda que la esencia de la enfermería no se encuentra únicamente en la técnica impecable, sino en la capacidad de cuidar con ciencia, con corazón y con propósito.

Yaguarema Pincay Ivonne Maricela
Villacís Martínez Marwin Steeven

DEDICATORIA

Dedicamos esta obra a cada profesional de enfermería que, con vocación, disciplina y amor por el cuidado, sostiene la vida en los momentos más vulnerables del ser humano. A quienes trabajan en silencio en hospitales, comunidades, hogares y unidades críticas, recordándonos que la enfermería es presencia, acompañamiento y esperanza.

A las y los estudiantes de enfermería, que viven su formación con pasión y sueños de un mundo más saludable y justo. Ustedes son el futuro de esta profesión y la razón que impulsó la creación de este libro.

Dedicamos también estas páginas a los pacientes y sus familias, fuente inagotable de aprendizaje y sentido. Sus historias, desafíos y resiliencia nos enseñan que cuidar es un acto profundamente humano.

Este libro es para ustedes y por ustedes.

Toasa Ortiz Fernanda Paulina

OBJETIVOS DEL LIBRO

Objetivo General:

Fortalecer el conocimiento teórico–práctico del profesional y estudiante de enfermería, mediante el abordaje integral de la instrumentación quirúrgica, los cuidados en urgencias y emergencias, la dirección y gestión de unidades asistenciales, los cuidados críticos y la enfermería familiar y comunitaria, promoviendo competencias técnicas, éticas, comunicacionales y de liderazgo orientadas a la seguridad del paciente y al cuidado humanizado.

3

Objetivos Específicos:

1. Profundizar en los fundamentos históricos, técnicos y organizativos de la instrumentación quirúrgica, reconociendo su aporte al desarrollo de la cirugía y a la disminución de riesgos en el paciente durante los procedimientos operatorios.
2. Desarrollar conocimientos y habilidades esenciales en cuidados de urgencias y emergencias, que permitan al profesional de enfermería actuar de manera ágil, segura y eficiente durante situaciones de riesgo vital, aplicando protocolos internacionales y promoviendo la comunicación efectiva en escenarios críticos.
3. Analizar los procesos de gestión y dirección de unidades de enfermería, fortaleciendo en el lector capacidades de liderazgo, gestión del talento humano, planificación operativa, seguridad del paciente, mejora continua e incorporación de tecnologías para el fortalecimiento de la calidad asistencial.
4. Actualizar el conocimiento en cuidados críticos relacionados con la monitorización hemodinámica, soporte vital avanzado, prevención de eventos adversos y acompañamiento humanizado del paciente y su familia en situaciones de alta complejidad clínica.
5. Potenciar el rol de la enfermería familiar y comunitaria en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la gestión del riesgo epidemiológico, impulsando la participación social, el empoderamiento comunitario y la equidad en el acceso a los servicios de salud.
6. Fomentar una práctica enfermera centrada en valores humanistas, que respete la dignidad, autonomía, diversidad cultural y derechos humanos de las personas, familias y comunidades, en todos los contextos de atención.

7. Establecer conexiones entre la teoría científica y la práctica profesional, motivando el pensamiento crítico, la toma de decisiones en escenarios reales y el compromiso ético con la seguridad del paciente y la excelencia del cuidado.

Cirilo Vidal Montúfar Chavarria

Freres Salvatierra Amanda Cristhina

METODOLOGÍA DEL LIBRO Y PÚBLICO OBJETIVO

Metodología del libro

Este libro fue desarrollado bajo un enfoque académico–científico, sustentado en la consulta sistemática de literatura actualizada, guías clínicas internacionales y marcos teóricos de referencia en las áreas de enfermería quirúrgica, urgencias y emergencias, gestión del cuidado, cuidados críticos y enfermería familiar y comunitaria.

Cada capítulo fue elaborado por profesionales con formación especializada en las temáticas abordadas, quienes integraron:

- Revisión bibliográfica rigurosa en bases científicas como Scopus, PubMed, Scielo y Web of Science.
- Análisis crítico de la evidencia, seleccionando fuentes pertinentes, recientes y confiables.
- Articulación de teoría y práctica, con ejemplos situados en el contexto latinoamericano de salud.
- Redacción pedagógica y humanizada, orientada a la comprensión y a la aplicabilidad clínica.
- Homogeneidad estructural, manteniendo en todos los capítulos objetivos claros, desarrollo temático y conclusiones relevantes.

La obra se diseñó para ser un material modular, donde cada capítulo puede ser utilizado de forma independiente como recurso académico, pero que en su conjunto constituye una visión integral del rol de la enfermería en distintos escenarios asistenciales.

Público objetivo

Este libro está dirigido especialmente a:

- Estudiantes de enfermería de pregrado y posgrado que requieran fortalecer conocimientos en áreas clínicas, comunitarias y de gestión.
- Profesionales de enfermería que desempeñan funciones en unidades quirúrgicas, servicios de urgencias, cuidados críticos o atención primaria.
- Docentes e investigadores, como apoyo para la enseñanza, reflexión y diseño curricular.

- Equipos multidisciplinarios de salud, interesados en comprender el aporte enfermero en diferentes niveles de atención.

El contenido está planteado para ser accesible a quienes se encuentran en proceso de formación, pero también profundo y actualizado para quienes ya ejercen, promoviendo el pensamiento crítico, la toma de decisiones basada en evidencia y el fortalecimiento del cuidado humanizado.

Jefferson Fabio Nevarez Cortez

Jessica Sulay Pesantes Salazar

JUSTIFICACIÓN DEL LIBRO

La enfermería, como disciplina científica y profesión socialmente comprometida, ha experimentado una transformación profunda en las últimas décadas. El avance tecnológico, la complejidad creciente de los sistemas sanitarios y el aumento de las necesidades en salud de la población han exigido a los profesionales una formación integral, que permita brindar cuidados seguros, humanizados y basados en evidencia en diferentes niveles de atención. En este contexto surge la necesidad de contar con recursos actualizados, estructurados y orientados a fortalecer la praxis enfermera desde una visión integral.

Este libro se justifica en la importancia de consolidar el conocimiento enfermero en áreas que constituyen pilares del desempeño profesional: instrumentación quirúrgica, urgencias y emergencias, cuidados críticos, gestión de unidades asistenciales y enfermería familiar y comunitaria. Cada uno de estos campos representa escenarios donde las decisiones clínicas deben ser rápidas, fundamentadas y éticamente responsables, pues influyen de manera directa en la seguridad del paciente, la calidad de los cuidados y los resultados en salud.

Asimismo, la presente obra responde a la carencia de materiales dirigidos específicamente al contexto latinoamericano, donde convergen desafíos estructurales, inequidades en el acceso a servicios y brechas de formación. La construcción de un texto con enfoque regional permite visibilizar realidades propias, potenciar el intercambio académico y facilitar la adaptación de estrategias globales a los sistemas de salud de nuestros países.

El contenido ha sido desarrollado por un equipo multidisciplinario de autores con experiencia clínica, investigativa y docente, integrando literatura científica reciente, guías internacionales y marcos teóricos actualizados. Su estructura modular posibilita que cada capítulo pueda emplearse como recurso independiente para el aprendizaje, sin perder la coherencia global de la obra.

Además, este libro promueve el pensamiento crítico enfermero, estimulando el análisis de situaciones reales, la toma de decisiones fundamentada y la reflexión sobre el rol profesional en los equipos de salud. Se destaca la centralidad del paciente, la familia y la comunidad como

núcleo del cuidado, apoyando la transición del modelo biomédico hacia enfoques más integrales, preventivos y humanizados.

Finalmente, la obra busca ser un puente entre el conocimiento y la práctica, contribuyendo al desarrollo de competencias técnicas, éticas, comunicacionales y de liderazgo necesarias para el ejercicio profesional contemporáneo. Su publicación representa un aporte significativo a la educación en enfermería, ofreciendo un recurso completo, útil y accesible para estudiantes, docentes y profesionales comprometidos con la excelencia del cuidado.

Solange Lisseth Acurio Barre

INTRODUCCIÓN GENERAL DEL LIBRO

La enfermería es una ciencia y un arte que ha evolucionado de forma permanente para responder a las necesidades cambiantes de la sociedad. Su historia está marcada por la vocación de cuidado, el avance tecnológico, la rigurosidad científica y la sensibilidad humana ante el sufrimiento. Desde los primeros actos de auxilio realizados en los hogares y comunidades hasta la alta complejidad de las unidades de cuidados intensivos, la enfermería se ha consolidado como una disciplina indispensable para la seguridad, recuperación y bienestar de las personas en todas las etapas de la vida.

El presente libro integra cinco áreas esenciales del ejercicio profesional moderno: instrumentación quirúrgica, cuidados de urgencias y emergencias, dirección y gestión de unidades de enfermería, cuidados críticos y enfermería familiar y comunitaria. Estos campos representan los escenarios donde el rol enfermero se despliega con mayor amplitud y complejidad, atendiendo a usuarios con condiciones de salud muy diversas y demandando competencias técnicas, éticas, científicas y comunicacionales de alto nivel.

El primer capítulo nos transporta a la historia del cuidado quirúrgico, mostrando cómo la instrumentación se ha convertido en un componente clave para garantizar cirugías seguras. La evolución de los instrumentos, los procesos de esterilización y la organización del quirófano reflejan el enorme desarrollo de la enfermería perioperatoria. Actualmente, los profesionales que integran el equipo quirúrgico asumen responsabilidades críticas en la prevención de infecciones, la trazabilidad de materiales y la optimización de los tiempos quirúrgicos, siendo guardianes de la seguridad del paciente.

En el segundo capítulo, se abordan los cuidados en urgencias y emergencias, un escenario donde cada segunda cuenta y las decisiones deben ser ágiles y basadas en prioridades clínicas. La enfermería lidera el proceso de clasificación de pacientes (triaje), la valoración ABCDE, la coordinación interdisciplinaria y el soporte vital básico y avanzado. Además de la habilidad técnica, este campo requiere fortaleza emocional, pensamiento crítico y habilidades de comunicación efectiva en situaciones de crisis. La humanización del cuidado y la prevención de eventos adversos son valores innegociables en estos contextos.

El tercer capítulo se centra en la dirección y gestión de unidades de enfermería, una dimensión clave para asegurar que los servicios de salud funcionen con calidad, eficiencia y sostenibilidad. El liderazgo enfermero se orienta a la organización del trabajo, la gestión de recursos humanos y materiales, la implementación de políticas de seguridad del paciente y la integración de tecnologías que optimicen los procesos asistenciales. Un gestor de enfermería no solo administra; también inspira, motiva y acompaña a su equipo para crear entornos laborales saludables, éticos y humanizados.

En el cuarto capítulo, se profundiza en la atención en cuidados críticos, donde la vida del paciente se encuentra en permanente riesgo. En las unidades de cuidados intensivos, el profesional de enfermería se enfrenta a situaciones de alta presión que demandan conocimientos avanzados en monitorización hemodinámica, ventilación mecánica, manejo de sepsis, soporte vital y prevención de eventos adversos. La relación con el paciente y su familia adquiere aquí una dimensión especial, pues se mezclan la esperanza, el miedo y la fragilidad humana. La enfermería en cuidados críticos no solo salva vidas: también alivia el sufrimiento y acompaña en el final de la vida con sensibilidad y compasión.

El quinto capítulo aborda la enfermería familiar y comunitaria, donde la salud se construye desde los hogares, escuelas y comunidades. Desde la promoción de la salud hasta la vigilancia epidemiológica, el profesional comunitario se convierte en agente protector del territorio, detectando riesgos y fortaleciendo el autocuidado. La participación social, el empoderamiento comunitario y el respeto a la diversidad cultural son pilares que garantizan que la salud sea un derecho vivido y no solo declarado. Tras la pandemia, esta área ha demostrado ser esencial para mantener la continuidad del cuidado y la resiliencia social.

Un libro con mirada integral y transformadora

Esta obra tiene como propósito integrar la teoría con la práctica, dando al lector herramientas conceptuales actualizadas, basadas en evidencia y con un enfoque profundamente humano. Cada capítulo evidencia que el cuidado enfermero trasciende la asistencia técnica: se trata de comprender a la persona en su totalidad, con sus miedos, capacidades, vínculos y contextos.

Los avances científicos y tecnológicos han enriquecido el quehacer profesional, pero no sustituyen el valor del contacto humano, la escucha activa ni la empatía. La enfermería se sitúa

como puente entre el conocimiento biomédico y la experiencia humana de la enfermedad, acompañando procesos de vida donde el dolor, la incertidumbre y la esperanza conviven.

Este libro también destaca la necesidad de fortalecer el liderazgo enfermero en todos los niveles del sistema de salud, reafirmando el papel de la profesión como protagonista en la toma de decisiones para la mejora de la calidad asistencial.

Una invitación

Finalmente, esta obra invita a estudiantes, docentes y profesionales a reflexionar sobre su identidad enfermera, a reafirmar su compromiso con el cuidado y a reconocer el impacto trascendental que tienen en la vida de las personas y comunidades. La enfermería cambia realidades, construye bienestar y es parte esencial de un futuro más justo, inclusivo y saludable.

Adriana Gissela Coloma Llango

CAPÍTULO 1

12

Instrumentación Quirúrgica

MAYA CALVA FLAVIO PATRICIO

<https://orcid.org/0009-0007-2899-5598>

LALALEO PORTERO TANNIA JACQUELINE

<https://orcid.org/0000-0001-6321-4637>

PESANTES SALAZAR JESSICA SULAY

<https://orcid.org/0009-0005-6808-0742>

CHIMBORAZO CHIMBORAZO GLORIA ALICIA

<https://orcid.org/0000-0002-0922-556X>

PUGLLA REMACHE MAYRA ELIZABETH

<https://orcid.org/0009-0005-7466-9721>

INTRODUCCIÓN

La instrumentación quirúrgica representa un componente fundamental dentro del proceso operatorio, ya que constituye el puente técnico que conecta el conocimiento del cirujano con la intervención directa en los tejidos del paciente. A lo largo de la historia, el instrumental ha evolucionado desde herramientas rudimentarias concebidas para curaciones básicas, hasta sofisticados dispositivos de alta precisión utilizados en procedimientos complejos. Esta transformación ha sido posible gracias al desarrollo de la anatomía, la ingeniería, la microbiología y la enfermería quirúrgica, disciplinas que han contribuido a perfeccionar tanto el diseño como el uso seguro de los instrumentos dentro del quirófano.

El propósito de este capítulo es presentar una visión integral de la instrumentación quirúrgica, abordando su origen histórico, clasificación, evolución tecnológica y su estrecha relación con las prácticas de seguridad y control de infecciones. Comprender cómo surgieron los primeros instrumentos en civilizaciones como Egipto o Grecia, y cómo se perfeccionaron durante la época grecorromana, permite reconocer el camino recorrido por la profesión hasta alcanzar los estándares de precisión y calidad que se aplican actualmente. El análisis de la clasificación funcional de los instrumentos facilita su selección adecuada según el procedimiento, promoviendo la fluidez operatoria y la eficacia del equipo asistencial.

Asimismo, la evolución de los métodos de esterilización ha sido determinante para el éxito de las cirugías modernas. Con el nacimiento de la teoría microbiana y las innovaciones científico-tecnológicas, se establecieron protocolos estrictos de descontaminación que protegen al paciente de infecciones asociadas a la atención de salud. El desarrollo de nuevas aleaciones metálicas y materiales poliméricos también ha exigido un replanteamiento de los procesos de esterilidad y compatibilidad con los agentes esterilizantes.

Otro eje transversal de este capítulo es la gestión del instrumental, que comprende su reprocesamiento, conservación, manejo en mesa operatoria y trazabilidad. La organización adecuada, el conteo preciso y la inspección constante del estado de cada instrumento son prácticas esenciales para prevenir eventos adversos como la retención de objetos quirúrgicos o fallos durante la intervención.

Finalmente, se aborda la bioseguridad como principio rector de la práctica quirúrgica. El quirófano es un entorno controlado donde la prevención de infecciones se apoya en el trabajo coordinado del equipo de salud, el respeto de las barreras de asepsia, y el manejo seguro del instrumental. Cada instrumento, desde su fabricación hasta su uso final, se convierte en un elemento esencial para garantizar una cirugía segura, eficiente y centrada en el bienestar del paciente.

1. Historia y evolución de la instrumentación quirúrgica

Origen de la cirugía y primeros instrumentos

Los inicios de la instrumentación quirúrgica se remontan a las primeras civilizaciones que desarrollaron procedimientos rudimentarios para intervenir el cuerpo humano, dando origen a lo que hoy entendemos como la práctica quirúrgica. Los registros arqueológicos indican que culturas como Egipto, Mesopotamia, India, China y Grecia utilizaban herramientas elaboradas en obsidiana, pedernal, bronce y posteriormente hierro, con el fin de realizar incisiones, trepanaciones, extracciones dentales e intervenciones destinadas a drenar abscesos o tratar fracturas. Kirkup (1993) señala que estos materiales, aunque primitivos, poseen filos sorprendentemente eficaces, y que muchas de estas piezas han sido halladas en tumbas, templos y sitios funerarios, indicando tanto su uso funcional como su significado ritual.

En estas civilizaciones antiguas, los instrumentos quirúrgicos no solo eran herramientas prácticas, sino que se encontraban profundamente vinculados a los sistemas de creencias y a la medicina mágica. Los sacerdotes-médicos, considerados intermediarios entre lo divino y lo físico, utilizaban estos dispositivos en ceremonias de curación, reforzando la idea de que el instrumento era una extensión simbólica del poder espiritual. La ingeniería básica de estos utensilios evolucionó conforme las sociedades adquirieron mayor dominio sobre los metales, las aleaciones y las técnicas de forjado.

El desarrollo científico de la anatomía y la medicina durante la época grecorromana marcó un punto de inflexión. Figuras como Hipócrates y Galeno documentaron el uso de cuchillos, ganchos, pinzas, sondas y elevadores para procedimientos específicos, estableciendo principios que influirían en generaciones posteriores. Kwan, Irwin y Leuver (2008) explican que los instrumentos quirúrgicos de la antigüedad constituyen una valiosa ventana al pasado, no solo porque evidencian las capacidades técnicas de sus constructores, sino porque permiten comprender cómo la cirugía fue moldeando la identidad precoz del equipo quirúrgico. Estos autores destacan que la relación entre técnica e instrumento ya estaba presente en la medicina antigua, reforzando la idea de que la precisión del procedimiento dependía directamente del diseño y funcionalidad de la herramienta.

Durante la Edad Media y el Renacimiento, la cirugía experimentó un resurgimiento gracias al avance en anatomía y a la publicación de tratados ilustrados que difundieron el

conocimiento entre artesanos, cirujanos y universidades. Lawrence (1999) describe cómo los talleres de instrumentos quirúrgicos en Europa se convirtieron en centros especializados donde artesanos y cirujanos trabajaban conjuntamente para mejorar pinzas, sierras, agujas y escalpelos. Este periodo vio el perfeccionamiento de mecanismos articulados, mangos ergonómicos y herramientas más sofisticadas para amputaciones, extracción de cálculos y suturas. De esta manera, la fabricación de instrumentos quirúrgicos comenzó a consolidarse como una industria independiente, con gremios establecidos y estándares rudimentarios de calidad.

El avance de la microbiología en el siglo XIX transformó radicalmente la cirugía. El reconocimiento de los microorganismos como agentes causales de infección impulsó la necesidad de materiales más resistentes y esterilizables. Con la introducción de prácticas antisepsia y esterilización, los instrumentos debían fabricarse en metales capaces de soportar altas temperaturas y procesos agresivos de limpieza. De acuerdo con Uto et al. (2022), la esterilización moderna exigió cambios estructurales en la manufactura de instrumentos, favoreciendo el acero inoxidable como material preferente por su durabilidad, resistencia a la corrosión y compatibilidad con los métodos de esterilización.

En la cirugía contemporánea, la relación entre diseño instrumental y seguridad del paciente se ha vuelto aún más estrecha. Singh y Arulappan (2023) señalan que el personal de enfermería quirúrgica desempeña un papel clave en la gestión del instrumental, asegurando su integridad, esterilidad y organización durante el procedimiento. Esta responsabilidad ha permitido estandarizar procesos, optimizar los tiempos quirúrgicos y reducir la incidencia de eventos adversos asociados al mal uso o conteo incorrecto de instrumentos.

Dado el creciente volumen de cirugías y la complejidad de los procedimientos modernos, la estandarización de las mesas instrumentales se ha convertido en una necesidad. Glaser et al. (2022) demostraron que la uniformización de los montajes de mesa de instrumentación mejora la eficiencia del equipo, reduce errores y acelera la identificación de herramientas durante el acto operatorio. Este tipo de estandarización refleja la madurez de la instrumentación quirúrgica como disciplina técnica, donde la precisión y la previsibilidad son esenciales.

En paralelo, la tecnología ha avanzado hacia la implementación de sistemas que apoyan el conteo seguro de instrumentos. Un conteo incorrecto puede resultar en retención de objetos quirúrgicos, uno de los eventos adversos más graves y prevenibles. En este sentido, Kooijmans et

al. (2024) señalan que los equipos quirúrgicos están adoptando tecnologías de soporte como códigos de barras, radiofrecuencia (RFID) y sistemas digitales que permiten rastrear instrumentos en tiempo real, reduciendo el riesgo humano y fortaleciendo la trazabilidad.

Asimismo, la evolución histórica del instrumental se relaciona también con los avances en esterilización y compatibilidad de materiales. La introducción de métodos como la esterilización por vapor, radiación o peróxido de hidrógeno vaporizado ha impulsado el diseño de instrumentos fabricados en acero quirúrgico, aleaciones resistentes o polímeros avanzados capaces de soportar estos procesos. Estudios recientes como los de Estahbanati (2023), Jildeh et al. (2021) y Zaborniak et al. (2024) evidencian que los métodos de esterilización actuales pueden influir en las propiedades físicas y mecánicas de ciertos materiales modernos, lo que obliga a realizar una evaluación rigurosa antes de su uso clínico.

En síntesis, la evolución de los instrumentos quirúrgicos refleja un proceso continuo de innovación tecnológica, científica y profesional. Desde rudimentarias hojas de obsidiana hasta instrumentos de precisión asistidos por tecnología digital, la historia de la instrumentación quirúrgica es también la historia del desarrollo de la cirugía y el avance del conocimiento médico. Este recorrido evidencia que cada cambio en diseño, material o proceso de esterilización ha contribuido a mejorar la seguridad del paciente, optimizar la técnica quirúrgica y fortalecer el rol del equipo asistencial dentro del quirófano.

1.1. Clasificación actual del instrumental quirúrgico

La clasificación del instrumental quirúrgico constituye un pilar fundamental en la práctica moderna de la instrumentación, ya que permite organizar, seleccionar y utilizar adecuadamente cada herramienta durante el acto operatorio. La diversidad de procedimientos quirúrgicos exige un conocimiento profundo de la función, estructura y especificidad de cada instrumento. De acuerdo con Uto et al. (2022), la correcta identificación y categorización del instrumental facilita la preparación del campo quirúrgico, reduce errores en la selección de herramientas y optimiza los tiempos operatorios, fortaleciendo la seguridad del paciente y la eficiencia del equipo asistencial.

Tradicionalmente, el instrumental quirúrgico se clasifica según su función dentro del procedimiento, una metodología que continúa vigente en la actualidad debido a su practicidad y universalidad. Esta clasificación establece cinco grandes categorías que abarcan la mayoría de

instrumentos utilizados en quirófanos modernos: (1) corte y disección, (2) hemostasia, (3) separación, (4) prensión y sujeción, y (5) sutura y reconstrucción. Cada una cumple un rol esencial y responde a necesidades técnicas específicas.

La primera categoría incluye los instrumentos de corte y disección, esenciales para realizar incisiones precisas o separar tejidos. Entre ellos se encuentran los bisturíes, tijeras quirúrgicas, hojas intercambiables y cuchillas especializadas. Los avances tecnológicos han permitido desarrollar materiales más resistentes, filos de alta precisión y diseños ergonómicos que mejoran la maniobrabilidad. Kwan, Irwin y Leuver (2008) destacan que, aunque las primeras herramientas de corte datan de la antigüedad, los actuales instrumentos han integrado aleaciones de acero quirúrgico, titanio y otros materiales avanzados que garantizan precisión y durabilidad.

La segunda categoría corresponde a los instrumentos de hemostasia, esenciales para controlar el sangrado durante la cirugía. Se incluyen pinzas hemostáticas como Kelly, Crile o Mosquito, clamps vasculares y dispositivos de coagulación. Su diseño permite comprimir vasos sanguíneos de manera segura y controlada. El control hemostático adecuado mejora la visibilidad del campo operatorio y reduce complicaciones perioperatorias. Según Singh y Arulappan (2023), el personal de enfermería debe conocer las diferencias estructurales y funcionales de estas pinzas para garantizar su correcta selección y uso intraoperatorio.

En la tercera categoría se encuentran los instrumentos de separación o retractores, que permiten exponer zonas profundas y mantener separados los tejidos para facilitar el acceso del cirujano. Existen retractores manuales y automáticos, como Gelpi, Weitlaner o Balfour, cada uno con características específicas según el tipo y profundidad del procedimiento. Esta categoría refleja claramente la evolución tecnológica de la instrumentación, puesto que los sistemas de retracción ajustable han mejorado significativamente la ergonomía del equipo quirúrgico y disminuido la fatiga operatoria.

La cuarta categoría abarca los instrumentos de prensión y sujeción, diseñados para manipular tejidos, órganos y materiales quirúrgicos sin dañarlos. Incluyen pinzas Kocher, Allis, Adson y DeBakey, entre otras. Su diseño anatómico y variedad de dientes, estrías o superficies lisas permite adaptarse a diferentes tejidos, desde estructuras delicadas como vasos hasta tejidos más resistentes como fascia o piel. Según Glaser et al. (2022), la correcta estandarización de la

disposición de estas pinzas en la mesa quirúrgica incrementa la eficiencia del equipo y evita confusiones que pueden retrasar el procedimiento.

Por último, la quinta categoría incluye los instrumentos de sutura y reconstrucción, como portaagujas, pinzas de disección finas y tijeras especiales para materiales de sutura. Estos instrumentos permiten realizar cierres precisos de tejidos y asegurar una adecuada integridad de la herida quirúrgica. La evolución de los materiales de sutura, desde hilos naturales hasta polímeros sintéticos absorbibles, ha impulsado la adaptación del instrumental para mejorar su compatibilidad y facilidad de uso.

Sin embargo, la clasificación funcional no es la única utilizada en el quirófano contemporáneo. En procedimientos altamente especializados, como cirugía laparoscópica, microcirugía, neurocirugía o cirugía robótica, se requieren instrumentos con características tecnológicas avanzadas. En estos casos, se utiliza una clasificación basada en el tipo de cirugía o en la tecnología utilizada. Los instrumentos laparoscópicos, por ejemplo, se caracterizan por ser largos, delgados y permitir la manipulación a través de puertos de acceso, mientras que los instrumentos robóticos integran sensores articulados y transmisión digital de movimiento. Lawrence (1999) destaca que la evolución de estas herramientas refleja el continuo avance de la ingeniería biomédica.

Además, la industria moderna ha impulsado la fabricación de instrumentos en materiales poliméricos avanzados, especialmente para cirugías de corta duración o dispositivos de un solo uso. Sin embargo, como señalan Zaborniak et al. (2024), algunos polímeros pueden presentar alteraciones estructurales cuando son sometidos a procesos de esterilización por vapor, lo que exige una evaluación rigurosa antes de implementarlos en quirófanos. Esto representa un reto actual en la selección de materiales y compatibilidad con los métodos de reprocesamiento disponibles.

En los últimos años también se ha reconocido la importancia de la clasificación desde una perspectiva de seguridad quirúrgica. Kooijmans et al. (2024) describen que la clasificación, conteo y etiquetado sistemático de instrumentos reduce significativamente los riesgos de retención de objetos extraños, uno de los eventos adversos más graves y prevenibles en cirugía. La introducción de tecnologías como RFID y códigos de barras contribuye a una trazabilidad más precisa.

En síntesis, la clasificación actual del instrumental quirúrgico refleja no solo la función técnica de cada herramienta, sino también la evolución de la tecnología, la ingeniería biomédica y la cultura de seguridad en los entornos quirúrgicos. Esta clasificación permite una práctica eficiente, segura y alineada con los estándares internacionales, constituyendo un componente esencial en la formación y desempeño del equipo de instrumentación quirúrgica.

1.2. Evolución de la esterilización y materiales utilizados

Un aspecto clave en la evolución de la instrumentación quirúrgica ha sido el desarrollo progresivo de los métodos de limpieza, desinfección y esterilización. Desde tiempos remotos, los cirujanos utilizaban herramientas rudimentarias, muchas de ellas fabricadas en materiales difíciles de desinfectar, sin protocolos estandarizados y sin conocimiento de los microorganismos que causaban enfermedad. Antes del surgimiento de la teoría microbiana, los instrumentos eran reutilizados repetidamente sin procesos adecuados de descontaminación, lo que ocasionaba infecciones postoperatorias severas y elevadas tasas de mortalidad. El contexto histórico revela que la cirugía era un procedimiento de alto riesgo, y la sepsis postquirúrgica era considerada un destino inevitable para muchos pacientes.

La revolución conceptual se produjo con el descubrimiento de la teoría germinal de la enfermedad en el siglo XIX. Joseph Lister, inspirado por los trabajos de Louis Pasteur, introdujo técnicas de antisepsia basadas en ácido carbólico, demostrando que la desinfección del instrumental y del campo operatorio reducía drásticamente las infecciones. Estas observaciones sentaron las bases para el desarrollo de los primeros métodos de esterilización científica y transformaron para siempre la práctica quirúrgica. A partir de este momento, el control microbiológico se convirtió en un componente esencial del acto operatorio, y las instituciones comenzaron a adoptar prácticas más seguras.

Durante el siglo XX, la esterilización avanzó rápidamente gracias a la incorporación de nuevas tecnologías. La introducción de la autoclave marcó un hito fundamental, permitiendo la esterilización mediante vapor a alta presión y temperatura. Este método, ampliamente validado, continúa siendo uno de los más utilizados debido a su eficacia, rapidez y compatibilidad con numerosos materiales quirúrgicos. Posteriormente surgieron técnicas complementarias como la esterilización con óxido de etileno, radiación gamma y sistemas de calor seco. Jildeh, Wagner y Schöning (2021) explican que la industrialización de métodos de esterilización y el

perfeccionamiento de los procesos de validación microbiológica permitieron establecer estándares globales que hoy regulan la descontaminación de dispositivos médicos en hospitales e industrias biomédicas.

Con la aparición de nuevos materiales y dispositivos incluyendo polímeros avanzados, aleaciones especiales y tecnologías de fabricación aditiva surgieron interrogantes sobre la compatibilidad de estas innovaciones con los métodos tradicionales de esterilización. La esterilización por vapor, aunque efectiva, puede alterar propiedades mecánicas o dimensionales en ciertos polímeros. Zaborniak et al. (2024) demostraron que los procesos de esterilización por vapor pueden modificar la estabilidad estructural y el desempeño mecánico de materiales fabricados mediante tecnologías MEX y JMT, lo que evidencia la importancia de evaluar la resistencia térmica y química de los nuevos materiales antes de incorporarlos a la práctica quirúrgica. Esta investigación subraya la necesidad de adaptar los métodos de esterilización a las nuevas realidades tecnológicas y materiales de uso clínico.

Paralelamente, la búsqueda de métodos más seguros, rápidos y ecoeficientes impulsó el desarrollo de nuevas tecnologías. Entre ellas, destaca la esterilización mediante peróxido de hidrógeno vaporizado (VHP), que ha evolucionado notablemente en las últimas décadas. Estahbanati (2023) señala que el peróxido de hidrógeno vaporizado se ha posicionado como una alternativa ideal para dispositivos sensibles al calor, pues permite esterilizar materiales complejos, incluidos aquellos con geometrías internas finas, canales estrechos y componentes electrónicos. Esta tecnología ha ampliado las posibilidades de reesterilización de dispositivos avanzados, contribuyendo a la sostenibilidad hospitalaria y reduciendo costos operativos. Además, los sistemas modernos de VHP incorporan ciclos automatizados que permiten monitorear parámetros críticos como concentración, temperatura, penetración y tiempos de exposición, garantizando un proceso reproducible y seguro.

Otro aspecto clave en la evolución de la esterilización es el rol de la enfermería en los procesos de descontaminación. Singh y Arulappan (2023) subrayan que los enfermeros de quirófano son responsables de verificar la limpieza, integridad y esterilidad del instrumental antes de cada procedimiento. Esto implica no solo comprender los principios microbiológicos, sino también estar familiarizados con las limitaciones de cada método según el tipo de material. En la actualidad, el profesional de enfermería participa activamente en la validación de cargas, control de indicadores biológicos y químicos, trazabilidad y documentación. Este enfoque

refuerza la cultura de seguridad del paciente, donde la prevención de infecciones es una prioridad innegociable.

La evolución histórica también ha impulsado una transición hacia métodos más amigables con el medio ambiente. Las nuevas tecnologías buscan minimizar la generación de residuos tóxicos, disminuir el uso de gases peligrosos y optimizar el consumo energético. Según Jildeh et al. (2021), la tendencia global es la convergencia entre seguridad microbiológica, sostenibilidad ambiental y eficiencia económica, una tríada que impulsa la investigación y desarrollo de métodos más limpios y automatizados.

La transformación de los procesos de esterilización también ha influido en el diseño de los instrumentos quirúrgicos. En el pasado, los dispositivos eran fabricados principalmente en acero inoxidable y materiales resistentes al calor, pero hoy existe un amplio abanico de opciones, incluyendo titanio, polímeros de alto rendimiento y materiales híbridos. La compatibilidad entre diseño, funcionalidad y esterilización se ha convertido en un elemento esencial en la selección del instrumental. Esto garantiza que los dispositivos mantengan su eficacia clínica sin comprometer su integridad estructural después de múltiples ciclos de reprocesamiento.

En definitiva, la evolución de la esterilización ha permitido que la cirugía moderna alcance niveles de seguridad y calidad que eran impensables hace un siglo. El desarrollo de métodos como el vapor, el gas, la radiación, el plasma y el VHP ha ampliado el repertorio de opciones disponibles, asegurando que los dispositivos médicos puedan ser reprocesados de manera eficiente y segura. El profesional de enfermería desempeña un rol central en este proceso, integrando conocimientos microbiológicos, tecnológicos y de gestión para garantizar que cada instrumento utilizado en quirófano cumpla con los estándares internacionales de bioseguridad.

1.3. Gestión del instrumental y buenas prácticas

La gestión del instrumental quirúrgico es un componente esencial de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial en el quirófano. Implica un conjunto de actividades organizadas y sistemáticas destinadas a garantizar que cada instrumento utilizado en la intervención se encuentre en óptimas condiciones de limpieza, esterilidad, funcionalidad y disponibilidad. Dado que la cirugía exige precisión absoluta, cualquier error relacionado con el manejo del instrumental puede resultar en retrasos, complicaciones o eventos adversos. Según Uto

et al. (2022), la estandarización de los procesos de manipulación, conteo, reprocesamiento y almacenamiento del instrumental es la base de una práctica quirúrgica segura y eficiente.

La gestión comienza con el ciclo de reprocesamiento, el cual incluye cinco fases principales: limpieza, inspección, empaquetado, esterilización y almacenamiento. Después de su uso, los instrumentos deben ser sometidos a una limpieza inicial y descontaminación para eliminar restos orgánicos que puedan interferir con la esterilización posterior. Jildeh et al. (2021) señalan que la presencia de biopelículas o residuos puede disminuir la eficacia de los agentes esterilizantes, por lo que esta fase es crucial. La inspección posterior permite identificar deterioros, mellas en filos, mal funcionamiento de articulaciones o corrosión; cualquier anomalía debe corregirse antes de reutilizar el instrumento.

El empaquetado debe garantizar la preservación de la esterilidad durante el almacenamiento y transporte, empleando envoltorios compatibles con los métodos de esterilización. Aquí, el conocimiento de la compatibilidad entre materiales y técnicas adquirió mayor relevancia con la introducción de nuevos compuestos poliméricos. Como mencionan Zaborniak et al. (2024), algunos instrumentos fabricados con polímeros técnicos pueden sufrir deformaciones estructurales tras varios ciclos de vapor, por lo que los profesionales deben verificar las recomendaciones del fabricante y aplicar controles de calidad periódicos.

Finalizada la esterilización, el instrumental debe almacenarse en condiciones ambientales controladas hasta su uso. La trazabilidad juega un papel fundamental: permite rastrear el historial de cada instrumento, desde su uso en quirófano hasta su reprocesamiento, proporcionando evidencia documental de seguridad. Uto et al. (2022) enfatizan que mantener registros detallados favorece auditorías y mejora la gestión del riesgo.

Otro aspecto esencial es la organización de la mesa operatoria, responsabilidad directa del personal de instrumentación. Glaser et al. (2022) demostraron que la estandarización de los montajes instrumentales en mesa mejora la eficiencia del equipo, facilita la identificación rápida de las herramientas y reduce los errores de entrega durante la cirugía. Un montaje organizado debe responder a la secuencia quirúrgica prevista, permitiendo que el instrumentista anticipe las necesidades del cirujano y tenga acceso inmediato al dispositivo correcto. Esta estandarización también favorece la formación de nuevos profesionales, ya que crea un patrón homogéneo aplicable en diversas instituciones.

La prevención de la retención de objetos quirúrgicos constituye uno de los elementos más críticos dentro de la gestión del instrumental. El conteo riguroso antes, durante y después de la cirugía debe incluir no solo instrumentos, sino gasas, agujas y otros elementos auxiliares. Según Kooijmans et al. (2024), el conteo manual puede verse afectado por la carga laboral, distracciones o fallos en la comunicación intraoperatoria, por lo que actualmente se están incorporando sistemas digitales con tecnología de identificación por radiofrecuencia (RFID) y códigos de barras para reforzar la seguridad. Estas herramientas permiten verificar en tiempo real la presencia de todos los objetos utilizados, disminuyendo drásticamente el riesgo de retención accidental.

El personal de enfermería cumple un rol determinante en el control del instrumental, ya que debe coordinar con el resto del equipo quirúrgico y mantener una comunicación constante, clara y estructurada. Singh y Arulappan (2023) destacan que el instrumentista es responsable tanto de la entrega segura de herramientas como de la vigilancia del campo operatorio, la reposición de insumos y el reporte inmediato de cualquier discrepancia. Esta participación activa convierte al profesional en un garante directo de la seguridad del paciente.

Además, la gestión adecuada del instrumental contribuye a un uso racional y sostenible de los recursos institucionales. La detección temprana de daños, el mantenimiento preventivo y la reposición planificada permiten prolongar la vida útil de los instrumentos, reduciendo costos y evitando retrasos quirúrgicos por fallas inesperadas. La planificación de inventarios asegura disponer de equipamiento suficiente para cada especialidad y turno, evitando improvisaciones que afecten la continuidad del servicio quirúrgico.

Finalmente, la gestión del instrumental está fuertemente ligada a la cultura de seguridad de cada institución. Los protocolos de trabajo deben promover el reporte no punitivo de incidentes, fomentar la mejora continua y garantizar que todo el personal involucrado reciba capacitación actualizada. Como señalan Glaser et al. (2022), los quirófanos que han adoptado una cultura de estandarización y revisión sistemática presentan mejores indicadores de productividad y menor incidencia de eventos adversos.

1.4. Bioseguridad y control de infecciones en quirófano

La bioseguridad en el quirófano constituye uno de los componentes más críticos de la práctica asistencial, ya que tiene como propósito prevenir la transmisión de microorganismos y

garantizar un entorno seguro tanto para el paciente como para el equipo de salud. La cirugía, al generar una ruptura de las barreras anatómicas protectoras del cuerpo, expone al paciente a un mayor riesgo de infecciones, por lo que la aplicación estricta de principios de asepsia y control microbiológico es indispensable para reducir complicaciones postoperatorias y mejorar los resultados clínicos (Uto et al., 2022). La seguridad del paciente quirúrgico depende de la capacidad del equipo asistencial para identificar, controlar y eliminar posibles fuentes de contaminación.

El quirófano es diseñado como un área controlada, con requisitos específicos de infraestructura, flujo de tránsito y control ambiental. En este sentido, la prevención de infecciones se sustenta en cuatro elementos clave: el equipo de salud, el instrumental quirúrgico, el ambiente físico y el paciente. Cada uno de estos factores debe abordarse de manera coordinada a través de protocolos estandarizados. Por ejemplo, la regulación del flujo de aire, el número de personas presentes y el manejo de superficies son estrategias que minimizan la presencia de bacterias en suspensión y reducen el riesgo de infección en el sitio quirúrgico.

Dentro de este contexto, el instrumental quirúrgico adquiere un rol central. La correcta descontaminación y esterilización de las herramientas utilizadas es esencial para evitar que microorganismos sobrevivan y se introduzcan en el paciente durante la cirugía. Jildeh et al. (2021) destacan que, para garantizar la eliminación total de patógenos, los materiales deben ser compatibles con métodos validados de esterilización y someterse a controles rigurosos de calidad. La aparición de nuevos materiales quirúrgicos, especialmente polímeros avanzados, ha requerido estudios específicos para determinar su resistencia a los ciclos de vapor y otros agentes esterilizantes; Zaborniak et al. (2024) señalan que algunos polímeros pueden deformarse o degradarse si se exponen repetidamente a altas temperaturas, lo que enfatiza la importancia de la inspección y trazabilidad en el proceso.

El personal de salud es otra pieza clave del control de infecciones. La falta de adherencia a las medidas básicas de bioseguridad, como la adecuada higiene de manos o el uso correcto de equipos de protección personal, se ha identificado como uno de los principales factores de riesgo de contaminación cruzada. Singh y Arulappan (2023) subrayan que los enfermeros del quirófano son responsables de mantenerse en constante vigilancia del campo operatorio, asegurando que se preserve la esterilidad durante toda la intervención. La

manipulación del instrumental, la entrega segura al cirujano y el mantenimiento de la técnica estéril durante los procedimientos son elementos que caracterizan la buena práctica profesional.

Un componente relevante dentro de la bioseguridad es la prevención de la infección del sitio quirúrgico (ISQ), una de las complicaciones más frecuentes y costosas del periodo postoperatorio. Para reducir su incidencia, se aplican estrategias como: uso de profilaxis antibiótica según protocolo, control de la temperatura corporal, manejo cuidadoso de tejidos y reducción de los tiempos quirúrgicos. Uto et al. (2022) indican que la enfermería participa activamente en estos procesos mediante el monitoreo continuo del paciente y la verificación del cumplimiento de cada medida preventiva.

Asimismo, la prevención de la retención de objetos quirúrgicos se ubica dentro del enfoque de bioseguridad, debido a su impacto en la seguridad del paciente y riesgo de infección. Kooijmans et al. (2024) refieren que el conteo sistemático del instrumental y de los insumos antes, durante y después de la cirugía es una práctica estandarizada que evita situaciones potencialmente letales. La incorporación de tecnologías como RFID y códigos de barras se está extendiendo para complementar el conteo manual y fortalecer la trazabilidad.

Además de estas medidas, la bioseguridad en quirófano también requiere una gestión ambiental óptima, que incluye limpieza periódica de superficies, control microbiológico del aire y manejo adecuado de residuos contaminados. Las áreas estériles deben mantenerse estrictamente separadas de zonas críticas y semicríticas, con flujos unidireccionales bien definidos para disminuir la posibilidad de entrada de contaminantes. La capacitación continua y las auditorías internas son herramientas indispensables para garantizar el cumplimiento de estándares cada vez más exigentes (Glaser et al., 2022).

En los últimos años, la bioseguridad se ha fortalecido con la implementación de sistemas de monitoreo activo, indicadores de calidad y listas de verificación, elementos que han demostrado mejorar la adherencia a las buenas prácticas quirúrgicas. Estas iniciativas fomentan una cultura de seguridad institucional, donde la notificación de incidentes tiene un enfoque no punitivo y orientado al aprendizaje, valor fundamental para la mejora continua. Glaser et al. (2022) resaltan que los equipos quirúrgicos que mantienen una cultura de revisión y estandarización muestran mejores resultados clínicos y menores tasas de infecciones asociadas a la atención de salud.

2. Clasificación y descripción del instrumental quirúrgico

El instrumental quirúrgico constituye el eje central de cualquier intervención, pues permite al equipo quirúrgico ejecutar procedimientos con seguridad, precisión y eficiencia. Su clasificación responde a la función específica que cumplen dentro del acto operatorio, lo que facilita la organización, la enseñanza y la estandarización de las mesas quirúrgicas. Glaser et al. (2022) resaltan que una adecuada disposición y conteo del instrumental es determinante para reducir errores, optimizar tiempos y garantizar la seguridad del paciente.

A lo largo de la historia, los instrumentos han evolucionado desde modelos rudimentarios hasta sofisticados dispositivos para cirugía robótica. Kwan, Irwin y Leuver (2008) subrayan que el instrumental quirúrgico no solo refleja la evolución de la técnica, sino que constituye una “ventana al pasado” de la profesión, mostrando cómo cada época dejó huella en el diseño y la funcionalidad de estas herramientas.

