

# Enfermería Clínica y Seguridad del Paciente: Intervenciones Clave y Protocolos Eficaces



Viviana Elizabeth Zambrano Eguez  
Jenny ELizabeth Cayo Semblantes  
Dalia Maribel Barragán Sánchez  
Grace Verónica Lema Acosta  
María Belén Silva Fajardo

---

## **Enfermería Clínica y Seguridad del Paciente: Intervenciones Clave y Protocolos Eficaces**

# Protocolos de Enfermería para la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)

*Viviana Elizabeth Zambrano Eguez*

## **Infecciones asociadas a IAAS**

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) representan un problema de salud pública global, afectando tanto a pacientes como a sistemas de salud por su alta morbilidad, mortalidad y costos. Estas infecciones suelen estar relacionadas con procedimientos invasivos y el uso de dispositivos médicos, y su control es fundamental para mejorar la seguridad del paciente y reducir la resistencia antimicrobiana.

## **Tipos principales de IAAS**

**Infecciones más frecuentes:** Neumonía asociada a la atención sanitaria, infecciones urinarias, infecciones de sitio quirúrgico, infecciones por *Clostridioides difficile*, sepsis neonatal y bacteriemias primarias(1,2,3,4,5,6,7,10)

**Asociación a dispositivos:** Las IAAS más graves suelen estar vinculadas a dispositivos invasivos como catéteres centrales, sondas urinarias y ventiladores mecánicos (3,7,12,13,15,16)

## INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD



## Carga y consecuencias

- **Prevalencia:** La prevalencia de IAAS varía entre 6% y 10% en hospitales de diferentes regiones, con tasas más altas en unidades de cuidados intensivos y hospitales pequeños (2,4,5,6,10,14,15,16)
- **Impacto:** Las IAAS prolongan la estancia hospitalaria, aumentan la mortalidad (hasta 24% en algunos grupos) y generan altos costos económicos para los sistemas de salud(1,2,7,8,14,15,16)
- **Resistencia antimicrobiana:** Un porcentaje significativo de los patógenos aislados son multirresistentes, especialmente entre bacterias gramnegativas y *Staphylococcus aureus*(4,6,7,13,16).

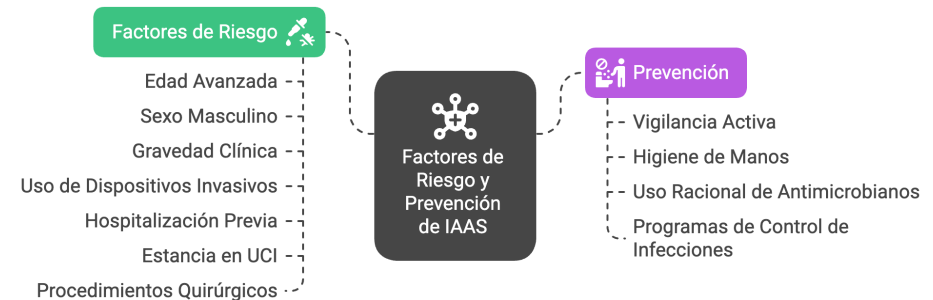
## Factores de riesgo y prevención

- **Factores de riesgo:** Edad avanzada, sexo masculino, gravedad clínica, uso de dispositivos invasivos, hospitalización previa, estancia en UCI y

procedimientos quirúrgicos aumentan el riesgo de IAAS(2,10,13,14,15,16).

- **Prevención:** La vigilancia activa, la higiene de manos, el uso racional de antimicrobianos y la implementación de programas de control de infecciones son esenciales para reducir la incidencia(10,11,12,16,17,18).

### Factores de Riesgo y Prevención de IAAS



## Desafíos y perspectivas

- **Desafíos:** La variabilidad en la vigilancia, la falta de recursos y la creciente resistencia dificultan el control

---

efectivo de las IAAS, especialmente en países de bajos ingresos(1,14,16,18).

- **Perspectivas:** La implementación de encuestas de prevalencia y sistemas de vigilancia estandarizados permite identificar áreas críticas y orientar intervenciones efectivas(2,4,5,10,16).

### **Prevención de Infecciones en los centros hospitalarios**

La prevención de infecciones en los centros hospitalarios es esencial para la seguridad del paciente y la reducción de la morbilidad, mortalidad y costos asociados a las infecciones nosocomiales. Las estrategias efectivas incluyen intervenciones estructurales, formación del personal, vigilancia activa y cumplimiento de protocolos basados en evidencia.

#### **Estrategias y Prácticas Clave**

- **Higiene de manos:** Es la medida más efectiva, logrando reducciones de hasta 35% en infecciones hospitalarias cuando se implementa rigurosamente. La educación y el acceso a desinfectantes son

fundamentales tanto para el personal como para los pacientes(7,14,17).

- **Limpieza y desinfección ambiental:** La desinfección adecuada de equipos y superficies, junto con la formación del personal de limpieza, reduce la transmisión de patógenos resistentes como *Candida auris*(11,9,13).
- **Protocolos y guías:** La existencia y aplicación de guías sobre higiene, uso de antibióticos, manejo de catéteres y prevención de infecciones quirúrgicas son esenciales para reducir infecciones asociadas a dispositivos y procedimientos(8,16,6,18).
- **Intervenciones de enfermería:** Técnicas asépticas, educación al paciente y limpieza ambiental estructurada disminuyen significativamente las tasas de infecciones(14).

### **Factores Organizativos y de Gestión**

- **Estructura y recursos:** La organización hospitalaria, la dotación de personal y la disponibilidad de materiales influyen directamente en la eficacia de los programas de prevención(6,2,13).
- **Vigilancia y monitoreo:** La vigilancia activa de infecciones y la retroalimentación de resultados permiten identificar áreas de mejora y ajustar estrategias(13,10,12).
- **Cultura organizacional:** El compromiso de la dirección y la participación de líderes y agentes de cambio son facilitadores clave para la implementación exitosa(4,6).

### Desafíos y Áreas de Mejora

- **Desigualdad en la implementación:** Existen diferencias entre hospitales y regiones en la aplicación de medidas, especialmente en recursos limitados(13,12,15).

- **Formación continua:** La capacitación regular del personal y auditorías son necesarias para mantener la adherencia a las buenas prácticas(10,14,7).
- **Innovación y tecnología:** El uso de inteligencia artificial, telemedicina y nuevas técnicas de saneamiento representan oportunidades emergentes(13).