La siguiente clasificación recoge los principales grupos de instrumentos empleados en la práctica quirúrgica actual:

2.1 Instrumental de corte y disección

El instrumental de corte y disección constituye uno de los pilares fundamentales de la práctica quirúrgica, ya que permite el acceso inicial a los tejidos y posibilita el desarrollo seguro y ordenado de los procedimientos operatorios. Estos instrumentos están diseñados para realizar incisiones precisas, limpias y controladas, minimizando el trauma tisular y favoreciendo una adecuada cicatrización. Dentro de este grupo se incluyen los bisturís, las tijeras de disección, las cuchillas quirúrgicas, los osteótomos y otros dispositivos especializados que varían en tamaño, forma y filo según el tipo de tejido a intervenir.

Lawrence (1999) destaca que el bisturí, en sus múltiples variantes, ha sido históricamente un símbolo de la cirugía, reflejando no solo los avances en metalurgia y diseño instrumental, sino también el progreso en el conocimiento anatómico y la especialización de las técnicas quirúrgicas. Desde las primeras hojas rudimentarias hasta los actuales bisturís de acero inoxidable o materiales desechables, estos instrumentos han evolucionado para ofrecer mayor precisión, ergonomía y seguridad tanto para el paciente como para el equipo quirúrgico.

En la práctica contemporánea, el manejo del instrumental de corte y disección exige una preparación rigurosa y un conocimiento detallado de sus características y aplicaciones. La correcta selección del instrumento depende del tipo de cirugía, la profundidad del abordaje y la naturaleza del tejido, ya sea blando, fibroso u óseo. En este contexto, la enfermera instrumentista cumple un rol clave al anticipar las necesidades del cirujano, asegurar la disponibilidad inmediata del instrumental adecuado y mantener la integridad del campo estéril durante todo el procedimiento.

Singh y Arulappan (2023) enfatizan que el dominio técnico y funcional de estos instrumentos por parte del personal de enfermería influye directamente en la seguridad del paciente, ya que una entrega oportuna y correcta reduce tiempos quirúrgicos, previene errores y disminuye el riesgo de lesiones accidentales. Asimismo, la vigilancia constante del estado del instrumental como el filo, la limpieza y la integridad estructural forma parte de la responsabilidad profesional, consolidando la instrumentación quirúrgica como un componente esencial del cuidado perioperatorio seguro y de calidad.

2.2 Instrumental de hemostasia

El instrumental de hemostasia cumple una función crítica dentro del acto quirúrgico, ya que su objetivo principal es detener, controlar o prevenir el sangrado, permitiendo al cirujano trabajar en un campo operatorio limpio, visible y seguro. El control adecuado de la hemorragia no solo facilita la precisión técnica durante la intervención, sino que también reduce el riesgo de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, como el shock hipovolémico o la formación de hematomas.

Dentro de este grupo se incluyen diversas pinzas hemostáticas, entre las que destacan las pinzas Kelly, Mosquito y Crile, cada una diseñada con características específicas de tamaño, curvatura y fuerza de presión para adaptarse a distintos calibres vasculares y planos anatómicos. Asimismo, forman parte del instrumental de hemostasia las ligaduras, los clips vasculares y otros dispositivos destinados a la oclusión temporal o definitiva de vasos sanguíneos. La correcta elección del instrumento depende del tipo de tejido, la profundidad del campo quirúrgico y la magnitud del sangrado a controlar.

Desde una perspectiva histórica, la hemostasia representó uno de los mayores desafíos de la cirugía. Antes del desarrollo de instrumentos específicos, la incapacidad de controlar

eficazmente el sangrado era una de las principales causas de mortalidad intraoperatoria. La introducción progresiva de pinzas hemostáticas y técnicas de ligadura marcó un hito en la evolución de la cirugía moderna, permitiendo procedimientos más complejos y seguros.

En la práctica actual, el rol de la enfermera instrumentista es fundamental en el manejo del instrumental de hemostasia. Su conocimiento detallado sobre la función y aplicación de cada pinza le permite anticipar las necesidades del cirujano y garantizar una entrega oportuna y adecuada. Además, la enfermería es responsable de la organización, conteo y control del instrumental durante todo el procedimiento quirúrgico. Kooijmans et al. (2024) señalan que la precisión en el uso y la trazabilidad del instrumental hemostático es esencial para minimizar riesgos como la retención de objetos quirúrgicos o la pérdida de material dentro de cavidades corporales, reforzando así la seguridad del paciente y la calidad del cuidado perioperatorio.

2.3 Instrumental de separación y exposición

El instrumental de separación y exposición desempeña un papel fundamental en la práctica quirúrgica, ya que permite mantener abiertos los planos anatómicos y exponer de manera adecuada la zona quirúrgica, facilitando el acceso visual y manual del cirujano sin generar daño innecesario a los tejidos circundantes. Este grupo de instrumentos es esencial para garantizar la precisión técnica, reducir el tiempo operatorio y minimizar el riesgo de lesiones accidentales durante el procedimiento.

Dentro de esta categoría se incluyen separadores manuales y automáticos, diseñados para adaptarse a distintos tipos de cirugías y regiones anatómicas. Entre los más utilizados se encuentran los separadores de Farabeuf y Richardson, empleados principalmente para la separación superficial de tejidos blandos, así como los separadores de Gosset y Balfour, que permiten una exposición más amplia y sostenida en cirugías abdominales. Cada uno de estos instrumentos posee características específicas de tamaño, forma y mecanismo de apertura, lo que exige un conocimiento detallado para su correcta selección y uso.

El desarrollo de los separadores quirúrgicos representó un avance crucial en la historia de la cirugía, ya que posibilitó una mejor visualización del campo operatorio y favoreció la realización de procedimientos más complejos con mayor seguridad. Antes de su incorporación sistemática, la exposición del sitio quirúrgico dependía en gran medida de la asistencia manual continua, lo que incrementaba la fatiga del equipo y el riesgo de errores. La introducción de

separadores automáticos permitió mantener una apertura constante y estable, optimizando la ergonomía del acto quirúrgico.

En la práctica actual, la enfermera instrumentista cumple un rol clave en el manejo del instrumental de separación y exposición. Su responsabilidad incluye la preparación anticipada de los separadores necesarios, su correcta disposición en la mesa quirúrgica y la entrega oportuna según el desarrollo de la intervención. Glaser et al. (2022) destacan que la organización estratégica de la mesa de instrumental debe contemplar siempre la ubicación accesible de los separadores, ya que su uso adecuado facilita el trabajo del cirujano, mejora la fluidez del procedimiento y contribuye a la reducción de complicaciones intraoperatorias, fortaleciendo así la seguridad del paciente y la eficiencia del equipo quirúrgico.

2.4 Instrumental de síntesis

El instrumental de síntesis cumple una función esencial en el cierre de incisiones quirúrgicas y en la reparación de tejidos, ya que permite restablecer la continuidad anatómica, favorecer una adecuada cicatrización y reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias, como infecciones o dehiscencias. Este grupo de instrumentos actúa en la fase final del procedimiento quirúrgico, convirtiéndose en un elemento clave para garantizar resultados funcionales y estéticos adecuados.

Dentro del instrumental de síntesis se incluyen los portaagujas, utilizados para la manipulación precisa de agujas de sutura; las grapadoras mecánicas, que permiten un cierre rápido y uniforme de tejidos; y los dispositivos de sutura automática, diseñados para optimizar la eficiencia en procedimientos de alta complejidad. La selección del instrumento adecuado depende de factores como el tipo de tejido, la localización anatómica, el grado de tensión de la herida y las características del paciente.

Desde una perspectiva histórica, Lawrence (1999) documenta que, a partir de finales del siglo XIX, los fabricantes de instrumental quirúrgico comenzaron a desarrollar sistemas de síntesis más sofisticados, en respuesta a la creciente demanda de procedimientos más rápidos, seguros y estandarizados. Este proceso de innovación marcó una transición significativa desde la sutura manual exclusiva hacia el uso de dispositivos mecánicos que mejoraron la precisión del cierre y disminuyeron la variabilidad técnica entre operadores.

En la práctica quirúrgica contemporánea, el instrumental de síntesis representa un puente entre la cirugía convencional y la cirugía moderna, donde la reducción de tiempos quirúrgicos y la mejora de los resultados clínicos son prioridades fundamentales. La enfermera instrumentista desempeña un rol determinante en este proceso, al preparar el material adecuado, verificar la integridad y funcionalidad de los dispositivos y anticipar las necesidades del cirujano durante la fase de cierre.

Asimismo, el correcto manejo y conteo del instrumental de síntesis forma parte de las estrategias de seguridad del paciente. Una preparación adecuada y una comunicación efectiva dentro del equipo quirúrgico contribuyen a minimizar errores, optimizar el flujo del procedimiento y asegurar un cierre tisular eficiente y seguro, consolidando así la importancia de este instrumental en el cuidado perioperatorio de calidad.

2.5 Instrumentos especiales (laparoscopia, microcirugía, robótica)

El desarrollo de instrumentos especiales ha marcado un punto de inflexión en la historia de la cirugía contemporánea, impulsado principalmente por la incorporación de tecnologías orientadas a procedimientos mínimamente invasivos, de alta precisión y con mejores resultados postoperatorios. Estos avances han transformado no solo la técnica quirúrgica, sino también la dinámica del equipo de salud y, de manera particular, el rol de la enfermería quirúrgica.

La laparoscopia introdujo un conjunto de instrumentos específicos, como pinzas largas y delgadas, ópticas con cámaras de alta definición, sistemas de insuflación y dispositivos de energía, que permitieron realizar cirugías abdominales y pélvicas a través de pequeñas incisiones. Este abordaje revolucionó la práctica quirúrgica al reducir el trauma tisular, el dolor postoperatorio y el tiempo de hospitalización, mejorando significativamente la recuperación del paciente. Para la enfermera instrumentista, la laparoscopia exige un conocimiento técnico profundo de cada componente, así como una organización precisa del instrumental y de los equipos tecnológicos asociados.

Por su parte, la microcirugía requirió el desarrollo de instrumental altamente delicado y de extrema precisión, como microtijeras, microportaagujas y pinzas finas, indispensables en procedimientos neuroquirúrgicos, oftálmicas, vasculares y reconstructivas. El manejo de estos instrumentos demanda habilidades avanzadas, control riguroso del entorno quirúrgico y una

coordinación estrecha entre el cirujano y el personal de enfermería, ya que cualquier mínima variación puede comprometer el resultado del procedimiento.

Más recientemente, la cirugía robótica ha incorporado brazos mecánicos articulados, consolas de control y sistemas computarizados, ampliando las capacidades del cirujano en términos de precisión, estabilidad y visión tridimensional. Este avance ha redefinido el papel del instrumentista quirúrgico, quien debe adaptarse a un entorno altamente tecnológico, participar en la preparación y calibración de los equipos y garantizar la seguridad del paciente durante todo el procedimiento. Singh y Arulappan (2023) señalan que esta transformación ha elevado las exigencias formativas de la enfermería quirúrgica, consolidando su rol como un actor clave en la integración segura y eficaz de la innovación tecnológica en el quirófano.

Tabla 1.
Clasificación del instrumental quirúrgico según su función

Categoría	Ejemplos	Función principal	Observaciones
Corte y disección	Bisturí, tijeras de Mayo y Metzenbaum	Realizar incisiones y separar tejidos	Deben mantenerse afilados y en buen estado
Hemostasia	Pinzas Kelly, Mosquito, Crile	Controlar hemorragias y ocluir vasos	Existen en distintos tamaños según calibre
Separación y exposición	Separadores Farabeuf, Balfour, Gosset	Mantener abierto el campo quirúrgico	Pueden ser manuales o automáticos
Síntesis	Portaagujas, grapadoras, suturas mecánicas	Unir tejidos mediante sutura o grapas	Las grapadoras reducen tiempo operatorio
Instrumentos especiales	Laparoscopios, microtijeras, robots Da Vinci	Procedimientos mínimamente invasivos y de alta precisión	Requieren formación especializada y alto costo

Fuente: Adaptado de Lawrence (1999); Kwan, Irwin & Leuver (2008); Singh & Arulappan (2023); Glaser et al. (2022); Kooijmans et al. (2024).

3. Manejo, cuidado y esterilización del instrumental quirúrgico

El manejo y cuidado del instrumental quirúrgico constituye un pilar esencial para la seguridad del paciente y la eficacia del procedimiento. El instrumentista quirúrgico no solo se encarga de disponer y entregar los instrumentos en el momento preciso, sino también de asegurar que cada pieza cumpla con estándares de bioseguridad, limpieza y esterilización adecuados.

Singh y Arulappan (2023) subrayan que esta responsabilidad forma parte del núcleo ético y técnico del rol de enfermería en quirófano, dado que cualquier descuido puede comprometer el éxito de la intervención y la vida del paciente.

3.1 Principios de bioseguridad

La bioseguridad en el quirófano constituye un eje central de la práctica quirúrgica moderna, ya que se fundamenta en la prevención de infecciones, la reducción de riesgos ocupacionales y la protección integral tanto del paciente como del equipo de salud. Su aplicación sistemática busca interrumpir la cadena de transmisión de microorganismos y minimizar la exposición a agentes biológicos, químicos y físicos durante los procedimientos quirúrgicos.

Entre los principios básicos de la bioseguridad se encuentra el uso adecuado de los equipos de protección personal (EPP), como guantes estériles, batas quirúrgicas, mascarillas, protectores oculares y gorros, los cuales actúan como barreras físicas frente a fluidos corporales y material potencialmente contaminado. Asimismo, la manipulación segura de instrumentos cortopunzantes representa una medida crítica, ya que estos constituyen una de las principales fuentes de accidentes laborales en el quirófano. La correcta entrega, recepción y descarte de bisturís, agujas y otros objetos punzantes reduce de forma significativa el riesgo de lesiones y de infecciones ocupacionales.

Otro pilar esencial de la bioseguridad es la observancia estricta de los principios de asepsia y esterilidad, que incluyen la preparación del campo quirúrgico, la esterilización del instrumental y el mantenimiento de un entorno controlado durante toda la intervención. El incumplimiento de estas normas puede derivar en infecciones del sitio quirúrgico, prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de la morbilidad.

Desde una perspectiva histórica, Kwan, Irwin y Leuver (2008) señalan que la evolución del instrumental quirúrgico está estrechamente ligada al desarrollo de la conciencia sobre la seguridad. Muchos de los diseños modernos incorporan mejoras orientadas a minimizar riesgos biológicos y mecánicos, como mangos ergonómicos, sistemas de protección para hojas cortantes y dispositivos desechables que reducen la contaminación cruzada.

En este contexto, la enfermería quirúrgica desempeña un rol fundamental en la aplicación y vigilancia de los principios de bioseguridad. Su responsabilidad no solo se limita al

cumplimiento de protocolos, sino también a la promoción de una cultura de seguridad, basada en la prevención, la educación continua y la responsabilidad compartida, contribuyendo así a un entorno quirúrgico más seguro y de mayor calidad asistencial.

3.2 Técnicas de limpieza, desinfección y esterilización

El proceso de limpieza, desinfección y esterilización del instrumental quirúrgico constituye una etapa crítica dentro del ciclo de reprocesamiento, ya que de su correcta ejecución depende en gran medida la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud y la seguridad del paciente quirúrgico. Este proceso se inicia inmediatamente después del uso del instrumental, con el objetivo de evitar la desecación de residuos orgánicos que dificulten su eliminación posterior.

La limpieza exhaustiva representa el primer y más importante paso del proceso, pudiendo realizarse de forma manual o mediante equipos automatizados, como lavadoras ultrasónicas. Durante esta fase se eliminan restos de sangre, tejido y otros contaminantes visibles que interfieren con la eficacia de la desinfección y esterilización. El personal de enfermería debe dominar técnicas específicas de cepillado, enjuague y uso de detergentes enzimáticos, los cuales facilitan la degradación de materia orgánica sin dañar el instrumental. La omisión o ejecución inadecuada de esta etapa puede comprometer todo el proceso posterior, aun cuando se utilicen métodos de esterilización avanzados.

Posteriormente, se aplican métodos de desinfección de alto nivel, destinados a eliminar la mayoría de microorganismos patógenos, incluidos virus, bacterias y micobacterias. Esta fase resulta especialmente relevante para instrumental que no puede ser sometido de inmediato a esterilización o que requiere un tratamiento intermedio antes de su reprocesamiento final.

Finalmente, el proceso culmina con la esterilización, mediante métodos físicos o químicos, que aseguran la eliminación total de microorganismos, incluidas las esporas bacterianas. Glaser et al. (2022) señalan que la organización estandarizada de la mesa quirúrgica y del instrumental influye positivamente en este proceso, ya que facilita la identificación, el conteo y la correcta rotación de los instrumentos hacia las áreas de lavado y esterilización.

En este contexto, la enfermería quirúrgica desempeña un rol fundamental, no solo como ejecutora de los procedimientos técnicos, sino también como garante del cumplimiento de protocolos y de la trazabilidad del instrumental. Su participación activa fortalece la cultura de

seguridad, asegurando que cada instrumento utilizado en el quirófano cumpla con los más altos estándares de calidad y bioseguridad.

3.3 Métodos modernos de esterilización

La esterilización ha evolucionado desde las técnicas clásicas de ebullición y calor seco hasta métodos más seguros como la autoclave, la esterilización por gas (óxido de etileno), el plasma de peróxido de hidrógeno y la radiación ionizante. Lawrence (1999) documenta cómo la introducción de nuevas tecnologías transformó la producción y el mantenimiento de los instrumentos, haciendo posible su reutilización segura en múltiples procedimientos.

En la actualidad, la elección del método depende del tipo de material: mientras el acero inoxidable se procesa habitualmente en autoclave, equipos sensibles como ópticas y plásticos requieren tecnologías menos agresivas. Singh y Arulappan (2023) resaltan que la responsabilidad de la enfermera instrumentista no se limita a aplicar protocolos, sino también a reconocer las limitaciones de cada método y a garantizar que los procesos se cumplan conforme a normas internacionales.

3.4 Conservación y control de calidad del instrumental

La conservación y el control de calidad del instrumental quirúrgico constituyen procesos fundamentales dentro de la práctica asistencial, ya que el cuidado del instrumental no concluye con la esterilización. Por el contrario, esta fase representa solo una parte de un ciclo continuo que busca garantizar la funcionalidad, seguridad y durabilidad del material utilizado durante los procedimientos quirúrgicos. Una adecuada conservación permite preservar la vida útil del instrumental y asegurar su correcto desempeño en el acto operatorio, evitando fallas que puedan comprometer la seguridad del paciente o el desarrollo de la cirugía.

Dentro de las acciones de conservación se incluyen revisiones periódicas del estado físico del instrumental, prestando especial atención a filos, puntas, articulaciones, sistemas de cierre y mangos. La detección temprana de desgaste, corrosión, desalineación o pérdida de funcionalidad permite retirar oportunamente el material defectuoso y prevenir incidentes intraoperatorios. Asimismo, el almacenamiento adecuado en bandejas específicas, organizadas por tipo de procedimiento y protegidas de golpes, humedad o fricción excesiva, resulta esencial para evitar daños mecánicos y contaminación secundaria.

El control de calidad también implica la aplicación rigurosa de protocolos de conteo del instrumental, gases y materiales quirúrgicos. Kooijmans et al. (2024) destacan que la retención inadvertida de objetos quirúrgicos representa un evento adverso grave y prevenible, estrechamente relacionado con fallas en los procesos de verificación. En este sentido, el personal de enfermería cumple un rol crítico al realizar el conteo inicial, intraoperatorio y final, asegurando la concordancia entre los registros y el material utilizado.

3.5 Rol del instrumentista en la trazabilidad del material

36

La trazabilidad del material quirúrgico constituye un componente esencial de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial en el entorno quirúrgico. Este proceso consiste en registrar, controlar y seguir de manera sistemática el recorrido de cada instrumento desde su preparación inicial, su uso en el quirófano y su posterior retorno a las áreas de limpieza, desinfección y esterilización. Una trazabilidad adecuada permite garantizar la disponibilidad del material, prevenir errores y responder de forma oportuna ante eventos adversos o incidentes relacionados con el instrumental.

En la práctica clínica actual, la trazabilidad se apoya en registros manuales o sistemas informatizados que documentan datos clave como el tipo de procedimiento, el set quirúrgico utilizado, los conteos realizados y el personal responsable en cada etapa. Este control sistemático asegura la transparencia del proceso, facilita auditorías internas y externas, y contribuye a la mejora continua de los servicios quirúrgicos. Glaser et al. (2022) destacan que la estandarización y el registro detallado de las mesas quirúrgicas se han consolidado como prácticas fundamentales para garantizar que todo el material esté completo, funcional y correctamente identificado en cada cirugía.

El instrumentista quirúrgico desempeña un rol central en este proceso, ya que es el profesional encargado de verificar, organizar y controlar el instrumental antes, durante y después del acto quirúrgico. Su responsabilidad incluye el conteo riguroso de los instrumentos, la identificación de posibles faltantes o deterioros y la correcta comunicación de cualquier irregularidad al equipo quirúrgico. Estas acciones reducen de manera significativa el riesgo de retención de objetos quirúrgicos y otros eventos adversos graves.

Más allá de su dimensión técnica, el rol del instrumentista en la trazabilidad posee un profundo componente ético y profesional. Al garantizar un control exhaustivo del material, el

instrumentista se convierte en un verdadero guardián de la seguridad del paciente, protegiendo su vida y su integridad. Este compromiso refuerza una práctica quirúrgica humanizada, basada en la responsabilidad, la vigilancia activa y el respeto por la dignidad del paciente, consolidando a la enfermería quirúrgica como un pilar fundamental del cuidado perioperatorio seguro y de calidad.

4. Rol del instrumentista quirúrgico en el equipo de salud

37

El instrumentista quirúrgico representa una figura esencial en el equipo de salud. Su rol va más allá del simple manejo de instrumental: implica competencias profesionales, compromiso ético y la capacidad de coordinarse en un entorno donde la vida del paciente depende de la precisión y seguridad de cada acción. Singh y Arulappan (2023) resaltan que los enfermeros de quirófano deben asumir responsabilidades que integren el cuidado técnico con la protección del paciente, convirtiéndose en garantes de calidad y seguridad en el proceso quirúrgico.

4.1 Competencias profesionales y éticas

El instrumentista debe poseer competencias técnicas que le permitan identificar, organizar y manejar el instrumental con destreza, además de conocimientos sólidos en anatomía, fisiología y técnicas quirúrgicas. Sin embargo, estas habilidades deben estar acompañadas de valores éticos como la responsabilidad, la confidencialidad y el respeto a la dignidad del paciente.

Según Kwan, Irwin y Leuver (2008), el desarrollo histórico del instrumental quirúrgico refleja también la evolución del rol de quienes lo manipulan, consolidando al instrumentista como un profesional cuya práctica se fundamenta en la precisión técnica y en el compromiso humano. La ética se convierte así en un eje transversal, pues cada decisión o acción puede impactar directamente en la seguridad del paciente.

4.2 Funciones antes, durante y después de la cirugía

El rol del instrumentista quirúrgico se despliega de manera integral a lo largo de todas las fases del proceso quirúrgico, constituyéndose como un actor clave para la seguridad del paciente, la eficiencia del equipo quirúrgico y la calidad del acto operatorio. Sus funciones abarcan actividades técnicas, organizativas y comunicacionales que requieren un alto nivel de conocimiento, responsabilidad y anticipación.

Antes de la cirugía, el instrumentista es responsable de la revisión exhaustiva y preparación del instrumental quirúrgico, asegurando que cada pieza se encuentre esterilizada, completa y en óptimas condiciones de funcionamiento. Esta fase incluye la verificación de los sets quirúrgicos, la organización de la mesa de instrumental y la comprobación de que el material corresponda al tipo de procedimiento programado. Asimismo, participa activamente en la aplicación de los protocolos de bioseguridad, en la preparación del campo estéril y en la identificación temprana de posibles deficiencias que puedan comprometer la intervención.

Durante la cirugía, el instrumentista mantiene una comunicación fluida y constante con el cirujano y el resto del equipo, anticipando las necesidades de instrumental y entregándolo de manera oportuna y precisa. Esta capacidad de anticipación contribuye a la continuidad del procedimiento, reduce interrupciones y disminuye el riesgo de errores. Glaser et al. (2022) demostraron que la estandarización de la mesa quirúrgica optimiza significativamente el desempeño del instrumentista, mejora la ergonomía del trabajo y minimiza eventos adversos asociados a la manipulación del instrumental.

Después de la cirugía, el instrumentista supervisa y participa en el conteo final de instrumentos, gasas y material utilizado, asegurando que no exista ningún elemento retenido en el paciente. Posteriormente, organiza el envío del instrumental al área de limpieza y esterilización, garantizando la correcta trazabilidad del material. Kooijmans et al. (2024) destacan que el conteo documentado y la trazabilidad rigurosa son prácticas críticas para la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos graves.

En conjunto, estas funciones reflejan que el instrumentista quirúrgico no solo cumple un rol técnico, sino también ético y humanizado, al velar permanentemente por la seguridad, la dignidad y el bienestar del paciente en cada etapa del proceso quirúrgico.

4.3 Coordinación con el equipo multidisciplinario

El quirófano es un escenario donde convergen distintos profesionales: cirujanos, anestesiólogos, enfermeras circulantes y personal de apoyo. El instrumentista ocupa un rol estratégico al ser el puente entre el cirujano y el resto del equipo, garantizando que cada acción esté coordinada y alineada con los objetivos de la intervención.

Singh y Arulappan (2023) enfatizan que esta coordinación no solo implica la entrega de instrumentos, sino también la capacidad de comunicarse de manera clara, anticipar complicaciones y mantener un entorno seguro. El trabajo interdisciplinario requiere confianza mutua, y el instrumentista, al manejar la interfaz técnica del procedimiento, se convierte en una figura clave para la cohesión del grupo.

4.4 Retos actuales: cirugía mínimamente invasiva y robótica

Los avances tecnológicos en el ámbito quirúrgico han generado transformaciones profundas en la práctica clínica y, particularmente, en el rol del instrumentista quirúrgico. La introducción de la cirugía mínimamente invasiva marcó un punto de inflexión en la dinámica del quirófano, al incorporar instrumental especializado para procedimientos laparoscópicos y de microcirugía. Este cambio supuso la necesidad de desarrollar habilidades técnicas distintas a las empleadas en la cirugía abierta tradicional, tales como la coordinación ojo-mano indirecta, el manejo de instrumentos de gran precisión y la adaptación a campos visuales amplificados mediante sistemas ópticos avanzados.

Posteriormente, la consolidación de la cirugía robótica ha elevado aún más las exigencias profesionales, al integrar plataformas altamente tecnológicas que combinan sistemas computarizados, interfaces digitales y equipamiento de alta precisión. En este contexto, el instrumentista no solo debe dominar el instrumental quirúrgico, sino también comprender el funcionamiento de los sistemas robóticos, anticiparse a las necesidades del cirujano y garantizar la correcta disposición, calibración y seguridad de los equipos tecnológicos. Estas competencias requieren un conocimiento técnico especializado y una capacidad de adaptación constante frente a la rápida evolución de la tecnología médica.

Lawrence (1999) destaca que los fabricantes de instrumental quirúrgico han sido históricamente catalizadores de la innovación en cirugía, influyendo de manera directa en la evolución de las técnicas operatorias. En la actualidad, esta afirmación cobra especial relevancia en el quirófano robótico, donde la interacción entre tecnología, equipo quirúrgico y seguridad del paciente define nuevos estándares de calidad asistencial. Frente a este escenario, la formación continua se convierte en un pilar fundamental para el desempeño profesional del instrumentista, quien debe asumir un compromiso permanente con la actualización de competencias técnicas, el aprendizaje de nuevas tecnologías y la participación activa en

programas de capacitación. De este modo, el instrumentista quirúrgico se consolida como un profesional clave en la cirugía moderna, contribuyendo de manera decisiva a la eficiencia, seguridad y calidad del acto quirúrgico.

4.5 Seguridad del paciente y reducción de riesgos

La seguridad del paciente constituye el eje central de la práctica del instrumentista quirúrgico y representa un componente esencial de la calidad asistencial en el entorno quirúrgico. Cada una de sus funciones se orienta a la prevención de eventos adversos y a la reducción de riesgos asociados al acto operatorio, desde la preparación del instrumental hasta la finalización del procedimiento. La participación activa del instrumentista en la aplicación de protocolos de seguridad, como las listas de verificación quirúrgica, el conteo sistemático del instrumental y los controles de esterilidad, resulta determinante para garantizar procedimientos seguros y eficientes.

El conteo riguroso del instrumental quirúrgico antes, durante y después de la intervención constituye una de las responsabilidades más críticas del instrumentista, ya que permite prevenir la retención accidental de cuerpos extraños, considerada un evento adverso grave y prevenible. Asimismo, la correcta manipulación del instrumental estéril y la vigilancia permanente de las normas de asepsia y antisepsia contribuyen de manera directa a la prevención de infecciones del sitio quirúrgico, una de las complicaciones más frecuentes y costosas en cirugía. Estas acciones no solo reducen la morbilidad del paciente, sino que fortalecen la confianza del equipo quirúrgico y del propio paciente en el proceso asistencial.

Kooijmans et al. (2024) destacan que los errores derivados de una gestión inadecuada del instrumental quirúrgico representan riesgos significativos para la seguridad del paciente, por lo que recomiendan la incorporación de tecnologías de apoyo, como sistemas de trazabilidad y registros electrónicos, para optimizar el control y seguimiento del material quirúrgico. En este contexto, el rol del instrumentista trasciende la dimensión técnica, posicionándose como un actor clave en la cultura de seguridad. Su capacidad para integrar protocolos estandarizados, herramientas tecnológicas y un enfoque humanizado del cuidado permite consolidar prácticas quirúrgicas más seguras, reforzando su papel como garante de la seguridad del paciente y de la calidad del acto quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA:

- Glaser, B., Schellenberg, T., Neumann, J., Hofer, M., Modemann, S., Dubach, P., & Neumuth, T. (2022). Measuring and evaluating standardization of scrub nurse instrument table setups: a multi-center study. *International Journal Of Computer Assisted Radiology And Surgery*, 17(3), 479-485. <https://doi.org/10.1007/s11548-021-02556-1>
- Kwan, A., Irwin, J. F., & Leuver, M. E. (2008, 1 diciembre). Surgical Instruments as a Window into the Profession's Past. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2605303/>
- Singh, B. C., & Arulappan, J. (2023). Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. *SAGE Open Nursing*, 9. <https://doi.org/10.1177/23779608231186247>
- Lawrence, C. (1999, 1 octubre). American surgical instruments: an illustrated history of their manufacture and a directory of instrument makers to 1900. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1044193/>
- Kooijmans, A., De Rouw, L., Van Der Elst, M., & Van Den Dobbelsteen, J. (2024). Surgical instrument counting: Current practice and staff perspectives on technological support. *Human Factors In Healthcare*, 6, 100087. <https://doi.org/10.1016/j.hfh.2024.100087>
- Uto, D. G. C., Guerrero, I. J. V., López, D. E. C., Centeno, D. J. G., Pantoja, L. F. Y., Vega, J. B. G., Bonilla, V. J. A., Estrella, M. A. A., Acosta, G. V. L., & Reyes, C. E. V. (2022). Manual práctico de enfermería quirúrgica. En Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022 eBooks. <https://doi.org/10.26820/978-9942-602-75-6>
- Estahbanati, M. R. K. (2023). Advances in Vaporized Hydrogen Peroxide Reusable Medical Device Sterilization Cycle Development: Technology Review and Patent Trends. *Microorganisms*, 11(10), 2566. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11102566>
- Jildeh, Z. B., Wagner, P. H., & Schöning, M. J. (2021). Sterilization of Objects, Products, and Packaging Surfaces and Their Characterization in Different Fields of Industry: The Status in 2020. *Physica Status Solidi (A)*, 218(13). <https://doi.org/10.1002/pssa.202000732>
- Zaborniak, M., Kluczyński, J., Stańko, J., & Ślęzak, T. (2024). The Influence of the Steam Sterilization Process on Selected Properties of Polymer Samples Produced in MEX and JMT Processes. *Materials*, 17(23), 5763. <https://doi.org/10.3390/ma17235763>

CAPÍTULO 2

42

Cuidados de Enfermería en Urgencias y Emergencias

ACURIO BARRE SOLANGE LISSETH

<https://orcid.org/0000-0001-8598-3146>

MONTÚFAR CHAVARRIA CIRILO VIDAL

<https://orcid.org/0009-0008-9082-1924>

GUERRERO GUERRERO ELIZABETH GIOVANNA

<https://orcid.org/0000-0002-2868-0002>

MOROCHO ESPINOZA NARCISA ESTEFANÍA

<https://orcid.org/0009-0007-4188-1229>

INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería en los servicios de urgencias y emergencias constituye uno de los escenarios más dinámicos, complejos y desafiantes dentro del ámbito sanitario. En estos entornos, el profesional de enfermería debe actuar con precisión, rapidez y criterio clínico avanzado para responder a situaciones que amenazan la vida, la integridad física o la funcionalidad del paciente. Bravo et al. (2024) afirman que la práctica en urgencias se caracteriza por la necesidad de tomar decisiones rápidas bajo presión, manejar múltiples prioridades de manera simultánea y aplicar protocolos basados en evidencia que garanticen la continuidad y seguridad del cuidado. Por este motivo, la enfermería ha adquirido un rol fundamental como primera línea en la identificación del riesgo vital, la estabilización inicial y la coordinación del proceso asistencial.

La naturaleza impredecible de las urgencias exige una sólida formación técnica, pensamiento crítico y habilidades de comunicación efectiva. Autores como Ponce-Rivera et al. (2024) destacan que el profesional de enfermería debe poseer competencias para realizar evaluaciones rápidas, aplicar el enfoque ABCDE, ejecutar maniobras de soporte vital y priorizar intervenciones mediante el triage estructurado. La capacidad para reconocer signos de deterioro clínico y activar protocolos especializados es crucial para reducir complicaciones y mejorar los tiempos de respuesta.

No obstante, la atención en urgencias también implica la comprensión profunda de la dimensión humana del cuidado. Según Artunduaga y Buitrago (2019), el paciente en situación crítica experimenta miedo, dolor, ansiedad e incertidumbre, emociones que requieren una aproximación empática y humanizada por parte del profesional. Reyes-Téllez et al. (2024) sostienen que la humanización del cuidado no debe considerarse secundaria, incluso en contextos de alta presión, sino como un elemento esencial para preservar la dignidad y el bienestar emocional del paciente y su familia.

Al mismo tiempo, la seguridad del paciente constituye un eje prioritario. Taleghani et al. (2016) y Militello et al. (2023) coinciden en que los errores en la comunicación, la administración de medicamentos, los procedimientos invasivos y el control de infecciones representan riesgos significativos en los servicios de urgencias. Por ello, la gestión del riesgo, el uso de herramientas

como el HFMEA y la incorporación de protocolos claros se convierten en componentes imprescindibles para prevenir eventos adversos.

Finalmente, los avances tecnológicos, la simulación clínica, las nuevas metodologías de triage y las innovaciones en sistemas de información han transformado el campo de la urgencia, brindando nuevas oportunidades para fortalecer la calidad del cuidado. Este capítulo aborda de manera integral los fundamentos, roles, protocolos, estrategias de seguridad y enfoques humanizados que orientan la práctica enfermera en urgencias y emergencias, consolidando una visión multidimensional y actualizada del cuidado en situaciones críticas.

1. Rol del instrumentista quirúrgico en el equipo de salud

El cuidado de enfermería en urgencias y emergencias constituye uno de los escenarios más complejos, dinámicos y decisivos dentro del ámbito sanitario. Se caracteriza por la necesidad de actuar con rapidez, precisión y eficiencia frente a situaciones que ponen en riesgo inmediato la vida o la funcionalidad del paciente. Bravo et al. (2024) señalan que la enfermería en urgencias se fundamenta en principios esenciales como la atención oportuna, la priorización basada en la gravedad, la toma de decisiones en contextos de incertidumbre y la aplicación de protocolos clínicos basados en evidencia. En este entorno, el profesional de enfermería debe poseer competencias técnicas y transversales que permitan responder de manera segura, ética y humanizada.

El primer eje conceptual de este subtema radica en entender la diferencia entre “urgencia” y “emergencia”. Bravo et al. (2024) explican que una urgencia corresponde a una situación que requiere atención médica rápida, pero que no compromete de forma inmediata la vida del paciente, mientras que una emergencia implica un riesgo vital inminente que demanda intervención inmediata y prioritaria. Esta distinción marca el ritmo del cuidado y las decisiones clínicas, ya que determina el nivel de prioridad y la rapidez de respuesta requerida. En consecuencia, la enfermería debe reconocer signos tempranos de deterioro, identificar los riesgos y actuar bajo protocolos estandarizados.

Desde una perspectiva más profunda, Artunduaga y Buitrago (2019) sostienen que el cuidado en situaciones críticas debe fundamentarse también en principios teóricos y humanistas, especialmente considerando la teoría del cuidado de Jean Watson. Esta teoría subraya la

importancia de la comunicación, la empatía, la presencia terapéutica y el reconocimiento del paciente como un ser integral. Incluso en un contexto altamente técnico, la enfermería debe promover una relación humana y compasiva, estableciendo un puente entre la tecnología y el bienestar emocional del paciente y su familia.

El segundo componente fundamental del cuidado en urgencias es la valoración inicial sistemática, siendo el enfoque ABCDE una de las herramientas más empleadas a nivel mundial. Bravo et al. (2024) describen que este enfoque funciona como una guía rápida y estructurada que ayuda a identificar y resolver problemas potencialmente mortales en orden de prioridad: vía aérea (A), ventilación (B), circulación (C), estado neurológico (D) y exposición del paciente (E). Este proceso permite un abordaje organizado en escenarios de alta presión, reduciendo errores y mejorando la supervivencia. A su vez, autores como Pavedahl et al. (2024) señalan que las guías clínicas y documentos normativos internacionales se apoyan fuertemente en este modelo para estandarizar la atención en los servicios de urgencias.

La valoración inicial implica también la capacidad de reconocer patrones clínicos y anticipar complicaciones. Ferreira et al. (2023) explican que las competencias profesionales en urgencias incluyen la capacidad para interpretar signos vitales, identificar síntomas clave, realizar monitorización básica y avanzada, y activar protocolos de atención rápida. El éxito del cuidado no depende únicamente de la aplicación técnica de los procedimientos, sino también de la capacidad crítica y del razonamiento clínico del profesional. En contextos donde el tiempo es un recurso limitado, la toma de decisiones debe ser precisa, fundamentada y orientada a la preservación de la vida.

La comunicación efectiva constituye otro pilar esencial. En situaciones de urgencia y emergencia, la claridad, brevedad y precisión del mensaje son determinantes para evitar errores clínicos. Gawthorne et al. (2024) indican que una de las principales barreras para el cuidado oportuno es la comunicación deficiente entre los profesionales del equipo de salud, lo que puede generar retrasos, duplicación de intervenciones o fallos en la ejecución de procedimientos críticos. Por ello, los modelos de comunicación estructurada como SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) se han convertido en herramientas fundamentales para mejorar la seguridad del paciente.

La ética profesional también es un componente crucial en el cuidado de urgencias. En este ámbito, las decisiones deben tomarse con rapidez, pero sin dejar de lado consideraciones fundamentales como el respeto a la dignidad humana, el consentimiento informado y la justicia en la priorización de la atención. Jiménez-Herrera et al. (2020) destacan que las emociones y sentimientos que surgen en situaciones críticas pueden influir en la toma de decisiones, por lo que es esencial mantener la estabilidad emocional del profesional. En escenarios donde la vida del paciente corre peligro, la enfermería debe equilibrar el razonamiento técnico con el juicio ético, evitando intervenciones invasivas innecesarias y garantizando el bienestar del paciente.

La gestión del riesgo es otro fundamento clave. Taleghani et al. (2016) explican que los servicios de urgencias son altamente vulnerables a errores debido a la presión del tiempo, el volumen de pacientes y la complejidad clínica. La evaluación de riesgos y la implementación de herramientas como el análisis modal de fallos y efectos (HFMEA) permiten identificar posibles fallos en los procesos y mejorar la seguridad. Militello et al. (2023) afirman que la creación de protocolos seguros y su adecuada comunicación al equipo asistencial reducen significativamente los eventos adversos.

El entorno de urgencias también implica un nivel elevado de estrés para los profesionales. Andreoli y Musser (2020) señalan que uno de los desafíos principales de la enfermería en el futuro será manejar el desgaste emocional, la sobrecarga laboral y la fatiga por compasión. La salud mental del personal influye directamente en la calidad del cuidado, por lo que las instituciones deben promover ambientes laborales seguros y sostenibles.

Otro fundamento relevante es la coordinación interdisciplinaria. Dalco-Miorin et al. (2021) destacan que el trabajo en equipo entre unidades prehospititarias y hospitalarias es fundamental para garantizar una continuidad eficaz en el cuidado. La transferencia segura de información, la comunicación efectiva y la asignación clara de roles permiten un abordaje integrado del paciente crítico.

La humanización en urgencias se ha convertido en una prioridad mundial. Reyes-Téllez et al. (2024) señalan que en contextos donde prima la rapidez y la tecnología, se corre el riesgo de despersonalizar el cuidado. Por ello, la enfermería debe garantizar una atención que incluya apoyo emocional, escucha activa, respeto cultural y acompañamiento familiar cuando es posible.

La presencia humana no solo calma al paciente, sino que también mejora los resultados clínicos y favorece el proceso de recuperación.

Finalmente, la preparación ante desastres constituye un fundamento central. Hung et al. (2024) y Murray et al. (2024) afirman que el personal de enfermería debe contar con competencias en gestión de emergencias, respuesta a desastres, uso de recursos limitados y coordinación comunitaria. La capacidad para actuar en escenarios de múltiples víctimas, epidemias o crisis ambientales es esencial en un mundo donde los riesgos sanitarios son cada vez más frecuentes y complejos.

2. Rol del profesional de enfermería en la atención prehospitalaria y hospitalaria

El rol del profesional de enfermería en urgencias y emergencias abarca un espectro amplio de responsabilidades que se despliegan en dos grandes escenarios asistenciales: la atención prehospitalaria y la atención hospitalaria intrahospitalaria. Ambos entornos demandan competencias avanzadas, toma de decisiones rápidas, dominio técnico y una fuerte orientación ética y humanista.

Según Ponce-Rivera et al. (2024), la enfermería constituye un pilar fundamental en la cadena de supervivencia, desde el primer contacto con la víctima hasta la atención integral en los servicios de urgencias. Este rol se sustenta en la capacidad del profesional para reconocer signos de alarma, priorizar intervenciones y coordinar acciones con todo el equipo de salud.

2.1. Rol de enfermería en la atención prehospitalaria

La atención prehospitalaria constituye el primer eslabón del sistema de emergencias en salud y desempeña un papel determinante en la supervivencia y el pronóstico de los pacientes que enfrentan situaciones críticas. Este nivel de atención incluye la respuesta inicial ante eventos como accidentes de tránsito, paro cardiorrespiratorio, traumatismos, intoxicaciones, quemaduras y desastres naturales, escenarios en los que la intervención oportuna y eficaz resulta esencial para preservar la vida y prevenir complicaciones posteriores. En este contexto, el personal de enfermería cumple un rol fundamental como primer respondiente especializado, actuando en entornos dinámicos, frecuentemente hostiles y con recursos limitados.

La labor de enfermería en la atención prehospitalaria se centra en la valoración rápida y sistemática del paciente, la identificación de riesgos vitales y la aplicación inmediata de intervenciones orientadas a la estabilización. Estas acciones incluyen el manejo de la vía aérea, el control de la ventilación y la circulación, la inmovilización de lesiones traumáticas y la administración inicial de cuidados básicos y avanzados, según los protocolos establecidos. La toma de decisiones clínicas en este nivel asistencial exige habilidades técnicas sólidas, pensamiento crítico y capacidad para priorizar intervenciones bajo presión, factores que inciden directamente en los resultados clínicos.

Dalco-Miorin et al. (2021) subrayan que el trabajo prehospitalario requiere una coordinación efectiva entre los diferentes equipos de emergencia, destacando la importancia de la comunicación clara y la transferencia segura de información clínica durante el traslado del paciente. La continuidad del cuidado, desde el lugar del evento hasta la recepción en el centro hospitalario, depende en gran medida de la calidad del registro, la transmisión de datos relevantes y la colaboración interdisciplinaria. En este marco, la enfermería no solo ejecuta intervenciones técnicas, sino que también asume un rol articulador dentro del sistema de emergencias, garantizando la seguridad del paciente y contribuyendo a una atención integral y oportuna. De esta manera, el rol enfermero en la atención prehospitalaria se consolida como un componente clave para mejorar la respuesta ante emergencias y optimizar los resultados en salud.