### Conclusión

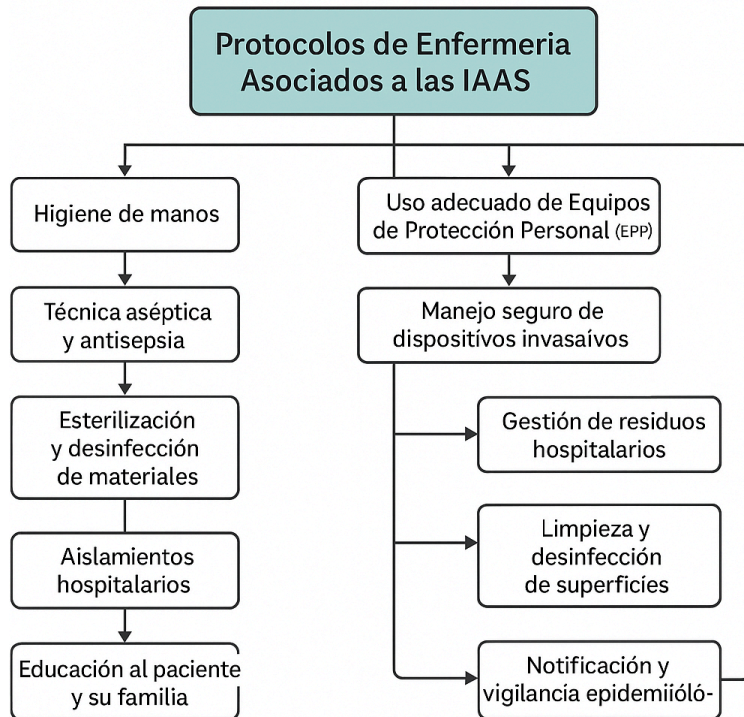
La prevención de infecciones en hospitales requiere un enfoque integral que combine protocolos basados en evidencia, formación continua, vigilancia activa y compromiso institucional. Aunque existen desafíos, la implementación rigurosa de estas estrategias puede reducir significativamente las infecciones y mejorar la seguridad del paciente.

### Protocolos de Enfermería Asociadas a (IAAS)

Los protocolos de enfermería asociados a infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) son herramientas clave para estandarizar y mejorar la calidad y seguridad del cuidado,



especialmente en la prevención de infecciones como las urinarias relacionadas con catéteres. La implementación, validación y enseñanza de estos protocolos son temas centrales en la investigación reciente.



**Figura 1.** Algoritmo de protocolos de enfermería asociados a las IAAS. Muestra los pasos clave para la prevención y control de infecciones en entornos clínicos desde la perspectiva del cuidado de enfermería.

### Efectividad de los Protocolos de Enfermería

- **Reducción de Infecciones:** Los protocolos dirigidos por enfermería han demostrado reducir significativamente la utilización de catéteres y la incidencia de infecciones urinarias asociadas a catéteres (CAUTI), con una disminución del 55,91% en el riesgo de infección y del 29,48% en el uso de catéteres en comparación con métodos tradicionales (3).
- **Mejora de la Experiencia del Paciente:** Protocolos específicos para el cuidado fundamental, como en pacientes con COVID-19, buscan mejorar la experiencia del paciente, la calidad del cuidado y los resultados clínicos, evaluando tanto aspectos físicos como psicosociales (5).

### Proceso de Toma de Decisiones Basado en Protocolos

- **Variabilidad y Contexto:** La toma de decisiones basada en protocolos es un proceso lineal pero variable, influido por el contexto y la percepción del riesgo por parte del profesional. Adaptar los protocolos al entorno y a la capacidad de evaluación del riesgo es esencial para su éxito (1).

### Métodos de Validación de Protocolos

- **Rigor Metodológico:** La validación de protocolos suele realizarse mediante expertos, utilizando análisis estadísticos y el Índice de Validez de Contenido. No existe consenso sobre el número de expertos, pero la rigurosidad metodológica es fundamental para asegurar la calidad y aplicabilidad clínica (4).

### Enseñanza y Aprendizaje de Protocolos

- **Aprendizaje Implícito vs. Explícito:** El uso de protocolos detallados no siempre es esencial para adquirir habilidades de enfermería. Métodos de aprendizaje implícito pueden ser igual o más efectivos, especialmente en situaciones de multitarea (2).

### Bibliografía:

1. Alessandro Cassini et al. "Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study." *PLoS Medicine*, 13 (2016).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>.
2. Antonio Antonelli et al. "Healthcare-associated infections and antimicrobial use in acute care hospitals: a point prevalence survey in Lombardy, Italy, in 2022." *BMC Infectious Diseases*, 24 (2024).  
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4017888/v1>.
3. J. Al-Tawfiq et al. "Healthcare associated infections (HAI) perspectives.." *Journal of infection and public health*, 7 4 (2014): 339-44 .  
<https://doi.org/10.1016/j.jiph.2014.04.003>.
4. Hiroshi Morioka et al. "Healthcare-associated infections in Japanese hospitals: results from a large-scale multicenter point-prevalence survey in Aichi, 2020." *Infection Control & Hospital*



- 
- Epidemiology*, 45 (2024): 1263 - 1270.  
<https://doi.org/10.1017/ice.2024.130>.
5. P. Russo et al. "The prevalence of healthcare associated infections among adult inpatients at nineteen large Australian acute-care public hospitals: a point prevalence survey." *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 8 (2019).  
<https://doi.org/10.1186/s13756-019-0570-y>.
  6. A. Salmanov et al. "Prevalence of healthcare-associated infections and antimicrobial resistance in acute care hospitals in Kyiv, Ukraine.." *The Journal of hospital infection* (2019).  
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.03.008>.
  7. Nitin Chandra Teja Dadi et al. "Impact of Healthcare-Associated Infections Connected to Medical Devices—An Update." *Microorganisms*, 9 (2021).  
<https://doi.org/10.3390/microorganisms9112332>.
  8. E. Marziali et al. "Point Prevalence Survey of HAIs as a key component of Infection Prevention and Control programs." *The European Journal of Public Health*, 34 (2024).  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1900>.
  9. C. Boev et al. "Hospital-Acquired Infections: Current Trends and Prevention.." *Critical care nursing clinics of North America*, 29 1 (2017): 51-65 .  
<https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.09.012>.
  10. M. Daga et al. "Current Pattern and Clinico-Bacteriological Profile of Healthcare Associated Infections (HAI) in an ICU Setting: An Observational Study." (2021).  
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-874099/v1>.
  11. J. Alten et al. "The Epidemiology of Healthcare-associated Infections in Pediatric Cardiac Intensive Care Units." *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 37 (2017): 768–772.  
<https://doi.org/10.1097/INF.0000000000001884>.
  12. M. Murhekar et al. "Health-care-associated infection surveillance in India.." *The Lancet. Global health*, 10 9 (2022): e1222-e1223 .  
[https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(22\)00317-5](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(22)00317-5).

- 
13. Solomon Ali et al. "Healthcare associated infection and its risk factors among patients admitted to a tertiary hospital in Ethiopia: longitudinal study." *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 7 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13756-017-0298-5>.
  14. Sherri-Lynne Almeida et al. "Health Care–Associated Infections (HAIs)." *Journal of Emergency Nursing*, 41 (2015): 100 - 101. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.01.006>.
  15. Ali Alamer et al. "Healthcare-Associated Infections (HAIs): Challenges and Measures Taken by the Radiology Department to Control Infection Transmission." *Vaccines*, 10 (2022). <https://doi.org/10.3390/vaccines10122060>.
  16. Janet B. Glowicz et al. "SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update." *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 44 (2023): 355 - 376. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.304>.
  17. Ohood Hameed Alnadawy et al. "Nursing Interventions for Preventing Hospital-Acquired Infections." *International Journal of Scientific Research and Management (IJSRM)* (2024). <https://doi.org/10.18535/ijssrm/v12i11.mp03>.
  18. Stacy Haverstick et al. "Patients' Hand Washing and Reducing Hospital-Acquired Infection." *Critical Care Nurse*, 37 (2017): e1–e8. <https://doi.org/10.4037/ccn2017694>.
  19. Y. Mehta et al. "Guidelines for prevention of hospital acquired infections." *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 18 (2014): 149 - 163. <https://doi.org/10.4103/0972-5229.128705>.
  20. M. Calderwood et al. "Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update." *Infection control and hospital epidemiology*, 44 (2023): 695 - 720. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.67>.
  21. W. Zingg et al. "Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus.."