2.2. Valoración rápida e identificación de prioridades

En el contexto de la atención prehospitalaria, el tiempo constituye un factor crítico que condiciona de manera directa la evolución clínica y el pronóstico del paciente. La capacidad del personal de enfermería para realizar una valoración rápida, sistemática y eficaz resulta fundamental para identificar situaciones que comprometen la vida y establecer prioridades de intervención. En escenarios caracterizados por la urgencia, la inestabilidad del entorno y la limitación de recursos, una evaluación estructurada permite optimizar la toma de decisiones y reducir el riesgo de omisiones clínicas relevantes.

Bravo et al. (2024) destacan que la enfermería en el ámbito prehospitalario debe basar su valoración inicial en el enfoque ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico y exposición), el cual facilita la identificación temprana de alteraciones potencialmente letales.

Este método proporciona un marco estandarizado que orienta la atención inmediata hacia las funciones vitales, permitiendo intervenir de forma secuencial y priorizada. La detección oportuna de obstrucciones de la vía aérea, insuficiencia respiratoria, hemorragias activas o compromiso neurológico severo es determinante para disminuir la mortalidad en pacientes con trauma, emergencias cardiovasculares o eventos neurológicos agudos.

La valoración rápida no se limita a la observación clínica inicial, sino que implica la integración de signos vitales, mecanismos de lesión, antecedentes relevantes y condiciones del entorno. En este sentido, el triage prehospitalario constituye una herramienta esencial para clasificar a los pacientes según la gravedad de su estado y asignar recursos de manera eficiente. La precisión del triage influye directamente en la continuidad del cuidado y en la priorización de la atención hospitalaria posterior, especialmente en situaciones de múltiples víctimas o desastres.

La enfermería desempeña un rol clave en este proceso, ya que combina habilidades técnicas, juicio clínico y capacidad de respuesta inmediata. Una valoración rápida y adecuada, basada en protocolos validados, no solo mejora los resultados clínicos, sino que fortalece la seguridad del paciente y la calidad de la atención prehospitalaria, consolidando a la enfermería como un actor central en la gestión de emergencias.

2.3. Aplicación de primeros auxilios avanzados y soporte vital

La enfermería en el ámbito prehospitalario desempeña un rol esencial en la aplicación de primeros auxilios avanzados y en la provisión del soporte vital básico (SVB) y avanzado (SVA), constituyéndose como un pilar fundamental en la atención inicial de pacientes en situación crítica. Estas intervenciones tempranas resultan decisivas para mantener las funciones vitales, prevenir el deterioro clínico y aumentar las probabilidades de supervivencia, especialmente en escenarios de emergencia extrahospitalaria donde el tiempo y los recursos son limitados.

Ponce-Rivera et al. (2024) señalan que los profesionales de enfermería deben dominar un conjunto amplio de competencias técnicas, entre las que destacan el manejo de la vía aérea, la utilización de dispositivos supraglóticos, la ventilación asistida y el uso del desfibrilador externo automático. Estas habilidades permiten actuar de forma inmediata ante situaciones como el paro cardiorrespiratorio, la insuficiencia respiratoria aguda o los traumatismos graves. Asimismo, el control efectivo del sangrado mediante técnicas de compresión, vendajes o

dispositivos hemostáticos constituye una intervención prioritaria para prevenir el shock hipovolémico y reducir la mortalidad asociada a lesiones traumáticas.

La aplicación del soporte vital avanzado implica, además, la administración segura de fármacos de emergencia, la monitorización básica del paciente y la toma de decisiones clínicas fundamentadas en protocolos estandarizados. Estas acciones requieren no solo destreza técnica, sino también capacidad de juicio clínico, trabajo en equipo y adaptación a entornos dinámicos y cambiantes. En este sentido, Andreoli y Musser (2020) destacan que las demandas actuales de los sistemas de salud a nivel global exigen profesionales de enfermería capaces de responder a emergencias de diversa complejidad, integrando conocimientos actualizados y habilidades prácticas en contextos variables.

De este modo, la enfermería prehospitalaria no se limita a la ejecución de procedimientos, sino que asume un rol activo en la estabilización del paciente y en la continuidad del cuidado hasta su ingreso al sistema hospitalario. La correcta aplicación de primeros auxilios avanzados y soporte vital contribuye significativamente a mejorar los resultados clínicos, reforzando el valor estratégico de la enfermería dentro de los sistemas de atención de emergencias.

2.4. Manejo del trauma y emergencias especiales

El trauma constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el ámbito prehospitalario y representa un desafío prioritario para los sistemas de atención de emergencias. La intervención temprana y adecuada del personal de enfermería resulta determinante para reducir la gravedad de las lesiones, prevenir complicaciones y mejorar la supervivencia del paciente. En este contexto, la enfermería prehospitalaria debe actuar de manera sistemática, rápida y basada en protocolos estandarizados, adaptándose a escenarios complejos y frecuentemente impredecibles.

Ferreira et al. (2023) señalan que una valoración integral del trauma debe iniciar con el análisis de la cinemática del evento, considerando el mecanismo de lesión, la energía involucrada y las condiciones del entorno. Esta información permite anticipar posibles daños internos y orientar la toma de decisiones clínicas. Entre las intervenciones prioritarias se incluyen la inmovilización adecuada de la columna vertebral, el control inmediato de hemorragias externas y la prevención del shock mediante medidas de soporte circulatorio y térmico. Asimismo, la

correcta estabilización del paciente antes del traslado es esencial para evitar el agravamiento de las lesiones durante la movilización.

El rol de enfermería también se extiende al manejo de emergencias especiales, como quemaduras, intoxicaciones y exposiciones a agentes químicos o biológicos. En estos casos, la identificación temprana del agente causal y la aplicación de medidas específicas de descontaminación, protección personal y soporte vital resultan fundamentales para salvaguardar tanto al paciente como al equipo de respuesta. Las quemaduras requieren una valoración precisa de la extensión y profundidad, control del dolor y prevención de la hipotermia, mientras que las intoxicaciones demandan una rápida identificación de signos de compromiso sistémico y la activación de protocolos especializados.

La enfermería prehospitalaria desempeña un papel clave en la priorización del traslado seguro al centro asistencial adecuado, asegurando la continuidad del cuidado y la comunicación efectiva con el equipo receptor. De este modo, el manejo integral del trauma y de las emergencias especiales consolida a la enfermería como un actor esencial en la atención prehospitalaria, contribuyendo de manera decisiva a la reducción de la mortalidad y a la mejora de los resultados clínicos en situaciones de alta complejidad.

2.5. Comunicación efectiva y transferencia segura

La comunicación efectiva constituye un componente esencial en la atención prehospitalaria y adquiere especial relevancia durante la transferencia del paciente desde el entorno extrahospitalario al ámbito hospitalario. Este proceso representa un momento crítico del cuidado, ya que una transmisión incompleta o inadecuada de la información clínica puede comprometer la continuidad asistencial y aumentar el riesgo de eventos adversos. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un rol clave como nexo entre los distintos niveles de atención, asegurando que los datos relevantes del paciente sean comunicados de manera clara, estructurada y oportuna.

Dalco-Miorin et al. (2021) señalan que los errores en la comunicación durante la transferencia prehospitalaria-hospitalaria se encuentran entre las principales causas de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. La omisión de información crítica, la falta de estandarización en los reportes y las interrupciones en el proceso de entrega del paciente pueden generar duplicación de procedimientos, retrasos en el tratamiento o decisiones clínicas

inadecuadas. Por ello, resulta indispensable adoptar herramientas que faciliten una comunicación estructurada y confiable entre los equipos de salud.

El uso de metodologías estandarizadas, como el modelo SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación), permite organizar la información de forma lógica y priorizada, favoreciendo una transición fluida y segura. Esta herramienta contribuye a que el personal receptor comprenda rápidamente el estado clínico del paciente, las intervenciones realizadas y las necesidades inmediatas de cuidado. Asimismo, promueve una cultura de comunicación clara y colaborativa, reduciendo la variabilidad en los reportes y fortaleciendo el trabajo interdisciplinario.

La enfermería, como protagonista del proceso de transferencia, debe garantizar la exactitud y la integridad de la información transmitida, incluyendo datos sobre la valoración inicial, las intervenciones efectuadas, la respuesta del paciente y los riesgos identificados. Una comunicación efectiva no solo mejora la seguridad del paciente, sino que también optimiza la eficiencia del sistema de emergencias y refuerza la calidad de la atención. En consecuencia, la transferencia segura se consolida como una competencia esencial de la enfermería prehospitalaria, estrechamente vinculada a la prevención de eventos adversos y a la mejora de los resultados clínicos.

2.6. Rol humanista en situaciones de crisis

La atención prehospitalaria no se limita a la ejecución de procedimientos técnicos y protocolos clínicos, sino que también involucra una dimensión profundamente humana, especialmente en contextos de crisis. Las situaciones de emergencia suelen estar acompañadas de altos niveles de estrés, miedo, dolor e incertidumbre, tanto para los pacientes como para sus familiares. En este escenario, el rol humanista de la enfermería adquiere una relevancia fundamental, al contribuir a brindar contención emocional y apoyo psicológico en momentos críticos.

Jiménez-Herrera et al. (2020) evidencian que eventos como el trauma grave, la posibilidad de muerte o la pérdida repentina generan reacciones emocionales intensas, incluyendo ansiedad, angustia y desorganización emocional. Frente a estas respuestas, la enfermería prehospitalaria se posiciona como un referente de calma y confianza, capaz de establecer una relación terapéutica breve pero significativa. La comunicación empática, el

contacto respetuoso y la transmisión de seguridad a través de la actitud profesional constituyen herramientas esenciales para disminuir el impacto emocional de la crisis.

El abordaje humanista en la atención prehospitalaria implica reconocer al paciente como una persona integral, con necesidades físicas, emocionales y sociales, incluso en situaciones de extrema urgencia. La capacidad de la enfermería para explicar de manera clara lo que está ocurriendo, escuchar las preocupaciones del paciente y sus familiares, y acompañar emocionalmente durante el proceso de atención y traslado, contribuye a preservar la dignidad y el respeto en circunstancias adversas. Asimismo, el apoyo brindado a los familiares en escenarios de alta carga emocional resulta clave para facilitar la comprensión de la situación y reducir el sufrimiento psicológico.

Este enfoque humanista no solo beneficia a los pacientes y sus allegados, sino que también fortalece la identidad profesional de la enfermería y humaniza los sistemas de atención de emergencias. En consecuencia, integrar la competencia técnica con la sensibilidad emocional permite ofrecer una atención prehospitalaria más completa, ética y centrada en la persona, consolidando a la enfermería como un pilar esencial en el cuidado durante las situaciones de crisis.

3. Rol de enfermería en la atención hospitalaria en urgencias

Una vez que el paciente ingresa al servicio hospitalario de urgencias, el rol de la enfermería se amplía, diversifica y profundiza. Este entorno se caracteriza por un alto flujo de pacientes, múltiples prioridades y decisiones rápidas que deben tomarse bajo presión. Del Carmen De Arco-Canoles y Suarez-Calle (2018) explican que la enfermería constituye el núcleo operativo del sistema de urgencias, articulando la atención desde el triage hasta la estabilización, tratamiento y derivación.

3.1. Triage: priorización y toma de decisiones

El triage hospitalario constituye uno de los procesos más críticos dentro de los servicios de urgencias y representa una responsabilidad clave del profesional de enfermería. Su objetivo principal es priorizar la atención de los pacientes según la gravedad de su condición clínica, asegurando que aquellos con riesgo vital reciban atención inmediata, independientemente del

orden de llegada. Este enfoque resulta esencial para optimizar el uso de los recursos disponibles y garantizar la seguridad del paciente en contextos caracterizados por alta demanda asistencial.

Ponce-Rivera et al. (2024) señalan que el enfermero encargado del triage debe poseer un sólido juicio clínico y capacidad de toma de decisiones rápidas, basadas en la valoración integral del estado del paciente. Este proceso implica la identificación temprana de signos y síntomas de alarma, la evaluación de funciones vitales y la detección de situaciones que pueden evolucionar rápidamente hacia un compromiso grave. La precisión del triage influye directamente en los tiempos de atención, la evolución clínica y los resultados en salud, especialmente en casos de emergencias cardiovasculares, respiratorias o traumatológicas.

La aplicación de sistemas estructurados de triage, como el triage canadiense, el sistema de Manchester o modelos institucionales adaptados a cada contexto, proporciona un marco estandarizado para la clasificación de los pacientes. Estos sistemas permiten categorizar la urgencia de la atención mediante niveles de prioridad claramente definidos, favoreciendo la uniformidad en la toma de decisiones y reduciendo la variabilidad clínica. No obstante, su correcta implementación depende de la formación, experiencia y actualización continua del personal de enfermería.

El triage no se limita a una clasificación inicial, sino que constituye un proceso dinámico que requiere reevaluaciones periódicas, ya que el estado del paciente puede modificarse en cortos periodos de tiempo. En este sentido, la enfermería desempeña un rol estratégico al combinar conocimientos clínicos, habilidades de observación y pensamiento crítico para garantizar una atención segura y oportuna. De este modo, el triage se consolida como una herramienta esencial para la gestión eficaz de los servicios de urgencias y para la reducción de la morbilidad asociada a la atención tardía de emergencias vitales.

3.2. Valoración clínica avanzada

La valoración clínica avanzada constituye una competencia esencial en la práctica de la enfermería en los servicios de urgencias y emergencias, donde la rapidez, precisión y capacidad de anticipación influyen directamente en los resultados clínicos del paciente. Ferreira et al. (2023) señalan que el profesional de enfermería en estos contextos debe poseer habilidades avanzadas

para la evaluación integral del estado del paciente, permitiendo una detección temprana de condiciones potencialmente letales y una respuesta oportuna dentro de los equipos de atención.

Esta valoración incluye la evaluación avanzada de los signos vitales, no solo como datos aislados, sino como indicadores dinámicos de la evolución clínica. La interpretación de alteraciones en la frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y estado neurológico permite identificar patrones de deterioro y orientar la toma de decisiones inmediatas. Asimismo, el reconocimiento precoz de síndromes clínicos, como shock, insuficiencia respiratoria, sepsis o síndrome coronario agudo, resulta fundamental para iniciar intervenciones oportunas y reducir la morbilidad.

La enfermería también participa activamente en la interpretación inicial de exámenes básicos, tales como gasometría arterial, glicemia capilar, electrocardiograma, lactato sérico o pruebas rápidas de laboratorio. Esta competencia favorece la comunicación efectiva con el equipo médico y acelera la activación de protocolos institucionales. En este sentido, la participación de la enfermería en códigos de atención prioritaria, como código ictus, código sepsis o código trauma, refuerza su rol protagónico dentro del abordaje interdisciplinario.

Un aspecto clave de la valoración clínica avanzada es la capacidad de anticipar complicaciones, basándose en la evolución del paciente y en la integración de datos clínicos objetivos y subjetivos. La activación temprana de equipos especializados y la coordinación con otros niveles de atención permiten optimizar los tiempos de respuesta y mejorar la seguridad del paciente. De este modo, la valoración clínica avanzada no solo refleja un alto nivel de competencia técnica, sino también liderazgo, pensamiento crítico y compromiso con la calidad del cuidado en escenarios de alta complejidad.

3.3. Ejecución de intervenciones críticas

La ejecución de intervenciones críticas constituye una de las funciones más complejas y determinantes de la enfermería en escenarios de urgencias, emergencias y cuidados especializados. Estas intervenciones se desarrollan en contextos de alta presión asistencial, donde el tiempo, la precisión y la toma de decisiones oportunas influyen directamente en la evolución clínica y la seguridad del paciente. En este marco, la enfermería no solo actúa como ejecutora de indicaciones, sino como un profesional autónomo con competencias técnicas avanzadas y juicio clínico sólido.

Entre las intervenciones críticas más frecuentes se encuentra la canalización de accesos venosos periféricos o centrales, procedimiento esencial para la administración rápida de fluidos, medicamentos y hemoderivados. Asimismo, la administración de medicamentos de alto riesgo, como vasopresores, sedantes, anticoagulantes o insulina, exige un estricto cumplimiento de los principios de seguridad, incluyendo la verificación de dosis, vía, compatibilidad y monitoreo continuo de efectos adversos. La ventilación asistida, tanto invasiva como no invasiva, requiere habilidades técnicas específicas y una vigilancia constante de parámetros respiratorios para prevenir complicaciones.

El control del dolor representa otra intervención crítica, ya que un manejo inadecuado puede generar sufrimiento innecesario y deterioro fisiológico. La enfermería debe valorar de forma sistemática la intensidad del dolor y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas ajustadas a la condición del paciente. De igual manera, la inmovilización de fracturas y lesiones musculoesqueléticas resulta fundamental para prevenir daño adicional, reducir el dolor y facilitar el traslado seguro del paciente.

La toma de muestras urgentes para exámenes de laboratorio o pruebas diagnósticas constituye una acción clave para orientar decisiones clínicas inmediatas. Militello et al. (2023) destacan que la aplicación rigurosa de protocolos estandarizados en estas intervenciones permite reducir errores clínicos, mejorar la coordinación del equipo y aumentar la seguridad del paciente en situaciones de alta complejidad. En conjunto, la ejecución de intervenciones críticas refleja el rol protagónico de la enfermería en la atención de pacientes graves, integrando competencia técnica, pensamiento crítico y compromiso ético con la calidad del cuidado.

3.4. Coordinación interdisciplinaria

La coordinación interdisciplinaria constituye un componente esencial para garantizar la continuidad, seguridad y calidad del cuidado en los distintos niveles de atención en salud, especialmente en contextos de urgencia y atención crítica. El trabajo colaborativo entre profesionales de diferentes disciplinas permite integrar conocimientos, habilidades y responsabilidades, favoreciendo una atención más eficiente y centrada en las necesidades del paciente. En este escenario, la enfermería desempeña un rol articulador dentro del equipo de salud, facilitando la comunicación y la toma de decisiones conjuntas.

Gawthorne et al. (2024) explican que las barreras y los facilitadores del cuidado enfermero están estrechamente relacionados con la dinámica interdisciplinaria existente en los servicios de salud. Factores como la claridad en los roles, el respeto mutuo, la confianza profesional y la comunicación efectiva influyen de manera directa en el desempeño del equipo y en los resultados clínicos. Cuando estas condiciones no están presentes, se incrementa el riesgo de errores, duplicación de intervenciones y fragmentación del cuidado.

La comunicación clara y oportuna entre enfermeros, médicos, paramédicos, técnicos y otros especialistas resulta fundamental para coordinar acciones, priorizar intervenciones y responder de forma adecuada a situaciones cambiantes. La enfermería, debido a su contacto continuo con el paciente y su visión integral del proceso asistencial, se posiciona como un enlace clave entre los distintos profesionales, asegurando que la información relevante sea compartida y comprendida por todo el equipo. Esta función es especialmente relevante en entornos de alta complejidad, donde las decisiones deben tomarse con rapidez y precisión.

Asimismo, la coordinación interdisciplinaria favorece la continuidad del cuidado durante las transiciones asistenciales, como el traslado del paciente entre servicios o niveles de atención. La participación activa de la enfermería en estos procesos contribuye a minimizar la pérdida de información y a mantener un enfoque centrado en la seguridad del paciente. En consecuencia, el fortalecimiento del trabajo en equipo y de la colaboración interdisciplinaria no solo optimiza la práctica enfermera, sino que también mejora la calidad global de la atención en salud.

3.5. Humanización del cuidado hospitalario

La humanización del cuidado hospitalario constituye un eje fundamental de la atención en salud y adquiere especial relevancia en los servicios de urgencias, donde la alta demanda asistencial, la presión del tiempo y la complejidad clínica pueden dificultar una atención centrada en la persona. A pesar de estas condiciones, garantizar un trato digno, respetuoso y empático sigue siendo una responsabilidad esencial del profesional de enfermería, quien mantiene un contacto continuo y directo con el paciente y su familia.

Reyes-Téllez et al. (2024) evidencian que la implementación de estrategias de humanización en los servicios de urgencias se asocia con una mayor adherencia terapéutica, una disminución significativa de los niveles de ansiedad y una mejor percepción de la calidad de la atención por parte de los pacientes y sus familiares. Estos beneficios se relacionan con prácticas

como la comunicación clara y empática, el respeto por la privacidad, el reconocimiento de las emociones del paciente y la facilitación del acompañamiento familiar cuando las condiciones clínicas lo permiten.

La enfermería desempeña un rol clave en la humanización del cuidado hospitalario, ya que actúa como mediadora entre el sistema de salud y las necesidades emocionales del paciente. La capacidad de explicar procedimientos, informar sobre el estado de salud y brindar contención emocional contribuye a reducir la incertidumbre y el miedo, frecuentes en situaciones de urgencia. Asimismo, el uso de un lenguaje comprensible y una actitud respetuosa favorecen la construcción de una relación terapéutica basada en la confianza, incluso en contextos de atención breve o de alta rotación de pacientes.

La humanización no implica únicamente gestos de cercanía, sino también la defensa activa de los derechos del paciente, el respeto por su autonomía y la consideración de su contexto social y familiar. Integrar estos principios en la práctica cotidiana permite equilibrar la eficiencia técnica con la sensibilidad humana, fortaleciendo la calidad asistencial. En este sentido, la enfermería se consolida como un pilar fundamental en la promoción de un cuidado hospitalario más humano, ético y centrado en la persona, aun en entornos clínicos caracterizados por la urgencia y la presión asistencial.

4. Rol de enfermería en emergencias y desastres

La preparación y respuesta ante emergencias y desastres constituye una dimensión esencial del rol profesional de la enfermería, especialmente en contextos caracterizados por alta vulnerabilidad social y sanitaria. Firouzkouhi et al. (2021) señalan que los profesionales de enfermería deben estar capacitados para actuar en escenarios complejos que incluyen desastres naturales, eventos con múltiples víctimas, incidentes químicos o biológicos y crisis sanitarias de gran magnitud. Estos contextos exigen una actuación rápida, organizada y basada en principios éticos que prioricen la protección de la vida y la salud colectiva.

La enfermería desempeña un papel clave desde las fases de preparación, respuesta y recuperación ante desastres. Durante la preparación, participa en planes de contingencia, simulacros y capacitación continua, fortaleciendo la resiliencia institucional y comunitaria. En la fase de respuesta, el profesional de enfermería se enfrenta a la necesidad de realizar

evaluaciones rápidas de riesgos, identificar prioridades de atención y aplicar sistemas de triage que permitan optimizar el uso de recursos disponibles. Hung et al. (2024) destacan que la capacidad para manejar recursos escasos y adaptarse a entornos cambiantes resulta fundamental para garantizar una atención eficaz y equitativa.

Asimismo, la enfermería asume funciones de liderazgo en situaciones de crisis, coordinando equipos, organizando flujos de atención y asegurando la continuidad del cuidado en condiciones adversas. Murray et al. (2024) añaden que la vigilancia epidemiológica constituye una competencia clave en contextos de desastre, ya que permite detectar brotes, controlar la propagación de enfermedades y orientar decisiones estratégicas en tiempo real. La coordinación interinstitucional con servicios de emergencia, autoridades sanitarias y organizaciones comunitarias refuerza la eficacia de la respuesta y evita duplicación de esfuerzos.

En este marco, la enfermería se consolida como un elemento central del sistema de respuesta ante emergencias y desastres, no solo por su capacidad técnica, sino también por su rol humanista y comunitario. Al garantizar un flujo ordenado de atención, promover la seguridad y brindar apoyo emocional a la población afectada, la enfermería contribuye de manera decisiva a la protección de la comunidad y a la recuperación del tejido social tras situaciones de crisis.

4.1. Competencias profesionales requeridas

El desempeño eficaz de la enfermería en los servicios de urgencias requiere un conjunto amplio y dinámico de competencias profesionales que integran conocimientos técnicos, habilidades cognitivas, capacidades emocionales y principios éticos. Estos entornos se caracterizan por la alta complejidad clínica, la presión asistencial y la necesidad de respuestas inmediatas, por lo que el profesional de enfermería debe estar preparado para actuar con precisión, seguridad y liderazgo.

Entre las competencias fundamentales se encuentra el juicio clínico avanzado, que permite interpretar rápidamente la información disponible, reconocer signos de deterioro y priorizar intervenciones según la gravedad del paciente. La toma de decisiones bajo presión es inseparable de esta capacidad, ya que en urgencias las decisiones deben adoptarse en tiempos reducidos y con información limitada, asumiendo una elevada responsabilidad profesional. De igual manera, el dominio técnico de procedimientos críticos, como el manejo de la vía aérea, la

administración de fármacos de alto riesgo o la monitorización avanzada, resulta esencial para garantizar una atención segura y eficaz.

El manejo del estrés constituye otra competencia clave, dado que la exposición constante a situaciones de riesgo vital, dolor y muerte puede afectar el rendimiento profesional y el bienestar emocional. En este contexto, la capacidad de autorregulación emocional y resiliencia favorece un desempeño sostenido y reduce el riesgo de errores. Asimismo, el liderazgo operativo permite coordinar equipos, organizar flujos de atención y actuar como referente en situaciones de crisis, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario.

Las habilidades de comunicación, tanto con el equipo de salud como con pacientes y familiares, son determinantes para asegurar una atención humanizada y una adecuada continuidad del cuidado. La capacidad de análisis rápido, por su parte, facilita la integración de datos clínicos, diagnósticos y resultados preliminares para orientar la acción inmediata. Finalmente, la ética y la responsabilidad profesional atraviesan todas estas competencias, guiando la toma de decisiones en contextos complejos y garantizando el respeto por la dignidad y los derechos del paciente.

Ferreira et al. (2023) subrayan que estas competencias deben actualizarse de manera continua, ya que el entorno de urgencias evoluciona constantemente con la incorporación de nuevas tecnologías, protocolos y riesgos emergentes. La formación permanente se consolida, así como un requisito indispensable para mantener la calidad y seguridad del cuidado en escenarios de alta exigencia.

Tabla 2.

Competencias profesionales requeridas en enfermería de urgencias y su aplicación clínica

Competencia	¿Qué implica en urgencias?	Indicadores observables	Ejemplos de aplicación	Cómo se fortalece (estrategias)
Juicio clínico avanzado	Interpretar datos clínicos y priorizar riesgos vitales	Reconoce deterioro; prioriza ABCDE; identifica red flags	Detecta sepsis precoz, identifica shock/hipoxia	Simulación, casos clínicos, entrenamiento en ABCDE
Toma de decisiones bajo presión	Decidir con tiempo limitado y datos incompletos	Decide oportunamente; solicita apoyo; activa protocolos	Activa código ictus/sepsis/trauma	Algoritmos, checklists, entrenamientos tipo “drills”

Manejo del estrés	Autorregulación emocional para mantener desempeño seguro	Mantiene comunicación clara; evita impulsividad; pide relevo	Maneja múltiples pacientes críticos sin errores	Debriefing, pausas seguras, entrenamiento en crisis
Liderazgo operativo	Coordinar acciones y recursos del equipo	Asigna tareas; organiza flujos; supervisa seguridad	Coordina reanimación, organiza sala de shock	Liderazgo situacional, simulación interprofesional
Habilidades de comunicación	Comunicación clara con equipo, paciente y familia	Reporte estructurado (SBAR); educación breve; empatía	Entrega segura de turno, comunicación en triage	Entrenamiento SBAR, role-play, feedback 360°
Dominio técnico de procedimientos críticos	Ejecutar procedimientos con precisión y seguridad	Técnica aséptica; verificación; monitoriza respuesta	Vía venosa, fármacos alto riesgo, ventilación asistida	Talleres, competencias, supervisión y recertificación
Capacidad de análisis rápido	Integrar signos, antecedentes y pruebas rápidas	Identifica patrones; correlaciona signos-labs; reevaluación	Interpreta ECG básico, lactato elevado, SatO ₂ baja	Entrenamiento clínico, algoritmos, escenarios simulados
Ética y responsabilidad profesional	Decisiones seguras, respeto y humanización	Consentimiento cuando aplica; confidencialidad; dignidad	Prioriza por gravedad; resguarda privacidad	Bioética clínica, protocolos, cultura de seguridad

Nota: Las competencias descritas requieren actualización continua por la incorporación permanente de nuevos protocolos, tecnologías y riesgos emergentes (Ferreira et al., 2023).

5. Protocolos de actuación y cuidados específicos en urgencias

La atención en los servicios de urgencias exige la aplicación rigurosa de protocolos de actuación estandarizados, los cuales permiten al profesional de enfermería intervenir de manera rápida, segura y fundamentada en la mejor evidencia científica disponible. Estos protocolos constituyen herramientas esenciales para la organización del cuidado en escenarios de alta complejidad, donde la presión asistencial, la gravedad de los pacientes y la necesidad de respuestas inmediatas demandan decisiones precisas y coordinadas. La estandarización de las intervenciones contribuye a unificar criterios clínicos, reducir la variabilidad en la práctica y optimizar los tiempos de atención, factores clave para mejorar los resultados en salud.

El uso sistemático de protocolos facilita la toma de decisiones en situaciones críticas, ya que proporciona algoritmos claros de actuación ante emergencias frecuentes como paro cardiorrespiratorio, trauma, sepsis, síndrome coronario agudo o insuficiencia respiratoria. En este

contexto, la enfermería desempeña un rol protagónico en la activación y ejecución de cuidados específicos, garantizando la aplicación correcta de las intervenciones priorizadas y la vigilancia continua de la respuesta del paciente. Bravo et al. (2024) señalan que la implementación protocolizada de cuidados constituye uno de los pilares fundamentales para asegurar la calidad, seguridad y continuidad de la atención en los servicios de urgencias.

Asimismo, la existencia de guías y recomendaciones internacionales en áreas como soporte vital básico y avanzado, manejo integral del trauma, emergencias cardiovasculares y respiratorias, proporciona un marco de referencia confiable para el profesional de enfermería. Estas guías permiten disminuir la probabilidad de errores clínicos, estandarizar prácticas seguras y favorecer una atención oportuna y basada en evidencia. La adherencia a los protocolos también facilita el trabajo interdisciplinario, al establecer un lenguaje común y roles claramente definido dentro del equipo de salud.

No obstante, la correcta aplicación de los protocolos requiere capacitación continua, entrenamiento práctico y actualización permanente, ya que estos se modifican en función de nuevos conocimientos, tecnologías y riesgos emergentes. En este sentido, la enfermería no solo debe conocer los protocolos, sino también desarrollar la capacidad de adaptarlos al contexto clínico y a las necesidades individuales del paciente. De este modo, los protocolos de actuación se consolidan como instrumentos fundamentales para garantizar una atención de urgencias eficiente, segura y centrada en la persona.

5.1. Soporte vital básico y avanzado (adulto y pediátrico)

El soporte vital constituye una de las intervenciones críticas más frecuentes en los servicios de urgencias. Su objetivo es preservar la vida mediante la identificación rápida del paro cardiorrespiratorio y la ejecución inmediata de maniobras de reanimación. Bravo et al. (2024) enfatizan que la enfermería es un elemento clave dentro del equipo de reanimación, no solo en la ejecución técnica de las maniobras, sino en la coordinación, preparación de equipos y vigilancia posterior.

Los protocolos de soporte vital básico (SVB) incluyen la evaluación del nivel de conciencia, la activación del sistema de emergencias, la apertura de la vía aérea y la realización de compresiones torácicas de alta calidad. Por su parte, el soporte vital avanzado (SVA) añade el manejo avanzado de la vía aérea, la administración de fármacos y la monitorización cardíaca.

Gawthorne et al. (2024) mencionan que el éxito de estas intervenciones depende de la capacitación continua, el trabajo en equipo y la aplicación estricta de algoritmos de actuación.

En pediatría, el soporte vital requiere especial atención por las diferencias anatómicas y fisiológicas. La enfermería debe manejar con precisión los cálculos de dosis, la selección correcta del equipo y el reconocimiento temprano del paro respiratorio, que suele preceder al paro cardíaco en niños (Ponce-Rivera et al., 2024). La presencia de la familia en estos escenarios debe manejarse con sensibilidad y enfoques humanizados.

5.2. Manejo inicial del paciente politraumatizado

El trauma constituye una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en población joven, lo que exige una atención inmediata y protocolizada. El manejo inicial del paciente politraumatizado se basa en los principios del Advanced Trauma Life Support (ATLS) y en la aplicación sistemática del enfoque ABCDE, orientado a identificar y tratar lesiones que comprometen la vida. La enfermería desempeña un rol esencial en el control de hemorragias, la inmovilización adecuada, la monitorización de signos vitales, el reconocimiento temprano del shock y la preparación para procedimientos diagnósticos e invasivos (Bravo et al., 2024; Ferreira et al., 2023). Además, la evaluación de riesgos permite reducir eventos adversos y optimizar la seguridad del paciente (Taleghani et al., 2016).

5.3. Cuidados en emergencias cardiovasculares

Las emergencias cardiovasculares, como el síndrome coronario agudo, las arritmias inestables y la insuficiencia cardíaca aguda, requieren una atención inmediata y protocolizada para disminuir la mortalidad y las secuelas. La enfermería cumple un rol fundamental al reconocer signos tempranos, activar oportunamente el código infarto y preparar al paciente para intervenciones como trombólisis o angiografía coronaria (Bravo et al., 2024). Entre sus responsabilidades se incluyen la monitorización continua, la administración segura de fármacos cardiovasculares, el manejo de la vía aérea ante compromiso respiratorio y la coordinación con el equipo de cardiología. Una comunicación clara y eficaz es clave para la toma de decisiones rápidas y seguras (Gawthorne et al., 2024).

5.4. Cuidados en emergencias respiratorias

Las emergencias respiratorias, como el asma severa, la exacerbación de EPOC, el edema pulmonar y la falla respiratoria aguda, requieren una intervención inmediata para asegurar una oxigenación adecuada y prevenir el deterioro clínico. La enfermería debe realizar una valoración respiratoria avanzada, administrar oxígeno según protocolo y preparar al paciente para intervenciones como la intubación y la ventilación mecánica (Bravo et al., 2024). La monitorización continua de la saturación de oxígeno y el apoyo en el manejo de dispositivos inhalatorios son acciones esenciales. Además, el acompañamiento y la comunicación empática resultan fundamentales para reducir la ansiedad y el sufrimiento del paciente (Jiménez-Herrera et al., 2020).

5.5. Cuidados en emergencias neurológicas

Las emergencias neurológicas, como los accidentes cerebrovasculares, las crisis convulsivas, los traumatismos craneoencefálicos y las alteraciones agudas del estado de conciencia, requieren una intervención inmediata y coordinada. La activación oportuna del código ictus es fundamental para reducir el daño neurológico. La enfermería cumple un rol determinante al evaluar la escala de Glasgow, monitorizar la respuesta pupilar, controlar la glicemia y asegurar una adecuada perfusión cerebral (Ferreira et al., 2023). Asimismo, coordina estudios de imagen urgentes y prepara la administración de fármacos específicos. Estas situaciones demandan precisión técnica y una comunicación empática con la familia (Reyes-Téllez et al., 2024).

5.6. Atención en intoxicaciones y quemaduras

La atención de pacientes con intoxicaciones y quemaduras representa un desafío significativo en los servicios de urgencias, debido a la complejidad clínica, la diversidad de agentes involucrados y el riesgo elevado de complicaciones graves. La actuación oportuna y protocolizada del personal de enfermería resulta fundamental para reducir la morbimortalidad y garantizar una atención segura y eficaz. En estos escenarios, la rapidez en la valoración inicial y la correcta ejecución de intervenciones prioritarias condicionan de manera directa el pronóstico del paciente.

Las intoxicaciones constituyen un problema frecuente y heterogéneo, ya que pueden involucrar sustancias químicas, fármacos, drogas ilícitas, productos domésticos o agentes

biológicos. Bravo et al. (2024) señalan que el manejo inicial debe centrarse en la identificación precoz de la sustancia implicada y del mecanismo de exposición, lo cual orienta las decisiones terapéuticas posteriores. La protección del equipo de salud es un aspecto esencial, especialmente en intoxicaciones por agentes volátiles o corrosivos, con el fin de evitar la exposición secundaria. La descontaminación adecuada, ya sea cutánea, ocular o digestiva, forma parte de las intervenciones iniciales, junto con el aseguramiento de la vía aérea y el soporte ventilatorio cuando existe compromiso respiratorio. En casos específicos, la administración de antídotos constituye una medida clave que debe realizarse de forma segura y bajo protocolos establecidos.

Por otro lado, las quemaduras requieren una valoración sistemática y rigurosa desde el ingreso del paciente. La enfermería debe evaluar de manera inicial la extensión y profundidad de las lesiones, identificar zonas críticas comprometidas y estimar el riesgo vital. El control del dolor mediante analgesia adecuada es prioritario, ya que las quemaduras generan un intenso sufrimiento físico y emocional. La reposición hídrica, calculada mediante fórmulas reconocidas, resulta esencial para prevenir el shock hipovolémico, especialmente en quemaduras extensas. Asimismo, la cobertura estéril de las lesiones y la aplicación de medidas de prevención de infecciones forman parte del cuidado inicial.

En ambos escenarios, la coordinación con unidades especializadas en toxicología o manejo de quemados es fundamental para asegurar la continuidad del cuidado y optimizar los resultados clínicos. De este modo, la enfermería se consolida como un actor clave en la atención integral de intoxicaciones y quemaduras en urgencias.

5.7. Atención en desastres y eventos de múltiples víctimas

La atención en desastres y eventos con múltiples víctimas representa uno de los escenarios más complejos para la práctica de la enfermería en urgencias, debido a la magnitud del evento, la limitación de recursos y la necesidad de tomar decisiones rápidas que impactan directamente en la supervivencia de la población afectada. En estos contextos, el rol enfermero adquiere una relevancia estratégica, al integrar competencias clínicas avanzadas con habilidades de coordinación, liderazgo y gestión del riesgo.

Firouzkouhi et al. (2021) señalan que las emergencias masivas exigen la aplicación sistemática de modelos de triage como START o SALT, los cuales permiten clasificar rápidamente

a las víctimas según la gravedad de sus lesiones y las posibilidades de supervivencia. La categorización rápida y la priorización de la atención son fundamentales para optimizar el uso de recursos escasos y garantizar que los pacientes con riesgo vital reciban atención inmediata. En este proceso, la enfermería debe mantener un alto nivel de juicio clínico, evitando decisiones basadas en la emoción y actuando bajo principios éticos y técnicos claramente establecidos.

La comunicación efectiva constituye otro pilar esencial en la gestión de eventos de múltiples víctimas. La transmisión clara de información entre los equipos de respuesta, la coordinación con servicios prehospitalarios y hospitalarios, y el enlace con autoridades sanitarias permiten mantener un flujo ordenado de atención y reducir la duplicación de esfuerzos. El manejo del denominado “caos organizado” implica la capacidad de actuar con control y estructura en entornos altamente desorganizados, garantizando la seguridad tanto de las víctimas como del personal de salud.

Hung et al. (2024) y Murray et al. (2024) agregan que la enfermería debe dominar competencias específicas para responder a emergencias químicas, biológicas y radiológicas, las cuales requieren medidas especiales de protección personal, descontaminación, vigilancia epidemiológica y control de la exposición. Estas situaciones demandan una formación especializada y actualización constante, debido a los riesgos que representan para la salud pública.

5.8. Humanización en protocolos críticos

La atención en los servicios de urgencias y en situaciones críticas suele priorizar la rapidez, la precisión técnica y la aplicación estricta de protocolos clínicos. Sin embargo, estos elementos no deben excluir la dimensión humana del cuidado. La humanización en los protocolos críticos es un componente esencial de la práctica enfermera, ya que incluso en contextos de alta presión asistencial es posible y necesario preservar la dignidad, el respeto y la consideración emocional del paciente.

Reyes-Téllez et al. (2024) destacan que pequeñas acciones humanizantes pueden tener un impacto significativo en la experiencia del paciente durante una emergencia. Explicar brevemente lo que está ocurriendo, aunque el tiempo sea limitado, reduce la ansiedad y favorece la cooperación. Avisar antes de tocar o realizar un procedimiento, utilizar el nombre del paciente y ofrecer apoyo verbal continuo contribuye a generar una sensación de seguridad en

medio del caos clínico. Estas acciones no retrasan la atención, sino que fortalecen la relación terapéutica y mejoran la percepción de la calidad del cuidado.

Asimismo, permitir el contacto familiar cuando las condiciones clínicas y de seguridad lo permiten representa una estrategia clave de humanización. La presencia de un familiar puede disminuir el estrés del paciente y facilitar la contención emocional, especialmente en situaciones de riesgo vital. La enfermería cumple un rol central como mediadora entre los protocolos técnicos y las necesidades emocionales, equilibrando la eficiencia clínica con la sensibilidad humana.

La humanización en protocolos críticos también implica el respeto por la privacidad, la confidencialidad y la autonomía del paciente, incluso cuando este se encuentra en condiciones de vulnerabilidad extrema. Jamás debe sacrificarse la dignidad por la rapidez, ya que el cuidado de la persona va más allá de la ejecución técnica de procedimientos. Integrar la humanización en la atención crítica refuerza el compromiso ético de la enfermería y consolida una práctica profesional centrada en la persona, aun en los escenarios más complejos y demandantes.

Tabla 3.

Estrategias de humanización en protocolos críticos de urgencias

Dimensión	Estrategias humanizadas	Aplicación en urgencias	Impacto en el paciente
Comunicación	Explicar brevemente procedimientos y situación clínica	Antes y durante intervenciones críticas	Reduce ansiedad y confusión
Respeto y dignidad	Avisar antes de tocar, uso del nombre del paciente	Valoración inicial y procedimientos	Aumenta sensación de seguridad
Apoyo emocional	Acompañamiento verbal y contención	Durante reanimación o procedimientos invasivos	Mejora experiencia humana
Familia	Permitir contacto familiar cuando sea posible	Fases estables o post-críticas	Disminuye estrés emocional
Ética del cuidado	Protección de privacidad y confidencialidad	Todo el proceso asistencial	Refuerza confianza y respeto

Nota: La integración de estrategias humanizadas en protocolos críticos no interfiere con la rapidez de la atención, sino que mejora la calidad global del cuidado (Reyes-Téllez et al., 2024).

5. Seguridad del paciente y control de infecciones en urgencias

La seguridad del paciente en los servicios de urgencias constituye uno de los pilares centrales de la práctica enfermera y se relaciona directamente con la calidad asistencial, la reducción de eventos adversos y la preservación de la vida en situaciones críticas. El contexto de urgencias se caracteriza por un flujo elevado de pacientes, múltiples prioridades simultáneas, presión temporal extrema y frecuentes intervenciones invasivas. Según Bravo et al. (2024), este escenario incrementa el riesgo de errores clínicos, fallos de comunicación y complicaciones asociadas a la atención, por lo que es imprescindible que los profesionales de enfermería implementen estrategias sistemáticas de seguridad.

La OMS y diversas agencias internacionales han señalado que las unidades de urgencias presentan uno de los mayores índices de eventos adversos en el sistema sanitario debido a la complejidad del entorno. Taleghani et al. (2016) explican que el análisis de modos de falla y efectos (HFMEA) es una herramienta útil para identificar riesgos en procesos críticos, permitiendo detectar fallos antes de que estos generen daño. En urgencias, incluso pequeñas desviaciones del protocolo pueden tener consecuencias mayores. Por ello, la seguridad del paciente debe abordarse como un proceso dinámico, sistemático y basado en la mejora continua.

6.1. Riesgos clínicos frecuentes en urgencias

Los servicios de urgencias se caracterizan por un entorno dinámico, impredecible y de alta presión asistencial, lo que incrementa la probabilidad de aparición de riesgos clínicos que pueden comprometer la seguridad del paciente. Entre los riesgos más frecuentes se encuentran los errores de medicación, los retrasos en la atención, los fallos en la comunicación interdisciplinaria, las infecciones asociadas al uso de dispositivos invasivos, las caídas, las complicaciones respiratorias y el deterioro clínico no reconocido de manera oportuna. Estos eventos adversos representan un desafío permanente para los equipos de salud y exigen estrategias sistemáticas de prevención y control.

Gawthorne et al. (2024) destacan que la sobrecarga laboral, la alta demanda asistencial y la saturación de los servicios de urgencias constituyen barreras importantes para la ejecución oportuna y segura del cuidado. La presión por atender a múltiples pacientes de

manera simultánea puede favorecer omisiones, retrasos en intervenciones críticas y una disminución en la vigilancia clínica continua. En este contexto, la enfermería se enfrenta a la necesidad de priorizar cuidados sin comprometer la calidad y seguridad de la atención.

Asimismo, Pavedahl et al. (2024) señalan que la falta de claridad en las guías internas, la ausencia de protocolos actualizados y la variabilidad en la práctica clínica incrementan el riesgo de errores en la toma de decisiones y afectan la continuidad del cuidado. La estandarización de procesos, el uso de checklists y la comunicación estructurada entre los miembros del equipo se identifican como estrategias clave para reducir estos riesgos y mejorar los resultados clínicos.