- 
- The Lancet. Infectious diseases*, 15 2 (2015): 212-24 .  
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70854-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70854-0).
22. A. Borghesi et al. "Strategies for the prevention of hospital-acquired infections in the neonatal intensive care unit.." *The Journal of hospital infection*, 68 4 (2008): 293-300 .  
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2008.01.011>.
23. DrPH Andrea R. Connor et al. "Infection Control and Prevention for Hospital Staff." *Journal of Community Medicine & Public Health* (2023).  
<https://doi.org/10.29011/2577-2228.100335>.
24. L.T. Curtis et al. "Prevention of hospital-acquired infections: review of non-pharmacological interventions." *The Journal of Hospital Infection*, 69 (2008): 204 - 219.  
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2008.03.018>.
25. Dimple Kubde et al. "Importance of Hospital Infection Control." *Cureus*, 15 (2023).  
<https://doi.org/10.7759/cureus.50931>.
26. Jiancong Wang et al. "Implementation of infection prevention and control in acute care hospitals in Mainland China – a systematic review." *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 8 (2019).  
<https://doi.org/10.1186/s13756-019-0481-y>.
27. S. Aghdassi et al. "A national survey on the implementation of key infection prevention and control structures in German hospitals: results from 736 hospitals conducting the WHO Infection Prevention and Control Assessment Framework (IPCAF)." *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 8 (2019).  
<https://doi.org/10.1186/s13756-019-0532-4>.
28. Indri Rooslamati Supriadi et al. "Infection prevention and control in Indonesian hospitals: identification of strengths, gaps, and challenges." *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 12 (2023).  
<https://doi.org/10.1186/s13756-023-01211-5>.
29. Breno Santos de Araújo et al. "Compliance with surgical site infection prevention measures in hospitals." *Acta Paulista de Enfermagem* (2023).  
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023ao0171344>.

---

# Vigilancia y Gestión de Eventos Adversos desde el Rol de Enfermería

*Jenny ELizabeth Cayo Semblantes*

## **Definición**

Los eventos adversos (EA) son incidentes no intencionados que ocurren durante la atención médica y que causan daño al paciente, sin relación directa con la evolución natural de la enfermedad o sus comorbilidades[1]. En entornos hospitalarios, los EA pueden comprometer la seguridad, aumentar la morbilidad, prolongar la hospitalización e incluso conducir a la muerte. La vigilancia activa y la adecuada gestión de estos eventos es responsabilidad compartida del equipo de salud, destacándose el rol fundamental del personal de enfermería por su cercanía directa y continua con el paciente.

## **Epidemiología**

Según la OMS, se estima que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufre un evento adverso, siendo hasta el 50%

prevenibles[2]. En América Latina, estudios multicéntricos han reportado una prevalencia de eventos adversos entre el 10–20% en hospitales generales[3].

En Ecuador, un estudio realizado durante la pandemia en Quito (2020–2021) identificó una incidencia de EA del 13.3%, con un 74.3% de estos considerados prevenibles. Los más comunes fueron infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), flebitis y úlceras por presión[4]. Además, el 57% de los eventos prolongaron la hospitalización y el 56% aumentaron el riesgo de muerte o complicaciones.

## **Clasificación de Eventos Adversos**

Los EA pueden categorizarse de distintas maneras:

**Tabla 1. Clasificación de Eventos Adversos en el Entorno Hospitalario**

Criterio	Categorías	Ejemplos
<b>Por gravedad</b>	Leves, moderados, graves, mortales	Leve: flebitis leve; Grave: infección por catéter
<b>Por evitabilidad</b>	Evitables / No evitables	Evitable: error de dosis; No evitable: reacción idiosincrática
<b>Por tipo de evento</b>	Errores de medicación, infecciones, caídas, úlceras por presión	Error de transcripción de medicación, UPP, IAAS
<b>Por momento</b>	Diagnóstico, tratamiento, seguimiento	Lesión por mala técnica, omisión en vigilancia postoperatoria

**Fuente:** Adaptado de WHO (2021) y MSP Ecuador (2024)

### Rol de Enfermería en la Vigilancia

El personal de enfermería cumple una función estratégica en el reconocimiento temprano, notificación y prevención de eventos adversos. Algunas de sus competencias clave incluyen:

#### Observación clínica continua

La vigilancia constante permite identificar cambios súbitos en el estado del paciente, respuestas anómalas a tratamientos o situaciones de riesgo inminente.

#### Aplicación de escalas predictivas

Escala	Utilidad
Braden	Riesgo de úlceras por presión
Morse	Riesgo de caídas
MEWS / NEWS	Detección de deterioro clínico agudo

#### Registro y notificación precisa

Registrar objetivamente los hallazgos clínicos en la historia clínica y reportar eventos en los sistemas institucionales (físicos o electrónicos) es esencial para la trazabilidad y análisis posterior.

---

## Participación activa en comités de calidad

Las enfermeras integran comités de revisión de eventos centinela, análisis causa raíz y auditorías clínicas.

## Gestión de Eventos Adversos desde Enfermería

### Detección y registro inmediato

Una vez detectado el EA, debe documentarse en tiempo real con datos precisos: fecha, hora, situación, personas involucradas, acciones tomadas y condición del paciente.

### Notificación institucional

La cultura de seguridad exige que el personal pueda reportar sin temor a sanciones. Se promueve la cultura justa (*just culture*) donde el objetivo es aprender y mejorar, no castigar [5].

### Análisis causa raíz (ACR)

Instrumento sistemático para determinar el origen del evento:

- ¿Qué pasó?

- ¿Por qué ocurrió?
- ¿Cómo prevenirlo en el futuro?

**Herramientas:** 5 Porqués, Diagrama de Ishikawa, AMFE (análisis modal de fallos y efectos).

Implementación de medidas correctivas

### Estas incluyen:

- Reentrenamiento del personal
- Actualización de guías clínicas
- Rediseño de procesos (checklists, doble verificación)
- Supervisión más estricta

### Seguimiento y mejora continua

La retroalimentación a los equipos sobre los EA reportados y las acciones tomadas aumenta el compromiso con la cultura de seguridad.

### Barreras Frecuentes y Estrategias de Superación



**Tabla 2. Barreras en la Notificación de Eventos Adversos**

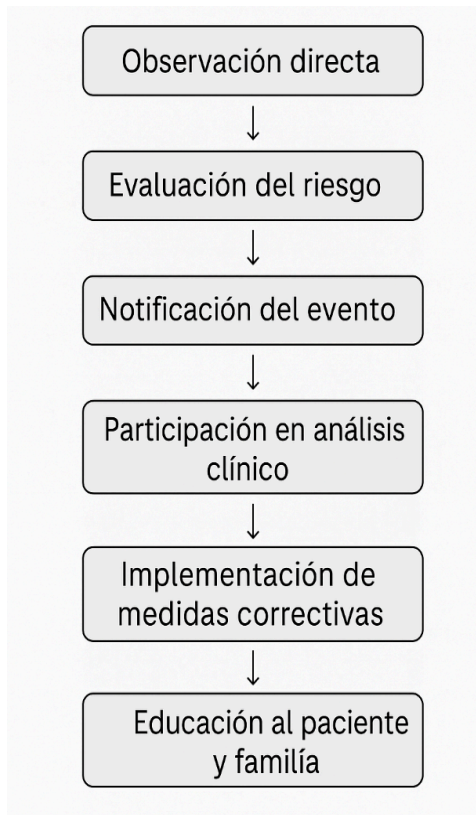
Barrera	Consecuencia	Estrategia
Miedo a represalias	Subregistro de eventos	Cultura justa, anonimato, respaldo institucional
Falta de formación en seguridad	Incapacidad para identificar EA	Capacitación periódica, simulaciones clínicas
Sobrecarga laboral	Omisión en la vigilancia o documentación	Optimización de turnos, automatización de tareas
Sistemas poco amigables	Baja adherencia al reporte	Digitalización, formularios intuitivos
Falta de retroalimentación	Desmotivación para notificar	Informes periódicos, reconocimiento institucional

**Fuente:** Aldughmi ON (2023); MSP Ecuador (2024)

**Algoritmo de Intervención ante un Evento Adverso Detectado por Enfermería**



**Figura. Rol Estratégico de Enfermería en la Gestión de Riesgos**



## Estudios de Caso y Aplicación Práctica

### Caso Clínico

**Situación:** Paciente postquirúrgico presenta dolor torácico tras administración de heparina subcutánea.

#### **Acción enfermera:**

- Evalúa signos vitales
- Detecta taquicardia y palidez
- Informa de inmediato al médico
- Se detecta hemorragia interna
- Evento reportado y revisado en comité

**Resultado:** Revisión del protocolo de monitorización postheparina y creación de checklist obligatorio para todos los turnos.

### Conclusiones

La vigilancia y gestión de eventos adversos en salud no es solo una herramienta de control, sino un componente esencial de la

---

calidad asistencial. El personal de enfermería, por su proximidad al paciente, posee una capacidad privilegiada para identificar, intervenir y transformar los procesos clínicos desde la práctica diaria. La capacitación continua, el respaldo institucional y la cultura de seguridad son pilares para fortalecer este rol y mejorar los resultados en salud.

### **Bibliografía**

1. WHO. Patient Safety: Global Action Plan 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Pan American Health Organization. La seguridad del paciente como prioridad. OPS; 2022.
3. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, et al. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales latinoamericanos. Rev Calid Asist. 2021;36(5):247-255.
4. Sosa DM et al. Adverse events during the COVID-19 pandemic in Ecuador: Implications for patient safety. Patient Safety in Surgery. 2023;17(1):18.
5. Dekker S. Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization. 3rd ed. CRC Press; 2020.
5. Erazo FS. Eventos adversos y cuidado de enfermería en unidades de cuidados intensivos del Ecuador. Rev Más Vida. 2023;5(2):14-22.
6. Sarduy Lugo M. Percepción del personal de enfermería sobre la notificación de eventos adversos. Rev Cubana Enferm. 2023;39(1):e5195.
7. Chang HE, Manojlovich M. Patient safety competency, systems thinking and missed nursing care. Int J Nurs Pract. 2023;29(3):e13130.
8. Aldughmi ON. Predictors of event reporting among nurses: Role of safety culture. Loyola University; 2023.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo de Gestión de Eventos Adversos. MSP; 2024.

---

# Prevención de Errores en la Administración de Medicamentos

*Dalia Maribel Barragán Sánchez*

## Introducción

La administración de medicamentos constituye una de las intervenciones clínicas más frecuentes y críticas en el ámbito sanitario. Su correcta ejecución es vital para la seguridad del paciente; sin embargo, los errores durante este proceso siguen siendo una de las principales causas de eventos adversos prevenibles en hospitales, centros de cuidados y atención domiciliaria. La prevención de errores en este contexto requiere una visión sistémica, centrada tanto en el profesional como en el paciente y el entorno asistencial [1,2].

## Definición y Alcance del Problema

Los errores de medicación son fallos que ocurren en cualquier etapa del proceso terapéutico, desde la prescripción hasta la administración. Aquellos ocurridos en el momento de la administración representan un riesgo clínico considerable,

pudiendo generar desde ineficacia terapéutica hasta daño grave o muerte [3,4].

**Tabla 1.** Tipos comunes de errores en la administración de medicamentos

Tipo de error	Descripción
Dosis incorrecta	Administración de una cantidad mayor o menor de la prescrita
Medicamento equivocado	Confusión entre fármacos de nombres o envases similares
Vía de administración errónea	Administración por vía diferente a la indicada (ej. IV en lugar de IM)
Tiempo inadecuado	Retraso o anticipación significativa en la administración

Omisión	Falta de administración sin justificación clínica
---------	---

## **Factores de Riesgo en la Administración de Medicamentos**

### **Factores Humanos**

El agotamiento, las distracciones, la sobrecarga laboral, la falta de experiencia, el uso de múltiples tareas y la escasa alfabetización en salud por parte del paciente incrementan significativamente el riesgo de errores [5,6].

### **Factores Organizacionales**

Incluyen turnos extensos, interrupciones frecuentes, falta de protocolos, rotación de personal y una cultura institucional que desalienta el reporte de errores [6,7].

### **Entornos Específicos**

Los errores son más frecuentes en cuidados domiciliarios, pediatría y geriatría, donde los pacientes o cuidadores asumen responsabilidades sin la formación adecuada [2,4].

## **Estrategias para la Prevención de Errores**

### **Aplicación de las “5 reglas” de administración segura**

La regla de “los cinco correctos” (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta) continúa siendo un pilar fundamental de la práctica segura [1].

### **Educación Continua y Recordatorios Visuales**

La formación continua del personal, combinada con herramientas como etiquetas codificadas por colores y pictogramas, ha demostrado reducir errores en múltiples entornos clínicos [5,10].

### **Uso de Tecnología**

La incorporación de sistemas de prescripción electrónica, escaneo de códigos de barras e inteligencia artificial (IA) para alertas clínicas ha mejorado significativamente la seguridad en la administración de medicamentos. Por ejemplo, sistemas como Epic y Cerner integran alertas de alergias o duplicaciones terapéuticas basadas en algoritmos personalizados [8].

**Intervención Farmacéutica**

La inclusión de farmacéuticos clínicos en los equipos asistenciales reduce errores de medicación, optimiza tratamientos y mejora la satisfacción del paciente [6,9].