Jiménez-Herrera et al. (2020) agregan que el componente emocional desempeña un papel relevante en la aparición de eventos adversos. El miedo, el estrés y la presión constante propios del entorno de urgencias pueden afectar la concentración y la precisión del profesional, aumentando la probabilidad de errores. Por ello, la regulación emocional y el autocontrol se consideran competencias esenciales para la práctica segura. En conjunto, la identificación y gestión de los riesgos clínicos en urgencias requieren un abordaje integral que combine organización, formación continua, apoyo emocional y liderazgo enfermero, con el objetivo de fortalecer la seguridad del paciente y la calidad del cuidado.

6.2. Errores de medicación y seguridad farmacológica

Los errores de medicación constituyen uno de los eventos adversos más frecuentes y prevenibles en los servicios de urgencias, debido a las condiciones propias de estos entornos, caracterizados por la rapidez en la toma de decisiones, la alta rotación de pacientes y la utilización de medicamentos de alto riesgo. La complejidad de los esquemas terapéuticos, las variaciones en dosis según peso, edad o condición clínica, y la necesidad de administración inmediata incrementan la probabilidad de fallos en el proceso de medicación.

Bravo et al. (2024) señalan que entre los factores asociados a los errores de medicación en urgencias se encuentran las interrupciones frecuentes durante la preparación y administración de fármacos, el cansancio y la sobrecarga laboral del personal, la confusión entre medicamentos con nombres o presentaciones similares y la ausencia de sistemas de doble verificación. Estas condiciones favorecen omisiones, errores de dosis, administración por vía incorrecta o en tiempos inadecuados, con potencial impacto negativo en la seguridad del paciente.

Militello et al. (2023) subrayan que la creación, actualización y comunicación efectiva de protocolos farmacológicos constituye una estrategia fundamental para reducir errores en situaciones de alta presión. En este sentido, la enfermería desempeña un rol clave en la implementación de medidas de seguridad como la doble verificación independiente antes de la administración, el uso de bombas de infusión inteligentes con bibliotecas de seguridad, el etiquetado claro y diferenciado de los medicamentos y la revisión sistemática de las órdenes médicas. Asimismo, la comunicación estructurada mediante herramientas como SBAR contribuye a disminuir malentendidos y a mejorar la continuidad del cuidado entre turnos y profesionales.

Además de las acciones técnicas, la enfermería tiene la responsabilidad de educar al paciente y a la familia sobre los medicamentos administrados, explicando su finalidad, posibles efectos adversos y medidas de seguridad, especialmente cuando se trata de fármacos de alto riesgo. Esta educación fortalece la adherencia terapéutica y promueve una cultura de seguridad compartida. En conjunto, la prevención de errores de medicación requiere un enfoque integral que combine protocolos claros, tecnología, trabajo en equipo y compromiso ético del personal de enfermería con la seguridad farmacológica.

6.3. Fallos de comunicación y transferencia de información

La comunicación efectiva constituye un componente crítico de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias; sin embargo, también representa una de las principales fuentes de error clínico en estos entornos de alta complejidad. La atención urgente implica múltiples transiciones asistenciales, cambios de turno y derivaciones entre niveles de atención, lo que incrementa el riesgo de pérdida, distorsión u omisión de información relevante para la toma de decisiones clínicas.

Dalco-Miorin et al. (2021) explican que las transferencias de pacientes entre equipos prehospitalarios y hospitalarios son especialmente vulnerables a fallos comunicacionales. La falta de estandarización en el reporte, el tiempo limitado y la presión asistencial pueden conducir a información incompleta o poco clara, lo que favorece la duplicación innecesaria de intervenciones, retrasos en el inicio de tratamientos o decisiones clínicas inapropiadas. Estos fallos impactan directamente en la continuidad del cuidado y en los resultados del paciente.

Pavedahl et al. (2024) resaltan que la implementación de guías institucionales claras, junto con el uso sistemático de formatos estandarizados de comunicación como SBAR o I-PASS,

contribuye de manera significativa a mejorar la calidad de las transferencias de información. Estas herramientas permiten estructurar el mensaje, priorizar datos críticos y establecer un lenguaje común entre los profesionales, reduciendo la dependencia de la memoria y la interpretación subjetiva. Su aplicación favorece una comunicación más clara, concisa y orientada a la seguridad del paciente.

Gawthorne et al. (2024) agregan que factores organizacionales, como las cargas de trabajo excesivas, la saturación de los servicios y los entornos ruidosos, dificultan la concentración del personal y aumentan la probabilidad de malentendidos. Por ello, resulta esencial establecer espacios breves pero estructurados para la transferencia de información, incluso en contextos de alta demanda.

6.4. Control de infecciones en urgencias

El control de infecciones en los servicios de urgencias representa un desafío constante debido a las características propias de estos entornos, tales como el alto flujo y rotación de pacientes, la atención simultánea de múltiples casos, la limitación de espacios físicos y la necesidad de realizar procedimientos invasivos de manera inmediata. Estas condiciones incrementan el riesgo de transmisión cruzada de microorganismos y de infecciones asociadas a la atención en salud, lo que exige una vigilancia estricta y acciones preventivas sistemáticas.

Bravo et al. (2024) señalan que la transmisión cruzada ocurre con mayor frecuencia cuando existe hacinamiento en las salas de espera, se descuida la higiene de manos, se manipulan dispositivos sin una técnica aséptica adecuada o no se cumplen de forma rigurosa los protocolos de esterilidad. En urgencias, la priorización de la rapidez no debe traducirse en la omisión de medidas básicas de prevención, ya que estas constituyen la primera barrera de protección tanto para el paciente como para el personal de salud.

En este contexto, la enfermería desempeña un rol protagónico al liderar e implementar las estrategias institucionales de control de infecciones. Entre los principios fundamentales se encuentra la higiene de manos, aplicada en los cinco momentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, considerada la medida más eficaz para prevenir la transmisión de patógenos. Asimismo, el uso adecuado de equipos de protección personal, la limpieza y desinfección rigurosa del entorno asistencial y de los dispositivos médicos, y la

correcta aplicación de medidas de aislamiento según el tipo de transmisión resultan esenciales para reducir el riesgo infeccioso.

La vigilancia epidemiológica activa permite identificar precozmente casos sospechosos, brotes o fallas en las medidas de control, facilitando la toma de decisiones oportunas. Reyes-Téllez et al. (2024) sostienen que la humanización del cuidado también se vincula estrechamente con la prevención de infecciones, ya que la educación del paciente y la comunicación clara sobre las medidas de seguridad favorecen la adherencia y la corresponsabilidad.

6.5. Seguridad en procedimientos invasivos

Los procedimientos invasivos forman parte esencial de la atención en los servicios de urgencias y cuidados críticos; sin embargo, también constituyen una de las principales fuentes de eventos adversos cuando no se ejecutan bajo condiciones de seguridad estrictas. Intervenciones como la canalización venosa periférica o central, la intubación orotraqueal, el sondaje urinario o la colocación de catéteres implican la ruptura de barreras naturales de defensa del organismo, lo que incrementa el riesgo de infecciones, lesiones tisulares y otras complicaciones asociadas.

Bravo et al. (2024) destacan que el riesgo de eventos adversos aumenta significativamente cuando estos procedimientos se realizan bajo presión asistencial, en contextos de alta demanda o en ambientes con condiciones inadecuadas de iluminación, espacio o recursos. En urgencias, la necesidad de actuar con rapidez no debe comprometer la calidad técnica ni el cumplimiento de los principios de seguridad, ya que incluso errores menores pueden generar consecuencias clínicas relevantes.

Para minimizar los daños, la enfermería debe aplicar bundles o paquetes de medidas basadas en evidencia, diseñados específicamente para reducir la variabilidad en la práctica y prevenir complicaciones. Estos incluyen la aplicación rigurosa de técnica aséptica durante todo el procedimiento, el uso adecuado de equipos de protección personal y la verificación previa de la integridad y funcionalidad del material a utilizar. La correcta preparación del paciente y del entorno también resulta fundamental para disminuir riesgos innecesarios.

El registro adecuado y oportuno de los procedimientos invasivos constituye otra estrategia clave de seguridad, ya que permite asegurar la trazabilidad del cuidado, facilitar la continuidad asistencial y detectar precozmente posibles complicaciones. Asimismo, la vigilancia

continúa del sitio de inserción, mediante la observación sistemática de signos de infección, sangrado o desplazamiento del dispositivo, contribuye a una intervención temprana y a la reducción de eventos adversos.

6.6. Gestión del riesgo y cultura de seguridad

La gestión del riesgo y el fortalecimiento de una cultura de seguridad constituyen pilares fundamentales para garantizar una atención segura y de calidad en los servicios de urgencias. Estos entornos se caracterizan por la alta complejidad clínica, la presión asistencial y la necesidad de tomar decisiones rápidas, lo que incrementa la probabilidad de eventos adversos si no existen sistemas organizados de prevención y control del riesgo. En este contexto, la seguridad del paciente debe entenderse como una responsabilidad compartida por todos los miembros del equipo de salud.

Taleghani et al. (2016) explican que el análisis prospectivo del riesgo mediante herramientas como el *Healthcare Failure Mode and Effects Analysis* (HFMEA) permite identificar los pasos críticos de los procesos asistenciales, anticipar posibles fallos y diseñar estrategias preventivas antes de que ocurra un evento adverso. La aplicación de este tipo de metodologías favorece un enfoque proactivo de la seguridad, desplazando la atención desde la reacción ante el error hacia la prevención sistemática de riesgos.

La cultura de seguridad implica la participación activa de todo el equipo en la identificación de peligros, la notificación de incidentes y la implementación de mejoras continuas, sin temor a represalias. Un entorno que promueve la comunicación abierta y el aprendizaje a partir de los errores contribuye a reducir la repetición de fallos y a fortalecer la confianza entre los profesionales. En este sentido, la enfermería desempeña un rol clave al estar en contacto directo y continuo con los pacientes, lo que le permite detectar riesgos de forma temprana y liderar acciones de mejora.

Hung et al. (2024) y Murray et al. (2024) destacan que la gestión del riesgo adquiere especial relevancia en situaciones de desastres y emergencias masivas, donde los recursos pueden ser escasos y el volumen de pacientes abrumador. En estos escenarios, la enfermería debe estar entrenada para priorizar cuidados, optimizar recursos y actuar bajo presión sin comprometer los principios de seguridad.

Gholipour et al. (2025) señalan que la toma de decisiones clínicas en urgencias representa uno de los mayores desafíos profesionales, por lo que la formación continua en razonamiento crítico y análisis de riesgos resulta indispensable. En conjunto, una gestión del riesgo eficaz y una cultura de seguridad sólida fortalecen la calidad asistencial y protegen tanto al paciente como al profesional de enfermería.

6.7. Humanización como pilar de la seguridad del paciente

La seguridad del paciente no puede entenderse únicamente desde una perspectiva técnica o procedimental, ya que también involucra de manera directa la dimensión humana del cuidado. En los servicios de urgencias, donde predominan la rapidez, la incertidumbre y la presión asistencial, las emociones del paciente y del profesional influyen significativamente en la calidad y seguridad de la atención. Jiménez-Herrera et al. (2020) destacan que factores emocionales como el estrés, el miedo o la sobrecarga psicológica pueden afectar el rendimiento del profesional, incrementando el riesgo de errores clínicos.

Desde la perspectiva del paciente, una atención deshumanizada puede aumentar la ansiedad, dificultar la comunicación y reducir la adherencia a las indicaciones terapéuticas. Reyes-Téllez et al. (2024) señalan que la atención humanizada contribuye a disminuir la angustia, mejora la comprensión de los procedimientos y favorece el cumplimiento de las medidas de seguridad. En este sentido, la humanización se convierte en un elemento protector frente a eventos adversos, al facilitar una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto mutuo.

El respeto a la dignidad y la privacidad del paciente, incluso en contextos críticos, constituye un componente esencial de la seguridad. Explicar de manera clara lo que se va a realizar, utilizar un lenguaje comprensible, permitir la expresión de emociones y ofrecer contención verbal son acciones simples que refuerzan la sensación de seguridad. Asimismo, la comunicación empática permite detectar temores, dudas o síntomas relevantes que podrían pasar inadvertidos en una atención centrada exclusivamente en lo técnico.

La enfermería desempeña un rol central en la integración de la humanización como pilar de la seguridad del paciente, al mantener un contacto continuo y cercano durante todo el proceso asistencial. Al equilibrar la ejecución de protocolos con una atención sensible a las necesidades emocionales, el profesional contribuye a reducir riesgos, mejorar la experiencia del

paciente y fortalecer la calidad del cuidado. En urgencias, humanizar no retrasa la atención, sino que la hace más segura, ética y centrada en la persona.

Tabla 4.

Relación entre humanización del cuidado y seguridad del paciente en urgencias

Dimensión humanizada	Acción enfermera		Impacto en la seguridad del paciente
Comunicación empática	Explicación clara de procedimientos y escucha activa		Reduce ansiedad y errores por malentendidos
Respeto a la dignidad	Protección de privacidad y trato respetuoso		Aumenta confianza y cooperación del paciente
Apoyo emocional	Contención	verbal y acompañamiento	Mejora adherencia a indicaciones
Relación terapéutica	Uso del nombre del paciente y lenguaje comprensible		Facilita detección precoz de riesgos
Clima emocional seguro	Actitud calmada y profesional		Disminuye eventos adversos asociados al estrés

Nota: La integración de la humanización en la atención de urgencias fortalece la seguridad del paciente al reducir factores emocionales y comunicacionales asociados a errores clínicos (Jiménez-Herrera et al., 2020; Reyes-Téllez et al., 2024).

6. Gestión del riesgo, humanización e innovaciones en urgencias

La gestión del riesgo, la humanización del cuidado y la incorporación de innovaciones tecnológicas constituyen tres pilares esenciales para la transformación de los servicios de urgencias y para garantizar una atención segura, eficiente y centrada en la persona. En estos entornos asistenciales, caracterizados por una elevada carga de trabajo, imprevisibilidad clínica y toma de decisiones bajo presión, la integración de estos componentes resulta indispensable para fortalecer la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Aunque cada uno de estos ejes posee características propias, en la práctica enfermera se articulan de manera complementaria. La gestión del riesgo aporta un enfoque sistemático orientado a la identificación, análisis y mitigación de eventos adversos, permitiendo anticipar fallos antes de que generen daño. Este proceso incluye el reconocimiento de riesgos clínicos

frecuentes, la aplicación de protocolos estandarizados, el uso de herramientas de análisis prospectivo y la promoción de una cultura de seguridad compartida por todo el equipo de salud. Bravo et al. (2024) indican que los servicios de urgencias demandan una visión global del cuidado, en la que se integren competencias técnicas avanzadas, pensamiento crítico y una actualización científica permanente.

De manera paralela, la humanización del cuidado adquiere un rol central en la atención de urgencias, donde el miedo, la ansiedad y la incertidumbre forman parte de la experiencia del paciente. Incorporar prácticas humanizadas implica reconocer la dimensión emocional del cuidado, respetar la dignidad y la privacidad, y establecer una comunicación empática incluso en contextos de alta presión asistencial. Estas acciones favorecen la cooperación del paciente, mejoran la comprensión de los procedimientos y contribuyen a reducir riesgos asociados a la falta de información o a la resistencia al cuidado.

Por su parte, las innovaciones tecnológicas se posicionan como aliadas estratégicas para optimizar la atención en urgencias. Sistemas de monitoreo avanzado, registros electrónicos, algoritmos de apoyo a la decisión clínica y tecnologías de seguridad farmacológica permiten reducir errores, mejorar la trazabilidad del cuidado y agilizar los procesos asistenciales. No obstante, su efectividad depende del uso crítico y ético por parte del personal de enfermería, quien integra estas herramientas dentro de un cuidado seguro, humanizado y basado en evidencia.

7.1. Gestión del riesgo en los servicios de urgencias

Los servicios de urgencias son escenarios con alto potencial de errores debido al volumen de pacientes, la rapidez de la atención y la simultaneidad de procedimientos críticos. Taleghani, Rezaei y Sheikhbardsiri (2016) señalan que métodos como el *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA) permiten identificar puntos críticos del proceso asistencial antes de que generen eventos adversos. Esta herramienta, adaptada a urgencias, reconoce riesgos en procesos como triage, administración de medicamentos, manejo de trauma, ventilación, y comunicación interprofesional.

Gawthorne et al. (2024) afirman que las principales barreras para la seguridad incluyen la sobrecarga laboral, interrupciones constantes, falta de protocolos unificados y deficientes canales de comunicación. Por ello, la gestión del riesgo debe enfocarse en tres ejes:

7.2. Identificación de riesgos clínicos y operativos

La identificación de riesgos clínicos y operativos constituye una fase esencial dentro de la gestión del riesgo en los servicios de urgencias, ya que permite reconocer de manera temprana los eventos que pueden comprometer la seguridad del paciente y la calidad del cuidado. Estos entornos asistenciales se caracterizan por la alta rotación de pacientes, la presión temporal, la complejidad clínica y la necesidad de coordinación constante entre múltiples profesionales, lo que incrementa la probabilidad de fallos en los procesos asistenciales.

Entre los riesgos más frecuentes se encuentran los errores de medicación, asociados a la administración rápida de fármacos, al uso de medicamentos de alto riesgo y a la variabilidad en las dosis. Los retrasos diagnósticos representan otro riesgo relevante, especialmente cuando existe saturación del servicio o dificultad para priorizar adecuadamente la atención. Asimismo, los fallos en el triage pueden conducir a una clasificación incorrecta de la gravedad del paciente, retrasando intervenciones críticas y aumentando el riesgo de deterioro clínico.

Las infecciones asociadas a dispositivos invasivos, como catéteres venosos o sondas, continúan siendo una fuente importante de eventos adversos cuando no se aplican de forma estricta las medidas de asepsia y vigilancia. El deterioro clínico no reconocido oportunamente constituye un riesgo especialmente grave, ya que la falta de reevaluación sistemática puede retrasar la activación de respuestas rápidas o equipos especializados. A ello se suman los fallos en la comunicación interdisciplinaria, que afectan la continuidad del cuidado, y los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos realizados bajo presión asistencial.

7.3. Implementación de estrategias preventivas

Militello et al. (2023) destacan que la existencia de protocolos claros y comunicados adecuadamente es esencial para evitar errores. El uso de listas de verificación (checklists), bundles y guías clínicas reduce la variabilidad y garantiza intervenciones seguras.

7.3.1. Cultura de seguridad

Hung et al. (2024) señalan que una cultura de seguridad sólida requiere reporte no punitivo, liderazgo transparente, participación de todo el equipo y evaluación periódica de procesos. Murray et al. (2024) agregan que la resiliencia institucional, especialmente durante

emergencias comunitarias o desastres, depende de la capacidad para aprender de los errores y adaptarse.

7.4. La toma de decisiones clínicas en escenarios de urgencias

La toma de decisiones clínicas en los servicios de urgencias constituye uno de los procesos más complejos y determinantes de la práctica enfermera, debido a que debe ejecutarse en lapsos muy breves y, en muchas ocasiones, con información incompleta o cambiante. En estos escenarios, cada decisión puede tener un impacto inmediato en la evolución clínica del paciente, por lo que la capacidad de análisis rápido y priorización resulta fundamental. Gholipour et al. (2025) describen que la enfermería enfrenta múltiples retos durante este proceso, entre ellos la incertidumbre diagnóstica, la presión emocional, el ruido ambiental, las interrupciones constantes y la atención simultánea de varios pacientes en estado crítico.

La toma de decisiones en urgencias no se limita a la ejecución de indicaciones médicas, sino que implica un rol activo y autónomo de la enfermería en la valoración, priorización y activación de intervenciones oportunas. Para minimizar errores y optimizar resultados, el profesional debe integrar la mejor evidencia científica disponible con su experiencia clínica y el uso de protocolos estandarizados. Esta combinación permite actuar de manera segura incluso en contextos de alta presión asistencial, reduciendo la variabilidad en la práctica y fortaleciendo la calidad del cuidado.

Diversos factores influyen en la toma de decisiones clínicas del personal de enfermería. La experiencia profesional desempeña un papel clave, ya que facilita el reconocimiento de patrones clínicos y la anticipación de complicaciones. La disponibilidad de recursos humanos y materiales condiciona las opciones terapéuticas posibles, mientras que la dinámica del equipo interdisciplinario y la calidad de la comunicación influyen en la coordinación y coherencia de las decisiones. Asimismo, el nivel de estrés y carga emocional del profesional puede afectar la concentración y el juicio clínico, incrementando el riesgo de errores si no se cuenta con estrategias de autorregulación.

La comunicación con el paciente y la familia también forma parte del proceso decisional, ya que permite obtener información relevante y favorecer la adherencia a las intervenciones. Bravo et al. (2024) destacan que el razonamiento crítico, fortalecido mediante simulación clínica, análisis de casos y educación continua, constituye una herramienta esencial para mejorar la toma

de decisiones en urgencias. De este modo, la enfermería consolida su rol como profesional clave en la atención segura, oportuna y basada en evidencia en escenarios de alta complejidad.

7.5. Humanización del cuidado en urgencias

La humanización constituye un eje transversal de la atención en urgencias, especialmente en un entorno donde predominan la rapidez, los procedimientos invasivos y la tecnología. Reyes-Téllez et al. (2024) señalan que la humanización no es un añadido estético, sino una necesidad fundamental para garantizar un cuidado integral. Este enfoque reconoce al paciente como persona con emociones, cultura, creencias y necesidades afectivas, incluso en los minutos más críticos de su vida.

Jiménez-Herrera et al. (2020) explican que las situaciones de urgencia desencadenan miedo, incertidumbre y sufrimiento en pacientes y familiares. La enfermería debe prestar atención a estas emociones, adoptar una comunicación empática, ofrecer contención emocional y respetar la dignidad humana. La escucha activa, el contacto visual, explicar antes de tocar y validar los temores son intervenciones humanizadoras esenciales.

7.5.1. Humanización de la familia

La familia también debe ser considerada parte del cuidado. Bravo et al. (2024) señalan que permitir información clara, frecuente y comprensible disminuye la ansiedad y favorece la participación activa en las decisiones. Siempre que el contexto clínico lo permita, la familia debe estar presente en la atención, especialmente en condiciones de gravedad, reanimación o malas noticias.

7.5.2. Humanización del entorno

El entorno físico y organizacional de los servicios de urgencias ejerce una influencia directa sobre la experiencia del paciente, el desempeño del personal de salud y la calidad del cuidado brindado. Factores como el ruido excesivo, la saturación del servicio, la falta de privacidad y la constante velocidad de trabajo pueden contribuir a la deshumanización de la atención, generando ansiedad, desorientación y estrés tanto en los pacientes como en los profesionales. En contextos críticos, estos elementos ambientales pueden incluso afectar la seguridad clínica y la toma de decisiones.

Pavedahl et al. (2024) señalan que la humanización del entorno asistencial constituye una estrategia clave para mejorar la percepción del cuidado y favorecer un clima terapéutico más seguro. La reducción del ruido ambiental, mediante el control de alarmas, conversaciones innecesarias y flujos desorganizados, permite disminuir la sobrecarga sensorial y mejorar la concentración del equipo de salud. Asimismo, una iluminación adecuada, que combine funcionalidad clínica con confort visual, contribuye a reducir el estrés y facilita la orientación del paciente dentro del servicio.

La señalética clara y comprensible representa otro componente esencial de la humanización del entorno, ya que facilita la circulación de pacientes y familiares, reduce la confusión y mejora la eficiencia de los circuitos asistenciales. Del mismo modo, el diseño de circuitos fluidos para la atención, el traslado y la espera permite optimizar los tiempos, disminuir la sensación de caos y favorecer una experiencia más ordenada y segura. Estos aspectos organizativos tienen un impacto directo en la percepción de calidad y en la reducción de eventos adversos asociados a retrasos o errores logísticos.

El respeto a la privacidad del paciente, incluso en espacios compartidos, constituye un principio ético fundamental de la humanización del entorno. El uso de biombos, cortinas, espacios diferenciados y una comunicación respetuosa protege la dignidad de la persona y fortalece la relación terapéutica.

7.5.3. Humanización del profesional

El personal también es sujeto de cuidado. Andreoli y Musser (2020) señalan que la fatiga por compasión, el burnout y el estrés son frecuentes en urgencias. Promover autocuidado, pausas activas, apoyo psicológico y ambientes laborales seguros protege la salud mental del equipo y mejora la atención.

7.6. Innovaciones tecnológicas en urgencias

La innovación tecnológica se ha convertido en un componente esencial para mejorar la efectividad de la atención en los servicios de urgencias, reducir errores clínicos y optimizar los tiempos de respuesta ante situaciones críticas. Entre las principales innovaciones destacan los sistemas de triaje digital, que permiten decisiones más precisas, disminuyen la variabilidad en la

priorización de pacientes y generan alertas tempranas ante signos de deterioro clínico (Gawthorne et al., 2024).

La simulación clínica avanzada ha demostrado ser una herramienta clave para fortalecer el razonamiento clínico, la comunicación y el liderazgo del personal de enfermería, aumentando la confianza y precisión en escenarios reales (Bravo et al., 2024). Asimismo, los registros electrónicos con guías inteligentes contribuyen a prevenir errores de medicación y retrasos diagnósticos mediante alertas automatizadas (Pavedahl et al., 2024).

La incorporación de tele-urgencias, dispositivos inteligentes como desfibriladores avanzados, ultrasonido portátil y bombas de infusión con bibliotecas de seguridad ha ampliado la capacidad resolutoria de los servicios. No obstante, estas tecnologías deben ir acompañadas de capacitación continua y mantenimiento adecuado para garantizar un uso seguro y eficaz.

7.7. Integración de gestión del riesgo, humanización e innovación

Para que los servicios de urgencias alcancen altos estándares de calidad y seguridad, resulta indispensable integrar de manera estratégica la gestión del riesgo, la humanización del cuidado y la innovación tecnológica. Estos tres componentes no deben abordarse como elementos aislados, sino como dimensiones interdependientes que fortalecen la práctica enfermera y permiten responder de forma eficaz a la complejidad de los escenarios críticos.

La gestión del riesgo proporciona el marco estructurado para identificar, analizar y mitigar los peligros inherentes al entorno de urgencias. A través de protocolos, análisis de incidentes y sistemas de vigilancia, se busca anticipar fallos y reducir eventos adversos que comprometan la seguridad del paciente. Sin embargo, una atención centrada exclusivamente en procesos técnicos puede resultar insuficiente si no se considera la dimensión humana del cuidado. En este sentido, la humanización mantiene la esencia ética y relacional de la enfermería, garantizando que el paciente sea reconocido como persona, con emociones, necesidades y derechos, incluso en contextos de alta presión asistencial.

La humanización del cuidado favorece una comunicación más efectiva, mejora la adherencia a las intervenciones y reduce la ansiedad y el miedo propios de las situaciones de urgencia. Al mismo tiempo, contribuye a crear un clima emocional más seguro para el profesional, lo que impacta positivamente en la toma de decisiones y en la prevención de errores. Por su

parte, las innovaciones tecnológicas actúan como facilitadoras de la eficiencia y la seguridad, al optimizar procesos, mejorar la trazabilidad del cuidado y apoyar la toma de decisiones clínicas mediante herramientas digitales, monitoreo avanzado y sistemas de alerta temprana.

La integración de estos tres ejes configura un modelo de atención contemporáneo, donde la tecnología se pone al servicio del cuidado, la humanización orienta las relaciones terapéuticas y la gestión del riesgo estructura las prácticas seguras. En este modelo, la enfermería desempeña un rol articulador, capaz de combinar competencias técnicas, sensibilidad humana y pensamiento crítico para ofrecer una atención oportuna, segura y centrada en la persona en los servicios de urgencias.

Tabla 5.
Integración de gestión del riesgo, humanización e innovación en urgencias

Componente	Aporte principal	Aplicación en urgencias	Impacto en la atención
Gestión del riesgo	Identificación y mitigación de peligros	Protocolos, análisis de incidentes, vigilancia	Reducción de eventos adversos
Humanización del cuidado	Enfoque ético y centrado en la persona	Comunicación empática, respeto, privacidad	Mejora experiencia y adherencia
Innovación tecnológica	Optimización de procesos y decisiones	Monitoreo, sistemas digitales, alertas	Mayor eficiencia y seguridad
Integración estratégica	Articulación de los tres componentes	Práctica enfermera avanzada	Atención segura y de calidad

Nota: La integración efectiva de estos componentes fortalece la seguridad del paciente y consolida un modelo asistencial moderno, ético y sostenible en los servicios de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bravo, E. S. G., Quinto, A. B. A., Zambrano, G. S., Loor, S. K. C., Chica, R. J. S., Domínguez, Y. G., Macías, F. D. V., Flores, L. Y. L., Rengifo, N. N. Á., Mendoza, L. M. M., Cevallos, J. Z., Valenzuela, C. F. Z., Espinoza, V. L. C., Miranda, M. E. T., Carreño, A. M. M., Zambrano, E. D. F., Cuenca, M. F. V., Anguizaca, G. B. G., Solís, K. X. R., . . . Plúa, L. K. M. (2024). Enfermería en Urgencias y Emergencias. In Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022 eBooks. <https://doi.org/10.26820/978-9942-654-24-3>
- Artunduaga, M. a. C., & Buitrago, E. Y. P. (2019). Cuidado de enfermería en pacientes de urgencias a través de la teoría del cuidado de Jean Watson. *Revista Navarra Médica*, 5(1), 49–56. <https://doi.org/10.61182/rnavmed.v5n1a6>
- Ponce-Rivera, O. S., Díaz-Vásquez, S. M., Roman-Huera, C. K., & Vinueza-Martínez, C. N. (2024). El rol de la enfermería en el manejo de emergencias: desde el triage hasta la atención integral. *Journal of Economic and Social Science Research*, 4(1), 57–76. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v4/n1/86>
- Ferreira, K. M., Balsanelli, A. P., & Santos, J. L. G. D. (2023). Nurses' professional competencies in urgency and emergency units: A mixed-methods study. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6554.3936>
- Del Carmen De Arco-Canoles, O., & Suarez-Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad Y Salud*, 20(2), 171. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Gamero, A. M., Chamorro, M. R., Cabrera, C. G., & Bernardo, A. A. (2022). El rol del profesional de enfermería en la nueva normalidad: ¿son la primera línea? *Atención Primaria Práctica*, 4(2), 100139. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100139>
- Firouzkouhi, M., Kako, M., Abdollahimohammad, A., Balouchi, A., & Farzi, J. (2021). Nurses' Roles in Nursing Disaster Model: A Systematic Scoping review. *Iranian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i5.6105>
- Andreoli, K. G., & Musser, L. A. (2020). Challenges confronting the future of emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 46(5), 573–578. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.04.006>
- Dalco-Miorin, J., Camponogara, S., Mello, T. S., Petry, K., Bonfada-Torquetti, A., & Loise-Dias, G. (2021). Transferência de atenção pré-hospitalar entre equipes de saúde: revisão integrativa. *Enfermería Universitaria*, 17(4), 463–474. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.4.840>
- Pavedahl, V., Holmström, I. K., Meranius, M. S., Von Thiele Schwarz, U., & Muntlin, Å. (2024). Guidelines for patient care used by registered nurses in the emergency room: Mapping of Swedish governing documents. *International Emergency Nursing*, 77, 101536. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101536>
- Gawthorne, J., Curtis, K., Fry, M., Mccloughen, A., & Fethney, J. (2024). Barriers and enablers to nurse-initiated care in emergency departments: An embedded mixed methods survey study. *Australasian Emergency Care*. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2024.10.003>
- Gholipour, M., Dadashzadeh, A., Jabarzadeh, F., & Sarbakhsh, P. (2025). Challenges of Clinical decision-making in Emergency Nursing: an Integrative review. *The Open Nursing Journal*, 19(1). <https://doi.org/10.2174/0118744346378311250320070725>

- Militello, L. G., Perry, S., Roth, E. M., Gurses, A. P., Stewart, M., & Misasi, P. (2023). Creating and communicating effective safety protocols in healthcare. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 67(1), 639–643. <https://doi.org/10.1177/21695067231192251>
- Jiménez-Herrera, M. F., Llauro-Serra, M., Acebedo-Urdiales, S., Bazo-Hernández, L., Font-Jiménez, I., & Axelsson, C. (2020). Emotions and feelings in critical and emergency caring situations: a qualitative study. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00438-6>
- Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: a systematic review. *Frontiers in Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
- Taleghani, Y. M., Rezaei, F., & Sheikhbardsiri, H. (2016). Risk assessment of the emergency processes: Healthcare failure mode and effect analysis. *World Journal of Emergency Medicine*, 7(2), 97. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2016.02.003>
- Hung, K. K. C., MacDermot, M. K., Hui, T. S. I., Chan, S. Y., Mashino, S., Mok, C. P. Y., Leung, P. H., Kayano, R., Abrahams, J., Wong, C. S., Chan, E. Y. Y., & Graham, C. A. (2024). Mapping study for health emergency and disaster risk management competencies and curricula: literature review and cross-sectional survey. *Globalization and Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-023-01010-y>
- Murray, V., Mayner, L., & Abrahams, J. (2024). Health Emergency Disaster Risk Management: Enabling Whole-of-Society action to reduce risk. *Oxford Research Encyclopedia of Natural Hazard Science*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199389407.013.430>

CAPÍTULO 3

85

Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería

YAGUAREMA PINCAY IVONNE MARICELA

<https://0009-0003-0637-3510>

ACOSTA LALALEO DAYSI PAMELA

<https://orcid.org/0009-0003-7190-4461>

FRERES SALVATIERRA AMANDA CRISTHINA

<https://orcid.org/0009-0003-7173-2882>

VERA BENITES JOYCE ARIANA

<https://orcid.org/0009-0004-6850-6400>

INTRODUCCIÓN

La dirección y gestión de las unidades de enfermería constituyen un componente esencial del sistema sanitario moderno, al integrar la ciencia del cuidado con los principios de administración, liderazgo y sostenibilidad organizacional. En un entorno donde la calidad y la eficiencia son prioridades, la enfermería se posiciona no solo como disciplina asistencial, sino como una fuerza directiva que garantiza la coordinación, seguridad y humanización del cuidado. De acuerdo con Morfi (2010), la gestión del cuidado enfermero implica planificar, organizar y evaluar las acciones profesionales con base en la evidencia y en la ética del servicio.

86

La práctica directiva en enfermería ha evolucionado hacia modelos participativos y colaborativos que valoran el talento humano y la innovación. Quijije-Segovia et al. (2023) sostienen que el liderazgo enfermero debe promover la gestión del conocimiento, la motivación del equipo y la toma de decisiones compartidas, asegurando un clima laboral favorable y la continuidad asistencial. Estos modelos se sustentan en el desarrollo de competencias gerenciales, la comunicación efectiva y el compromiso con la mejora continua.

Asimismo, la gestión eficiente de los recursos humanos, materiales y tecnológicos se convierte en un desafío permanente. Ruano y Rodríguez (2024) destacan que la calidad en enfermería está directamente relacionada con la planificación estratégica y el liderazgo ético de quienes dirigen los servicios. En este sentido, la dirección enfermera actúa como puente entre la visión institucional y las necesidades reales del paciente, equilibrando la productividad con la sensibilidad humana.

Este capítulo aborda los fundamentos teóricos y prácticos de la gestión enfermera, destacando el liderazgo, la calidad, la innovación y la sostenibilidad como ejes que redefinen el rol del profesional en la actualidad. Su propósito es ofrecer una visión integral de la enfermería como disciplina que gestiona con ciencia, lidera con ética y transforma con humanidad (Nursing et al., 2024).

1. Fundamentos teóricos de la dirección en enfermería

La dirección y gestión en enfermería constituyen pilares esenciales para garantizar la eficiencia, calidad y sostenibilidad del cuidado en los diferentes niveles del sistema sanitario. A

medida que las organizaciones de salud enfrentan escenarios cada vez más complejos, la enfermería ha asumido un papel protagónico en la planificación, organización y evaluación de los servicios asistenciales. De acuerdo con Rivera y Romero (2023), la gestión enfermera ha dejado de ser una extensión de la administración hospitalaria para consolidarse como un campo autónomo del conocimiento, que integra la ciencia del cuidado con las teorías administrativas y los principios éticos de la profesión.

Históricamente, la dirección en enfermería se ha sustentado en los principios clásicos de la administración formulados por Fayol, Taylor y Weber, adaptados posteriormente a las ciencias de la salud. Morfi (2010) sostiene que los fundamentos teóricos de la gestión del cuidado se basan en la coordinación racional de recursos humanos, materiales y tecnológicos con el fin de lograr resultados eficientes y éticamente responsables. En la actualidad, los modelos de gestión en enfermería se apoyan en paradigmas contemporáneos como el liderazgo transformacional, la gestión del conocimiento y la toma de decisiones basada en evidencia, lo cual ha permitido redefinir el papel del enfermero en las estructuras institucionales.

Según Zárate Grajales (2004), la gestión del cuidado de enfermería no debe confundirse con la mera administración de servicios, sino que implica un proceso reflexivo que integra la teoría del cuidado con la acción gerencial. Este enfoque reconoce al paciente como el centro de la organización sanitaria y al enfermero como mediador entre la política institucional y las necesidades humanas. En este sentido, la dirección en enfermería se concibe como un acto deliberativo que articula los valores del cuidado con las metas organizacionales, transformando el conocimiento en decisiones efectivas orientadas a la calidad asistencial.

Desde una perspectiva moderna, Quijije-Segovia et al. (2023) proponen un modelo de gestión del cuidado en los servicios hospitalarios que combina el liderazgo participativo con la planificación estratégica. Dicho modelo reconoce la importancia de la comunicación efectiva, la colaboración interdisciplinaria y la formación continua como elementos indispensables para la sostenibilidad institucional. La gestión enfermera se concibe, así como un proceso dinámico que requiere flexibilidad, adaptabilidad y capacidad para responder a los cambios en los contextos clínicos y administrativos.

La planificación estratégica constituye uno de los pilares de la dirección en enfermería. Según Camacho Hernández (2023), este proceso permite establecer objetivos medibles, asignar

recursos, definir indicadores de calidad y evaluar resultados de manera sistemática. La enfermería gestora debe poseer habilidades analíticas que le permitan interpretar datos clínicos y administrativos para orientar la toma de decisiones basadas en evidencia. En este contexto, la planificación se vincula estrechamente con la ética del cuidado, ya que toda acción organizativa debe alinearse con la protección de la vida y la dignidad humana.

Ruano y Rodríguez (2024) señalan que la gestión de calidad en enfermería se sustenta en la implementación de estándares y procesos que garanticen la atención segura y efectiva. Su estudio en un centro de salud ecuatoriano evidencia que la aplicación de indicadores de desempeño y auditorías de calidad permite identificar áreas críticas y proponer estrategias de mejora continua. Estos hallazgos confirman que la gestión enfermera es una herramienta clave para el fortalecimiento institucional y la optimización del uso de los recursos sanitarios.

Los principios administrativos clásicos, como la organización, dirección, control y evaluación, adquieren en enfermería una dimensión ética y humanística. Febré et al. (2018) afirman que la gestión del cuidado implica equilibrar la eficiencia operativa con el bienestar del personal y la satisfacción del paciente. La aplicación de estos principios se orienta no solo a lograr resultados cuantificables, sino también a promover entornos laborales saludables y relaciones interpersonales basadas en la cooperación. De esta manera, la gestión enfermera trasciende la burocracia para convertirse en una práctica reflexiva y transformadora.

En el ámbito de la dirección moderna, el liderazgo se posiciona como una competencia fundamental. Nursing et al. (2024) destacan que los líderes enfermeros deben ser capaces de inspirar, guiar y empoderar a sus equipos hacia el cumplimiento de objetivos comunes. Este liderazgo se apoya en la comunicación efectiva, la inteligencia emocional y la capacidad de innovación. Jiang (2024) añade que el liderazgo en enfermería es un elemento clave para el desarrollo profesional, ya que impulsa la autonomía, fomenta la motivación intrínseca y fortalece la identidad disciplinar.

Los enfoques contemporáneos enfatizan el liderazgo transformacional y participativo. Abdul-Rahim et al. (2025) señalan que la formación en liderazgo debe integrarse en los programas de educación de enfermería, promoviendo habilidades de pensamiento crítico, negociación y gestión del cambio. Dichos enfoques permiten que los profesionales no solo ejecuten tareas, sino que lideren procesos, generen conocimiento y contribuyan a la innovación

institucional. Este liderazgo, cuando se ejerce de manera ética y colaborativa, repercute directamente en la calidad del cuidado y en el bienestar del equipo de salud.

Rivera y Romero (2023) sostienen que el liderazgo en enfermería requiere una comprensión profunda del contexto organizacional y de los determinantes sociopolíticos que influyen en la práctica. La dirección eficaz no se limita a la aplicación de modelos administrativos importados, sino que exige la construcción de un conocimiento propio, contextualizado y coherente con la realidad de los sistemas de salud latinoamericanos. Esto implica integrar las dimensiones del cuidado, la docencia, la gestión y la investigación dentro de un marco común orientado al fortalecimiento del rol profesional.

Por su parte, García Vega et al. (2024) destacan que la gestión efectiva en enfermería requiere la articulación entre la competencia técnica y la gestión del conocimiento. El profesional debe dominar tanto los aspectos clínicos del cuidado como las habilidades administrativas necesarias para garantizar la continuidad y seguridad de los procesos. Esta integración asegura una práctica coherente con los principios de la gestión moderna, en la que la eficiencia no se opone a la calidad, sino que la potencia.

El desarrollo de modelos de gestión del conocimiento y sostenibilidad también forma parte de los fundamentos teóricos actuales. Mohamed et al. (2025) explican que la gestión enfermera moderna debe incorporar la innovación, la sostenibilidad ambiental y la capacidad de adaptación tecnológica. Estas dimensiones emergentes no solo responden a los retos ecológicos y sociales, sino que posicionan a la enfermería como una disciplina estratégica en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Del mismo modo, Ismail et al. (2025) sostienen que el liderazgo digital favorece la creatividad verde y el compromiso institucional con prácticas sostenibles.

La tecnología ha redefinido el rol de la enfermería gestora. Cachata et al. (2024) subrayan que la integración de tecnologías de la información en la gestión del cuidado hospitalario permite mejorar la trazabilidad de los procesos, reducir errores y optimizar la asignación de recursos. Sin embargo, advierten que la digitalización requiere formación continua y una sólida infraestructura organizacional para evitar la fragmentación de la atención. En la misma línea, Jaana et al. (2024) enfatizan la importancia de mantener la sostenibilidad de las

innovaciones digitales mediante la evaluación constante de su impacto y la adaptación a las necesidades del entorno hospitalario.

En este contexto, la dirección enfermera debe asumir un rol protagónico en la gestión de la calidad y la seguridad del paciente. Patrician et al. (2024) recomiendan la implementación de sistemas de evaluación de desempeño y auditorías clínicas para medir el cumplimiento de los estándares de seguridad. Los líderes de enfermería deben promover una cultura institucional basada en el aprendizaje y la mejora continua, en la cual los errores se consideren oportunidades de crecimiento y no motivos de sanción. Esta visión fomenta la transparencia, la confianza y la corresponsabilidad en los equipos asistenciales.

Los fundamentos teóricos de la dirección en enfermería, por tanto, integran elementos de la teoría administrativa, la ética del cuidado, la evidencia científica y la innovación tecnológica. Su propósito es lograr una práctica gerencial que articule la ciencia con la humanidad, la eficiencia con la empatía y la sostenibilidad con la calidad. Como concluye Quijije-Segovia et al. (2023), el liderazgo enfermero del siglo XXI debe caracterizarse por la capacidad de gestionar personas, procesos y conocimientos de manera equilibrada, orientando las acciones hacia la excelencia y la justicia social.

2. Liderazgo y gestión del talento humano en enfermería

El liderazgo y la gestión del talento humano en enfermería representan dos dimensiones esenciales para el funcionamiento eficiente, ético y sostenible de las organizaciones sanitarias. El profesional de enfermería no solo dirige procesos clínicos, sino que también gestiona equipos multidisciplinarios que garantizan la continuidad del cuidado. Según Jiang (2024), el liderazgo enfermero constituye un elemento clave para el desarrollo profesional y la calidad asistencial, pues permite articular las metas institucionales con las necesidades del personal y del paciente. En un entorno marcado por la complejidad, la tecnología y la presión asistencial, liderar en enfermería implica guiar, motivar e inspirar desde la empatía, la comunicación y la excelencia científica.

El liderazgo en enfermería ha evolucionado desde una visión jerárquica hacia un enfoque participativo y transformacional. Abdul-Rahim et al. (2025) señalan que los programas de formación en liderazgo deben fortalecer competencias en pensamiento crítico, resolución de

conflictos y toma de decisiones colaborativas. Estos autores sostienen que un liderazgo transformacional estimula la creatividad, genera confianza y fomenta un sentido de pertenencia entre los miembros del equipo. En este modelo, el líder enfermero actúa como facilitador del aprendizaje y promotor del desarrollo profesional continuo, contribuyendo al bienestar organizacional y a la satisfacción laboral.