**Tabla 2.** Intervenciones preventivas y nivel de evidencia científica

Intervención	Nivel de evidencia	Comentario breve
Regla de los cinco correctos	Alta (IA)	Práctica estándar universal
Prescripción electrónica	Alta (IA)	Reduce errores de transcripción
Escaneo de códigos de barra	Alta (IB)	Mejora la trazabilidad y evita errores humanos
Educación continua personal	Moderada (IIB)	Depende de frecuencia y calidad del entrenamiento

Participación del farmacéutico clínico	Alta (IA)	Reducción significativa de errores
Simulación clínica	Moderada (IIB)	Mejora la respuesta ante eventos adversos

**Figura 1.** Ciclo de administración segura del medicamento





## Rol del Paciente y Autoadministración

### Perspectiva del Paciente

Muchos pacientes valoran la posibilidad de autoadministrarse medicamentos en entornos controlados. Sin embargo, la mayoría prefiere que este proceso sea realizado por profesionales de salud por razones de seguridad, sobre todo en contextos hospitalarios [2,4].

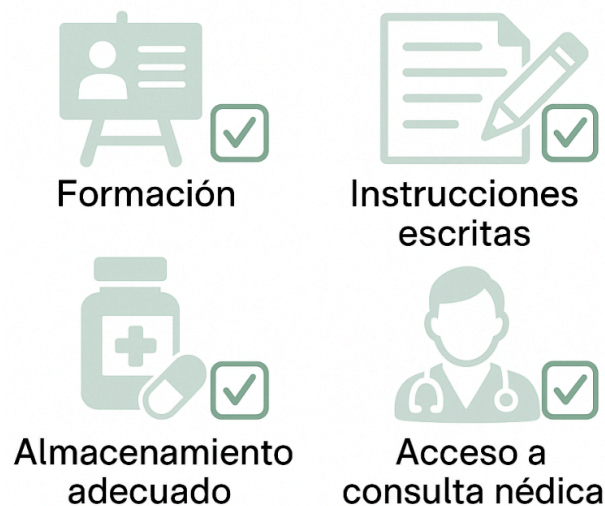
### Condiciones para la Autoadministración Segura

La capacidad cognitiva del paciente, la disponibilidad de material educativo claro, el almacenamiento seguro y la evaluación continua son condiciones esenciales para garantizar una autoadministración segura [5,9].

### Ámbitos Especiales: Escuelas y Atención Domiciliaria

En estos entornos, la administración de medicamentos por cuidadores no profesionales es una práctica común. No obstante, requiere protocolos estandarizados, supervisión clínica y formación básica para minimizar errores [10].

**Figura 2.** Condiciones para administración segura fuera del hospital



### Interacción con Políticas Institucionales y Marco Normativo

Los sistemas de salud deben contar con políticas institucionales claras que definan procedimientos estandarizados para la administración de medicamentos. Guías nacionales como los Lineamientos de Buenas Prácticas de Enfermería, las Normas

---

Técnicas del Ministerio de Salud Pública (dependiendo del país), y protocolos hospitalarios locales ofrecen marcos regulatorios esenciales.

El cumplimiento de estos lineamientos no solo mejora la seguridad del paciente, sino que también protege legalmente al profesional en caso de incidentes. La falta de adhesión a estas políticas institucionales, ya sea por desconocimiento o falta de supervisión, se asocia a un mayor riesgo de eventos adversos.

### **Dimensión Ética y Legal del Error de Medicación**

Desde la perspectiva ética, los errores de administración de medicamentos deben abordarse bajo los principios de **beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía**. Es decir, el deber de hacer el bien, evitar el daño, actuar con equidad y respetar las decisiones del paciente.

Legalmente, los errores de medicación pueden ser considerados eventos sentinela y, en algunos casos, conducir a responsabilidad civil o penal. Por eso es fundamental fomentar una cultura de seguridad y no punitiva, donde se privilegie el

aprendizaje sobre el castigo, tal como recomiendan organizaciones internacionales como la OMS y la Joint Commission.

### **Monitoreo, Cultura de Seguridad y Mejora Continua**

Una cultura institucional que fomente el reporte sin castigo, la revisión sistemática de errores y la implementación de mejoras con enfoque interdisciplinario es clave. El uso de simulación clínica, auditorías periódicas y retroalimentación al personal complementan esta estrategia de mejora continua.

Además, se recomienda la designación de líderes clínicos en cada turno para supervisar las prácticas de administración y promover el cumplimiento de protocolos basados en evidencia.

### **Conclusión**

La prevención de errores en la administración de medicamentos no depende únicamente del profesional que administra, sino de un entorno seguro, protocolos claros, sistemas tecnológicos de apoyo, educación continua, participación del paciente y cultura de reporte.

---

La implementación de estrategias preventivas debe ser constante, evaluada y adaptada a cada entorno clínico. Asimismo, el respaldo institucional, el marco ético y legal, y las políticas de calidad son imprescindibles para lograr un sistema seguro, eficiente y centrado en el paciente.

## Bibliografía

1. Assiri GA, et al. *What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors?* BMJ Open. 2020;10(8):e034603.
2. Alqenae FA, Steinke DT, Keers RN. *Medication errors and adverse drug events in pediatric patients in primary care: a review.* BMJ Open. 2020;10(8):e036491.
3. Manias E, Kusljic S, Wu A. *Interventions to reduce medication errors: a systematic review.* Ther Adv Drug Saf. 2020;11:2042098620968309.
4. Mulac A, Taxis K, Borthen TS, Schjøtt J. *Hospital and patient characteristics associated with medication errors.* Eur J Clin Pharmacol. 2021;77(8):1157–1166.
5. Härkänen M, Turunen H, Vehviläinen-Julkunen K. *Detecting medication errors: a systematic review.* J Patient Saf. 2020;16(4):e309–e315.
6. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. *Causes of medication administration errors: a review.* Drug Saf. 2021;44(3):277–293.
7. Khalil H, et al. *Factors associated with error reporting and disclosure: a systematic review.* Int J Nurs Stud. 2021;122:104040.
8. Wright J, et al. *Electronic health records and medication errors: a scoping review.* Am J Health Syst Pharm. 2022;79(5):361–372.
9. Young M, et al. *Role of clinical pharmacist in medication safety: a review.* Int J Clin Pharm. 2024;46(1):15–25.
10. Swaminathan N, et al. *Simulation training for medication administration safety: a review.* Nurse Educ Today. 2023;123:105794.

---

# Atención de Enfermería en Pacientes con Demencia y Trastornos Cognitivos

*Grace Verónica Lema Acosta*

## **Introducción**

La demencia y otros trastornos cognitivos representan uno de los mayores desafíos contemporáneos para los sistemas de salud, particularmente en el ámbito de la enfermería, debido al envejecimiento acelerado de la población. El cuidado de estos pacientes demanda habilidades clínicas, comunicativas, éticas y emocionales, además de estrategias basadas en evidencia que garanticen el respeto por la dignidad, la seguridad y la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

## **Definición y Clasificación**

La demencia es un síndrome neurodegenerativo progresivo, caracterizado por el deterioro de múltiples funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje, la orientación, el juicio y el

razonamiento, interfiriendo significativamente con las actividades de la vida diaria [1].

Los trastornos cognitivos engloban un espectro más amplio que incluye desde el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) hasta las demencias mayores. Las principales etiologías incluyen:

- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia vascular
- Demencia con cuerpos de Lewy
- Demencia frontotemporal
- Demencias secundarias: por enfermedad de Parkinson, VIH, alcoholismo crónico, traumatismos craneales, entre otras.