En la práctica, el liderazgo eficaz depende de la capacidad del enfermero para integrar conocimientos técnicos con habilidades interpersonales. Omer (2024) evidenció que los programas de desarrollo de liderazgo mejoran la adquisición de competencias directivas y la autoconfianza, repercutiendo positivamente en la calidad del cuidado. Este tipo de liderazgo exige equilibrio entre la autoridad clínica y la sensibilidad humana, orientando la gestión de equipos hacia la cooperación y la corresponsabilidad. Asimismo, Kohnen et al. (2024) sostienen que el liderazgo comprometido y participativo aumenta la motivación intrínseca del personal y mejora el clima laboral, reduciendo los niveles de estrés y agotamiento profesional.

El talento humano es el recurso más valioso en los sistemas de salud. Su gestión eficiente requiere comprender las necesidades, aspiraciones y potencial de cada miembro del equipo. Quijje-Segovia et al. (2023) afirman que la gestión del cuidado enfermero se fundamenta en la articulación entre liderazgo, comunicación y desarrollo de competencias. Los líderes enfermeros deben promover un entorno que favorezca el aprendizaje organizacional, la innovación y la participación activa de los profesionales en la toma de decisiones. En este sentido, la gestión del talento humano se convierte en una herramienta estratégica para mejorar la productividad y fortalecer la cultura institucional.

La motivación del personal constituye un aspecto central en la gestión del talento. De acuerdo con Rivera y Romero (2023), el liderazgo efectivo debe reconocer el valor del capital humano como motor de la organización. Las estrategias de motivación deben incluir el reconocimiento profesional, la delegación de responsabilidades y la promoción de oportunidades de crecimiento. Cuando los profesionales perciben que su trabajo tiene un propósito y que su aporte es valorado, aumenta su compromiso y su disposición al cambio. En contraposición, la ausencia de liderazgo participativo conduce a la desmotivación y a un deterioro del clima organizacional.

Kohnen et al. (2024) demuestran que el liderazgo comprometido incide directamente en el bienestar de los profesionales de enfermería. Su estudio revela que los entornos de trabajo positivos, donde se estimula la comunicación y la colaboración, reducen la rotación del personal y mejoran la calidad del cuidado. Estos hallazgos confirman la necesidad de que los gestores de enfermería desarrollen habilidades para identificar los factores de riesgo psicosocial y promover estrategias de bienestar laboral, tales como la flexibilidad de horarios, el acompañamiento emocional y la gestión del estrés.

El liderazgo ético y humanista constituye una base indispensable para la gestión del talento en enfermería. Según Morfi (2010), la dirección del cuidado debe estar guiada por valores como la justicia, la solidaridad y el respeto a la dignidad humana. Los líderes deben actuar como modelos éticos, promoviendo prácticas transparentes, equitativas y orientadas al bien común. Este tipo de liderazgo no solo garantiza la integridad de las decisiones, sino que también fortalece la confianza y la cohesión del equipo.

La comunicación es otro pilar esencial en la gestión del talento humano. Nursing et al. (2024) destacan que los líderes efectivos son aquellos que dominan la comunicación asertiva, la escucha activa y la retroalimentación constructiva. Una comunicación abierta favorece la resolución de conflictos, mejora la coordinación de tareas y potencia la colaboración interdisciplinaria. En los servicios de enfermería, donde el trabajo en equipo es la norma, la comunicación clara y respetuosa resulta determinante para mantener la seguridad del paciente y la eficiencia del cuidado.

El desarrollo del talento humano requiere además de mecanismos de evaluación de los desempeños justos y transparentes. Ruano y Rodríguez (2024) proponen que la gestión de calidad en enfermería incorpore indicadores que evalúen no solo la productividad, sino también el compromiso ético, la capacidad de trabajo en equipo y la empatía con el paciente. Estas métricas permiten diseñar programas de capacitación adaptados a las necesidades reales del personal, asegurando la mejora continua y el fortalecimiento de las competencias clínicas y administrativas.

El liderazgo en enfermería también debe orientarse al desarrollo de una cultura de aprendizaje organizacional. Omer (2024) sostiene que los líderes deben fomentar entornos donde los errores sean percibidos como oportunidades de mejora y donde se incentive la

reflexión crítica. La educación continua, los espacios de mentoría y las simulaciones clínicas son estrategias efectivas para fortalecer la autonomía profesional y la seguridad en la toma de decisiones. Este enfoque formativo se alinea con las tendencias contemporáneas de gestión del conocimiento en salud.

Mohamed et al. (2025) proponen un modelo de liderazgo sostenible basado en la innovación, la responsabilidad ambiental y la gestión del conocimiento. En este modelo, el líder enfermero promueve la eficiencia energética, la reducción de desechos hospitalarios y la adopción de tecnologías verdes, integrando así la sostenibilidad dentro de la gestión del talento. Este enfoque refleja el compromiso de la enfermería con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y con la ética del cuidado del entorno.

El liderazgo digital y la transformación tecnológica son factores emergentes en la gestión moderna del talento humano. Ismail et al. (2025) y Jaana et al. (2024) coinciden en que la digitalización de los procesos administrativos y clínicos requiere líderes capaces de guiar la transición tecnológica, capacitar al personal y garantizar la seguridad de la información. Este liderazgo digital potencia la productividad y fomenta la creatividad del personal, siempre que se mantenga una visión centrada en el bienestar humano.

La gestión del talento humano debe incluir también estrategias para retener y fidelizar al personal de enfermería. Kohnen et al. (2024) subrayan que los entornos laborales saludables, el reconocimiento y las oportunidades de desarrollo profesional son factores decisivos para reducir la rotación del personal. En este sentido, los líderes deben adoptar políticas inclusivas, promover la equidad de género y garantizar condiciones laborales dignas. Un liderazgo comprometido con la justicia organizacional contribuye no solo a la satisfacción laboral, sino también a la estabilidad y sostenibilidad del sistema sanitario.

Finalmente, el liderazgo enfermero efectivo se manifiesta en la capacidad de integrar la visión estratégica con la sensibilidad humana. Quijiye-Segovia et al. (2023) afirman que el liderazgo del siglo XXI debe ser transformador, participativo y ético, centrado en las personas y en la construcción de una cultura institucional basada en el respeto y la excelencia. La gestión del talento humano no se limita a administrar recursos, sino a cultivar el potencial humano como fuente de innovación y fortaleza colectiva.

3. Gestión de la calidad y seguridad del paciente en las unidades de enfermería

La calidad y la seguridad del paciente constituyen los pilares fundamentales sobre los cuales se estructura la práctica de la enfermería moderna. En las unidades asistenciales, la enfermería ocupa una posición estratégica dentro del sistema de gestión, al ser responsable de la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados que inciden directamente en los resultados clínicos y en la satisfacción de los usuarios. Según Febré et al. (2018), la calidad en enfermería se define como el grado en que los servicios proporcionados aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados de salud, conforme a los conocimientos profesionales vigentes y a las expectativas del paciente. Esta definición subraya la necesidad de un enfoque integral que combine competencia técnica, sensibilidad ética y mejora continua.

La gestión de la calidad en enfermería se orienta hacia la creación de sistemas que garanticen la efectividad, eficiencia y seguridad de los cuidados. Ruano y Rodríguez (2024) sostienen que el liderazgo enfermero en la gestión de la calidad permite establecer procesos sistemáticos de evaluación, en los cuales se identifican no solo los errores, sino también las oportunidades de mejora. En su estudio sobre la atención en servicios de emergencia, demostraron que la implementación de protocolos estandarizados y auditorías periódicas optimiza la coordinación entre los equipos y fortalece la cultura organizacional. De este modo, la gestión de la calidad en enfermería se convierte en un instrumento de gobernanza clínica orientado a la excelencia institucional.

El concepto de seguridad del paciente, según la Organización Mundial de la Salud, se refiere a la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria. Patrician et al. (2024) afirman que la seguridad es el resultado de un conjunto de prácticas sistemáticas que incluyen la identificación de riesgos, la notificación de incidentes y la implementación de estrategias preventivas. En las unidades de enfermería, estas prácticas se traducen en protocolos de verificación de identidad, control de infecciones, administración segura de medicamentos y mantenimiento de equipos biomédicos. La enfermería, como disciplina que permanece en contacto constante con el paciente, desempeña un papel protagónico en la detección temprana de eventos adversos.

La literatura reciente enfatiza que la calidad asistencial no puede disociarse de la cultura de seguridad. Abdelaliem y Alsenany (2022) sostienen que los factores humanos, como la carga laboral, la comunicación deficiente y la falta de liderazgo, son determinantes en la aparición de errores. Por ello, promover una cultura institucional donde se fomente la transparencia, la educación y la notificación sin represalias es esencial para consolidar entornos seguros. Gunawan y Hariyati (2019) añaden que la cultura de seguridad debe ser transversal, abarcando tanto la formación del personal como los procesos administrativos, de manera que la prevención se integre en la rutina laboral y no dependa exclusivamente de acciones individuales.

La gestión de la calidad en enfermería se sustenta en modelos internacionales como el ciclo de mejora continua (Plan-Do-Check-Act), la gestión por procesos y los estándares del modelo de Donabedian (estructura, proceso y resultado). Según Parand et al. (2014), los gerentes hospitalarios desempeñan un papel crucial en la implementación de estos modelos, ya que su liderazgo define la prioridad institucional que se otorga a la seguridad y a la calidad. La aplicación de indicadores de desempeño permite medir de manera objetiva los resultados de los cuidados, detectar brechas en la práctica y proponer acciones correctivas sustentadas en evidencia.

En este contexto, la auditoría de enfermería emerge como una herramienta esencial para evaluar la calidad del cuidado. Febré et al. (2018) argumentan que la auditoría no debe percibirse como un mecanismo de control punitivo, sino como una estrategia educativa y de retroalimentación profesional. Su propósito es analizar los procesos de atención, identificar áreas críticas y promover la toma de decisiones basada en datos objetivos. De igual forma, la auditoría contribuye al cumplimiento de los requisitos de acreditación institucional y fortalece la responsabilidad profesional.

La calidad asistencial depende en gran medida del entorno de trabajo y del bienestar del personal. Mihdawi et al. (2020) demostraron que los entornos laborales saludables se asocian con menores tasas de errores clínicos y mayor satisfacción del paciente. La gestión del talento humano, por tanto, forma parte integral de la calidad, ya que los profesionales motivados y con cargas de trabajo equilibradas tienden a ofrecer cuidados más seguros. La enfermería gestora debe garantizar una dotación adecuada de personal, horarios flexibles y programas de apoyo emocional, especialmente en servicios de alta presión como las unidades de cuidados intensivos y de urgencias.

El desarrollo de una cultura de mejora continua implica integrar la calidad en todos los niveles del proceso asistencial. Ruano y Rodríguez (2024) afirman que la evaluación permanente de indicadores como los tiempos de respuesta, la adherencia a protocolos y la tasa de eventos adversos proporciona información crítica para la toma de decisiones. Estos indicadores permiten no solo medir resultados, sino también anticipar riesgos, optimizar recursos y fortalecer la confianza del paciente en la institución. La gestión enfermera debe liderar este proceso, estableciendo estándares de desempeño que reflejen tanto la excelencia técnica como la sensibilidad humana.

Los avances tecnológicos han transformado la manera de gestionar la calidad y la seguridad en salud. Cachata et al. (2024) destacan que la digitalización de los registros clínicos y la implementación de sistemas de trazabilidad aumentan la precisión en la administración de medicamentos y facilitan la vigilancia de los procesos. Asimismo, la telemetría y los sistemas automatizados de alarma permiten detectar de forma temprana alteraciones en los parámetros fisiológicos del paciente. No obstante, Parand et al. (2014) advierten que la tecnología por sí sola no garantiza la calidad, sino que debe integrarse dentro de una cultura organizacional orientada a la seguridad y al aprendizaje continuo.

La participación del paciente se considera actualmente un elemento clave en la gestión de la calidad. Al-Jabri et al. (2021) identificaron que los sistemas de salud que promueven la comunicación abierta entre pacientes y profesionales logran mayores niveles de seguridad y satisfacción. En este sentido, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de fomentar la participación activa del paciente en la toma de decisiones, garantizando una atención centrada en la persona. Este enfoque participativo fortalece la alianza terapéutica y contribuye a la humanización del cuidado.

La seguridad del paciente también está relacionada con la gestión institucional y la gobernanza clínica. Patrician et al. (2024) y Gunawan y Hariyati (2019) coinciden en que los sistemas de reporte y análisis de incidentes deben basarse en una visión no punitiva, que incentive la notificación voluntaria y el aprendizaje organizacional. La enfermería, por su posición en la primera línea asistencial, debe ser parte activa de estos sistemas, reportando errores, participando en los comités de seguridad y promoviendo cambios en los protocolos. De esta manera, la gestión del riesgo se convierte en una práctica cotidiana sustentada en la reflexión y la evidencia.

El liderazgo enfermero resulta determinante en la promoción de la calidad y la seguridad. Kohnen et al. (2024) demostraron que los líderes comprometidos generan un entorno de confianza y comunicación, donde los profesionales se sienten seguros para expresar preocupaciones y proponer mejoras. Un liderazgo inspirador, transparente y ético permite consolidar equipos cohesionados, capaces de mantener altos estándares de desempeño incluso en situaciones de alta presión. Por tanto, la calidad no es un resultado aislado, sino el reflejo del compromiso colectivo de todo el equipo de salud.

En síntesis, la gestión de la calidad y la seguridad del paciente en las unidades de enfermería constituyen un proceso continuo y multidimensional que requiere liderazgo, participación, tecnología y ética profesional. La calidad no se improvisa: se planifica, se mide y se mejora de forma constante. El profesional de enfermería, como agente de cambio, debe integrar el conocimiento científico con la gestión organizativa, promoviendo una cultura donde el error se transforme en aprendizaje y el cuidado en un acto de excelencia humana.

4. Innovación, tecnología y sostenibilidad en la gestión enfermera

La gestión enfermera contemporánea se encuentra en un punto de inflexión, impulsada por los avances tecnológicos, las demandas de sostenibilidad y la necesidad de modelos de liderazgo adaptativos. La innovación en salud ha transformado radicalmente la organización de los servicios y las competencias necesarias para liderarlos. Según Jaana et al. (2024), la sostenibilidad de las innovaciones digitales en los hospitales depende no solo de la tecnología en sí, sino de la capacidad de los líderes para integrar la evidencia científica en la práctica y fomentar una cultura organizacional de aprendizaje continuo. En este contexto, el rol de la enfermería se amplía más allá de la atención directa al paciente, abarcando la gestión estratégica de los recursos tecnológicos y humanos, con una visión orientada al desarrollo sostenible.

La incorporación de tecnologías de información y comunicación (TIC) ha revolucionado los sistemas de salud. Cachata et al. (2024) señalan que la digitalización de los procesos asistenciales permite mejorar la trazabilidad de los cuidados, reducir errores y optimizar la coordinación interdisciplinaria. En las unidades de enfermería, la historia clínica electrónica, la automatización de registros y las plataformas de monitoreo remoto han demostrado aumentar la

eficiencia y la calidad del cuidado. Sin embargo, la adopción tecnológica requiere líderes capacitados en gestión digital, capaces de evaluar riesgos, garantizar la seguridad de los datos y promover el uso ético de la información.

La transformación digital también ha alcanzado el ámbito educativo. Irwin et al. (2025) evidencian que el paso de los formatos tradicionales a entornos digitales ha incrementado la sostenibilidad y accesibilidad de la formación en enfermería. La educación en línea, los simuladores virtuales y la inteligencia artificial permiten fortalecer las competencias técnicas y éticas de los profesionales. Para que estas herramientas sean efectivas, los gestores deben implementar estrategias que aseguren la alfabetización digital, el acceso equitativo a la tecnología y la actualización constante del personal.

En este marco, la innovación en gestión enfermera no se limita a la implementación de herramientas tecnológicas, sino que implica un cambio de paradigma en la forma de planificar, liderar y evaluar los procesos asistenciales. Nursing et al. (2024) destacan que los líderes enfermeros del siglo XXI deben poseer habilidades en pensamiento sistémico, análisis de datos y gestión de la información para tomar decisiones basadas en evidencia. La capacidad de integrar tecnología, ética y humanidad define la efectividad del liderazgo enfermero contemporáneo.

El enfoque de sostenibilidad en enfermería se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por la Organización de las Naciones Unidas, que promueven una salud equitativa, segura y ambientalmente responsable. Mohamed et al. (2025) plantean que la sostenibilidad en la gestión enfermera integra tres dimensiones: ambiental, social y económica. En la dimensión ambiental, la enfermería puede reducir su impacto mediante la optimización de recursos, el reciclaje y el uso racional de insumos médicos. En la dimensión social, la gestión sostenible implica promover el bienestar del personal y garantizar condiciones laborales justas. Finalmente, la dimensión económica se relaciona con la eficiencia en la utilización de recursos sin comprometer la calidad de la atención.

La gestión verde en enfermería emerge como una nueva competencia del liderazgo sostenible. Ismail et al. (2025) demostraron que el liderazgo digital estimula la creatividad ecológica y la innovación tecnológica, promoviendo el uso de sistemas energéticamente eficientes, la reducción de residuos hospitalarios y el aprovechamiento responsable de los materiales. Este tipo de liderazgo combina la conciencia ambiental con la transformación digital, impulsando una

cultura institucional comprometida con la sostenibilidad. Los enfermeros gestores deben convertirse en agentes de cambio que integren prácticas ecológicas en la planificación de los servicios, desde el diseño de los espacios hospitalarios hasta la gestión de suministros.

Por su parte, Hussain et al. (2024) sostienen que la sostenibilidad en los sistemas sanitarios exige políticas innovadoras en economía, gestión y política social. La enfermería, como fuerza laboral mayoritaria, desempeña un papel esencial en la implementación de prácticas sostenibles, tanto en la atención directa como en la administración hospitalaria. Esto implica fomentar el uso de tecnologías limpias, la reducción de la huella de carbono y la adopción de modelos de economía circular dentro de los servicios de salud.

En la gestión de unidades de enfermería, la inteligencia artificial (IA) y el análisis de datos predictivos representan herramientas emergentes para la toma de decisiones clínicas y administrativas. Jaana et al. (2024) mencionan que la IA permite anticipar la demanda asistencial, gestionar los flujos de pacientes y optimizar la asignación de recursos humanos. Estos avances posibilitan una administración basada en la evidencia, donde las decisiones se sustentan en información precisa y actualizada. No obstante, la introducción de tecnologías inteligentes requiere de una supervisión ética y un marco normativo que garantice la transparencia, la privacidad y la equidad en su aplicación.

El liderazgo enfermero debe asumir un papel central en la transformación digital y sostenible de las instituciones de salud. Mohamed et al. (2025) afirman que el desarrollo de una “capacidad verde” dentro de las organizaciones depende de la integración del conocimiento, la innovación y la cultura de sostenibilidad. Esto se traduce en programas de formación que fortalezcan las competencias digitales, ecológicas y de gestión del conocimiento en los líderes enfermeros. La sostenibilidad, en este sentido, deja de ser un concepto idealista para convertirse en una estrategia institucional de largo plazo.

La innovación social constituye otro componente esencial de la sostenibilidad en enfermería. Hussain et al. (2024) argumentan que las políticas sostenibles deben contemplar no solo los recursos materiales, sino también la equidad social y la inclusión laboral. En este contexto, la enfermería tiene la responsabilidad de promover entornos laborales justos, con oportunidades de crecimiento profesional y participación equitativa en la toma de decisiones. Estas acciones no

solo mejoran la calidad del trabajo, sino que también refuerzan la cohesión del equipo y el compromiso organizacional.

Cachata et al. (2024) destacan que la integración tecnológica favorece la transparencia y la trazabilidad en la gestión hospitalaria. Las plataformas digitales permiten el seguimiento de indicadores de desempeño, la gestión automatizada de inventarios y la supervisión remota de procedimientos clínicos. Este enfoque digital reduce la burocracia, mejora la comunicación entre servicios y libera tiempo para la atención directa al paciente. Sin embargo, para lograr un impacto real, las innovaciones deben ser sostenibles, adaptadas a las necesidades del entorno y acompañadas de un liderazgo transformador.

En el ámbito educativo y formativo, la innovación pedagógica en enfermería también se orienta hacia la sostenibilidad. Irwin et al. (2025) demuestran que los programas basados en simulación clínica, plataformas de aprendizaje híbrido y recursos virtuales contribuyen al desarrollo de competencias sin requerir grandes inversiones materiales, favoreciendo así la sostenibilidad académica. Además, estos métodos fortalecen la autogestión del aprendizaje y la adaptación a los cambios tecnológicos, competencias clave para el liderazgo en el siglo XXI.

La sostenibilidad organizacional exige además una visión estratégica de largo plazo. Según Nursing et al. (2024), los gestores deben promover políticas de innovación basadas en la evidencia, fomentar la colaboración interdisciplinaria y asegurar la resiliencia institucional ante crisis sanitarias. Esta visión implica que la enfermería debe participar activamente en los niveles de toma de decisión, aportando su conocimiento clínico y humano para diseñar sistemas más justos, inclusivos y sostenibles.

En síntesis, la innovación, la tecnología y la sostenibilidad no son dimensiones aisladas, sino elementos interdependientes que configuran la nueva gestión enfermera. El liderazgo transformacional y digital se convierte en la herramienta fundamental para conducir esta transición. Ismail et al. (2025) afirman que los enfermeros gestores del futuro deben combinar competencias tecnológicas con sensibilidad ecológica y ética profesional, asegurando que el progreso no sacrifique los valores esenciales del cuidado. La enfermería, desde su rol directivo, tiene la misión de garantizar que cada avance tecnológico se traduzca en un beneficio tangible para la salud, el bienestar social y el equilibrio ambiental.

5. Gestión de recursos y planificación operativa en unidades de enfermería

La gestión de recursos y la planificación operativa representan ejes fundamentales para el funcionamiento eficiente de las unidades de enfermería. En estos espacios, donde se atienden necesidades complejas y urgentes de los pacientes, el profesional de enfermería no solo proporciona cuidados directos, sino que también se convierte en un gestor que organiza personas, procesos, infraestructura y suministros. Esta doble responsabilidad exige capacidad de liderazgo, pensamiento estratégico y un profundo compromiso con la calidad y seguridad de la atención.

Ruano y Rodríguez (2024) destacan que la gestión eficaz de los recursos permite garantizar la continuidad de los servicios y evitar retrasos o riesgos que afecten la atención. Esto incluye no solo la disponibilidad de insumos clínicos y equipamiento, sino también la correcta asignación del personal según la carga asistencial, los tiempos de respuesta y la complejidad de los pacientes. La planificación operativa, por tanto, se convierte en una tarea dinámica que requiere anticipación, análisis de datos y decisiones oportunas.

En la práctica diaria, esta planificación se enfrenta a múltiples desafíos: presupuestos limitados, escasez de personal, aumento de la demanda de servicios, alta rotación y la exigencia creciente de demostrar resultados en salud. Febré et al. (2018) señalan que la gestión de calidad en enfermería se sostiene sobre la capacidad de administrar responsablemente los recursos disponibles, evitando desperdicios, asegurando el uso racional de dispositivos y manteniendo un enfoque de mejora continua. Cuando los recursos son limitados, el rol del gestor adquiere un valor aún mayor, pues se convierte en el puente que armoniza las necesidades asistenciales con la capacidad operativa de la institución.

La planificación del talento humano es una parte esencial de esta gestión. El número de profesionales, sus competencias, experiencia y carga de trabajo influyen directamente en los resultados clínicos y en la satisfacción de los pacientes. Estudios como el de Parand et al. (2014) demuestran que instituciones con mejores prácticas de gestión del personal presentan menores tasas de eventos adversos y mayor adherencia a los protocolos. La enfermería líder organiza la asignación de turnos asegurando que exista equilibrio entre la seguridad del paciente y el bienestar del equipo, evitando la fatiga y el agotamiento laboral.

De igual importancia es la gestión de los insumos clínicos. Una unidad de enfermería desabastecida puede detener la atención, generar improvisaciones peligrosas o retrasar procedimientos críticos. Por ello, mantener inventarios actualizados, sistemas de reposición y control de caducidad se convierte en un trabajo diario. Mihdawi et al. (2020) resaltan que el entorno laboral influye directamente en la seguridad del paciente; por lo tanto, un espacio con equipamiento en buen estado, organización visual y materiales accesibles contribuye a la eficiencia y reduce errores.

La planificación operativa también abarca la gestión de procesos: circuitos de atención, flujos de información, tiempos de traslado del paciente y coordinación entre servicios. Cuando estos procesos son fluidos y estandarizados, la atención se torna más rápida y segura. La creación de indicadores de desempeño permite monitorear el impacto de las decisiones administrativas. Patrician et al. (2024) señalan que la medición de resultados es indispensable para garantizar calidad, ya que ayuda a identificar brechas, priorizar intervenciones y justificar inversiones institucionales.

En los últimos años, la sostenibilidad ha comenzado a ocupar un lugar relevante dentro de la gestión de unidades de enfermería. El sector salud es un gran generador de residuos y consumidor de energía; por ello, Hussain et al. (2024) enfatizan la necesidad de implementar prácticas ecoeficientes, como la reducción de desechos hospitalarios, la reutilización responsable y la incorporación de tecnologías que disminuyan el impacto ambiental. En este sentido, la enfermería puede promover acciones que contribuyan a un sistema de salud más sostenible, sin comprometer la seguridad ni la calidad.

La gestión operativa también implica anticiparse a riesgos futuros mediante la realización de análisis preventivos, simulaciones y planes de contingencia. Crisis como pandemias, desastres naturales o eventos de alto impacto han evidenciado que la atención sólo puede sostenerse con una planificación sólida. La capacidad de reorganizar servicios, redistribuir personal y ampliar áreas temporales depende de líderes de enfermería preparados para tomar decisiones estratégicas y actuar con resiliencia.

Al ser un eje articulador del cuidado, la enfermería gestora debe mantener comunicación constante, trabajar en redes interdisciplinarias y favorecer la participación de todos los integrantes del equipo. Una gestión efectiva no se ejerce de manera autoritaria, sino

colaborativa, escuchando las necesidades reales de quienes ejecutan los cuidados en primera línea. El clima laboral, el reconocimiento del trabajo y la apertura a sugerencias son pilares para mantener equipos motivados y comprometidos.

Finalmente, la gestión de recursos no puede separarse de la perspectiva humana. Cada dispositivo administrado, cada turno organizado y cada decisión tomada inciden directamente en vidas reales. Cuando los recursos se alinean con la dignidad, seguridad y bienestar del paciente, la gestión adquiere su verdadero sentido. Ruano y Rodríguez (2024) señalan que el propósito principal de administrar una unidad de enfermería es garantizar que el cuidado llegue en el momento correcto, con la calidad necesaria y con un trato digno.

6. Gestión de recursos y planificación operativa en unidades de enfermería

La gestión de recursos y la planificación operativa representan ejes fundamentales para el funcionamiento eficiente de las unidades de enfermería. En estos espacios, donde se atienden necesidades complejas y urgentes de los pacientes, el profesional de enfermería no solo proporciona cuidados directos, sino que también se convierte en un gestor que organiza personas, procesos, infraestructura y suministros. Esta doble responsabilidad exige capacidad de liderazgo, pensamiento estratégico y un profundo compromiso con la calidad y seguridad de la atención.

Ruano y Rodríguez (2024) destacan que la gestión eficaz de los recursos permite garantizar la continuidad de los servicios y evitar retrasos o riesgos que afecten la atención. Esto incluye no solo la disponibilidad de insumos clínicos y equipamiento, sino también la correcta asignación del personal según la carga asistencial, los tiempos de respuesta y la complejidad de los pacientes. La planificación operativa, por tanto, se convierte en una tarea dinámica que requiere anticipación, análisis de datos y decisiones oportunas.

En la práctica diaria, esta planificación se enfrenta a múltiples desafíos: presupuestos limitados, escasez de personal, aumento de la demanda de servicios, alta rotación y la exigencia creciente de demostrar resultados en salud. Febré et al. (2018) señalan que la gestión de calidad en enfermería se sostiene sobre la capacidad de administrar responsablemente los recursos disponibles, evitando desperdicios, asegurando el uso racional de dispositivos y

manteniendo un enfoque de mejora continua. Cuando los recursos son limitados, el rol del gestor adquiere un valor aún mayor, pues se convierte en el puente que armoniza las necesidades asistenciales con la capacidad operativa de la institución.

La planificación del talento humano es una parte esencial de esta gestión. El número de profesionales, sus competencias, experiencia y carga de trabajo influyen directamente en los resultados clínicos y en la satisfacción de los pacientes. Estudios como el de Parand et al. (2014) demuestran que instituciones con mejores prácticas de gestión del personal presentan menores tasas de eventos adversos y mayor adherencia a los protocolos. La enfermería líder organiza la asignación de turnos asegurando que exista equilibrio entre la seguridad del paciente y el bienestar del equipo, evitando la fatiga y el agotamiento laboral.

De igual importancia es la gestión de los insumos clínicos. Una unidad de enfermería desabastecida puede detener la atención, generar improvisaciones peligrosas o retrasar procedimientos críticos. Por ello, mantener inventarios actualizados, sistemas de reposición y control de caducidad se convierte en un trabajo diario. Mihdawi et al. (2020) resaltan que el entorno laboral influye directamente en la seguridad del paciente; por lo tanto, un espacio con equipamiento en buen estado, organización visual y materiales accesibles contribuye a la eficiencia y reduce errores.

La planificación operativa también abarca la gestión de procesos: circuitos de atención, flujos de información, tiempos de traslado del paciente y coordinación entre servicios. Cuando estos procesos son fluidos y estandarizados, la atención se torna más rápida y segura. La creación de indicadores de desempeño permite monitorear el impacto de las decisiones administrativas. Patrician et al. (2024) señalan que la medición de resultados es indispensable para garantizar calidad, ya que ayuda a identificar brechas, priorizar intervenciones y justificar inversiones institucionales.

En los últimos años, la sostenibilidad ha comenzado a ocupar un lugar relevante dentro de la gestión de unidades de enfermería. El sector salud es un gran generador de residuos y consumidor de energía; por ello, Hussain et al. (2024) enfatizan la necesidad de implementar prácticas ecoeficientes, como la reducción de desechos hospitalarios, la reutilización responsable y la incorporación de tecnologías que disminuyan el impacto ambiental. En este sentido, la

enfermería puede promover acciones que contribuyan a un sistema de salud más sostenible, sin comprometer la seguridad ni la calidad.

La gestión operativa también implica anticiparse a riesgos futuros mediante la realización de análisis preventivos, simulaciones y planes de contingencia. Crisis como pandemias, desastres naturales o eventos de alto impacto han evidenciado que la atención solo puede sostenerse con una planificación sólida. La capacidad de reorganizar servicios, redistribuir personal y ampliar áreas temporales depende de líderes de enfermería preparados para tomar decisiones estratégicas y actuar con resiliencia.

Al ser un eje articulador del cuidado, la enfermería gestora debe mantener comunicación constante, trabajar en redes interdisciplinarias y favorecer la participación de todos los integrantes del equipo. Una gestión efectiva no se ejerce de manera autoritaria, sino colaborativa, escuchando las necesidades reales de quienes ejecutan los cuidados en primera línea. El clima laboral, el reconocimiento del trabajo y la apertura a sugerencias son pilares para mantener equipos motivados y comprometidos.

Finalmente, la gestión de recursos no puede separarse de la perspectiva humana. Cada dispositivo administrado, cada turno organizado y cada decisión tomada inciden directamente en vidas reales. Cuando los recursos se alinean con la dignidad, seguridad y bienestar del paciente, la gestión adquiere su verdadero sentido. Ruano y Rodríguez (2024) señalan que el propósito principal de administrar una unidad de enfermería es garantizar que el cuidado llegue en el momento correcto, con la calidad necesaria y con un trato digno.

7. Comunicación y toma de decisiones en la gestión enfermera

La comunicación y la toma de decisiones son competencias esenciales en la gestión de unidades de enfermería, ya que permiten coordinar equipos, priorizar intervenciones, prevenir errores y garantizar la continuidad de la atención. Un servicio de salud funciona como un sistema interdependiente en el que cada acción influye en los resultados del paciente, por lo que la calidad de la comunicación se convierte en el eje que sostiene el trabajo colaborativo y la eficiencia operativa. Militello et al. (2023) destacan que, en entornos donde el tiempo es crítico y

los riesgos son elevados, la claridad de los mensajes y la coordinación del equipo son decisivas para proteger la vida.

La enfermería gestora tiene un rol central como intermediaria entre los diferentes niveles de la organización: administración, cuerpo médico, equipo asistencial, pacientes y familias. Su liderazgo comunicacional asegura que la información fluya de manera segura, accesible y oportuna. Según Pavedahl et al. (2024), la comunicación efectiva se apoya en sistemas estandarizados, guías institucionales, registros clínicos confiables y retroalimentación constante. Cuando estos factores se integran, se promueve un entorno más seguro y se reduce la variabilidad de la práctica asistencial.

Uno de los escenarios donde la comunicación es especialmente crucial es la gestión del riesgo y la seguridad del paciente. La información incompleta o confusa puede desencadenar errores de medicación, fallos en procedimientos o retrasos diagnósticos. Jiménez-Herrera et al. (2020) subrayan que, además de su dimensión técnica, la comunicación tiene un componente emocional que influye directamente en la experiencia del cuidado. Explicar con empatía, escuchar con presencia y validar las emociones de pacientes y familias son herramientas que fortalecen la confianza y humanizan la atención.

Por otra parte, la toma de decisiones en la gestión enfermera implica una integración constante de conocimientos, experiencia clínica, datos operativos y valores éticos. Gholipour et al. (2025) señalan que decidir en salud es un proceso complejo que requiere juicio crítico, análisis del contexto y capacidad de actuar aun en situaciones de incertidumbre. La enfermería gestora debe evaluar prioridades, anticipar resultados y elegir la alternativa que genere mayor seguridad y beneficios a corto y largo plazo.

Los modelos de toma de decisiones contemporáneos promueven un enfoque participativo, donde todos los miembros del equipo aportan información desde su disciplina. Este enfoque favorece la cohesión y la corresponsabilidad institucional. De acuerdo con Nursing, Ernstmeyer y Christman (2024), las decisiones colaborativas empoderan a los profesionales, fortalecen el clima laboral y fomentan la innovación en la resolución de problemas. Cuando la enfermería participa activamente en el proceso decisorio, se reconoce su rol como líder del cuidado y se aprovecha su visión integral del paciente y su entorno.

En los últimos años, la comunicación en unidades de enfermería se ha transformado con la digitalización de los sistemas de información. La incorporación de registros electrónicos, plataformas de reporte, paneles de monitoreo y tecnologías de apoyo a la decisión clínica ha permitido mejorar la documentación, reducir retrasos y prevenir errores. Jaana et al. (2024) señalan que la adopción de herramientas digitales facilita la continuidad asistencial y el análisis de indicadores en tiempo real, aunque requiere inversión en capacitación y adecuación del entorno laboral. Si bien la tecnología es un aliado, su efectividad depende del dominio que tengan los profesionales sobre su uso y de la capacidad de mantener una comunicación humana y compasiva, incluso cuando los procesos se automatizan.

En cuanto a la relación con el paciente, la comunicación debe adaptarse a sus necesidades, creencias, nivel educativo y estado emocional. Hablar con claridad, respetar el silencio, acompañar con presencia y ofrecer información comprensible son acciones que impactan en la percepción de seguridad y bienestar. Jiménez-Herrera et al. (2020) demuestran que los cuidados en situaciones de crisis requieren un abordaje emocional sensible, ya que los pacientes y sus familias se encuentran vulnerables y con elevado nivel de incertidumbre. Desde la gestión, promover espacios de escucha y protocolos de información puede disminuir el estrés y aumentar la satisfacción de los usuarios.

Asimismo, la comunicación dentro del equipo tiene un fuerte impacto en el clima organizacional. El liderazgo enfermero debe fomentar un ambiente donde exista libertad para expresar ideas, reportar problemas, plantear dudas y proponer mejoras. Kohnen et al. (2024) afirman que los estilos de liderazgo que promueven participación, motivación y reconocimiento del esfuerzo contribuyen al bienestar laboral y reducen el agotamiento profesional. La manera en que se comunica un líder influye directamente en la salud emocional del equipo y en su compromiso con los objetivos institucionales.

Otro elemento clave es el manejo de conflictos. La convivencia de múltiples disciplinas y personalidades en un ambiente de alta presión puede generar tensiones. La enfermería gestora debe actuar como mediadora, facilitando diálogos asertivos, analizando las causas del conflicto y buscando soluciones colaborativas. Tomar decisiones justas y transparentes fortalece la cohesión del equipo y previene desgastes innecesarios. El conflicto gestionado adecuadamente puede incluso convertirse en una oportunidad de crecimiento y aprendizaje.

Finalmente, la comunicación y la toma de decisiones se inscriben dentro de una cultura de seguridad donde el paciente es el centro de la organización. Militello et al. (2023) enfatizan que crear protocolos no es suficiente; es necesario asegurarse de que todos los profesionales los conozcan, comprendan y apliquen. La comunicación es el vehículo que convierte las políticas en prácticas reales. Al hablar con claridad, escuchar con respeto y decidir con responsabilidad, la gestión enfermera garantiza que la atención sea segura, humana y basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ruano, G. S. Z., & Rodríguez, M. T. T. (2024). Gestión de Calidad de Enfermería Relacionado con la Atención en Pacientes del Servicio de Emergencia del Centro de Salud Tipo C Muisne. *Revista Científica Hallazgos21*, 9(3), 284–297. <https://doi.org/10.69890/hallazgos21.v9i3.671>
- Quijije-Segovia, Solange Karina, Mero-Carreño, Ana María, Montes-Alonzo, Eulalia Concepción, & Galarza-Rodríguez, Gisella Mariuxi. (2023). Modelo de gestión del cuidado de enfermería en servicios hospitalario. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(13), 80-89. Epub 19 de julio de 2023. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2422>
- Febré, N., Mondaca-Gómez, K., Méndez-Celis, P., Badilla-Morales, V., Soto-Parada, P., Ivanovic, P., Reynaldos, K., & Canales, M. (2018). CALIDAD EN ENFERMERÍA: SU GESTIÓN, IMPLEMENTACIÓN y MEDICIÓN. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 278–287. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008>
- Morfi Samper, Rosa. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 1-2. Recuperado en 11 de octubre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es&tlng=es.
- Rivera, D. I. C., & Romero, M. K. R. (2023). Gestión en Enfermería en Santander: ¿conocimiento propio o administración en salud? *Revista CUIDARTE*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3067>
- García Vega, J. B. ., Quizanga Maldonado, C. J. ., Heredia Iza, M. M. ., & Reinoso Medina, R. E. . (2024). Rol de enfermería en gestión, instalación y mantenimiento en los accesos vasculares y su uso correcto en terapia de infusión. *RECIAMUC*, 8(2), 914-925. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(2\).abril.2024.914-925](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.914-925)
- Zarate Grajales, Rosa A.. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44-45), 42-46. Recuperado en 12 de octubre de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es.
- Camacho Hernández, María de las Nieves. (2023). Concepción del proceso de gestión en el contexto de Enfermería profesional. *Revista Cubana de Enfermería*, 39, . Epub 10 de junio de 2023. Recuperado en 11 de octubre de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100027&lng=es&tlng=es.
- Nursing, O. R. F., Ernstmeyer, K., & Christman, E. (2024). LEADERSHIP AND MANAGEMENT. *Nursing Management and Professional Concepts - NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK610440/>
- Jiang, X. (2024). Nursing leadership: Key element of professional development. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.12.015>
- Abdul-Rahim, H. Z., Sharbini, S. H., Ali, M., Hashim, S. H., & Abdul-Mumin, K. H. (2025). Leadership and management skills for student nurses: a scoping review. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02603-7>

- Kohnen, D., De Witte, H., Schaufeli, W. B., Dello, S., Bruyneel, L., & Sermeus, W. (2024). Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation—a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00886-6>
- Omer, T. (2024). Leadership Development Training Program Effect on acquisition of leadership Competencies for Nurses? A Pilot study. *Journal of Pioneering Medical Science*, 13(4), 93–101. <https://doi.org/10.61091/jpms202413415>
- Patrician, P. A., Campbell, C. M., Javed, M., Williams, K. M., Fouts, L., Hamilton, W. M., House, S., & Swiger, P. A. (2024). Quality and Safety in Nursing: Recommendations from a Systematic review. *Journal for Healthcare Quality*. <https://doi.org/10.1097/jhq.0000000000000430>
- Gunawan, D., & Hariyati, R. T. S. (2019). The implementation of patient safety culture in nursing practice. *Enfermería Clínica*, 29, 139–145. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.007>
- Abdelaliem, S. M. F., & Alsenany, S. A. (2022). Factors Affecting Patient Safety Culture from Nurses' Perspectives for Sustainable Nursing Practice. *Healthcare*, 10(10), 1889. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101889>
- Al-Jabri, F., Kvist, T., Sund, R., & Turunen, H. (2021). Quality of care and patient safety at healthcare institutions in Oman: quantitative study of the perspectives of patients and healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07152-2>
- Parand, A., Dopson, S., Renz, A., & Vincent, C. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 4(9), e005055. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>
- Mihdawi, M., Al-Amer, R., Darwish, R., Randall, S., & Afaneh, T. (2020). The influence of nursing work environment on patient safety. *Workplace Health & Safety*, 68(8), 384–390. <https://doi.org/10.1177/2165079920901533>
- Hussain, A., Umair, M., Khan, S., Alonazi, W. B., Almutairi, S. S., & Malik, A. (2024). Exploring sustainable healthcare: Innovations in health economics, social policy, and management. *Heliyon*, 10(13), e33186. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e33186>
- Mohamed, H. S., Radwan, A. G. G., Elborai, A. S. a. A., Hamed, A. E. M., Barakat, A. M., Elbakry, M. a. a. E., & Ismael, Z. I. (2025). Advancing sustainable nursing leadership: the interplay of green absorptive capacity, intellectual capital, and knowledge management among nursing managers. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03769-4>
- Ismail, H. A., Kotp, M. H., Basyouny, H. a. A., Elmoaty, A. E. E. A., Sayed, S., Abdelaliem, S. M. F., Ahmeda, A., Hendy, A., & Aly, M. A. (2025). Sustainable healthcare futures: how digital leadership stimulates nurses' green creativity: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02906-3>

- Jaana, M., MacPhee, E., Sherrard, H., & Walker, M. (2024). Sustaining e-health innovations in a complex hospital environment: learning through evidence. *Frontiers in Digital Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2024.1346085>
- Cachata, D., Costa, M., Magalhães, T., & Gaspar, F. (2024). The Integration of information technology in the management and organization of nursing care in a hospital environment: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), 968. <https://doi.org/10.3390/ijerph21080968>
- Irwin, P., Barnett, A., Butler-Henderson, K., Ellis, M., Kim, J., Magee, D., McDonald, S., Speedie, L., & Fealy, S. (2025). From Paper to Pixels: Evaluating the Impact of Digital Transformation on Sustainability in Nursing Education. *Journal of Nursing Management*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/jonm/6145329>

CAPÍTULO 4

112

Enfermería en Cuidados Críticos

VILLACÍS MARTÍNEZ MARWIN STEEVEN

<https://orcid.org/0000-0003-0569-4323>

MONTESDEOCA TELLO ANGELA PATRICIA

<https://orcid.org/0009-0009-2653-4493>

VERA GARCÍA PAMELA LOURDES

<https://orcid.org/0009-0000-5296-5777>

NEVAREZ CORTEZ JEFFERSON FABIO

<https://orcid.org/0009-0006-8263-477X>

INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería en cuidados críticos constituye uno de los escenarios más complejos, demandantes y trascendentales de la práctica profesional. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), la enfermería asume un rol central en la vigilancia constante, la toma de decisiones rápidas y la aplicación de intervenciones altamente especializadas, destinadas a mantener la vida y prevenir el deterioro de pacientes en estado de extrema vulnerabilidad. Killu (2018) señala que los cuidados críticos combinan el uso de tecnología avanzada con una reflexión profunda sobre el futuro de la atención, destacando la necesidad de profesionales capaces de integrar conocimientos técnicos, juicio clínico y sensibilidad humana.

El paciente crítico suele depender de dispositivos invasivos, monitoreo continuo y terapias complejas, lo que convierte a la enfermería en un eje esencial del cuidado y la seguridad. Kipnis et al. (2012) destacan que la monitorización hemodinámica y respiratoria, junto con la interpretación adecuada de parámetros fisiológicos, representa una competencia clave que permite detectar cambios tempranos y actuar oportunamente. Asimismo, Rodríguez (2001) enfatiza la importancia de una aproximación sistemática al paciente crítico para prevenir complicaciones mayores y garantizar intervenciones oportunas.

En este entorno, la humanización adquiere un valor fundamental. Según Caiza et al. (2025), el paciente crítico experimenta miedo, dependencia y aislamiento, por lo que la enfermería debe promover un cuidado centrado en la dignidad, la comunicación y el acompañamiento emocional. A su vez, Michels et al. (2023) afirman que incluso en contextos tecnificados, la atención paliativa y la toma de decisiones éticas deben considerar el sufrimiento humano y la participación familiar.

Este capítulo aborda los fundamentos del cuidado crítico, la valoración integral, el soporte vital avanzado, la seguridad del paciente y la humanización del entorno, integrando evidencia científica reciente que reafirma el papel esencial de la enfermería en la recuperación y bienestar del paciente crítico.

1. Fundamentos del cuidado crítico

Los cuidados críticos representan el nivel más especializado, complejo y tecnológicamente avanzado dentro del sistema sanitario, orientado a la atención de pacientes con riesgo vital inminente, descompensaciones agudas graves o falla multiorgánica. Este campo de la enfermería combina ciencia, tecnología, razonamiento clínico avanzado y sensibilidad humana, constituyéndose como un pilar indispensable para la supervivencia y recuperación de los pacientes más vulnerables. Killu (2018) sostiene que el cuidado crítico moderno nace de la necesidad de proporcionar soporte vital continuo mediante tecnologías avanzadas, profesionales altamente capacitados y procesos estructurados que garanticen seguridad y calidad asistencial. De esta forma, la enfermería en cuidados críticos se consolida como una disciplina especializada, multidimensional y en constante evolución.

El concepto de paciente crítico se refiere a aquel cuyo estado clínico se caracteriza por la inestabilidad fisiológica y la alta probabilidad de deterioro súbito, lo que requiere vigilancia continua e intervenciones rápidas y eficientes. Rodríguez (2001) subraya que la aproximación inicial al paciente crítico implica no solo una valoración integral, sino la capacidad de interpretar de forma inmediata los cambios fisiológicos para prevenir el colapso orgánico. En este sentido, la enfermería se convierte en los ojos y manos permanentes del proceso de vigilancia, actuando como primer detector de riesgos y ejecutor de cuidados urgentes.

Históricamente, las unidades de cuidados intensivos (UCI) surgieron como respuesta a epidemias, procedimientos quirúrgicos complejos y traumas severos, pero hoy abarcan una amplia gama de patologías críticas: sepsis, shock, falla respiratoria, traumatismos graves, cardiopatías agudas y alteraciones neurológicas severas. Killu (2018) resalta que la formación en cuidados críticos requiere una visión integral del soporte vital avanzado, donde convergen la monitorización, la evaluación continua y la toma de decisiones basada en evidencia.

El rol de la enfermería dentro de las UCI ha evolucionado significativamente. Goñi-Viguria (2024) destaca que la enfermera de práctica avanzada en la UCI ejerce un papel decisivo como experta clínica, gestora del cuidado, educadora y articuladora del equipo interdisciplinario. Este perfil profesional combina conocimientos fisiopatológicos avanzados, dominio de tecnologías complejas y una capacidad analítica para anticipar complicaciones. Su rol incluye la toma de decisiones complejas, la implementación de protocolos de soporte vital, la educación de la familia y el liderazgo clínico.

Por otro lado, Vargas et al. (2018) subrayan que los servicios de extensión de cuidados críticos han ampliado la influencia de la UCI hacia otras áreas del hospital mediante equipos móviles o “códigos críticos”, liderados frecuentemente por enfermeros especializados. Estos servicios permiten identificar precozmente a pacientes en deterioro y prevenir su ingreso a la UCI, lo que disminuye la mortalidad y mejora la eficiencia hospitalaria. Esto confirma la relevancia estratégica de la enfermería especializada más allá de los límites físicos de la unidad.

Tabla 6.

Principales características del paciente crítico y su relevancia para enfermería

Ámbito clínico	Características del paciente crítico	Relevancia para enfermería
Inestabilidad hemodinámica	Hipotensión, taquicardia, uso de vasopresores, presencia de shock	Vigilancia continua, monitoreo invasivo, ajustes terapéuticos oportunos y evaluación permanente de la perfusión tisular (Kipnis et al., 2012).
Insuficiencia respiratoria	Dependencia de ventilación mecánica, alteraciones en la gasometría arterial, hipoxemia o hipercapnia	Manejo avanzado del ventilador, prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, sedación y analgesia seguras, vigilancia de la oxigenación (Guerrero et al., 2019).
Alteraciones neurológicas	Escala de Glasgow alterada, delirio, riesgo de lesión cerebral secundaria	Monitorización neurológica continua, prevención de complicaciones secundarias, control de estímulos y protección de la vía aérea (Lee et al., 2017).
Alta complejidad terapéutica	Uso de fármacos vasoactivos, múltiples bombas de infusión, terapias simultáneas	Prevención de errores de medicación, doble verificación independiente, manejo seguro de bombas y vigilancia de efectos adversos (Otero et al., 2025).
Riesgo de deterioro súbito	Cambios fisiológicos repentinos, descompensación rápida	Detección precoz del deterioro, reevaluación continua, juicio clínico avanzado y activación oportuna de respuestas rápidas (Rodríguez, 2001).

Nota: El paciente crítico presenta inestabilidad multisistémica que exige una vigilancia continua, competencias clínicas avanzadas y una actuación enfermera basada en evidencia para garantizar la seguridad y continuidad del cuidado.

Un elemento central del cuidado crítico es la ética clínica. Rojas-Ávila y Valencia-Contrera (2023) destacan que el paciente crítico, debido a su vulnerabilidad extrema, demanda

reflexiones éticas profundas en relación con la toma de decisiones, proporcionalidad terapéutica, consentimiento informado y manejo de la información. Estas consideraciones adquieren especial importancia al final de la vida, donde la enfermería debe equilibrar la tecnología con la dignidad humana. González-Rincón et al. (2018) enfatizan que la enfermera tiene un papel fundamental en los cuidados paliativos dentro de la UCI, especialmente en el acompañamiento, manejo del sufrimiento, comunicación con la familia y defensa de decisiones centradas en el paciente.

La creciente complejidad de los pacientes críticos ha impulsado el desarrollo de herramientas de valoración clínica basadas en escalas validadas. Entre las más relevantes se encuentran el APACHE II y el SOFA, que permiten estimar el pronóstico y gravedad. Lee et al. (2017) afirman que estas escalas poseen valor predictivo significativo en trauma severo y otras patologías críticas, siendo útiles para orientar intervenciones y evaluar el impacto del tratamiento. Su uso cotidiano requiere que la enfermería domine la interpretación de parámetros fisiológicos, bioquímicos y clínicos, integrando datos objetivos con observaciones continuas.

De igual forma, el monitoreo hemodinámico constituye uno de los pilares del cuidado crítico. Kipnis et al. (2012) explican que la monitorización avanzada incluye el análisis de la presión arterial invasiva, gasto cardíaco, saturación venosa central, variabilidad de la presión de pulso y otros indicadores del estado circulatorio. Estas mediciones no solo facilitan la detección temprana de shock y falla orgánica, sino que permiten ajustar terapias como fluidos, vasopresores e inotrópicos. Complementariamente, Cofre-Valiente et al. (2025) destacan que las competencias enfermeras en monitorización hemodinámica incluyen la interpretación de datos, mantenimiento del equipo y vigilancia de complicaciones asociadas a líneas invasivas.

El ámbito respiratorio constituye otro eje fundamental. Su et al. (2020) resaltan que en pacientes críticos con soporte extracorpóreo (ECMO VA), la valoración hemodinámica y respiratoria requiere habilidades avanzadas, dada la interacción compleja entre el flujo extracorpóreo y la función cardiopulmonar nativa. La enfermería especializada en ECMO posee competencias en anticoagulación, monitoreo de circuitos, prevención de complicaciones y respuesta rápida ante fallas técnicas.

El soporte vital avanzado es una competencia esencial. Fulton y Nordquist (2025) subrayan que las guías de ACLS proporcionan un marco estandarizado para manejar

emergencias cardiorrespiratorias, y su aplicación depende en gran parte del personal de enfermería. Team et al. (2023) enfatizan que las enfermeras juegan un rol crucial en el reconocimiento temprano del paro cardíaco, manejo de la vía aérea, administración de fármacos y liderazgo de equipos en situaciones de reanimación.

La prevención de complicaciones es una prioridad. La ventilación mecánica, aunque indispensable, conlleva riesgos significativos en pacientes críticos. Guerrero et al. (2019) explican que los cuidados enfermeros en ventilación invasiva incluyen el monitoreo del modo ventilatorio, prevención de neumonía asociada al ventilador (NAV), sedación adecuada y manejo de secreciones. Estas acciones disminuyen la morbilidad y mejoran los desenlaces clínicos.

La sepsis y el shock séptico continúan siendo desafíos globales en la medicina crítica. Chiscano-Camón et al. (2024) afirman que su manejo requiere reconocimiento temprano, terapia antimicrobiana adecuada, reanimación guiada por objetivos y soporte multiorgánico, donde la enfermería cumple un rol decisivo en la vigilancia continua, administración de fármacos vasoactivos y evaluación de la respuesta al tratamiento.

La seguridad del paciente es un eje central del cuidado crítico. Patil et al. (2023) señalan que las UCI presentan mayor riesgo de eventos adversos debido al uso de tecnología compleja, múltiples fármacos y pacientes inestables. Skelly et al. (2025) agregan que los eventos adversos pueden prevenirse mediante protocolos estandarizados, cultura de seguridad y reporte oportuno de incidentes. Otero et al. (2025) destacan la importancia del manejo seguro de medicamentos de alto riesgo en pediatría, subrayando la responsabilidad enfermera en la doble verificación y vigilancia farmacológica.

La prevención de infecciones es un componente esencial. Haque et al. (2020) indican que las infecciones asociadas a la atención en salud representan un reto persistente, y su control implica medidas como higiene de manos, bundles de prevención, vigilancia epidemiológica y técnicas asépticas rigurosas.

Finalmente, el cuidado crítico debe integrar la dimensión humana. Caiza et al. (2025) afirman que la humanización en UCI trasciende la tecnología y requiere comunicación empática, acompañamiento familiar y promoción de la dignidad. Michels et al. (2023) resaltan la importancia de los cuidados paliativos en la medicina intensiva, especialmente en el manejo del sufrimiento, limitación del esfuerzo terapéutico y apoyo emocional. Además, el personal de

enfermería debe atender su propio bienestar; Nursing et al. (2024) advierten que el burnout en UCI es elevado y que el autocuidado profesional es esencial para garantizar un desempeño seguro y sostenible.

Tabla 7.

Principales escalas utilizadas en el paciente crítico

Escala	Objetivo	Uso para enfermería	Referencia
Glasgow	Nivel de conciencia	Detectar deterioro neurológico	Rodríguez (2001)
APACHE II	Severidad y pronóstico	Medición de gravedad, predicción de mortalidad	Lee et al. (2017)
SOFA	Falla orgánica	Evaluación continua del daño multisistémico	Lee et al. (2017)
RASS	Nivel de sedación	Ajuste de sedación y ventilación	Guerrero et al. (2019)

Nota: La aplicación sistemática de estas escalas permite a la enfermería realizar una valoración objetiva del paciente crítico, facilitar la comunicación interdisciplinaria y mejorar la seguridad y continuidad del cuidado.

2. Valoración integral y monitoreo del paciente crítico

La valoración integral del paciente crítico constituye la base del cuidado avanzado en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Este tipo de valoración requiere la integración de múltiples dominios fisiológicos, cognitivos y hemodinámicos que permiten identificar alteraciones tempranas, orientar intervenciones y anticipar complicaciones. En los cuidados críticos, la enfermería debe asumir un rol altamente especializado que combina observación continua, interpretación de datos, razonamiento clínico avanzado y capacidad de respuesta inmediata. Kipnis et al. (2012) sostienen que la monitorización representa el eje central de la atención al paciente crítico, ya que permite evaluar de forma dinámica las variaciones fisiológicas y actuar oportunamente ante signos de deterioro. Esta vigilancia continua tiene como objetivo preservar la homeostasis e intervenir antes de que la disfunción orgánica se torne irreversible.

La valoración integral debe iniciar desde el momento en que el paciente ingresa a la UCI, con una aproximación sistemática que incluya la identificación de prioridades clínicas, la aplicación de escalas de gravedad y la integración de múltiples parámetros fisiológicos. Rodríguez (2001) señala que la aproximación inicial debe considerar la situación basal del paciente, la causa del ingreso y los mecanismos fisiopatológicos asociados, dado que estos elementos condicionan la evolución clínica y la necesidad de intervenciones intensivas. La

enfermería debe ser capaz de reconocer cambios sutiles que preceden al deterioro hemodinámico, respiratorio o neurológico, ya que estos suelen manifestarse de forma abrupta en este tipo de pacientes.

Uno de los principales dominios de la valoración integral es la evaluación hemodinámica. Kipnis et al. (2012) explican que el monitoreo hemodinámico avanzado incluye parámetros como la presión arterial invasiva, la variabilidad de la presión de pulso, el gasto cardíaco, la saturación venosa central de oxígeno y la presión venosa central. El análisis conjunto de estos indicadores permite identificar hipovolemia, disfunción cardíaca, pérdida de tono vascular o necesidad de soporte inotrópico. Cofre-Valiente et al. (2025) sostienen que las competencias enfermeras en monitorización hemodinámica requieren no solo una lectura adecuada de los parámetros, sino también la capacidad de interpretar su significado clínico y comunicarlos oportunamente al equipo médico. Esto implica reconocer patrones de deterioro, ajustar el posicionamiento del paciente, verificar la permeabilidad de dispositivos y gestionar alarmas de modo seguro y eficiente.

En los pacientes críticos con soporte extracorpóreo, como la ECMO venoarterial, la monitorización hemodinámica adquiere aún mayor complejidad. Su et al. (2020) explican que en ECMO VA el flujo extracorpóreo altera la fisiología nativa, por lo que el monitoreo debe incluir la evaluación de la resistencia del circuito, saturación pre y post oxigenador, coagulopatías y función cardíaca residual. La enfermería desempeña un papel fundamental en este tipo de terapias, con competencias específicas en anticoagulación, manejo del circuito, prevención de complicaciones mecánicas y vigilancia continua.

Otro componente esencial de la valoración integral es la valoración respiratoria. Los pacientes críticos frecuentemente presentan insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica invasiva. Guerrero et al. (2019) destacan que los cuidados enfermeros en este ámbito incluyen la vigilancia de parámetros ventilatorios, el ajuste continuo según órdenes médicas, la prevención de lesiones asociadas al ventilador y la realización de técnicas de higiene bronquial. La enfermería debe conocer las modalidades ventilatorias, niveles de PEEP, fracción inspirada de oxígeno, presión de soporte y volúmenes tidal, ya que estos parámetros condicionan la oxigenación, la mecánica pulmonar y el riesgo de complicaciones como el barotrauma o volutrauma.

La valoración neurológica es igualmente relevante. Las alteraciones del sistema nervioso central son comunes en el paciente crítico debido a hipoxia, sepsis, traumatismos, fármacos o complicaciones metabólicas. La escala de Glasgow constituye la herramienta principal para evaluar el nivel de conciencia (Rodríguez, 2001). Por su parte, Lee et al. (2017) subrayan que los puntajes APACHE II y SOFA, aunque no son escalas neurológicas per se, incorporan variables que reflejan el impacto de la disfunción neurológica en el pronóstico general. La enfermería debe evaluar también el tamaño y reactividad pupilar, patrones respiratorios, presencia de delirium y respuesta motora, ya que estos elementos permiten identificar lesiones neurológicas agudas y orientar decisiones terapéuticas.

La valoración renal, metabólica y gastrointestinal forma parte de la visión global del paciente crítico. Rodríguez (2001) resalta que los desequilibrios ácido-base, alteraciones electrolíticas y fallas en la perfusión renal pueden manifestarse tempranamente a través de cambios sutiles en la diuresis, coloración de la piel o estado mental, todos aspectos observables por enfermería. La vigilancia del débito urinario, tolerancia al aporte nutricional, residuo gástrico y signos de isquemia intestinal son componentes importantes del cuidado integral.

La valoración del dolor, sedación y delirio es un dominio crucial. En el paciente crítico, estas condiciones afectan el pronóstico, la mecánica ventilatoria y la recuperación funcional. Guerrero et al. (2019) describen el uso del RASS para evaluar el nivel de sedación y evitar tanto la sobriedación como la sedación insuficiente. La valoración del dolor debe realizarse incluso en pacientes sedados mediante escalas conductuales validadas.

La aplicación de escalas de gravedad es parte integral del monitoreo clínico. Lee et al. (2017) demostraron que el APACHE II y el SOFA ofrecen un valor predictivo importante en cuanto a mortalidad, falla orgánica y progresión del deterioro. Estas escalas permiten estratificar el riesgo, orientar intervenciones, priorizar recursos y evaluar la respuesta terapéutica. Su uso también facilita la comunicación interdisciplinaria, al proporcionar un lenguaje objetivo que describe la severidad clínica de forma estandarizada.

La valoración integral incluye también aspectos relacionados con el riesgo de eventos adversos. Patil et al. (2023) sostienen que la UCI es un entorno de alto riesgo debido a la complejidad de las intervenciones y la vulnerabilidad del paciente. Skelly et al. (2025) señalan que la prevención de eventos adversos requiere una vigilancia continua, una adecuada gestión

del entorno tecnológico y la aplicación de protocolos estrictos, especialmente en relación con dispositivos invasivos, bombas de infusión y medicamentos de alto riesgo. Otero et al. (2025) subrayan que en el ámbito pediátrico esta vigilancia requiere especial rigor debido a los riesgos asociados a errores de cálculo en dosis y características del desarrollo.

Tabla 8.

Principales dominios de la valoración integral del paciente crítico

Dominio	Componentes clave	Autores
Hemodinámico	Presión arterial invasiva, presión venosa central, gasto cardíaco, saturación venosa mixta (SvO ₂)	Kipnis et al. (2012); Cofre-Valiente et al. (2025)
Respiratorio	Modalidades ventilatorias, PEEP, FiO ₂ , mecánica pulmonar	Guerrero et al. (2019)
Neurológico	Escala de Glasgow, evaluación pupilar, delirio, patrones respiratorios	Rodríguez (2001); Lee et al. (2017)
Renal-metabólico	Diuresis horaria, balance hídrico, electrolitos, equilibrio ácido-base	Rodríguez (2001)
Infeccioso	Signos de sepsis, higiene de manos, aplicación de bundles de prevención	Haque et al. (2020); Chiscano-Camón et al. (2024)
Terapias avanzadas	Soporte extracorpóreo (ECMO), infusiones múltiples y terapias complejas	Su et al. (2020)
Riesgos y seguridad	Gestión de alarmas, control de dispositivos invasivos, medicamentos de alto riesgo	Patil et al. (2023); Skelly et al. (2025); Otero et al. (2025)

Nota: La valoración integral del paciente crítico requiere un enfoque multidimensional que permita a la enfermería integrar datos clínicos, tecnológicos y de seguridad para una toma de decisiones oportuna y segura.

La vigilancia epidemiológica también forma parte del monitoreo. Haque et al. (2020) explican que las infecciones asociadas a la atención en salud deben prevenirse mediante bundles basados en evidencia, higiene de manos y técnicas asépticas en los procedimientos. La enfermería es responsable de vigilar signos tempranos de infección, implementar medidas preventivas y garantizar la adherencia a prácticas seguras.

Finalmente, la valoración integral debe incorporar la dimensión humana, emocional y espiritual del paciente crítico y su familia. Caiza et al. (2025) afirman que la humanización implica reconocer la vulnerabilidad, comunicar con claridad, aliviar el sufrimiento y promover la dignidad, incluso en situaciones de alta complejidad tecnológica. Michels et al. (2023) destacan que la valoración y el manejo del sufrimiento forman parte esencial del cuidado paliativo dentro

de la UCI, lo cual exige sensibilidad, comunicación efectiva y respeto por los valores del paciente. Por último, Nursing et al. (2024) enfatizan que el monitoreo incluye también la vigilancia del bienestar del personal de enfermería, pues el burnout afecta la toma de decisiones y la capacidad de brindar un cuidado seguro.

3. Intervenciones de enfermería en soporte vital avanzado

El soporte vital avanzado constituye uno de los pilares esenciales del cuidado crítico, ya que permite mantener las funciones vitales de pacientes con falla orgánica aguda, inestabilidad hemodinámica o compromiso respiratorio severo. En este contexto, la enfermería desempeña un rol central que implica juicio clínico avanzado, habilidades técnicas de alto nivel, dominio de protocolos internacionales y capacidad para responder de manera inmediata ante cambios fisiológicos. De acuerdo con Killu (2018), el soporte vital avanzado integra la tecnología de última generación con el conocimiento clínico y la vigilancia constante, lo que posiciona a la enfermería como un agente clave en la supervivencia del paciente crítico.

Dentro del soporte vital avanzado, una de las intervenciones más relevantes es la gestión del soporte vital cardiovascular. Las acciones en este ámbito incluyen el reconocimiento precoz del deterioro, la participación en maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada y la administración precisa de fármacos vasoactivos. Fulton y Nordquist (2025) explican que el soporte vital avanzado en emergencias cardiovasculares se fundamenta en protocolos estandarizados, como las guías ACLS, que establecen algoritmos para el manejo del paro cardíaco, arritmias, bradicardia severa y taquicardias inestables. La enfermería debe dominar estos algoritmos para intervenir eficazmente durante la reanimación, asegurando la calidad de las compresiones, la ventilación segura y el uso adecuado de medicamentos como adrenalina, amiodarona o dopamina.

Team, Bloomer y Redley (2023), en un estudio Delphi sobre roles enfermeros en soporte vital, concluyen que la enfermería no solo participa en la ejecución técnica de la reanimación, sino también en la coordinación del equipo, la anticipación de necesidades y la comunicación clara durante emergencias críticas. El liderazgo enfermero en ACLS incluye verificar accesos venosos, preparar medicamentos, gestionar el desfibrilador, documentar tiempos de intervención y asegurar la continuidad de cuidados post-paro. Esto exige entrenamiento continuo, simulación clínica y competencias de trabajo bajo presión.

Otro componente crucial del soporte vital avanzado es la gestión del soporte respiratorio, especialmente mediante ventilación mecánica invasiva (VMI). Los pacientes críticos con insuficiencia respiratoria requieren intervenciones precisas que influyen directamente en la oxigenación y la supervivencia. Guerrero et al. (2019) destacan que los cuidados de enfermería en ventilación mecánica incluyen la vigilancia del modo ventilatorio, presión de soporte, volúmenes tidales, PEEP y fracción inspirada de oxígeno. La enfermería debe también prevenir complicaciones, como la neumonía asociada a ventilador (NAV), mediante intervenciones basadas en evidencia: elevación del cabecero, aspiración de secreciones según protocolo, higiene oral con clorhexidina, control de sedación y evaluación diaria de la posibilidad de extubación.

En pacientes con insuficiencia respiratoria refractaria, la ventilación convencional puede ser insuficiente, y se recurre a modalidades avanzadas de soporte respiratorio como la ventilación de alta frecuencia o el uso de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Su et al. (2020) explican que la ECMO VA requiere cuidados enfermeros altamente especializados, incluyendo monitoreo continuo del flujo del circuito, evaluación del oxigenador, manejo de anticoagulación, vigilancia de signos de hemólisis, sangrado o trombosis, y prevención de complicaciones mecánicas. En estas circunstancias, la enfermería no solo ejecuta cuidados técnicos, sino que también se convierte en un eje clave para la supervivencia del paciente.

La gestión del shock y la sepsis es parte inseparable del soporte vital avanzado. Chiscano-Camón et al. (2024) señalan que el shock séptico constituye una de las principales causas de mortalidad en las UCI y requiere una intervención rápida basada en la administración temprana de antibióticos, reanimación con fluidos, soporte vasoactivo y vigilancia continua de perfusión. La enfermería juega un rol decisivo al monitorizar parámetros esenciales como lactato sérico, presión arterial media, saturación central de oxígeno y diuresis. La capacidad de detectar signos tempranos de falla orgánica y comunicar alertas de manera inmediata al equipo médico resulta determinante en el pronóstico.

Dentro del soporte vital avanzado también se incluye la gestión precisa de medicamentos de alto riesgo, tales como noradrenalina, vasopresina, adrenalina, insulina en perfusión continua y sedantes potentes. Patil et al. (2023) advierten que las UCI son escenarios de alta probabilidad de eventos adversos debido al uso simultáneo de múltiples infusiones. Otero et al. (2025) enfatizan que en pacientes pediátricos este riesgo es aún mayor debido a la necesidad de cálculos exactos según peso y características fisiológicas. Por tanto, las intervenciones

enfermeras deben incluir doble verificación, manejo seguro de bombas, calibración de dispositivos y revisión de compatibilidades farmacológicas.

Otra área relevante es el soporte vital neurológico, que incluye el manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico, status epilepticus, hemorragia cerebral y lesiones medulares. La enfermería tiene la responsabilidad de vigilar cambios neurológicos continuos mediante la escala de Glasgow, reactividad pupilar, patrón motor y signos de hipertensión intracraneal. Kipnis et al. (2012) destacan que el control de la presión intracraneal requiere intervenciones enfermeras como el posicionamiento adecuado, la prevención de hipoxia e hipercapnia, y el control riguroso de parámetros hemodinámicos.

Las intervenciones de enfermería en soporte vital avanzado también abarcan el control estricto del equilibrio ácido-base y electrolítico, que es fundamental para evitar complicaciones como arritmias, convulsiones, shock refractario o falla renal aguda. Rodríguez (2001) señala que la vigilancia de electrolitos, diuresis y signos de deshidratación es indispensable para la estabilidad metabólica.

El soporte nutricional avanzado es un componente esencial del soporte vital, ya que los pacientes críticos suelen presentar hipermetabolismo y pérdida acelerada de masa muscular. Killu (2018) destaca que la nutrición temprana, guiada por protocolos, mejora el pronóstico y reduce el riesgo de infecciones. La enfermería debe vigilar tolerancia gastrointestinal, residuo gástrico, integridad del acceso enteral o parenteral, monitoreo de glucosa y prevención de complicaciones asociadas.

El soporte vital también exige una visión global del riesgo y la seguridad. Patil et al. (2023) sostienen que la prevención de eventos adversos depende tanto de la tecnología como de la habilidad del personal para identificar riesgos. La enfermería debe implementar prácticas seguras como la vigilancia de alarmas, calibración de monitores, identificación segura del paciente y adherencia a protocolos.

La dimensión humana del soporte vital avanzado es igualmente importante. González-Rincón et al. (2018) destacan que la enfermería debe abordar el sufrimiento, la incertidumbre y la angustia de pacientes y familias, mediante comunicación clara, apoyo emocional y humanización. Michels et al. (2023) subrayan que incluso en situaciones de atención altamente tecnológica, es imprescindible considerar los aspectos paliativos y de final de vida.

Tabla 9.

Intervenciones enfermeras en soporte vital avanzado

Área	Intervenciones clave	Autores
Cardiovascular	Aplicación de soporte vital cardiovascular avanzado (ACLS), manejo de fármacos vasoactivos, control y monitorización del ritmo cardíaco	Fulton & Nordquist (2025); Team et al. (2023)
Respiratorio	Manejo de ventilación mecánica invasiva y no invasiva, prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, manejo de secreciones	Guerrero et al. (2019)
Hemodinámico	Monitoreo invasivo continuo, ajustes de perfusión, vigilancia y manejo del shock	Kipnis et al. (2012); Cofre-Valiente et al. (2025)
ECMO	Manejo del circuito extracorpóreo, control de anticoagulación, detección temprana de fallas y complicaciones	Su et al. (2020)
Neurológico	Valoración mediante escala de Glasgow, monitorización pupilar, prevención de hipertensión intracraneal	Rodríguez (2001)
Infeccioso	Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, aplicación de bundles y manejo seguro de catéteres	Haque et al. (2020)

Nota: Las intervenciones enfermeras en soporte vital avanzado requieren competencias clínicas especializadas, vigilancia continua y coordinación interdisciplinaria para garantizar la seguridad y la efectividad del cuidado en pacientes críticos.

Por último, Nursing et al. (2024) advierten que la alta demanda emocional y cognitiva del soporte vital avanzado incrementa el riesgo de burnout en el personal, por lo que la enfermería debe incorporar estrategias de autocuidado y resiliencia para mantener un desempeño seguro y sostenible.

En conjunto, las intervenciones de enfermería en soporte vital avanzado requieren competencias científicas, técnicas, éticas y humanas. La enfermería en cuidados críticos no solo ejecuta procedimientos complejos, sino que lidera la vigilancia, previene riesgos, coordina equipos interdisciplinarios y humaniza el cuidado en uno de los entornos más exigentes de la medicina moderna.

4. Seguridad del paciente y gestión del riesgo en UCI

La seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituye uno de los pilares fundamentales del cuidado crítico, debido a la alta vulnerabilidad de los pacientes, la complejidad tecnológica y la intensidad de las intervenciones. Las UCI son entornos donde

convergen múltiples factores de riesgo: medicamentos de alto riesgo, dispositivos invasivos, ventilación mecánica, monitoreo continuo y terapias avanzadas, lo que aumenta la probabilidad de eventos adversos si no existe una cultura sólida de seguridad. Patil et al. (2023) afirman que la seguridad en cuidados intensivos depende de múltiples variables interrelacionadas, entre ellas la capacitación del personal, la adherencia a protocolos, la comunicación efectiva y la gestión adecuada del entorno físico. En este contexto, la enfermería desempeña un rol crucial como primera línea de vigilancia, prevención y respuesta ante situaciones que amenazan la vida.

Los eventos adversos en la UCI pueden incluir infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), errores de medicación, caídas, extubaciones accidentales, disfunción de dispositivos, trombosis asociada a catéteres y complicaciones relacionadas con el soporte vital. Skelly et al. (2025) señalan que los eventos adversos representan una importante causa de morbilidad y mortalidad, pero enfatizan que la mayoría de estos incidentes son prevenibles a través de una gestión efectiva del riesgo. De este modo, la enfermería debe asumir un enfoque proactivo, orientado a identificar factores predisponentes y a implementar estrategias de mitigación antes de que el daño ocurra.

Una de las principales amenazas a la seguridad en la UCI son las infecciones asociadas a la atención en salud. Haque et al. (2020) explican que las UCI presentan las tasas más elevadas de IAAS debido a la alta frecuencia de dispositivos invasivos, como catéteres venosos centrales, sondas urinarias y ventilación mecánica. La prevención requiere la aplicación de bundles basados en evidencia, que incluyen prácticas como la higiene de manos, técnica aséptica estricta, cambio de circuitos según protocolo y vigilancia epidemiológica activa. La enfermería debe asegurar la adherencia estricta a estos paquetes de cuidados, puesto que incluso pequeñas desviaciones pueden aumentar significativamente el riesgo de infección.

El uso de medicamentos de alto riesgo constituye otro foco importante de la gestión del riesgo. Patil et al. (2023) afirman que la complejidad de las infusiones continuas, especialmente en pacientes críticos inestables, eleva la probabilidad de errores de dosificación o administración. En pediatría, el riesgo es aún mayor. Otero et al. (2025) destacan que los medicamentos de alto riesgo en niños requieren cálculos extremadamente precisos, doble verificación y dispositivos calibrados. Las intervenciones enfermeras en este ámbito incluyen la verificación cruzada, control de compatibilidades, revisión de bombas de infusión, etiquetado adecuado y vigilancia continua de efectos adversos.

Dentro del cuidado crítico, también se incluyen riesgos relacionados con los dispositivos y equipos biomédicos. Desde monitores multiparámetros hasta ventiladores y circuitos extracorpóreos, el equipamiento tecnológico representa potenciales fuentes de error si no se utiliza adecuadamente. Kipnis et al. (2012) subrayan que la contaminación de líneas invasivas, la desconexión accidental de dispositivos, el mal funcionamiento de alarmas o la calibración incorrecta pueden comprometer la vida del paciente. La enfermería debe garantizar la verificación estructurada del equipamiento, el mantenimiento preventivo y la gestión adecuada de alarmas para evitar fallos críticos.

Tabla 10.

Principales riesgos en uci y acciones enfermeras de prevención

Riesgo	Acciones enfermeras de prevención	Autores
Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	Higiene de manos, aplicación de bundles de prevención, técnica aséptica estricta en procedimientos	Haque et al. (2020)
Error de medicación	Doble verificación independiente, uso de bombas de infusión calibradas y protocolos de seguridad	Patil et al. (2023); Otero et al. (2025)
Fallo de dispositivos	Verificación continua de alarmas, mantenimiento preventivo y revisión del funcionamiento de equipos	Kipnis et al. (2012)
Extubación accidental	Fijación adecuada del tubo endotraqueal, ajuste seguro de sedación y vigilancia continua	Guerrero et al. (2019)
Trombos asociados a catéter	Vigilancia del sitio de inserción, control de permeabilidad y cuidados del acceso vascular	Skelly et al. (2025)

Nota: La identificación temprana de riesgos y la aplicación sistemática de acciones preventivas por parte de enfermería son fundamentales para reducir eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente crítico en la UCI.

La comunicación interdisciplinaria es otro componente clave de la seguridad. Team, Bloomer y Redley (2023) afirman que la claridad del lenguaje clínico y la comunicación estructurada durante emergencias, reanimaciones y transiciones del cuidado reduce los errores y mejora la toma de decisiones. Los pases de guardia deben seguir formatos estandarizados como SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation), que facilitan la transferencia de información esencial entre profesionales. La comunicación abierta permite que las preocupaciones del personal enfermero se escuchen oportunamente, evitando que señales tempranas de deterioro pasen inadvertidas.

La seguridad del paciente en UCI requiere también la identificación y manejo de la carga cognitiva del personal, ya que la fatiga, el estrés y el multitasking aumentan la posibilidad de errores. Nursing, Ernstmeyer y Christman (2024) advierten que el burnout afecta directamente el juicio clínico, la capacidad de concentración y la toma de decisiones. En entornos de alta demanda, la enfermería debe aplicar estrategias de autocuidado profesional y los líderes deben promover una cultura de bienestar que incluya pausas, apoyo emocional y turnos adecuados.

La prevención de eventos adversos también depende de la vigilancia hemodinámica y respiratoria, que permite detectar inestabilidad fisiológica antes de que cause daño significativo. Kipnis et al. (2012) destacan que parámetros como la presión arterial invasiva, la saturación central de oxígeno, el gasto cardíaco y la mecánica ventilatoria pueden alertar tempranamente sobre shock, hipoxia o deterioro neurológico. Cofre-Valiente et al. (2025) añaden que la monitorización avanzada requiere competencias específicas para interpretar tendencias, identificar artefactos y ajustar el cuidado.

En el ámbito de la ventilación mecánica, la seguridad del paciente incluye la prevención de NAV, el manejo adecuado de alarmas, la fijación del tubo endotraqueal y la vigilancia de signos de barotrauma o volutrauma. Guerrero et al. (2019) señalan que la descoordinación ventilatoria y la sedación insuficiente son riesgos frecuentes, mientras que la sedación excesiva aumenta la morbilidad. La enfermería debe dominar la titulación de sedantes, el monitoreo del nivel de sedación mediante escalas como RASS, y la implementación de estrategias de ventilación protectora.

La seguridad también abarca la prevención de complicaciones asociadas a terapias avanzadas, como la ECMO. Su et al. (2020) explican que los riesgos incluyen sangrado, trombosis, falla del oxigenador y mal funcionamiento del circuito. La enfermería debe vigilar parámetros específicos como la resistencia del circuito, la saturación pre- y post-oxigenador, la anticoagulación sistémica y los signos de hemólisis.

En la gestión del riesgo, la identificación y reporte de incidentes es indispensable. Skelly et al. (2025) destacan que los sistemas de notificación deben ser no punitivos, orientados al aprendizaje y a la mejora continua. Esto permite identificar patrones de error y desarrollar

estrategias preventivas. La enfermería debe fomentar una cultura donde los incidentes se reporten de manera periódica sin temor a repercusiones negativas.

La dimensión ética también forma parte de la seguridad en cuidados críticos. Rojas-Ávila y Valencia-Contrera (2023) enfatizan que las decisiones sobre proporcionalidad terapéutica, consentimiento informado y limitación del esfuerzo terapéutico deben llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad humana, evitando intervenciones fútiles que prolonguen el sufrimiento sin beneficio clínico. Michels et al. (2023) señalan que los cuidados paliativos en UCI también son parte de la seguridad, ya que un manejo inadecuado del dolor, el sufrimiento o la comunicación puede convertirse en un daño moral.

La seguridad del paciente implica además considerar la humanización del cuidado, pues la despersonalización es un riesgo frecuente en contextos altamente tecnológicos. Caiza et al. (2025) afirman que la humanización reduce la ansiedad del paciente y su familia, mejora la adherencia al tratamiento y favorece la comunicación efectiva. Las prácticas humanizadas deben incluir visitas ampliadas, participación de la familia en decisiones y comunicación compasiva.

Tabla 11.

Pilares de seguridad del paciente en uci

Pilar	Descripción	Autor(es)
Cultura de seguridad	Promoción del reporte no punitivo, análisis de eventos adversos y aprendizaje organizacional continuo	Skelly et al. (2025)
Comunicación efectiva	Uso de herramientas estructuradas como SBAR, claridad y precisión en situaciones de emergencia	Team et al. (2023)
Vigilancia tecnológica	Gestión adecuada de alarmas, calibración y mantenimiento de equipos biomédicos	Kipnis et al. (2012)
Seguridad farmacológica	Manejo seguro de medicamentos de alto riesgo, doble verificación y protocolos estandarizados	Patil et al. (2023)
Humanización del cuidado	Reducción del sufrimiento, respeto a la dignidad, comunicación empática y apoyo emocional	Caiza et al. (2025); Michels et al. (2023)

Nota: El fortalecimiento de estos pilares permite consolidar un entorno asistencial seguro, ético y centrado en la persona, donde la enfermería desempeña un rol clave en la prevención de eventos adversos en la UCI.

La educación continua es un componente esencial de la gestión del riesgo. Killu (2018) sostiene que el personal de enfermería en UCI debe actualizarse constantemente en soporte vital avanzado, sepsis, ventilación, manejo de dispositivos, nuevas tecnologías y protocolos de

seguridad. El entrenamiento mediante simulación clínica permite mejorar la toma de decisiones, el liderazgo y la respuesta ante emergencias.

Finalmente, la seguridad en UCI es un proceso dinámico que requiere la participación activa de todo el equipo interdisciplinario, con liderazgo enfermero en la vigilancia continua, la prevención del daño y la mejora de la calidad asistencial.

5. Humanización del cuidado en el entorno crítico

130

El entorno de cuidados críticos se caracteriza por la presencia de tecnología avanzada, procedimientos invasivos, alto nivel de estrés y una intensa presión clínica para salvar vidas. Sin embargo, esta complejidad puede generar situaciones de despersonalización, angustia emocional y sufrimiento tanto para el paciente como para su familia. La humanización se convierte entonces en un componente esencial del cuidado intensivo, orientado a mantener la dignidad, la autonomía y la experiencia humana en un contexto altamente tecnificado. Caiza, Barrera, Zambrano y Ramos (2025) señalan que la humanización en UCI no consiste solo en aplicar técnicas de comunicación o acompañamiento emocional, sino en comprender la vulnerabilidad del paciente crítico y promover un cuidado integral que incluya lo psicológico, espiritual y social. Esta perspectiva busca equilibrar la precisión técnica con la calidez humana.

El paciente en cuidados críticos suele encontrarse en un estado de extrema fragilidad: sedado, intubado, conectado a múltiples dispositivos, limitado en su movilidad y frecuentemente incapaz de expresar sus emociones. Michels et al. (2023) destacan que estas circunstancias pueden generar sufrimiento existencial, sensación de pérdida de control, angustia y aislamiento. La familia también experimenta un impacto profundo, al vivir la incertidumbre, el miedo y la impotencia ante la condición del ser querido. Por ello, la atención humanizada debe enfocarse tanto en el paciente como en su núcleo familiar, promoviendo espacios de apoyo, información clara y participación en las decisiones clínicas.

La comunicación representa uno de los pilares fundamentales de la humanización. En entornos de alta complejidad, donde los pacientes suelen estar sometidos a sedación o limitaciones para la expresión verbal, la comunicación no verbal adquiere un rol crucial. González-Rincón, De Herrera-Marchal y Martínez-Martín (2018) afirman que la mirada, el tacto terapéutico, la modulación de la voz y la presencia física del profesional pueden transmitir

seguridad, consuelo y empatía, incluso cuando el paciente no puede comunicarse de manera convencional. La enfermería debe emplear estrategias adaptadas a cada situación, como el uso de pizarras, gestos, comunicación aumentativa o dispositivos visuales, para facilitar la interacción.

La humanización también implica promover la participación activa de la familia en el cuidado. Históricamente, las UCI se caracterizaron por restricciones rígidas de visitas, lo que aumentaba el estrés emocional de los familiares y dificultaba la comunicación clínica. Sin embargo, las recomendaciones actuales respaldadas por evidencia internacional— sugieren una apertura progresiva a modelos de visitas extendidas, flexibles y seguras. Caiza et al. (2025) indican que la inclusión de la familia en la UCI mejora la satisfacción, fortalece el vínculo afectivo y reduce la ansiedad. Asimismo, favorece la toma de decisiones compartidas y contribuye a la humanización del entorno clínico.

La toma de decisiones en el paciente crítico puede estar vinculada a dilemas éticos complejos, especialmente en situaciones de pronóstico reservado, limitación del esfuerzo terapéutico o transición hacia cuidados paliativos. Michels et al. (2023) subrayan que la comunicación honesta, la empatía y el acompañamiento emocional son esenciales para evitar daños morales y garantizar que las decisiones se tomen respetando los valores y preferencias del paciente. La humanización en el final de la vida incluye proporcionar un entorno de tranquilidad, control adecuado del dolor y el sufrimiento, y permitir la presencia de la familia durante los últimos momentos.

Un aspecto fundamental de la humanización es el reconocimiento del sufrimiento emocional del personal enfermero. Los profesionales en UCI enfrentan situaciones de presión constante, toma de decisiones complejas, eventos inesperados y exposición continua al dolor ajeno. Nursing, Ernstmeyer y Christman (2024) señalan que la fatiga por compasión y el burnout son riesgos frecuentes en unidades de alta demanda, lo que puede afectar la calidad del cuidado, la empatía y la seguridad del paciente. Por ello, la humanización debe incluir estrategias de autocuidado profesional, soporte emocional institucional y fortalecimiento del clima laboral mediante liderazgo positivo y comunicación abierta.

Tabla 12.

Dimensiones de la humanización en cuidados críticos

Dimensión	Descripción	Autores
-----------	-------------	---------

Comunicación empática	Diálogo claro, honesto y adaptado a la condición clínica, emocional y cultural del paciente y la familia	González-Rincón et al. (2018)
Acompañamiento familiar	Visitas flexibles, participación activa de la familia y apoyo en la toma de decisiones	Caiza et al. (2025)
Cuidado paliativo humanizado	Atención integral al sufrimiento físico, emocional y espiritual, con decisiones compartidas	Michels et al. (2023)
Ambiente terapéutico	Reducción del ruido, protección de la privacidad, confort ambiental y control de estímulos	Caiza et al. (2025)
Atención emocional del personal	Prevención del burnout, estrategias de autocuidado y apoyo psicoemocional al equipo	Nursing et al. (2024)

Nota: La incorporación de estas dimensiones fortalece un modelo de cuidados críticos centrado en la dignidad humana, el bienestar emocional y la calidad de la atención, donde la enfermería desempeña un rol fundamental como garante de un cuidado integral y ético.

La humanización del cuidado crítico también abarca el ambiente físico de la UCI. La iluminación excesiva, el ruido de las alarmas, la falta de privacidad y el frío ambiental pueden aumentar el estrés del paciente. Caiza et al. (2025) recomiendan rediseñar los espacios críticos para favorecer una experiencia más humana: control del ruido, iluminación regulada, música terapéutica cuando es apropiada, espacios privados para conversaciones familiares y zonas de descanso. El ambiente influye directamente en la calidad del sueño, la estabilidad emocional y la recuperación.

En relación con la ventilación mecánica, uno de los escenarios más deshumanizantes, la enfermería tiene un papel clave en preservar la dignidad del paciente. Guerrero et al. (2019) remarcan que los pacientes intubados experimentan miedo, desorientación y angustia, por lo que la enfermera debe aplicar estrategias de acompañamiento, control de la ansiedad, explicación constante de los procedimientos y uso adecuado de escalas de sedación para evitar tanto la sobrededación como el sufrimiento innecesario.

La gestión del tiempo también es un elemento importante para la humanización. Aunque las demandas técnicas del cuidado intensivo son elevadas, la enfermería debe equilibrar el tiempo dedicado a procedimientos con momentos de presencia terapéutica. Caiza et al. (2025) explican que incluso breves interacciones centradas en la persona como sostener la mano del paciente o explicar un procedimiento antes de realizarlo pueden tener un impacto profundo en la experiencia del paciente.

En el ámbito de la monitorización avanzada, la tecnología debe ser vista como un facilitador del cuidado, no como un sustituto de la interacción humana. Kipnis et al. (2012) señalan que los monitores, ventiladores y dispositivos invasivos proporcionan información crucial, pero pueden contribuir a la despersonalización si desplazan la atención hacia los números y no hacia la persona. La enfermería debe mantener una visión holística, integrando los datos tecnológicos con la observación clínica, la escucha activa y el acompañamiento emocional.