## Trastornos Cognitivos Leves: Rol de Enfermería en la Atención Temprana

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se caracteriza por una disminución sutil pero objetivable de funciones cognitivas como la memoria, la atención o la orientación, que no interfiere significativamente con las actividades de la vida diaria, a diferencia de la demencia [2].

### Desde el rol de enfermería, es fundamental:

- Detectar signos tempranos mediante entrevistas clínicas y aplicación de escalas como el MoCA o el Mini-Cog.
- Educar al paciente y familia sobre hábitos neuroprotectores: dieta mediterránea, actividad física, control de factores de riesgo cardiovascular y estimulación cognitiva.
- Fomentar organización y compensación funcional con uso de agendas, alarmas, rutinas y apoyo visual.

- Identificar síntomas depresivos o ansiosos, diferenciándolos del deterioro estructural.
- Derivar al equipo interdisciplinario en casos de evolución progresiva o sospecha de comorbilidades.

**Tabla:** Comparación entre DCL y Demencia

Característica	DCL	Demencia
Afecta AVD	No (o muy levemente)	Sí (interfiere en funciones básicas)
Conciencia del déficit	Parcialmente conservada	Frecuentemente alterada
Reversibilidad	Posible estabilización o reversión	Progresiva e irreversible
Objetivo de enfermería	Promoción de salud, prevención secundaria	Adaptación, cuidado integral y paliativos

### Valoración Integral de Enfermería

Una valoración exhaustiva permite diseñar planes de cuidado centrados en la persona. Se recomienda emplear instrumentos clínicamente validados:

Componente	Instrumento Sugerido	Propósito Clínico
Cognición	MMSE, MoCA	Detección de deterioro cognitivo
Funcionalidad	Índice de Barthel, Escala de Lawton	Evaluación del grado de dependencia
Estado emocional	GDS, Escala Cornell	Tamizaje de depresión
Riesgo de caídas	Escalas de Tinetti y Downton	Prevención de caídas
Dolor	PAINAD	Evaluación del dolor no verbalizado

## Intervenciones de Enfermería Específicas

### Comunicación Terapéutica

- Usar frases cortas, tono calmado y contacto visual.
- Evitar correcciones o confrontaciones.
- Validar emociones y reforzar logros simples.

### Prevención de Agitación y Delirium

- Promover el sueño reparador, minimizar ruidos y cambios bruscos.
- Evitar el uso de sujeciones físicas.
- Aplicar intervenciones no farmacológicas: musicoterapia, aromaterapia, reminiscencia.

### Cuidados Básicos

- Estimular la autonomía supervisada en AVD.
- Facilitar utensilios adaptados.
- Supervisar alimentación, hidratación, higiene e integridad de la piel.

### Prevención de Úlceras y Caídas

- Reposicionamiento cada 2 horas.
- Evaluaciones periódicas y uso de superficies especiales.



- 
- Modificaciones del entorno: luces nocturnas, pasamanos, señalética clara.

### **Apoyo a la Familia y al Cuidador**

**El trabajo con las familias es esencial. El personal de enfermería debe:**

- Educar sobre el curso clínico y las etapas del deterioro.
- Enseñar estrategias para manejar alteraciones conductuales.
- Evaluar signos de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit).
- Facilitar acceso a redes de apoyo y derivaciones interdisciplinarias.

### **Dimensión Ética y Legal**

El cuidado debe enmarcarse en los principios bioéticos:

- **Autonomía:** respetar decisiones mientras sea posible.

- **Beneficencia y no maleficencia:** buscar el bienestar y evitar el daño.
- **Justicia:** equidad en el acceso y trato.
- **Consentimiento informado:** obtenerlo directamente o mediante representante legal en etapas avanzadas.

El uso de voluntades anticipadas, protocolos ético-legales institucionales y asesoría bioética facilita el abordaje de decisiones complejas como ingreso a residencias, limitación terapéutica o cuidados paliativos [6,10].

### **Políticas Institucionales y Guías Prácticas**

**Los servicios de salud deben aplicar guías reconocidas como:**

- Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia (OMS 2017–2025).
- Guías NICE (Reino Unido).
- Recomendaciones de la SEGG.

---

**Asimismo, es imprescindible contar con:**

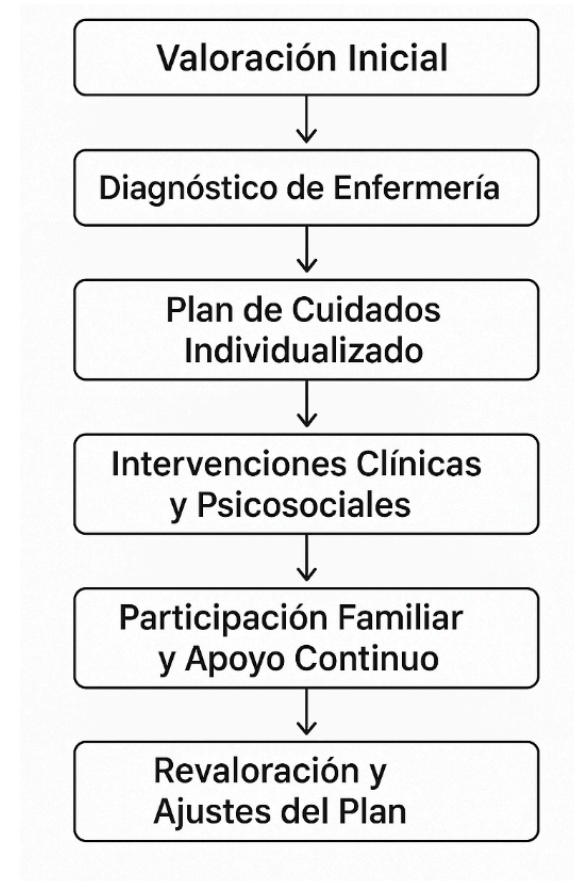
- Protocolos de prevención del maltrato.
- Procedimientos para el manejo de alteraciones conductuales.
- Programas de formación continua para el personal de enfermería.

**Cuidados Paliativos y Final de Vida**

**En etapas avanzadas, la atención debe centrarse en el confort:**

- Control sintomático (dolor, disnea, ansiedad).
- Comunicación empática con la familia.
- Apoyo emocional durante el duelo anticipado.
- Decisiones compartidas sobre alimentación artificial, hospitalización o sedación paliativa.

**Figura 1.** Enfoque Integral de Atención de Enfermería



**Tabla 2.** Cuidados según Etapa de Deterioro Cognitivo

<b>Etapas</b>	<b>Enfoque de Enfermería</b>
Deterioro leve	Educación, rutinas saludables, estimulación cognitiva.
Demencia moderada	Supervisión funcional, manejo conductual, apoyo emocional.
Demencia avanzada	Cuidados paliativos, confort, prevención de complicaciones.