Tabla 13.

Estrategias de humanización en uci: acciones enfermeras clave

Estrategia	Acciones enfermeras	Impacto en el cuidado
Escucha activa	Validación emocional, presencia terapéutica, atención a las preocupaciones del paciente y la familia	Reduce la ansiedad, mejora la adherencia terapéutica y fortalece la relación enfermera–paciente
Explicación de procedimientos	Uso de lenguaje claro, pausado y comprensible antes y durante las intervenciones	Disminuye el miedo, la desorientación y aumenta la percepción de seguridad
Apoyo a la familia	Información continua, participación en el cuidado cuando es posible, acompañamiento emocional	Fortalece la confianza, mejora la comunicación y reduce el sufrimiento familiar
Manejo del ambiente	Control de alarmas, reducción del ruido, iluminación suave, respeto de la privacidad	Disminuye el estrés sensorial y favorece el confort del paciente crítico
Cuidado paliativo	Control del dolor y otros síntomas, acompañamiento continuo, apoyo en decisiones complejas	Preserva la dignidad, el confort y la calidad de vida en situaciones críticas

Nota: La aplicación sistemática de estas estrategias permite a la enfermería integrar la humanización como un componente esencial de la seguridad y calidad del cuidado en la UCI.

Finalmente, la humanización del cuidado crítico implica una transformación cultural en la UCI. No es una intervención aislada, sino un modelo que atraviesa toda la estructura organizacional: liderazgo, protocolos, ambientes, procesos y relaciones. Michels et al. (2023) proponen que las instituciones implementen programas permanentes de humanización, integrando indicadores de bienestar del paciente, satisfacción familiar y autocuidado del personal en los sistemas de calidad.

BIBLIOGRAFÍA:

- Killu, K. (2018). The Fundamentals of Critical Care Support: local experience and a look into the future. *Acute Medicine & Surgery*, 5(4), 305–308. <https://doi.org/10.1002/ams2.366>
- González-Rincón, M., De Herrera-Marchal, P. D., & Martínez-Martín, M. (2018). Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 30(2), 78–91. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.02.001>
- Vargas, F. J. G., Vásquez, P. a. C., Arancibia, M. J. E., & Zuñiga, G. Z. (2018). Servicios de Extensión de Cuidados Críticos: Implicancias para Enfermería. *Enfermería Actual En Costa Rica*, 35. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i35.30759>
- Goñi-Viguria, R. (2024). Experiencia de una enfermera de práctica avanzada en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 36(1), 100482. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.02.002>
- Rojas-Ávila, J., & Valencia-Contrera, M. (2023). Principios éticos en la investigación en pacientes críticos. *Persona Y Bioética*, 27(1), 1–13. <https://doi.org/10.5294/pebi.2023.27.1.7>
- Kipnis, E., Ramsingh, D., Bhargava, M., Dincer, E., Cannesson, M., Broccard, A., Vallet, B., Bendjelid, K., & Thibault, R. (2012). Monitoring in the intensive care. *Critical Care Research and Practice*, 2012, 1–20. <https://doi.org/10.1155/2012/473507>
- Cofre-Valiente, L., Vargas-Aristega, A. E., Duarte, M. M., Cofre-Valiente, L., Vargas-Aristega, A. E., & Duarte, M. M. (2025). Competencias del profesional de enfermería en la monitorización hemodinámica en pacientes críticos. *ve.scielo.org*. <https://doi.org/10.35381/cm.v11i20.1544>
- Rodriguez, R. (2001). An approach to critically ill patients. *Western Journal of Medicine*, 175(6), 392–395. <https://doi.org/10.1136/ewjm.175.6.392>
- Lee, M. A., Choi, K. K., Yu, B., Park, J. J., Park, Y., Gwak, J., Lee, J., Jeon, Y. B., Sung, D., MA, & Lee, G. J. (2017). Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II Score and Sequential Organ Failure Assessment Score as predictors for severe trauma patients in the intensive care unit. *Korean Journal of Critical Care Medicine*, 32(4), 340–346. <https://doi.org/10.4266/kjccm.2017.00255>
- Su, Y., Liu, K., Zheng, J., Li, X., Zhu, D., Zhang, Y., Zhang, Y., Wang, C., Shi, T., Luo, Z., & Tu, G. (2020). Hemodynamic monitoring in patients with venoarterial extracorporeal membrane oxygenation. *Annals of Translational Medicine*, 8(12), 792. <https://doi.org/10.21037/atm.2020.03.186>
- Fulton, M. R., II, & Nordquist, E. (2025, February 11). Advanced Cardiac Life Support (ACLS). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK613285/>
- Team, L., Bloomer, M. J., & Redley, B. (2023). Nurses' roles and responsibilities in cardiac advanced life support: A single-site eDelphi study. *Nursing in Critical Care*, 29(3), 466–476. <https://doi.org/10.1111/nicc.12897>
- Guerrero, M. Á., Méndez, S. a. G., & Cuero, J. V. Q. (2019). Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *revistahcam.iess.gob.ec*. <https://doi.org/10.36015/cambios.v18.n1.2019.392>

- Chiscano-Camón, L., Ruiz-Sanmartin, A., Bajaña, I., Bastidas, J., Lopez-Martinez, R., Franco-Jarava, C., Gonzalez, J. J., Larrosa, N., Riera, J., Nuvials-Casals, X., Ruiz-Rodríguez, J. C., & Ferrer, R. (2024). Current perspectives in the management of sepsis and septic shock. *Frontiers in Medicine*, 11, 1431791. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1431791>
- Patil, S. J., Ambulkar, R., & Kulkarni, A. P. (2023). Patient Safety in Intensive Care Unit: What can We Do Better? *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 27(3), 163–165. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24415>
- Skelly, C. L., McMahon, K., & Munakomi, S. (2025, August 2). Adverse events. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558963/>
- Otero, M. J., Marrodan, B. R., Santos, N. P., Pinto, E. V., Rodríguez, S. M., Peinado, R. P., Fernández-Llamazares, C. M., & Rodríguez, A. M. (2025). Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo en pediatría. *Anales De Pediatría*, 103(1), 503815. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503815>
- Haque, M., McKimm, J., Sartelli, M., Dhingra, S., Labricciosa, F. M., Islam, S., Jahan, D., Nusrat, T., Chowdhury, T. S., Coccolini, F., Iskandar, K., Catena, F., & Charan, J. (2020). <p>Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections: A Narrative Overview</p> *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 13, 1765–1780. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s269315>
- Caiza, G. G., Barrera, M. J., Zambrano, M. M., & Ramos, A. L. (2025). Humanización en el cuidado crítico: más allá de la tecnología. *Revista Científica De Salud BIOSANA*, 5(2), 288–299. <https://doi.org/10.62305/biosana.v5i2.544>
- Michels, G., Schallenburg, M., Neukirchen, M., John, S., Janssens, U., Raake, P., Schütt, K. A., Bauersachs, J., Barchfeld, T., Schucher, B., Delis, S., Karpf-Wissel, R., Kochanek, M., Von Bonin, S., Erley, C. M., Kuhlmann, S. D., Müllges, W., Gahn, G., Heppner, H. J., . . . Pin, M. (2023). Recommendations on palliative care aspects in intensive care medicine. *Critical Care*, 27(1), 355. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04622-3>
- Nursing, O. R. F., Ernstmeyer, K., & Christman, E. (2024). BURNOUT AND SELF-CARE. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK610441/>

CAPÍTULO 5

136

Enfermería Familiar y Comunitaria

TOASA ORTIZ FERNANDA PAULINA

<https://orcid.org/0000-0002-6636-3408>

SALAZAR AROCA JIMENA DE LOS ANGELES

<https://orcid.org/0009-0001-2820-7498>

COLOMA LLANGO ADRIANA GISSELA

<https://orcid.org/0009-0000-7325-1255>

RÍOS ESPINOZA EMELY MADELAYNE

<https://orcid.org/0009-0002-4853-7045>

VELASQUEZ ARTEAGA HEIDY NICOLE

<https://orcid.org/0009-0004-5584-6967>

INTRODUCCIÓN

La enfermería familiar y comunitaria emerge como un campo especializado que responde a los desafíos actuales en salud pública, donde la prevención de enfermedades, la promoción del bienestar y el fortalecimiento del tejido social se convierten en prioridades centrales. Frente a sistemas sanitarios históricamente centrados en la atención hospitalaria y curativa, este enfoque propone trasladar el cuidado hacia los lugares donde realmente se construye la salud: los hogares, las escuelas, los barrios y las comunidades (Martínez-Riera & Rodríguez, 2019). Desde esta perspectiva, la salud se entiende como un proceso dinámico, influido por determinantes sociales, ambientales y culturales, y no solo como la ausencia de enfermedad.

El rol de la enfermería en este campo se sustenta en la cercanía, la comunicación empática y la capacidad para generar vínculos de confianza con las personas y familias. Este contacto directo permite visualizar necesidades invisibilizadas, identificar riesgos emergentes y promover estrategias de cuidado basadas en la realidad particular de cada territorio (Dellafiore et al., 2022). De esta manera, la enfermería comunitaria actúa como puente entre el sistema sanitario y la vida cotidiana, garantizando que el derecho a la salud sea accesible y equitativo para todos los grupos poblacionales, especialmente los más vulnerables.

La práctica comunitaria integra herramientas teóricas y metodológicas que posibilitan una valoración integral de la familia y la comunidad, reconociendo que los procesos de salud-enfermedad se desarrollan dentro de sistemas relacionales que influyen en las decisiones, hábitos y estilos de vida. Asimismo, el trabajo comunitario se orienta a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, mediante intervenciones educativas participativas, acciones de vigilancia epidemiológica y gestión del riesgo, y el impulso del autocuidado y la resiliencia colectiva (Chiu et al., 2020; Yata et al., 2025).

Por otro lado, la humanización del cuidado se consolida como pilar transversal de esta disciplina, orientando la práctica hacia el respeto de la dignidad, cultura y autonomía de cada persona y comunidad. La enfermería fomenta la participación social como mecanismo para democratizar la salud, movilizar recursos comunitarios y generar cambios sostenibles desde la corresponsabilidad ciudadana (González et al., 2019).

En este capítulo se profundiza en los fundamentos, herramientas de valoración y estrategias de intervención de la enfermería familiar y comunitaria, destacando su relevancia en la construcción colectiva de salud y el desarrollo de comunidades más activas, informadas y empoderadas.

1. Fundamentos de la enfermería familiar y comunitaria

La enfermería familiar y comunitaria constituye uno de los ejes esenciales dentro del sistema de salud contemporáneo, al centrarse en la promoción del bienestar, la prevención de enfermedades y el acompañamiento continuo de las familias y comunidades a lo largo del ciclo vital. Esta disciplina se fundamenta en el entendimiento de la salud como un fenómeno dinámico, colectivo y altamente influenciado por los determinantes sociales, culturales y ambientales. En este sentido, el profesional de enfermería se convierte en un agente clave para fortalecer la salud comunitaria mediante intervenciones educativas, preventivas, asistenciales y de gestión territorial (Martínez-Riera & Rodríguez, 2019).

Desde la perspectiva conceptual, la familia se concibe como la unidad básica de cuidado, donde se forman hábitos de salud, se construyen redes de apoyo y se toman decisiones que pueden favorecer o limitar el bienestar (Bagnasco et al., 2022). Por su parte, la comunidad es el espacio social donde conviven grupos humanos con características, creencias y necesidades compartidas, conformando un tejido social que demanda respuestas desde los servicios de salud. La enfermería comunitaria, por tanto, se orienta a proteger y mejorar las condiciones de vida de los colectivos, reconociendo que la enfermedad no es solo un hecho biológico, sino también un fenómeno social (Dellafiore et al., 2022).

1.1. Evolución histórica y consolidación de la especialidad

La especialidad ha evolucionado en respuesta a los cambios sociales, epidemiológicos y tecnológicos. Martínez-Riera y Rodríguez (2019) señalan que su desarrollo histórico ha transitado desde una visión asistencialista de atención domiciliaria hacia un enfoque mucho más amplio que integra promoción de la salud, participación ciudadana, vigilancia epidemiológica y gestión comunitaria del riesgo. A partir de la Declaración de Alma-Ata (1978), la atención primaria de salud (APS) se volvió el marco esencial que redefine el rol de enfermería en territorios,

otorgándole liderazgo en la organización y articulación de estrategias orientadas al bienestar colectivo.

En las últimas décadas, esta área ha sido fortalecida por modelos teóricos internacionales, como el enfoque de salud comunitaria finlandés, el modelo de determinantes sociales de Dahlgren y Whitehead y los marcos de competencias europeos para enfermeras comunitarias (Gasperini et al., 2023). Bagnasco et al. (2022) subrayan que la enfermería familiar se consolida como disciplina especializada, con competencias que abarcan educación sanitaria, gestión de proyectos comunitarios, evaluación familiar y articulación intersectorial.

1.2. Conceptos clave: familia, comunidad y salud colectiva

La familia es reconocida como un sistema abierto en permanente interacción con el entorno físico y social. Con base en teorías sistémicas y ecológicas, se entiende que cualquier alteración en uno de sus miembros impacta en la totalidad del sistema familiar. Esta visión impulsa a la enfermería a diseñar intervenciones que trasciendan al individuo, abordando dinámicas relacionales, estilos de vida y redes de apoyo (González et al., 2019).

En cuanto a la comunidad, es considerada un espacio social que posee identidad, cultura, formas de organización y una historia que determina sus hábitos de salud. Por tanto, la práctica comunitaria exige reconocer los determinantes sociales de la salud y las desigualdades que pueden incrementar el riesgo de enfermar o morir de ciertos colectivos (Dellafiore et al., 2022). La salud comunitaria, desde esta perspectiva, se construye con la participación activa de los ciudadanos, promoviendo conductas saludables y desarrollando capacidades locales.

La salud colectiva integra las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y ambientales de la salud. En esta línea, el cuidado de enfermería debe centrarse en la mejora de los factores protectores y en la reducción de los riesgos, a través de acciones coordinadas con instituciones educativas, gobiernos locales y organizaciones sociales.

1.3. Marcos teóricos y filosóficos de la enfermería comunitaria

El quehacer de la enfermería comunitaria se fundamenta en marcos teóricos y filosóficos que permiten comprender la salud como un fenómeno complejo, dinámico y profundamente influido por factores sociales, culturales y contextuales. A diferencia del enfoque biomédico

tradicional, centrado principalmente en la enfermedad, la enfermería comunitaria adopta una visión integral que reconoce a la persona como parte de una familia y de una comunidad, insertada en un entorno que condiciona sus oportunidades de bienestar.

Uno de los pilares conceptuales es el modelo de sistemas familiares, el cual analiza las interacciones, roles y dinámicas existentes entre los miembros de la familia y su relación con el contexto social. Este modelo permite a la enfermería identificar patrones de apoyo, conflictos y recursos familiares que influyen directamente en los procesos de salud y enfermedad, facilitando intervenciones más pertinentes y sostenibles (Martínez-Riera & Rodríguez, 2019).

Otro referente relevante es el modelo comunitario de salud finlandés, que enfatiza la autonomía de las comunidades y la corresponsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Desde esta perspectiva, la enfermería actúa como facilitadora de procesos participativos, promoviendo la organización comunitaria, el liderazgo local y la construcción colectiva de soluciones a los problemas sanitarios.

El modelo de los determinantes sociales de la salud aporta una comprensión estructural de las inequidades, evidenciando cómo factores como la educación, el empleo, la vivienda, el acceso a servicios básicos y el ambiente influyen de manera decisiva en el bienestar individual y colectivo. Este enfoque orienta a la enfermería comunitaria hacia acciones de promoción, prevención y abogacía social, más allá de la atención clínica directa.

Finalmente, el enfoque salutogénico propone un cambio de paradigma al centrarse en los recursos, capacidades y fortalezas de las personas y comunidades, en lugar de focalizarse exclusivamente en la enfermedad. Gasperini et al. (2023) destacan que este enfoque fortalece la resiliencia comunitaria y promueve estilos de vida saludables desde una perspectiva positiva y participativa.

1.4. Funciones esenciales del profesional de enfermería comunitaria

El profesional de enfermería comunitaria desempeña un rol clave en la promoción del bienestar colectivo, actuando en estrecha relación con las personas, las familias y las comunidades desde una perspectiva integral y participativa. Su quehacer no se limita a la atención directa, sino que abarca acciones de campo, gestión sanitaria y acompañamiento continuo, orientadas a mejorar las condiciones de vida y reducir las inequidades en salud.

Dellafiore et al. (2022) identifican cuatro ejes fundamentales que estructuran las funciones esenciales de este profesional.

La promoción de la salud constituye uno de los pilares centrales del rol comunitario. Incluye el desarrollo de actividades educativas, talleres participativos, asesoramiento individual y grupal, así como el fortalecimiento de capacidades personales y colectivas para la adopción de estilos de vida saludables. Estas acciones buscan empoderar a la población, fomentando la toma de decisiones informadas y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

La prevención de enfermedades se orienta a reducir la incidencia y el impacto de patologías evitables mediante estrategias como la vacunación, el seguimiento de enfermedades crónicas, la pesquisa temprana de factores de riesgo y el control de brotes. En este ámbito, la enfermería comunitaria desempeña un rol activo en la vigilancia epidemiológica y en la implementación de medidas preventivas adaptadas a las características del territorio.

La atención centrada en la familia reconoce a la familia como unidad básica de cuidado. Implica la evaluación integral del entorno familiar, la identificación de vulnerabilidades sociales y sanitarias, la orientación en autocuidado y el apoyo en la resolución de conflictos que afectan la salud. Este enfoque permite intervenciones más contextualizadas y sostenibles en el tiempo.

Finalmente, la gestión comunitaria comprende la coordinación intersectorial, la elaboración de diagnósticos participativos y la planificación de proyectos locales de salud. En este rol, el profesional de enfermería actúa como articulador entre la comunidad y las instituciones, facilitando el acceso a recursos y servicios.

Asimismo, el ejercicio comunitario se fundamenta en la cercanía, el acompañamiento respetuoso y el reconocimiento de los saberes culturales. González et al. (2019) destacan que el enfermero comunitario se posiciona como un mediador social, capaz de integrar conocimiento científico y prácticas locales para promover el bienestar común y fortalecer el tejido social.

1.5. Competencias profesionales de la enfermera familiar y comunitaria

La enfermera familiar y comunitaria debe poseer un conjunto amplio de competencias que le permitan responder a las necesidades de salud de individuos, familias y comunidades desde un enfoque integral y contextualizado. Según el estudio europeo de Bagnasco et al.

(2022), estas competencias incluyen la comunicación efectiva e intercultural, la gestión del cuidado territorial, la investigación y vigilancia epidemiológica, así como la planificación, ejecución y evaluación de programas comunitarios. A ello se suman competencias éticas, el respeto a los derechos humanos, el trabajo interdisciplinario e intersectorial y el liderazgo social, orientado al empoderamiento comunitario. Estas capacidades resultan fundamentales para brindar cuidados accesibles y continuos en hogares, escuelas y comunidades vulnerables, fortaleciendo la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Bosio et al., 2022).

1.6. Enfermería familiar y comunitaria en el contexto actual

Los cambios demográficos, el envejecimiento poblacional, el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles y la persistencia de brechas sociales exigen profesionales capaces de enfrentar desafíos sanitarios complejos. Scrimaglia et al. (2024) resaltan que la figura de la enfermera comunitaria se vuelve clave en el abordaje de la fragilidad, vulnerabilidad y dependencia presentes en muchos hogares.

La pandemia de COVID-19 reforzó este rol como primera línea de contacto, facilitando el seguimiento de casos, educación sanitaria, teleasistencia y acompañamiento emocional en contextos de aislamiento (Dellafiore et al., 2022). Nuevas herramientas, como la simulación clínica comunitaria (Sinclair & Relouw, 2022) y el uso de plataformas digitales, potencian la capacidad pedagógica y de vigilancia de la profesión.

Actualmente, países como Italia, España y Finlandia han avanzado en la institucionalización de la enfermería familiar como especialidad con regulación y alcances propios (Scrimaglia et al., 2024), marcando una pauta internacional en la transformación del rol.

1.7. El enfoque de derechos, equidad y participación social

La enfermería comunitaria se sustenta en un enfoque ético y social que reconoce la salud como un derecho humano fundamental y no únicamente como la ausencia de enfermedad. Desde esta perspectiva, la equidad en salud constituye un principio rector, orientado a reducir las desigualdades injustas y evitables que afectan de manera desproporcionada a determinados grupos poblacionales. La práctica comunitaria implica, por tanto, identificar y abordar las brechas de acceso a servicios sanitarios, educación, vivienda, empleo y condiciones ambientales,

entendiendo que estos factores estructurales condicionan profundamente el bienestar individual y colectivo.

Gasparini et al. (2023) destacan que fenómenos como la pobreza, la violencia, la discriminación, la exclusión social y el abandono institucional generan escenarios de vulnerabilidad que incrementan el riesgo de enfermedad y limitan las oportunidades de desarrollo. En este contexto, la enfermería comunitaria asume un rol activo en la visibilización de estas inequidades, promoviendo intervenciones que no solo respondan a necesidades clínicas, sino que también incidan sobre los determinantes sociales de la salud.

143

El enfoque de derechos humanos refuerza esta visión al situar a las personas y comunidades como sujetos de derechos, con capacidad de decisión y participación en los procesos que afectan su salud. La enfermería comunitaria promueve la dignidad, la autonomía y el respeto por la diversidad cultural, garantizando que las intervenciones se desarrollen de manera ética, inclusiva y contextualizada. Esto implica informar adecuadamente, fomentar el consentimiento informado y favorecer la corresponsabilidad en el cuidado.

La participación social constituye un eje transversal de este enfoque. Reconocer a la comunidad como protagonista de los procesos de cuidado significa promover su involucramiento activo en la identificación de problemas, la planificación de acciones y la evaluación de resultados. El profesional de enfermería acompaña estos procesos mediante el fortalecimiento de liderazgos locales, el apoyo a organizaciones comunitarias y la construcción de proyectos colectivos orientados a mejorar la calidad de vida.

De este modo, el enfoque de derechos, equidad y participación social consolida a la enfermería comunitaria como una práctica transformadora, comprometida con la justicia social y con la construcción de comunidades más saludables, autónomas y empoderadas.

2. Valoración integral de la familia y la comunidad

La valoración integral de la familia y la comunidad constituye un proceso esencial dentro de la enfermería comunitaria, ya que permite comprender de manera profunda los factores que influyen en la salud colectiva y orientar intervenciones pertinentes, sostenibles y culturalmente adecuadas. Este proceso se fundamenta en una mirada holística del grupo familiar y del territorio, reconociendo que la salud no es el resultado exclusivo de condiciones biológicas

individuales, sino de la interacción dinámica entre dimensiones sociales, económicas, ambientales, culturales y políticas que configuran la vida cotidiana de las personas (Gasperini et al., 2023).

Desde esta perspectiva, la enfermería comunitaria analiza a la familia como una unidad de cuidado, identificando su estructura, roles, redes de apoyo, patrones de comunicación y capacidad de afrontamiento frente a situaciones de riesgo o enfermedad. Asimismo, la valoración comunitaria implica el reconocimiento de características del territorio, como condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos, recursos comunitarios, dinámicas sociales, prácticas culturales y problemáticas prioritarias que inciden en el bienestar colectivo. Esta información permite identificar tanto factores de vulnerabilidad como fortalezas y recursos locales que pueden potenciar las acciones de promoción y prevención.

A diferencia del ámbito hospitalario, donde la atención suele centrarse en el individuo enfermo y en la resolución de un problema clínico específico, la enfermería comunitaria orienta su acción hacia el diagnóstico familiar y comunitario. Este enfoque amplía la comprensión del proceso salud-enfermedad y posibilita el diseño de estrategias integrales que trascienden la atención curativa, incorporando la educación para la salud, la participación social y el fortalecimiento de capacidades comunitarias (Martínez-Riera & Rodríguez, 2019).

La valoración integral se convierte, así, en la base del cuidado comunitario efectivo y participativo. A través de este proceso, el profesional de enfermería no solo recopila datos, sino que establece vínculos de confianza, escucha activa y diálogo con la comunidad, favoreciendo la corresponsabilidad en el cuidado.

2.1. Evaluación del sistema familiar: comprender el núcleo del cuidado

La familia es la institución social donde se construyen normas, valores y conductas de salud. Por ello, su evaluación permite comprender la manera en que enfrenta conflictos, enfermedades, cambios del ciclo vital y situaciones de riesgo. Según Dellafiore et al. (2022), la enfermería debe aproximarse al hogar con una actitud de escucha activa, respeto cultural y reconocimiento de la autonomía del grupo familiar.

Para este fin se utilizan diversos instrumentos estandarizados que facilitan el análisis integral:

APGAR Familiar

Evalúa el funcionamiento familiar a través de cinco dimensiones: Adaptación, Participación, Ganancia o crecimiento, Afecto y Recursos (González et al., 2019). Cada una permite determinar el nivel de funcionamiento y cohesión interna.

Interpretación habitual:

- 7 a 10 puntos → Buena funcionalidad
- 4 a 6 puntos → Disfunción moderada
- 0 a 3 puntos → Disfunción severa

Este instrumento resulta útil para detectar tempranamente situaciones de estrés, ruptura de vínculos o sobrecarga del cuidador.

Genograma

Representa gráficamente la estructura familiar, las relaciones interpersonales, antecedentes hereditarios y eventos significativos (Martínez-Riera & Rodríguez, 2019).

Permite identificar:

- Patrones familiares de enfermedad
- Roles dentro del hogar
- Ciclos vitales y transiciones
- Relaciones conflictivas o distantes
- Es especialmente útil para planear intervenciones a largo plazo.

Ecomapa

Describe la interacción de la familia con su entorno social, instituciones y redes de apoyo comunitario (Scrimaglia et al., 2024).

Analiza:

- Recursos disponibles
- Identificación de apoyos débiles o ausentes
- Puentes con sectores educativos, sanitarios y comunitarios
- Este instrumento ayuda a reconocer inequidades y fortalezas del territorio.

FFSIL (Family Functioning Style Instrument)

Evalúa los estilos de afrontamiento, resiliencia y uso de recursos internos o externos en situaciones adversas (Gasperini et al., 2023). Es de gran utilidad en familias con enfermedades crónicas, discapacidad o situaciones de pobreza.

2.2. Diagnóstico comunitario participativo: escuchar al territorio

Una vez comprendido el contexto familiar, la mirada se amplía hacia la comunidad. La valoración comunitaria es un proceso sistemático que permite conocer las características sociales, epidemiológicas, ambientales y culturales que condicionan la salud colectiva.

Dellafiore et al. (2022) plantean que el diagnóstico comunitario debe ser participativo, dando protagonismo a los ciudadanos en la identificación de problemas y soluciones. Así se fortalece la autonomía social y se construye una atención sanitaria más pertinente y sostenible.

Las etapas clave son:

Tabla 14.

Etapas clave de la valoración comunitaria en enfermería

Etapas	Propósito
1. Caracterización del territorio	Identificar características de la población, distribución geográfica, condiciones de vida, servicios disponibles y recursos del entorno.
2. Análisis de datos epidemiológicos	Determinar las principales causas de enfermedad y muerte, así como los factores de riesgo prevalentes en la comunidad.
3. Mapeo de recursos comunitarios	Registrar redes de apoyo formales e informales, instituciones, organizaciones sociales y liderazgos comunitarios.
4. Priorización de problemas	Definir los problemas que requieren intervención inmediata según su impacto en la salud y el nivel de urgencia.
5. Diseño de estrategias participativas	Planificar acciones de intervención junto a líderes comunitarios y organizaciones sociales, promoviendo corresponsabilidad y participación activa.

Nota: Estas etapas permiten estructurar la valoración comunitaria de manera sistemática, facilitando intervenciones contextualizadas, participativas y orientadas a mejorar la salud colectiva.

Las metodologías más utilizadas incluyen grupos focales, entrevistas comunitarias, visitas domiciliarias y diagnósticos rápidos participativos (Bagnasco et al., 2022).

a) Identificación de riesgos individuales, familiares y colectivos

La vigilancia y detección temprana de riesgos constituye una labor esencial en el ámbito de la enfermería comunitaria, ya que muchas de las amenazas que afectan la salud de las personas se originan fuera del entorno clínico y están profundamente vinculadas con las condiciones de vida y el contexto social. A diferencia del enfoque asistencial tradicional, la práctica comunitaria requiere una mirada ampliada que permita anticipar problemas antes de que se manifiesten como enfermedad. En este sentido, Scrimaglia et al. (2024) señalan que el profesional de enfermería debe ser capaz de identificar riesgos en distintos niveles, reconociendo su interrelación y su impacto acumulativo sobre la salud.

En el nivel individual, los riesgos están asociados principalmente a condiciones físicas, conductuales o estilos de vida que incrementan la probabilidad de enfermar. Factores como el tabaquismo, la malnutrición, el sedentarismo, el consumo de alcohol u otras sustancias y la falta de adherencia a controles de salud representan amenazas frecuentes que pueden ser abordadas mediante estrategias educativas, acompañamiento y fortalecimiento del autocuidado. La identificación temprana de estos riesgos permite intervenir oportunamente y promover hábitos saludables.

En el ámbito familiar, los riesgos se relacionan con dinámicas internas que generan vulnerabilidad o limitan la capacidad de cuidado. Situaciones como la violencia intrafamiliar, la sobrecarga del cuidador, la desorganización familiar o la ausencia de redes de apoyo influyen de manera directa en el bienestar de sus miembros. La enfermería comunitaria, al establecer vínculos cercanos con las familias, puede detectar estas problemáticas y articular recursos de apoyo social y sanitario.

A nivel colectivo, los riesgos responden a problemas estructurales y ambientales, como la contaminación, la falta de acceso a agua potable, el hacinamiento, la inseguridad o la exclusión social. Estos factores afectan a grupos completos y requieren intervenciones intersectoriales y comunitarias. La identificación del riesgo en ninguno de estos niveles busca estigmatizar a las personas o comunidades, sino facilitar la acción temprana, prevenir daños y promover entornos más seguros y protectores para la salud colectiva.

b) Rol de enfermería en el análisis del territorio y redes comunitarias

La inserción de la enfermería en el ámbito comunitario implica asumir responsabilidades que trascienden el cuidado clínico individual y se orientan hacia la comprensión integral del territorio y de las redes sociales que lo conforman. El análisis del territorio permite identificar cómo las condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales influyen en la salud de la población, y orienta la planificación de intervenciones pertinentes y sostenibles. En este sentido, la enfermería comunitaria actúa como un puente entre las necesidades reales de la comunidad y las respuestas del sistema de salud.

González et al. (2019) señalan que uno de los roles fundamentales del profesional comunitario es reconocer y respetar las diferencias socioculturales presentes dentro de la comunidad. Cada territorio posee prácticas, creencias, valores y dinámicas propias que influyen en la percepción de la salud y la enfermedad. Comprender esta diversidad permite diseñar estrategias de cuidado culturalmente sensibles y fortalecer la relación de confianza con la población.

Asimismo, la enfermería comunitaria facilita el acceso a recursos sanitarios y sociales, orientando a las personas y familias sobre los servicios disponibles y acompañando los procesos de derivación cuando es necesario. Este rol de articulación contribuye a reducir barreras de acceso y a garantizar una atención más equitativa, especialmente en poblaciones vulnerables. De manera complementaria, el profesional promueve la participación ciudadana y el liderazgo social, incentivando la organización comunitaria y la corresponsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

El desarrollo de alianzas interinstitucionales constituye otra función clave del análisis territorial. La coordinación con escuelas, municipios, organizaciones sociales y otras instituciones permite ampliar el alcance de las intervenciones y potenciar los recursos disponibles. Además, la integración de datos epidemiológicos en la toma de decisiones sanitarias fortalece la planificación basada en evidencia, facilitando la priorización de problemas y la evaluación del impacto de las acciones implementadas.

Este enfoque territorial y comunitario promueve la justicia social en salud, al reconocer las desigualdades existentes y orientar el cuidado hacia la garantía de una atención digna, equitativa y centrada en las necesidades reales de la población.

c) La valoración como herramienta de empoderamiento

La valoración integral no es únicamente un proceso diagnóstico, sino un momento de encuentro humano. Para Scrimaglia et al. (2024), la enfermería comunitaria fortalece la autoestima colectiva al reconocer las capacidades locales, celebrar los logros y acompañar los procesos de cambio.

Cuando las familias se sienten escuchadas, aumenta su nivel de confianza para participar en su autocuidado. Cuando las comunidades son parte activa de la toma de decisiones, se consolidan redes de cooperación y vigilancia mutua.

La valoración, entonces, se convierte en una experiencia transformadora que:

- Promueve autonomía y corresponsabilidad
- Potencia el sentido de pertenencia comunitaria
- Reconoce la diversidad cultural y social
- Fortalece los procesos de salud colectiva

Es el punto de partida para diseñar estrategias pertinentes, sostenibles y basadas en la realidad de los territorios.

d) Tecnologías y herramientas digitales en la valoración comunitaria

Las innovaciones tecnológicas han ampliado de manera significativa las posibilidades de la enfermería familiar y comunitaria, fortaleciendo los procesos de valoración, seguimiento y toma de decisiones basadas en evidencia. El uso de telemonitorización, sistemas de información territorial y herramientas de simulación comunitaria permite optimizar la comunicación con las familias y mejorar el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, especialmente en contextos rurales o de difícil acceso (Sinclair & Relouw, 2022).

Estas tecnologías facilitan la georreferenciación de brotes, el registro sistemático de visitas domiciliarias, la evaluación del acceso a los servicios de salud y el análisis predictivo de riesgos comunitarios. Asimismo, la transformación digital ha potenciado el rol investigativo de la enfermería comunitaria, al generar datos estructurados que respaldan intervenciones oportunas y decisiones fundamentadas en evidencia científica (Dellafiore et al., 2022).

3. Intervenciones de enfermería basadas en promoción de la salud y prevención de enfermedades

La enfermería familiar y comunitaria se sustenta en la convicción de que la salud no se produce únicamente en los hospitales, sino en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y todos los espacios donde las personas se desarrollan. Por ello, sus intervenciones se orientan principalmente a promover la salud y prevenir enfermedades, fortaleciendo capacidades, reduciendo riesgos y desarrollando entornos protectores a nivel individual, familiar y comunitario. La promoción de la salud implica empoderar a la población para que ejerza control sobre los determinantes que condicionan su bienestar (Chiu et al., 2020), mientras que la prevención busca anticiparse al daño antes de que se produzca (Thomas et al., 2014).

Ambas dimensiones son interdependientes y requieren un abordaje integral, participativo, culturalmente pertinente y basado en evidencia científica, sustentando el rol proactivo de la enfermería dentro de la Atención Primaria de Salud.

3.1. Promoción de la salud a lo largo del curso de vida

La promoción de la salud se concibe como un proceso continuo que acompaña a las personas a lo largo de todo su curso de vida, adaptándose a las necesidades, riesgos y potencialidades propias de cada etapa. Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, este enfoque permite intervenir de manera anticipatoria y sostenida, fortaleciendo capacidades individuales, familiares y sociales para mantener el bienestar físico, emocional y social, incluso en contextos de enfermedad o fragilidad.

En la primera infancia, la promoción de la salud se centra en la estimulación temprana, la nutrición adecuada y la protección frente a enfermedades prevenibles. La enfermería desempeña un rol clave mediante controles de crecimiento y desarrollo, educación a cuidadores y seguimiento del esquema de vacunación, sentando las bases para un desarrollo saludable. Durante la niñez escolar, las intervenciones se orientan al fortalecimiento de hábitos saludables y la prevención de accidentes, a través de programas escolares de salud, educación en actividad física y alimentación equilibrada.

En la adolescencia, la promoción de la salud adquiere un enfoque preventivo integral que incluye la educación en salud sexual y reproductiva, la prevención del consumo de sustancias y el

fortalecimiento de habilidades psicosociales. La enfermería comunitaria facilita espacios de consejería, ferias comunitarias y actividades juveniles que favorecen la toma de decisiones informadas. En la adultez, las acciones se enfocan en el control de enfermedades crónicas, el autocuidado y la salud laboral, mediante charlas educativas, tamizajes cardiovasculares y acompañamiento en la adopción de estilos de vida saludables.

3.2. Prevención de enfermedades: niveles de intervención

La prevención de enfermedades constituye uno de los ejes centrales de la enfermería comunitaria y se desarrolla a través de tres niveles de intervención complementarios que permiten actuar de manera integral a lo largo del proceso salud–enfermedad. Estos niveles no son excluyentes, sino que se articulan para responder a las necesidades cambiantes de las personas, las familias y la comunidad.

La prevención primaria tiene como objetivo evitar la aparición de la enfermedad mediante la reducción de factores de riesgo y el fortalecimiento de estilos de vida saludables. En este nivel, la enfermería comunitaria lidera acciones como los programas de vacunación, la promoción de la actividad física, la educación nutricional y la prevención del consumo de sustancias nocivas. Estas intervenciones buscan generar entornos protectores y fortalecer el autocuidado antes de que se produzca el daño.

La prevención secundaria se orienta a la detección temprana de enfermedades en fases iniciales, cuando aún es posible intervenir de manera oportuna y eficaz. Incluye actividades como el tamizaje de cáncer, la detección precoz de hipertensión arterial y diabetes, así como el seguimiento de personas con factores de riesgo. La enfermería cumple un rol clave en la identificación temprana, el seguimiento y la derivación adecuada, reduciendo la progresión de la enfermedad y sus consecuencias.

La prevención terciaria busca reducir las complicaciones, discapacidades y el impacto funcional de las enfermedades ya establecidas. En este nivel se incluyen la rehabilitación comunitaria, el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y el apoyo continuo a las familias cuidadoras, promoviendo la calidad de vida y la autonomía.

Peixoto et al. (2021) señalan que la labor preventiva requiere constancia, continuidad y acompañamiento emocional, ya que la modificación de conductas implica cambios culturales y relacionales dentro del hogar y la comunidad.

3.3. Intervenciones comunitarias basadas en evidencia científica

Las intervenciones comunitarias desarrolladas por enfermería deben sustentarse en la mejor evidencia científica disponible, sin perder de vista la diversidad de contextos sociales, culturales y territoriales en los que se implementan. La enfermería comunitaria combina el conocimiento científico con metodologías participativas, educación activa y alianzas intersectoriales para generar cambios sostenibles en la salud colectiva (Dellafiore et al., 2022).

Entre las intervenciones con mayor respaldo empírico se encuentran los programas de actividad física y alimentación saludable, que incluyen caminatas comunitarias supervisadas, huertos urbanos familiares y educación alimentaria en escuelas. Estas estrategias han demostrado ser eficaces para reducir la obesidad, el riesgo cardiovascular y los trastornos metabólicos, además de fortalecer la participación comunitaria y el autocuidado (Chiu et al., 2020).

La educación en salud sexual y reproductiva para adolescentes constituye otra intervención prioritaria. A través de consejería, promoción del uso del preservativo y prevención de la violencia de género, la enfermería contribuye a disminuir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, favoreciendo decisiones informadas y responsables.

En el ámbito del autocuidado de enfermedades crónicas, destacan iniciativas como clubes de hipertensos y diabéticos, telemonitoreo, seguimiento domiciliario y talleres de medicación segura. Estas acciones mejoran la adherencia terapéutica y reducen complicaciones asociadas a patologías crónicas (Thomas et al., 2014).

Finalmente, las intervenciones en salud mental comunitaria, como grupos de apoyo, actividades recreativas para adultos mayores y trabajo con familias cuidadoras, fortalecen la resiliencia, la autoestima y la cohesión social, elementos clave para el bienestar comunitario (Scrimaglia et al., 2024).

3.4. Programas preventivos prioritarios en APS

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el eje central de los sistemas sanitarios orientados a la prevención, la promoción y el cuidado integral de la población. En este nivel, la Organización Mundial de la Salud identifica una serie de programas preventivos prioritarios en los cuales la enfermería desempeña un rol de liderazgo, debido a su cercanía con la comunidad y su capacidad para articular acciones educativas, asistenciales y de seguimiento continuo.

El programa materno–infantil tiene como propósito garantizar un desarrollo óptimo del niño y una vida saludable para la madre. En este ámbito, la enfermería lidera actividades como el control prenatal, la vigilancia del puerperio, la promoción de la lactancia materna y la administración de inmunizaciones, contribuyendo a reducir la morbilidad materna e infantil y a fortalecer prácticas de cuidado temprano.

Los programas dirigidos a enfermedades crónicas no transmisibles buscan disminuir la morbilidad y la discapacidad asociadas a patologías como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. La enfermería cumple un rol clave mediante la educación del paciente, el seguimiento farmacológico, la promoción de estilos de vida saludables y el control periódico de parámetros clínicos, favoreciendo la adherencia terapéutica y el autocuidado.

La salud escolar se orienta a fomentar hábitos saludables desde la niñez y adolescencia. A través de charlas educativas, vigilancia nutricional y acciones de prevención del acoso escolar, la enfermería contribuye al desarrollo integral y al bienestar físico y emocional de la población escolar.

Por su parte, los programas de salud del adulto mayor se centran en mantener la autonomía funcional y prevenir la fragilidad. La evaluación funcional, la prevención de caídas y el acompañamiento en procesos de envejecimiento saludable son intervenciones esenciales lideradas por enfermería.

Estas acciones preventivas no solo mejoran los indicadores sanitarios, sino que también fortalecen la relación de confianza entre la población y el personal de salud, consolidando a la enfermería como un actor estratégico en la APS (Yata et al., 2025).

3.5. Participación comunitaria: motor de la prevención

La participación comunitaria constituye un pilar fundamental para el éxito de las estrategias de prevención en salud, ya que permite que las acciones diseñadas respondan de manera real y efectiva a las necesidades, valores y contextos de la población. La prevención no puede concebirse como un proceso unidireccional impuesto desde los sistemas de salud, sino como una construcción colectiva en la que la comunidad asume un rol activo en la identificación de problemas, la priorización de riesgos y la implementación de soluciones sostenibles. En este sentido, la participación social se convierte en un verdadero motor de la prevención y la promoción del bienestar.

González et al. (2019) destacan que la implicación directa de la comunidad en los programas de salud favorece una mayor pertinencia cultural de las intervenciones, al incorporar saberes locales, prácticas tradicionales y formas propias de organización social. Esta adecuación cultural incrementa la aceptación de las estrategias preventivas, reduce la resistencia al cambio y fortalece la confianza entre la población y los profesionales de la salud. Asimismo, la participación comunitaria mejora la comunicación entre los distintos actores del proceso, facilitando el intercambio de información, la detección temprana de dificultades y la retroalimentación continua de las acciones implementadas.

Otro beneficio clave de la participación comunitaria es el empoderamiento y la promoción de la autonomía en salud. Cuando las personas se sienten parte del proceso, desarrollan un mayor sentido de responsabilidad sobre su propio bienestar y el de su comunidad, lo que favorece la adopción de conductas preventivas y el sostenimiento de las acciones a largo plazo. Este enfoque contribuye a pasar de modelos asistencialistas a modelos participativos, centrados en el fortalecimiento de capacidades locales y en la corresponsabilidad social.

En este contexto, el profesional de enfermería comunitaria cumple un rol estratégico como facilitador y líder social. Su función no se limita a ejecutar intervenciones técnicas, sino que implica motivar la organización comunitaria, apoyar iniciativas locales y promover espacios de diálogo y toma de decisiones compartidas. La enfermería actúa como puente entre el conocimiento científico y la realidad del territorio, respetando la sabiduría popular, las creencias y la cultura de la comunidad. De este modo, la participación comunitaria se consolida como una herramienta clave

para la prevención efectiva, fortaleciendo la resiliencia colectiva y promoviendo comunidades más saludables, autónomas y comprometidas con su propio cuidado.

3.6. Estrategias educativas centradas en la persona y la cultura

La educación para la salud, cuando se orienta desde un enfoque centrado en la persona y la cultura, trasciende la simple transmisión de información y se convierte en un proceso de acompañamiento, diálogo y construcción compartida de conocimiento. Educar no implica imponer contenidos ni conductas, sino facilitar que las personas comprendan su realidad, reflexionen sobre sus prácticas cotidianas y tomen decisiones informadas orientadas a mejorar su bienestar individual y colectivo. Este enfoque reconoce a la comunidad como un actor activo del proceso educativo, portador de saberes, experiencias y valores propios.

Las estrategias educativas centradas en la persona se caracterizan por su carácter participativo y contextualizado. El uso de juegos y dinámicas participativas permite generar espacios de aprendizaje significativo, especialmente en poblaciones infantiles, adolescentes o con baja alfabetización sanitaria. Estas metodologías favorecen la motivación, la interacción y la apropiación de los mensajes, transformando la educación en una experiencia cercana y comprensible. De igual manera, el empleo de material visual y auditivo accesible, adaptado al nivel cultural y lingüístico de la población, contribuye a superar barreras de comunicación y facilita la comprensión de conceptos complejos.

Los talleres prácticos desarrollados en espacios comunitarios representan otra estrategia clave, ya que permiten vincular el conocimiento teórico con la práctica cotidiana. A través de demostraciones, ejercicios y simulaciones, las personas pueden adquirir habilidades concretas para el autocuidado, la prevención de enfermedades y la gestión de riesgos en su entorno. En este sentido, la comunicación intercultural y el uso de un lenguaje claro resultan fundamentales para respetar la diversidad cultural y evitar interpretaciones erróneas o resistencias frente a las recomendaciones sanitarias.

Sinclair y Relouw (2022) destacan el potencial de la tecnología y la simulación interactiva como herramientas innovadoras en la educación para la salud, al facilitar entornos de aprendizaje dinámicos y adaptables a diferentes contextos. Sin embargo, el uso de estas tecnologías debe complementarse con una escucha activa y una comprensión profunda de los miedos, creencias y valores de la comunidad. La clave de una educación efectiva radica en

escuchar antes de enseñar, traduciendo el conocimiento científico a la vida cotidiana de las personas. En este marco, la enfermería comunitaria asume un rol esencial como facilitadora del aprendizaje, promoviendo procesos educativos culturalmente sensibles, inclusivos y orientados a la autonomía y al empoderamiento comunitario.

3.7. Enfermería comunitaria como puente entre la salud y el territorio

Peixoto et al. (2021) reconocen al enfermero comunitario como un mediador entre el sistema sanitario y la población, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso. El profesional:

- Detecta necesidades invisibilizadas
- Asegura que la población ejerza su derecho a la salud
- Aboga por los más vulnerables
- Coordina recursos intersectoriales

De esta manera, la enfermería contribuye a reducir inequidades y mejorar la calidad de vida.

3.8. Innovación tecnológica al servicio de la prevención

La era digital ha transformado la manera de cuidar. Actualmente, se emplean herramientas que amplían el alcance del cuidado preventivo:

- Telemonitorización para pacientes crónicos
- Aplicaciones móviles para educación sanitaria
- Plataformas virtuales de seguimiento familiar
- Simulación educativa para fortalecer competencias comunitarias (Sinclair & Relouw, 2022)

Estas innovaciones son especialmente relevantes para mantener continuidad del cuidado en contextos de crisis, como se evidenció durante la pandemia.

4. Gestión del riesgo, vigilancia epidemiológica y control de brotes

La gestión del riesgo y la vigilancia epidemiológica representan pilares esenciales de la enfermería familiar y comunitaria, ya que permiten identificar amenazas a la salud colectiva, anticipar daños y coordinar respuestas oportunas que protegen a la población. Estas acciones se desarrollan en el marco de la Atención Primaria de Salud y constituyen el punto de enlace entre el territorio y los sistemas regionales de vigilancia sanitaria, garantizando que la información fluya rápidamente para la toma de decisiones (Hung et al., 2024).

157

La finalidad principal de la gestión del riesgo es reducir la vulnerabilidad de las personas, familias y comunidades frente a enfermedades transmisibles, desastres naturales, contaminación ambiental y condiciones sociales adversas. La vigilancia epidemiológica, por su parte, se enfoca en observar, analizar y actuar frente a patrones de enfermedad, permitiendo el control de brotes y la prevención de consecuencias graves (Ingelbeen et al., 2025).

En este contexto, la enfermería se convierte en un agente de vigilancia activa, capaz de detectar tempranamente situaciones inusuales, fortalecer la educación para la salud y coordinar respuestas comunitarias rápidas que eviten la propagación del daño.

4.1. Marco conceptual de la gestión del riesgo en salud comunitaria

El concepto de riesgo en salud trasciende la probabilidad individual de enfermar y se configura como un fenómeno complejo, dinámico y multidimensional, estrechamente vinculado a los determinantes sociales, económicos y ambientales que influyen en la vida de las comunidades. En el ámbito de la salud comunitaria, el riesgo no solo está asociado a agentes biológicos o eventos sanitarios específicos, sino también a condiciones estructurales como la pobreza, el hacinamiento, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a servicios básicos, el saneamiento deficiente y las desigualdades sociales persistentes. Estas condiciones incrementan la vulnerabilidad de determinados grupos poblacionales y amplifican el impacto de amenazas sanitarias.

La gestión del riesgo en salud comunitaria se entiende como un proceso sistemático orientado a anticipar, reducir y controlar los efectos adversos sobre la salud colectiva. Murray et al. (2024) proponen que este proceso se articula en tres componentes fundamentales. El primero

corresponde a la identificación de amenazas e indicadores de alerta, lo cual implica el reconocimiento temprano de factores que pueden desencadenar eventos adversos, como brotes epidemiológicos, desastres naturales o crisis sociales. Este componente requiere sistemas de vigilancia sensibles y la participación activa de los actores comunitarios.

El segundo componente se centra en el análisis de la vulnerabilidad y de los recursos comunitarios. La vulnerabilidad se relaciona con la capacidad limitada de una comunidad para anticipar, resistir y recuperarse frente a una amenaza, y está influenciada por factores sociales, económicos, culturales y ambientales. Paralelamente, el reconocimiento de los recursos comunitarios como redes de apoyo, liderazgo local, infraestructura sanitaria y capital social permite identificar fortalezas que pueden ser movilizadas para la protección de la salud.

El tercer componente corresponde al diseño y ejecución de estrategias de mitigación y respuesta, orientadas a reducir la exposición al riesgo y fortalecer la resiliencia comunitaria. Estas estrategias incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación sanitaria, planificación participativa y preparación ante emergencias. Las amenazas que enfrenta la comunidad pueden ser de naturaleza biológica, ambiental, tecnológica o social, lo que exige respuestas integrales y adaptadas al contexto.

En este marco, la enfermería comunitaria desempeña un rol clave al adoptar una mirada crítica y amplia del territorio, integrando el análisis de los determinantes sociales de la salud en la planificación del cuidado. Su intervención contribuye a identificar riesgos, fortalecer capacidades locales y promover acciones sostenibles orientadas a la equidad y al bienestar colectivo.

4.2. Vigilancia epidemiológica: observar para proteger

La vigilancia epidemiológica constituye una herramienta fundamental para la protección de la salud colectiva en el ámbito comunitario. Según Hung et al. (2024), este proceso se concibe como un sistema sistemático y continuo orientado a la recolección, análisis, interpretación y uso de información sanitaria para la toma de decisiones oportunas. A través de actividades como visitas domiciliarias, notificaciones obligatorias y el mantenimiento de registros comunitarios, se obtiene información clave sobre la ocurrencia de enfermedades, factores de riesgo y eventos inusuales que pueden afectar a la población.

Una vez recopilados los datos, la enfermería comunitaria participa activamente en su procesamiento e interpretación, identificando patrones, tendencias y posibles alertas tempranas de brotes o problemas emergentes de salud. Esta capacidad analítica permite anticipar escenarios de riesgo y priorizar intervenciones preventivas antes de que se produzcan daños mayores. La comunicación oportuna de los resultados a los equipos de salud y a las autoridades sanitarias constituye otra etapa esencial del proceso, ya que facilita respuestas coordinadas y eficientes.

La acción sanitaria es la fase en la que la vigilancia se traduce en intervenciones concretas, como campañas de vacunación, educación sanitaria, control de brotes y fortalecimiento de medidas preventivas. En este ciclo, la enfermería desempeña un rol estratégico al mantener un contacto directo y permanente con las familias y la comunidad, lo que le permite captar información de primera mano sobre cambios en la situación sanitaria del territorio.

Ingelbeen et al. (2025) subrayan que un sistema de vigilancia eficaz debe ser temprano, sensible, participativo y sostenido en el tiempo. Estas características hacen indispensable el liderazgo del enfermero comunitario, quien articula el conocimiento técnico con la realidad local para proteger la salud de la población de manera oportuna y equitativa.

4.3. Control de brotes: rapidez, coordinación y acción efectiva

Cuando un evento sanitario afecta a varias personas simultáneamente, el tiempo es el factor decisivo. La detección temprana de un brote comunitario permite implementar medidas rápidas para disminuir la transmisión. En estos casos, enfermería cumple funciones clave (Murray et al., 2024):

- Identificación de casos sospechosos y contactos
- Educación sobre aislamiento, higiene y prevención
- Coordinación con laboratorios y servicios de salud
- Vigilancia del cumplimiento de medidas
- Acompañamiento y apoyo emocional

Durante la pandemia de COVID-19, el rol comunitario fue imprescindible para cortar cadenas de transmisión, proteger a la población vulnerable y comunicar de forma clara los riesgos y cuidados necesarios (Ingelbeen et al., 2025).

4.4. Prevención y manejo de emergencias sanitarias en la comunidad

Las emergencias sanitarias constituyen eventos de alto impacto que ponen a prueba la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y de las comunidades. Estas situaciones incluyen epidemias y pandemias, desastres naturales como terremotos, inundaciones o sequías, así como episodios de contaminación ambiental o accidentes tecnológicos. En este contexto, la enfermería comunitaria desempeña un rol estratégico en la prevención, preparación y manejo de emergencias, actuando como un puente entre la población y las estructuras formales de respuesta sanitaria.

160

La prevención y el manejo de emergencias sanitarias requieren una planificación anticipada que permita minimizar los efectos adversos sobre la salud colectiva. La enfermería comunitaria debe garantizar, incluso en escenarios de crisis, el mantenimiento de los cuidados esenciales a la población, priorizando a los grupos más vulnerables como niños, personas mayores, gestantes y pacientes con enfermedades crónicas. La continuidad de los tratamientos crónicos resulta fundamental para evitar descompensaciones y complicaciones que podrían agravar la carga asistencial durante la emergencia.

Asimismo, la orientación y el apoyo psicológico a la comunidad constituyen componentes esenciales del abordaje integral de las emergencias sanitarias. Las crisis suelen generar miedo, incertidumbre y estrés, por lo que la enfermería comunitaria cumple un papel clave en la contención emocional, la comunicación clara de información confiable y la promoción de conductas de autocuidado. Estas acciones contribuyen a fortalecer la resiliencia comunitaria y a reducir el impacto psicosocial de la emergencia.

Otro aspecto central es la función de enlace que ejerce la enfermería entre la comunidad y las estructuras gubernamentales o institucionales de respuesta. La transmisión oportuna de información, la identificación de necesidades prioritarias y la coordinación con otros actores del sistema de salud facilitan una respuesta más eficiente y equitativa. Este rol articulador permite adaptar las estrategias de intervención a las características del territorio y a las particularidades socioculturales de la población.

La preparación ante emergencias sanitarias no puede improvisarse y debe incluir actividades sistemáticas como simulacros comunitarios, capacitación continua del personal de salud y la elaboración de planes locales de emergencia. Estos planes deben definir rutas de

evacuación, centros de acogida, cadenas de suministro y protocolos de comunicación claros. En conjunto, estas acciones fortalecen la capacidad de respuesta comunitaria y consolidan a la enfermería comunitaria como un actor clave en la prevención y el manejo de emergencias sanitarias, orientadas a la protección de la salud y el bienestar colectivo.

4.5. Vacunación y vigilancia activa: defensa colectiva de la salud

La vacunación constituye una de las intervenciones preventivas más eficaces y costo-efectivas en salud pública, representando un pilar fundamental para la protección individual y colectiva frente a enfermedades transmisibles. En el ámbito de la salud comunitaria, la enfermería desempeña un rol protagónico en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de inmunización, así como en las acciones de vigilancia activa asociadas a estos. González et al. (2019) destacan que el acto de vacunar no solo reduce el riesgo de enfermedad en la persona inmunizada, sino que contribuye de manera decisiva al desarrollo de la inmunidad colectiva, disminuyendo la probabilidad de brotes y protegiendo a los grupos más vulnerables.

El rol del profesional de enfermería comunitaria en la vacunación abarca múltiples funciones clave. Entre ellas se encuentra el registro y la actualización permanente del calendario de vacunación, lo que permite garantizar esquemas completos y oportunos en las distintas etapas del ciclo vital. Asimismo, la educación sanitaria orientada a desmontar mitos y creencias erróneas sobre las vacunas resulta esencial para fortalecer la confianza de la población y mejorar las tasas de cobertura. La identificación de niños, adolescentes, adultos y personas mayores rezagadas en sus esquemas de inmunización constituye otra tarea prioritaria, ya que permite focalizar intervenciones en grupos con mayor riesgo de exposición.

El seguimiento de eventos adversos posteriores a la vacunación forma parte integral de la práctica enfermera y contribuye a reforzar la seguridad y la transparencia de los programas de inmunización. La notificación oportuna y el acompañamiento a las personas que presentan reacciones adversas favorecen una vigilancia eficaz y fortalecen la credibilidad del sistema de salud. En este sentido, la vacunación no puede entenderse como una acción aislada, sino como un proceso continuo que requiere monitoreo y evaluación permanente.

La vigilancia activa complementa estas acciones al identificar grupos no vacunados, barreras de acceso a los servicios de salud y factores culturales, sociales o económicos que influyen en la aceptación de las vacunas. La enfermería comunitaria, al mantener un contacto

cercano con la población y conocer el territorio, se encuentra en una posición estratégica para detectar estas situaciones y diseñar estrategias adaptadas al contexto local. De este modo, la integración de la vacunación con la vigilancia activa se consolida como una defensa colectiva de la salud, fortaleciendo la prevención de enfermedades y promoviendo comunidades más protegidas y resilientes.

4.6. Educación para la salud: herramienta de mitigación de riesgos

La educación para la salud constituye una de las estrategias más eficaces y sostenibles para la mitigación de riesgos en el ámbito comunitario, especialmente durante brotes epidemiológicos y situaciones de emergencia sanitaria. Más allá de la transmisión de información, la educación sanitaria busca promover cambios de comportamiento, fortalecer la autonomía de las personas y fomentar la corresponsabilidad social en la protección de la salud colectiva. En este sentido, no resulta suficiente emitir recomendaciones generales; es fundamental que la población comprenda el fundamento de las medidas preventivas, participe activamente en su implementación y se reconozca como parte central de la solución.

Scrimaglia et al. (2024) destacan que las acciones educativas logran mayor impacto cuando se diseñan considerando el contexto sociocultural, el nivel educativo y las creencias de la comunidad. La adecuación del lenguaje, el uso de ejemplos cercanos y la incorporación de prácticas culturalmente aceptadas facilitan la comprensión y la adherencia a las recomendaciones sanitarias. De igual manera, la educación para la salud debe orientarse a fortalecer capacidades, promoviendo habilidades para la identificación temprana de signos de alarma, la adopción de medidas de autocuidado y la utilización adecuada de los servicios de salud.

Entre las intervenciones educativas más efectivas se encuentran las actividades puerta a puerta, que permiten un contacto directo con las familias y la realización de demostraciones prácticas sobre higiene, manejo del agua, prevención de infecciones y cuidado del entorno. Asimismo, el uso de videos informativos y redes sociales ha demostrado ser una herramienta útil para amplificar los mensajes preventivos, especialmente en poblaciones con acceso a tecnologías digitales. El establecimiento de vínculos con escuelas, centros comunitarios y líderes locales fortalece la legitimidad de las acciones educativas y favorece la difusión de información confiable a través de referentes comunitarios. Complementariamente, el empleo de material

gráfico con mensajes claros, visuales e inclusivos contribuye a reforzar los contenidos y a llegar a diversos grupos etarios.

En contextos rurales o en comunidades con limitado acceso a tecnologías, la comunicación directa continúa siendo la estrategia más eficaz. El diálogo cara a cara, la escucha activa y la construcción de confianza permiten superar barreras de desinformación y resistencia al cambio. En este marco, la enfermería comunitaria desempeña un rol clave como educadora y facilitadora del aprendizaje, integrando conocimientos técnicos con habilidades comunicativas y sensibilidad social. La educación para la salud, entendida como un proceso participativo y continuo, se consolida, así como una herramienta esencial para la mitigación de riesgos y la promoción de comunidades más resilientes y saludables.

4.7. Tecnología y vigilancia epidemiológica

La transformación digital ha generado cambios sustanciales en la vigilancia epidemiológica, permitiendo fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para detectar, monitorear y responder oportunamente a eventos que afectan la salud comunitaria. La incorporación de tecnologías de la información y la comunicación ha optimizado la recolección, el análisis y la interpretación de datos, facilitando una toma de decisiones más rápida, precisa y basada en evidencia, especialmente en contextos de emergencia sanitaria.

Hung et al. (2024) señalan que, en la actualidad, la vigilancia epidemiológica se apoya en diversas herramientas digitales que amplían el alcance del seguimiento poblacional. Entre estas se incluyen los sistemas de georreferenciación de casos, los cuales permiten identificar la distribución espacial de enfermedades y detectar patrones de transmisión en tiempo real. Asimismo, el uso de bases de datos comunitarias actualizadas posibilita la integración de información clínica, demográfica y social, favoreciendo un análisis más completo de la situación sanitaria de una comunidad.

Otra estrategia relevante es el telemonitoreo de pacientes en aislamiento o seguimiento domiciliario, que ha demostrado ser una herramienta eficaz para reducir la sobrecarga de los servicios de salud y garantizar la continuidad del cuidado. Mediante plataformas digitales, el personal de enfermería puede supervisar síntomas, adherencia terapéutica y signos de alarma, interviniendo de manera oportuna cuando se detectan cambios en el estado de salud. De igual forma, las plataformas de reporte inmediato a las autoridades sanitarias facilitan la notificación

temprana de casos sospechosos o confirmados, mejorando la coordinación interinstitucional y la respuesta ante brotes o emergencias.

Estas tecnologías no solo fortalecen la vigilancia tradicional, sino que también respaldan la implementación de modelos de vigilancia epidemiológica basados en riesgo. Ingelbeen et al. (2025) subrayan que este enfoque permite anticiparse a problemas de salud pública, incluso antes de que se manifiesten indicadores clínicos evidentes, al analizar tendencias, factores de exposición y determinantes sociales. De este modo, se pasa de una vigilancia reactiva a una vigilancia proactiva y predictiva.

En este contexto, la enfermería comunitaria desempeña un rol estratégico al utilizar estas herramientas tecnológicas para identificar riesgos emergentes, priorizar intervenciones y promover acciones preventivas. La integración de tecnología y vigilancia epidemiológica contribuye a fortalecer la resiliencia de las comunidades y a mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud, consolidándose como un componente clave para la gestión del riesgo y la protección de la salud colectiva.

4.8. Modelos de respuesta comunitaria: corresponsabilidad y participación

Los modelos de respuesta comunitaria constituyen un componente esencial en la gestión del riesgo en salud, ya que fortalecen la capacidad de las comunidades para anticiparse, responder y recuperarse frente a situaciones adversas. La gestión del riesgo se vuelve más eficaz y sostenible cuando la comunidad deja de ser un receptor pasivo de intervenciones y asume un rol protagónico en la protección de su propia salud. En este marco, la corresponsabilidad y la participación activa se consolidan como principios fundamentales para la construcción de respuestas colectivas.

La enfermería comunitaria desempeña un papel clave en la promoción y articulación de estos modelos, impulsando la organización social y el fortalecimiento de capacidades locales. Entre las estrategias más relevantes se encuentran la creación y consolidación de redes de voluntariado sanitario, las cuales permiten ampliar la cobertura de acciones preventivas, facilitar la detección temprana de riesgos y apoyar la respuesta ante emergencias. Asimismo, la formación de brigadas comunitarias capacitadas para actuar en situaciones de crisis contribuye a una respuesta más rápida y contextualizada, especialmente en territorios con acceso limitado a servicios de salud.

Las capacitaciones en primeros auxilios y autocuidado representan otra herramienta fundamental dentro de los modelos de respuesta comunitaria. Estas acciones permiten que las personas adquieran conocimientos y habilidades básicas para enfrentar situaciones de emergencia, reducir daños inmediatos y brindar apoyo inicial mientras se activa la respuesta institucional. Paralelamente, el establecimiento de mecanismos de comunicación rápida entre vecinos, como redes telefónicas, grupos comunitarios o sistemas de alerta local, facilita la difusión oportuna de información y la coordinación de acciones colectivas.

Murray et al. (2024) definen la resiliencia comunitaria como la capacidad del territorio para adaptarse, resistir y recuperarse frente a adversidades, integrando recursos sociales, organizativos y culturales. Los modelos de respuesta comunitaria fortalecen esta resiliencia al promover la participación, la solidaridad y el sentido de pertenencia, elementos clave para enfrentar escenarios de riesgo de manera conjunta. Además, fomentan una cultura de prevención y cuidado mutuo, donde cada persona reconoce su responsabilidad en la construcción de la salud colectiva.

En este contexto, la enfermería comunitaria actúa como facilitadora de procesos participativos, promoviendo la corresponsabilidad y el empoderamiento social. Al integrar conocimientos técnicos con el saber local y la organización comunitaria, se contribuye a desarrollar respuestas más equitativas, sostenibles y adaptadas a la realidad del territorio, consolidando a la comunidad como un actor central en la gestión del riesgo y la protección de la salud.

5. Humanización, participación social y empoderamiento comunitario

La enfermería familiar y comunitaria parte del reconocimiento de que la salud no se construye exclusivamente en los servicios sanitarios, sino en la vida cotidiana de las personas, en sus relaciones, emociones, historias de vida y contextos sociales. Desde esta perspectiva, la humanización del cuidado se ha consolidado como un principio esencial que orienta la práctica enfermera hacia intervenciones respetuosas, empáticas y culturalmente sensibles. González et al. (2019) señalan que humanizar la atención implica garantizar la dignidad de las personas, reconocer su singularidad y valorar la diversidad cultural presente en los territorios.

La humanización del cuidado va más allá de un trato cordial o amable; supone una actitud ética y relacional que coloca a la persona, la familia y la comunidad en el centro del proceso de atención. Acompañar los procesos de salud con presencia, escucha activa y sensibilidad permite comprender las necesidades reales de la población y responder de manera más ajustada a sus expectativas y posibilidades. En este sentido, la enfermería comunitaria asume un rol fundamental al establecer vínculos de confianza que facilitan la comunicación, la adherencia a las intervenciones y la corresponsabilidad en el cuidado.

Este enfoque humanista se articula de manera inseparable con dos pilares clave: la participación social en la toma de decisiones y el empoderamiento comunitario para el autocuidado y el control de los determinantes de la salud. La participación social permite que las comunidades expresen sus necesidades, prioridades y propuestas, favoreciendo intervenciones más pertinentes y sostenibles. Involucrar a la población en los procesos de planificación, ejecución y evaluación de las acciones sanitarias fortalece el sentido de pertenencia y legitima las decisiones adoptadas.

Por su parte, el empoderamiento comunitario busca desarrollar capacidades individuales y colectivas que permitan a las personas ejercer un mayor control sobre su salud y su entorno. Esto incluye el acceso a información comprensible, el fortalecimiento de habilidades para el autocuidado y la organización comunitaria para incidir sobre los determinantes sociales de la salud. Desde la perspectiva de la salud colectiva, Chen et al. (2025) sostienen que la humanización del cuidado no puede concebirse sin una participación activa de la comunidad, ya que la salud es un derecho y una construcción social que requiere la implicación de todos los actores del territorio.

5.1. Humanización del cuidado: fundamento ético y relacional

La humanización del cuidado comunitario se sustenta en el respeto a la dignidad y a la autonomía de cada persona. Esto implica reconocer su historia, su subjetividad y su contexto cultural sin imponer modelos rígidos de salud. Scrimaglia et al. (2024) destacan que la enfermería comunitaria es profundamente vincular, ya que se desarrolla en los hogares y espacios cotidianos donde las familias confían sus preocupaciones, temores y sueños.

Humanizar significa:

- Cuidar con empatía y sensibilidad
- Respetar diferencias culturales y creencias
- Evitar prácticas discriminatorias
- Crear relaciones de confianza y apoyo emocional
- Garantizar el acceso equitativo a la salud

Este enfoque resulta especialmente importante en comunidades que han sufrido procesos de exclusión, discriminación o desigualdad, donde la desconfianza institucional puede ser una barrera para la atención.

González et al. (2019) señalan que la enfermería debe promover el diálogo horizontal, evitando jerarquías que invisibilicen el conocimiento comunitario. El cuidado humanizado se traduce en mirar a las personas como sujetos de derechos y no solo como receptores de servicios.

5.2. Participación social: la comunidad como agente de cambio

La participación social constituye un eje fundamental de la enfermería comunitaria, al reconocer a la comunidad como un actor activo y protagonista en los procesos de cuidado y mejora de la salud colectiva. Este enfoque supera la visión asistencialista y promueve la corresponsabilidad, entendida como la capacidad de la población para involucrarse de manera consciente y organizada en la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones sanitarias. Dellafore et al. (2022) señalan que la participación social permite que las comunidades no solo identifiquen sus necesidades prioritarias, sino que también propongan, lideren y sostengan soluciones acordes a su realidad sociocultural.

Desde la práctica enfermera, se impulsan diversas formas de participación social que fortalecen el empoderamiento comunitario. Las asambleas comunitarias se constituyen como espacios de diálogo abierto, donde los habitantes pueden expresar preocupaciones, priorizar problemas sanitarios y consensuar acciones colectivas. Estas instancias favorecen la transparencia y la toma de decisiones compartidas. Los comités de salud, por su parte, promueven la representatividad y el liderazgo local, permitiendo la vigilancia de los servicios de salud y la incidencia en políticas públicas a nivel comunitario.

Asimismo, las brigadas y promotores de salud desempeñan un rol clave en la acción directa dentro del territorio, facilitando la educación puerta a puerta, la detección temprana de

riesgos y el acompañamiento a familias vulnerables. Complementariamente, las escuelas de formación para líderes comunitarios fortalecen capacidades locales mediante la capacitación en gestión de proyectos sociales, comunicación y organización comunitaria, asegurando la sostenibilidad de las iniciativas.

Martínez-Riera y Rodríguez (2019) destacan que la participación social fortalece la democracia sanitaria, incrementa el sentido de pertenencia y mejora la efectividad de las intervenciones, ya que las soluciones diseñadas desde la comunidad responden de manera más precisa a sus necesidades reales. En este proceso, la enfermería comunitaria actúa como facilitadora y mediadora, promoviendo el diálogo, el respeto y la construcción colectiva de salud.

5.3. Empoderamiento comunitario: del cuidado impuesto al autocuidado consciente

El empoderamiento implica que las personas y familias desarrollen capacidades para decidir, actuar y sostener cambios que favorezcan su salud, sin depender exclusivamente de los servicios asistenciales (Bosio et al., 2022). No significa transferir responsabilidades del Estado a la población, sino fortalecer recursos internos y colectivos.

Scrimaglia et al. (2024) plantean que el empoderamiento surge cuando la comunidad comprende su situación, reconoce sus derechos y se organiza para transformarla. La enfermería acompaña este proceso mediante:

- Educación para la salud centrada en la realidad local
- Estrategias de comunicación clara y culturalmente pertinente
- Creación de redes de apoyo y solidaridad
- Promoción de la autonomía de personas vulnerables
- Una comunidad empoderada es una comunidad que cuida y se cuida.

5.4. Comunicación intercultural: cuidar respetando identidades

La comunicación intercultural constituye un componente esencial del cuidado en el ámbito comunitario, especialmente en territorios caracterizados por la diversidad cultural, lingüística y social. El encuentro entre los profesionales de la salud y la comunidad no ocurre en un vacío neutral, sino en contextos donde coexisten creencias, prácticas ancestrales, cosmovisiones y

lenguas que forman parte de la identidad colectiva. En este escenario, la enfermería familiar y comunitaria debe desarrollar una sensibilidad cultural que permita establecer relaciones de cuidado basadas en el respeto, la confianza y la horizontalidad.

Bagnasco et al. (2022) destacan que la comunicación intercultural es clave para evitar malentendidos, conflictos y resistencias frente a las intervenciones sanitarias. Cuando los mensajes de salud no consideran el contexto cultural de la población, existe un mayor riesgo de rechazo, baja adherencia o interpretación errónea de las recomendaciones. Por el contrario, una comunicación culturalmente adecuada favorece el diálogo, el reconocimiento mutuo y la construcción de acuerdos compartidos, donde los distintos saberes son valorados y legitimados.

Entre los principios fundamentales de una comunicación intercultural efectiva se encuentra el uso de un lenguaje claro, accesible y adaptado al nivel de comprensión de la comunidad, evitando tecnicismos innecesarios. Asimismo, validar las emociones, experiencias y narrativas locales permite reconocer el impacto que las condiciones sociales y culturales tienen sobre la vivencia de la salud y la enfermedad. El respeto por las creencias y prácticas tradicionales de salud no implica renunciar al conocimiento científico, sino integrarlo de manera respetuosa, reconociendo su coexistencia con otros sistemas de saber.

La co-creación de conocimiento junto con líderes comunitarios, parteras, curanderos u otros referentes locales fortalece la legitimidad de las acciones de salud y facilita su apropiación por parte de la comunidad. Este enfoque participativo contribuye a reducir asimetrías de poder y promueve una relación más equitativa entre los profesionales y la población. Del mismo modo, evitar prejuicios, estigmatizaciones o juicios de valor resulta imprescindible para construir vínculos de confianza y cuidado genuino.

5.5. Programas de apoyo psicosocial y fortalecimiento del tejido social

El tejido social cumple una función protectora frente a la enfermedad, la discapacidad y la pobreza. La enfermería familiar y comunitaria desarrolla estrategias que refuerzan las redes de apoyo entre vecinos, escuelas, familias y organizaciones sociales.

Ejemplos de intervenciones:

- Grupos de acompañamiento emocional para cuidadores

- Espacios de diálogo para adolescentes
- Redes comunitarias de apoyo a adultos mayores
- Programas de prevención de violencia intrafamiliar

Estas acciones contribuyen a disminuir el aislamiento, la depresión y la fragmentación social, mientras promueven narrativas colectivas de resiliencia (Scrimaglia et al., 2024).

5.6. Tecnología social para el empoderamiento comunitario

170

La incorporación de la tecnología social en el ámbito de la salud comunitaria representa una oportunidad significativa para fortalecer el empoderamiento, la participación social y la humanización del cuidado. A diferencia de las tecnologías centradas exclusivamente en la eficiencia técnica, la tecnología social se orienta a potenciar las capacidades colectivas, mejorar la comunicación y facilitar procesos participativos que respondan a las necesidades reales de las comunidades. Su valor radica no solo en el uso de herramientas digitales, sino en la forma en que estas se adaptan a la accesibilidad, cultura y contexto social de cada territorio.

El uso de plataformas colaborativas para el reporte de problemas sanitarios permite a la comunidad visibilizar situaciones de riesgo, necesidades prioritarias y eventos que afectan su bienestar. Estas herramientas favorecen la participación activa de la población en la vigilancia comunitaria y fortalecen la corresponsabilidad en la gestión de la salud. Asimismo, los circuitos informativos en tiempo real facilitan la difusión oportuna de alertas sanitarias, recomendaciones preventivas y orientaciones prácticas, contribuyendo a una respuesta más rápida y coordinada ante situaciones emergentes.

Las simulaciones comunitarias con fines educativos constituyen otra estrategia relevante dentro de la tecnología social. Sinclair y Relouw (2022) destacan que los entornos de simulación, cuando se adaptan al nivel de comprensión y a la realidad cultural de la población, favorecen aprendizajes significativos y participativos. Estas herramientas permiten recrear escenarios cotidianos relacionados con la prevención de enfermedades, la respuesta ante emergencias o el autocuidado, promoviendo la reflexión colectiva y el desarrollo de habilidades prácticas.

Las redes virtuales de acompañamiento representan un recurso valioso para fortalecer los vínculos sociales y brindar apoyo emocional, especialmente en comunidades con aislamiento geográfico o limitadas redes de apoyo tradicionales. A través de estas redes, la enfermería

comunitaria puede acompañar procesos de cuidado, fomentar el intercambio de experiencias y reducir la sensación de soledad o exclusión social. Chen et al. (2025) señalan que la tecnología social contribuye a la revitalización comunitaria, al facilitar nuevas formas de organización y conexión entre las personas, incluso en contextos con baja conectividad social tradicional.

No obstante, el uso de tecnología social debe implementarse desde un enfoque ético e inclusivo, evitando profundizar brechas digitales existentes. La enfermería comunitaria cumple un rol clave en la selección, adaptación y mediación de estas herramientas, asegurando que su uso promueva la equidad, el respeto cultural y la participación genuina. De este modo, la tecnología social se consolida como un instrumento al servicio del empoderamiento comunitario, fortaleciendo la autonomía, la cohesión social y la construcción colectiva de la salud.

5.7. Enfoque de derechos y justicia social en la práctica comunitaria

El enfoque de derechos y justicia social constituye un fundamento esencial del cuidado humanizado en la práctica de la enfermería comunitaria. La salud, entendida como un derecho humano fundamental, no puede desvincularse de las condiciones sociales, económicas y políticas que influyen en la vida de las personas y las comunidades. Sin embargo, numerosos territorios se encuentran expuestos a injusticias estructurales como la pobreza, la discriminación, el desplazamiento forzado, la violencia o la inseguridad, factores que limitan el acceso equitativo a los servicios de salud y profundizan las desigualdades existentes.

En este contexto, la enfermería comunitaria trasciende el rol asistencial tradicional y se posiciona como un actor clave en la defensa social y la promoción de la justicia sanitaria. Dellafiore et al. (2022) destacan que los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental al visibilizar las inequidades que afectan a las poblaciones más vulnerables y al impulsar acciones orientadas a garantizar el acceso universal a la atención en salud. Este compromiso ético implica reconocer que las problemáticas de salud no son únicamente individuales, sino el reflejo de estructuras sociales desiguales que requieren respuestas colectivas y políticas públicas inclusivas.

Entre las acciones que materializan este enfoque se encuentra la abogacía por la cobertura sanitaria integral y el acceso a medicamentos esenciales, especialmente en comunidades con barreras económicas o geográficas. Asimismo, el acompañamiento a víctimas de violencia ya sea intrafamiliar, comunitaria o estructural— forma parte de una práctica enfermera

comprometida con la dignidad y los derechos humanos. Las intervenciones en asentamientos vulnerables, caracterizados por condiciones precarias de vivienda y saneamiento, permiten abordar los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva territorial y participativa.

La promoción de la inclusión de personas con discapacidad representa otro eje central del enfoque de justicia social, orientada a eliminar barreras físicas, sociales y actitudinales que limitan su participación plena en la comunidad. Estas acciones requieren una mirada intersectorial y la articulación con otros actores sociales e institucionales, reforzando el carácter colectivo del cuidado.

Desde esta perspectiva, la humanización del cuidado no puede reducirse a técnicas de comunicación o actitudes empáticas, sino que se configura como un acto ético y político de defensa de la vida. La enfermería comunitaria, al integrar el enfoque de derechos y justicia social en su práctica cotidiana, contribuye a la construcción de sistemas de salud más equitativos, inclusivos y comprometidos con el bienestar y la dignidad de todas las personas.

BIBLIOGRAFÍAS

- Martínez-Riera, J. R., & Rodríguez, F. J. C. (2019). Family and community nursing, chronology of a specialty. *Enfermería Clínica* (English Edition), 29(6), 352–356. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2019.09.003>
- Gasperini, G., Renzi, E., Longobucco, Y., Cianciulli, A., Rosso, A., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Massimi, A. (2023). State of the Art on Family and Community Health Nursing International Theories, Models and Frameworks: A scoping review. *Healthcare*, 11(18), 2578. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182578>
- Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Pozzi, F., Aleo, G., Watson, R., Hayter, M., Sasso, L., Rodrigues, C., Alvino, S., Musian, D., Roba, I., Turunen, H., Popa, A., Vicente, M., Papathanasiou, I. V., Fradelos, E. C., Kastanidou, S., Kleisaris, C., . . . Stavropoulos, K. (2022). Core competencies for family and community nurses: A European e-Delphi study. *Nurse Education in Practice*, 60, 103296. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103296>
- Scrimaglia, S., Ricci, M., Masini, A., Montalti, M., Conti, A., Camedda, C., Panella, M., Dallolio, L., & Longobucco, Y. (2024). The Role of Family or Community Nurse in Dealing with Frail and Chronic Patients in Italy: A Scoping Review. *Geriatrics*, 9(3), 81. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9030081>
- Scrimaglia, S., Ricci, M., Masini, A., Montalti, M., Conti, A., Camedda, C., Panella, M., Dallolio, L., & Longobucco, Y. (2024). The Role of Family or Community Nurse in Dealing with Frail and Chronic Patients in Italy: A Scoping Review. *Geriatrics*, 9(3), 81. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9030081>
- Bosio, M., Colombo, S., Zoppini, L., Girolidi, S., & Moreno, M. (2022). The role of a Family and Community Nurse in a Country Nursing Home in a major metropolitan hospital in Lombardy, Italy. *Hospital Administration and Medical Practices*, 1. <https://doi.org/10.54844/hamp.2022.0021>
- Sinclair, B., & Relouw, H. (2022). Family and community nursing: The use of an unfolding simulation via zoom. *Clinical Simulation in Nursing*, 68, 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.04.003>
- Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barello, S., Vangone, I., Acampora, M., Conte, G., Magon, A., Stievano, A., & Arrigoni, C. (2022). The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4382. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074382>
- Scrimaglia, S., Montalti, M., Senni, M., Mazzini, S., Ceccarelli, P., Sintoni, F., Benati, G., & Reali, C. (2024). Unveiling the role of family and community nurses: insights from an Italian Focus Group Study. *Discover Health Systems*, 3(1). <https://doi.org/10.1007/s44250-024-00084-8>
- Aljohani, K. A. (2024). Community Health Nursing in Saudi Arabia: Practices and learning needs. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 17, 3239–3245. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s504277>

- González, M. M. P., Pisano, A. C. G., & Bassols, A. A. (2019). Community and family nurse: Present keys, future challenges. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(6), 364–368. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2019.10.004>
- Keyes, D., Turfe, H., & Das, J. M. (2025, September 14). Prevention strategies. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
- Yata, A., Ohta, R., Ryu, Y., Iwashita, Y., & Sano, C. (2025). Community nursing interventions and their impact on health outcomes: A Systematic review of international evidence. *Cureus*, 17(8), e89575. <https://doi.org/10.7759/cureus.89575>
- Peixoto, N. M. D. S. M., Peixoto, T. a. D. S. M., Pinto, C. a. S., & De Brito Santos, C. S. V. (2021). Nursing intervention focusing on health promotion behaviors in adult cancer patients: a scoping review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 55, e03673. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019039403673>
- Chiu, C., Hu, J., Lo, Y., & Chang, E. (2020). Health Promotion and Disease Prevention Interventions for the Elderly: A Scoping Review from 2015–2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5335. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155335>
- Thomas, J. J., Hart, A. M., & Burman, M. E. (2014). Improving health promotion and disease prevention in NP-Delivered primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10(4), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.01.013>
- Ingelbeen, B., Van Kleef, E., Mbala, P., Danis, K., Macicame, I., Hens, N., Cleynen, E., & Van Der Sande, M. a. B. (2025). Embedding risk monitoring in infectious disease surveillance for timely and effective outbreak prevention and control. *BMJ Global Health*, 10(2), e016870. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-016870>
- Chen, H., Lin, T., & Chen, Y. (2025). The impact of social capital and community empowerment on regional revitalization practices: A case study on the practice of university social responsibility programs in Wanli and Jinshan districts. *Sustainability*, 17(10), 4653. <https://doi.org/10.3390/su17104653>

Agradecimientos:

Los autores de esta obra deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible la construcción colectiva de este libro. Cada capítulo, cada análisis y cada reflexión aquí plasmada representan el esfuerzo conjunto de un equipo multidisciplinario de profesionales comprometidos con el crecimiento de la enfermería como ciencia, arte y motor de transformación social.

Extendemos un reconocimiento especial a los profesionales de enfermería de nuestro país y del mundo, quienes inspiran con su trabajo cotidiano en hospitales, centros de salud, comunidades y unidades de atención crítica. Su entrega incansable, especialmente en tiempos de crisis, nos impulsó a desarrollar este material con el objetivo de fortalecer el cuidado seguro, humano y basado en evidencia.

Agradecemos profundamente a los estudiantes y docentes de enfermería, quienes con su entusiasmo, cuestionamientos y voluntad de aprender son la razón de ser de iniciativas académicas como esta. Ellos nos recuerdan que la educación es un proceso continuo y colaborativo que permite construir presente y proyectar esperanza hacia el futuro de la profesión.

Nuestro reconocimiento también es para las familias de cada autor, cuyo apoyo emocional, paciencia y comprensión fueron esenciales para dedicar tantas horas a la revisión bibliográfica, la redacción y la edición. Gracias por sostener el corazón y la mente detrás de este trabajo.

A todas las instituciones formadoras y servicios de salud que impulsan la investigación, la educación y la práctica enfermera, les agradecemos por abrir espacios de formación y participación que enriquecen el desarrollo profesional y permiten materializar proyectos como este. Su compromiso con la calidad asistencial es ejemplo para nuestra labor.

No podemos dejar de agradecer a los pacientes y sus familias, eje central del quehacer enfermero. Con su confianza y sus historias nos enseñan que el cuidado no es solo técnico, sino también humanidad, empatía y respeto por la dignidad en todas las etapas de la vida.

Para finalizar, agradecemos a cada uno de los coautores de esta obra por su entrega, rigurosidad científica y pasión por la enfermería. Este libro es fruto del trabajo de un equipo diverso que comparte un objetivo común: aportar al fortalecimiento de la profesión y contribuir a la formación de generaciones que continuarán transformando la salud desde el cuidado.

Gracias a todos quienes fueron parte de este camino. Este libro también es suyo.

Acosta Lalaleo Daysi Pamela

Glosario de términos técnicos

1) **APGAR familiar**

Herramienta que valora la funcionalidad, cohesión y adaptabilidad de la familia frente a desafíos de salud.

2) **Antisepsia**

Aplicación de sustancias químicas en tejidos vivos para destruir o inhibir microorganismos patógenos.

3) **Asepsia**

Procedimientos que evitan la contaminación microbiana en áreas y materiales estériles.

4) **Autoclave**

Dispositivo que esteriliza instrumentos mediante vapor de agua a alta temperatura y presión.

5) **Autonomía del paciente**

Principio ético que reconoce el derecho de la persona a decidir sobre su tratamiento y cuidados.

6) **Bioseguridad**

Conjunto de normas para prevenir exposición a riesgos biológicos en el personal y pacientes.

7) **Cadena de esterilidad**

Garantía de que un material o instrumento se mantiene estéril desde su procesamiento hasta su uso clínico.

8) **Cuidados críticos**

Atención especializada al paciente en riesgo vital que requiere soporte avanzado y monitorización.

9) **Cuidados perioperatorios**

Intervenciones de enfermería antes, durante y después de un procedimiento quirúrgico.

10) **Desinfección**

Eliminación de la mayoría de microorganismos en objetos inanimados sin asegurar esterilidad total.

11) **Ecomapa**

Mapa gráfico que muestra la interacción de una familia con redes y recursos comunitarios.

12) ECMO (Oxigenación por Membrana Extracorpórea)

Soporte extracorpóreo que reemplaza temporalmente las funciones cardiopulmonares en pacientes críticos.

13) Emergencia

Situación que amenaza directamente la vida y exige intervención inmediata.

14) Efecto adverso

Evento no deseado que resulta del proceso de atención y no de la enfermedad del paciente.

15) Esterilización por peróxido de hidrógeno vaporizado (VHP)

Tecnología avanzada de esterilización para dispositivos médicos sensibles al calor.

16) Genograma

Representación gráfica de la estructura familiar a lo largo de varias generaciones.

17) Hemodinámica

Estudio del flujo sanguíneo y de las fuerzas que permiten una circulación eficaz.

18) Indicadores de calidad

Medidas utilizadas para evaluar la eficacia, eficiencia y seguridad de la atención sanitaria.

19) Instrumentación quirúrgica

Manejo, clasificación y uso especializado del instrumental durante cirugías.

20) Monitorización

Vigilancia continua de parámetros fisiológicos mediante dispositivos clínicos.

21) Paciente crítico

Persona con alteraciones graves y potencialmente mortales que requieren atención intensiva.

22) Politrauma

Condición que involucra múltiples lesiones graves simultáneas con riesgo vital.

23) Promoción de la salud

Acciones encaminadas a fortalecer capacidades individuales y colectivas para mantener el bienestar.

24) Score SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

Puntuación para evaluar la disfunción multiorgánica y la gravedad del paciente crítico.

25) Seguridad del paciente

Conjunto de acciones dirigidas a prevenir daños y errores durante la atención en salud.

26) Soporte vital avanzado (SVA)

Intervenciones especializadas para recuperar o mantener funciones vitales, usando fármacos y equipos.

27) Soporte vital básico (SVB)

Medidas iniciales para mantener la respiración y circulación en una urgencia vital.

28) Teleenfermería

Prestación de cuidados profesionales de enfermería mediante tecnologías digitales a distancia.

29) Triage

Clasificación rápida de pacientes según el nivel de prioridad y urgencia de atención.

30) Vigilancia epidemiológica

Recolecta, análisis e interpretación de datos sobre enfermedades para decisiones de salud pública.

ISBN 978-631-6557-69-8



9 786316 557698



Publicado por
PUERTO MADERO

EDITORIAL

@puertomaderoeditorial.com.ar
Buenos Aires, Argentina.