### Conclusión

El cuidado enfermero en demencia y trastornos cognitivos debe estar centrado en la persona, respetar su dignidad, favorecer la calidad de vida y promover el bienestar familiar. La enfermería cumple un rol insustituible al integrar aspectos clínicos, sociales y éticos. Implementar protocolos institucionales, valorar continuamente las necesidades del paciente y educar al entorno son pilares fundamentales de una atención efectiva, ética y humanizada.

### Bibliografía

1. Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413–446.
2. World Health Organization. *Global status report on the public health response to dementia*. Geneva: WHO; 2021.
3. Gitlin LN, Hodgson N. Caregivers as therapeutic agents in dementia care: the COPE program. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(S3):S57–S64.
4. Black BS, Johnston D, et al. Quality of life in dementia: impact of non-pharmacological interventions. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2022;77(6):1083–1092.
5. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms. *Am J Psychiatry*. 2021;178(6):566–582.

- 
6. Fernández-Prado S, et al. Ethical dilemmas in dementia care. *Nurs Ethics*. 2023;30(2):315–329.
  7. Soto ME, Campos C. Manejo no farmacológico de la agitación en demencia. *Rev Med Chile*. 2023;151(2):243–250.
  8. Peña-Longobardo L, Oliva-Moreno J. Caregiving for dementia patients in Europe. *Eur J Health Econ*. 2020;21(6):789–802.
  9. Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2023: Reducing dementia risk*. London: ADI; 2023.
  10. Muñoz-Castro C, et al. Protección jurídica del paciente con demencia. *Rev Bioética Latinoam*. 2022;12(1):55–72.
  11. Keene J, et al. Advanced dementia and end-of-life care: improving nursing practice. *Int J Older People Nurs*. 2024;19(1):e12467.

---

# Participación de Enfermería en Códigos de Emergencia Hospitalaria

*María Belén Silva Fajardo\*

## **Introducción**

Los códigos de emergencia hospitalaria son sistemas estandarizados de comunicación rápida diseñados para movilizar de forma inmediata al personal y los recursos frente a situaciones críticas como paro cardiorrespiratorio, trauma mayor, violencia, incendio o amenazas externas. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un rol fundamental no solo en la activación del código, sino también en la intervención clínica inmediata, la organización logística, el registro del evento y la atención postcrítica [1,2].

La participación de enfermería no es pasiva ni complementaria, sino central en la ejecución de protocolos que determinan la sobrevida del paciente en situaciones de alta complejidad. Su accionar debe estar respaldado por competencias técnicas,

entrenamiento constante, liderazgo en crisis y trabajo interdisciplinario.

## **Clasificación de Códigos de Emergencia Hospitalaria**

La codificación estandarizada de emergencias hospitalarias ha sido implementada en diversas instituciones de salud del Ecuador, utilizando colores distintivos, íconos y descripciones que facilitan una identificación rápida y precisa ante situaciones críticas. Es importante señalar que la asignación de colores y denominaciones puede variar según el país o la normativa institucional. No obstante, numerosos sistemas de salud en América Latina han adoptado modelos homologados con el objetivo de estandarizar la capacitación del personal, optimizar la coordinación interdisciplinaria y fortalecer la seguridad hospitalaria.



**Figura 1. Códigos de Seguridad Hospitalaria en Ecuador.**  
Clasificación cromática y funcional de los códigos de emergencia utilizados en instituciones de salud ecuatorianas,

según protocolos regionales de respuesta rápida ante eventos críticos.

## Rol de Enfermería en la Activación y Respuesta Inicial

### Activación inmediata

- Reconocimiento precoz del evento.
- Activación del código según protocolo institucional.
- Aseguramiento del entorno y del paciente.
- Registro de hora exacta y notificación jerárquica.

### Ejemplo específico: Código Azul

#### En caso de paro cardiorrespiratorio:

- Evaluación rápida de conciencia, respiración y pulso.
- Activación del código azul.
- Inicio inmediato de maniobras de RCP básica.
- Preparación del carro de paro, desfibrilador y fármacos.
- Asistencia al equipo avanzado y documentación del evento.

**Cita:** Las tasas de supervivencia intrahospitalaria aumentan significativamente cuando la RCP es iniciada

por personal de enfermería dentro del primer minuto del colapso [3].

**Caso Clínico Simulado**

Paciente masculino de 68 años, postoperatorio de cirugía abdominal, ubicado en sala de recuperación. A las 08:43 se detecta inconsciencia, ausencia de pulso y apnea. La enfermera a cargo activa el código azul, inicia compresiones torácicas y ventila con bolsa-mascarilla. El equipo de respuesta avanzada llega en 2 minutos, se realiza desfibrilación, se administran fármacos y se logra recuperación de pulso. El paciente sobrevive sin secuelas neurológicas.

**Análisis del caso:**

- **Activación del código:** inmediata (menos de 30 segundos).
- **Primera intervención de enfermería:** RCP efectiva, sin demora.
- **Resultado:** reanimación exitosa.

- **Aprendizaje:** el accionar precoz y organizado del personal de enfermería fue determinante para el desenlace favorable.

**Competencias Clínicas de Enfermería en Códigos**

Competencia	Aplicación Práctica
Evaluación inicial (ABCDE)	Identificación de signos vitales comprometidos.
RCP y soporte vital básico	Maniobras de reanimación efectiva y secuencial.
Manejo de equipos	Carro de paro, desfibrilador, AMBU, oxígeno, insumos.
Comunicación en crisis	Lenguaje claro, preciso y estructurado con el equipo.
Gestión emocional y ética	Acompañamiento del paciente y sus familiares durante el evento.

**Trabajo Interdisciplinario**

Durante un código, el equipo de salud debe actuar de forma sincronizada. Enfermería colabora en:

- 
- Garantizar acceso a insumos y medicamentos.
  - Coordinar logística del entorno (espacio, iluminación, circulación).
  - Registrar eventos minuto a minuto.
  - Contener emocionalmente a familiares presentes.

**Cita:** Las respuestas a código azul lideradas por equipos con formación en simulación muestran mejores tiempos de desfibrilación y mejores resultados neurológicos [5].

### **Registro y Documentación del Evento**

#### **Obligaciones enfermeras:**

- Anotar hora de inicio y duración del código.
- Registrar intervenciones, fármacos, monitoreo y evolución.
- Completar el formulario institucional de evento crítico.
- Participar en la auditoría posterior o reunión de revisión clínica.

### **Capacitación y Simulación Clínica**

#### **La formación continua es clave:**

- Entrenamientos en **ACLS y BLS**.
- Simulacros clínicos trimestrales.
- Evaluaciones objetivas de desempeño en simulación.

**Cita:** La simulación clínica reduce los errores de ejecución en códigos en un 27%, especialmente cuando involucra al personal de enfermería [6].

### **Marco Normativo y Protocolos**

#### **A nivel internacional, se recomienda seguir:**

- **ACLS Guidelines 2020–2025** (American Heart Association).
- **Hospital Emergency Response Checklist** (OMS, 2023).
- **Recomendaciones de JCI** (Joint Commission International).



En países como Ecuador, Colombia y México, los ministerios de salud incluyen protocolos específicos de actuación y entrenamiento en códigos críticos hospitalarios.

**Ejemplo Ecuador:** *Manual de Seguridad del Paciente – MSP 2021*, donde se exige que todo establecimiento de salud tenga protocolos para atención de emergencias y asignación de roles.

### Impacto Emocional en el Personal de Enfermería

La exposición repetida a eventos críticos puede generar:

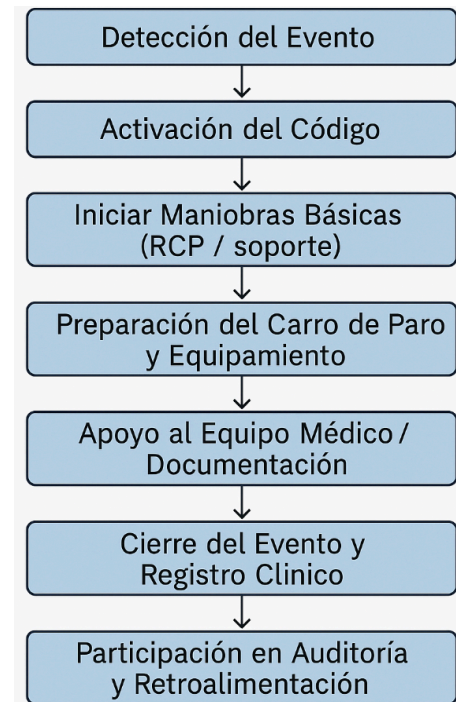
- Estrés agudo.
- Síndrome de burnout.
- Fatiga por compasión.
- Trastornos de ansiedad o culpa posterior al evento.

### Medidas recomendadas:

- Pausas activas y contención post-evento.
- Acceso a servicios de salud mental ocupacional.
- Supervisión emocional tras eventos de alto impacto.

**Cita:** El acompañamiento psicológico reduce la incidencia de síntomas postraumáticos en personal de enfermería expuesto a códigos de alta mortalidad [7].

**Figura 1.** Algoritmo de Participación de Enfermería en Códigos Críticos



---

## Recomendaciones Institucionales

1. Incluir a enfermería en los comités de emergencia hospitalaria.
2. Capacitación anual obligatoria para todo el personal clínico.
3. Simulacros multidisciplinarios en turnos rotativos.
4. Monitoreo de indicadores de desempeño por código.
5. Incorporar protocolos de contención emocional post-evento.

## Conclusión

La participación de enfermería en los códigos de emergencia hospitalaria es esencial para garantizar respuestas rápidas, eficientes y humanas ante eventos críticos. El dominio de las técnicas, la organización, la capacidad de decisión y el compromiso ético del personal de enfermería son pilares fundamentales de la seguridad hospitalaria moderna. El entrenamiento continuo, el apoyo institucional y el trabajo

interdisciplinario potencian su rol como primer respondedor clave.

## Preguntas de Reflexión Clínica

- ¿Qué debe hacer la enfermería si detecta un paro pero el médico aún no ha llegado?
- ¿Cómo actuar si se identifica una orden de no reanimar (DNR) en un paciente en paro?
- ¿Qué estrategias institucionales puedes proponer para disminuir el tiempo de respuesta en tu unidad?

## Bibliografía

1. Anderson M, et al. Hospital emergency code response systems: evolution and effectiveness. *Crit Care Clin.* 2021;37(2):189–202.
2. Rios M, Martínez D. Implementación de protocolos de código azul en hospitales públicos: impacto y desafíos. *Rev Enferm Clin.* 2020;30(4):239–244.

- 
3. Nallamothu BK, et al. Immediate initiation of CPR by nurses in in-hospital cardiac arrest. *JAMA Intern Med.* 2021;181(3):350–358.
  4. Lee SY, et al. Nursing leadership during in-hospital emergencies: teamwork and communication. *J Adv Nurs.* 2022;78(5):1245–1254.
  5. Mahmoudi H, et al. Nurse-led code blue teams improve outcomes in in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2023;185:109715.
  6. García P, et al. Impacto de la simulación clínica en la respuesta a emergencias hospitalarias. *Educ Med.* 2021;22(6):365–371.
  7. Luque-Moreno C, et al. Seguridad del paciente y responsabilidad legal en situaciones críticas. *Rev Bioética y Derecho.* 2022;61:59–74.
  8. Aranda M, Salas J. Rol de enfermería en eventos adversos hospitalarios. *Rev Latinoam Enferm.* 2024;32:e3875.
  9. American Heart Association. *ACLS Guidelines 2020–2025.* Dallas, TX: AHA; 2020.
  10. World Health Organization. *Hospital Emergency Response Checklist.* Geneva: WHO; 2023.

---

## Datos de Autor

### **Viviana Elizabeth Zambrano Eguez**

Licenciada en Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar  
Magister en Emergencias Médicas Universidad de Guayaquil  
Diplomado Superior en Promoción y Prevención de la Salud  
Universidad Regional Autónoma de los Andes  
Licenciada en Enfermería Hospital General Docente Calderón  
Líder del Área de Hospitalización Nuevo Hospital Inglés  
Docente de Octavo Semestre de la Carrera de Enfermería Universidad Central del Ecuador

### **Jenny Elizabeth Cayo Semblantes**

Licenciada en Enfermería Universidad Central del Ecuador  
Magíster en Instituciones de Salud Universidad de las Américas.  
Licenciada en Enfermería Hospital General Docente Calderón  
Docente de la Universidad Central del Ecuador

### **Dalia Maribel Barragán Sánchez**

Doctorado en Ciencias Biomédicas Instituto Universitario Italiano de Rosario en Curso  
Maestría en Enfermería con Mención en Cuidados Críticos Universidad Estatal de Milagro en Curso  
Maestría en Educación Digital E-Learning y Redes Sociales Tech México Universidad Tecnológica  
Máster Universitario en Educación Universitaria Universidad Europea de Madrid  
Licenciada en Ciencias de la Enfermería Universidad Estatal de Bolívar

---

Docente en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

**Grace Verónica Lema Acosta**

Licenciada en Enfermería Universidad Central del Ecuador

Magíster en Gestión de los Servicios Hospitalarios Universidad Regional Autónoma de los Andes

Coordinadora Técnica del Proceso de Hospitalización de Ginecología del Hospital General Docente de Calderón (2021-2024)

Coordinadora Técnica de Enfermería del Proceso de Centro Quirúrgico del Hospital General Docente de Calderón (2025)

Docente de la Universidad de las Américas (2022-2023)

Docente de la Universidad Internacional del Ecuador (2024)

**María Belén Silva Fajardo**

Licenciada En Ciencias de la Enfermería Universidad Estatal de Bolívar

Diplomado Superior en Gerencia de Políticas de Salud Universidad Estatal de Bolívar

Especialista en Instrumentación y Gestión de Centros Quirúrgicos Universidad Central del Ecuador

Magíster en Enfermería con Mención en Enfermería de Cuidados Críticos Universidad Regional Autónoma de los Andes

Responsable de Enfermería del Servicio COVID -UCI Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda (2020-2022)

Responsable de Enfermería del Servicio de Pediatría Hospital Alfredo Noboa Montenegro (2022)

Responsable Coordinadora de la Gestión de Enfermería del Hospital Alfredo Noboa Montenegro (2022-2023)

Docente de la Universidad Estatal de Milagro Facultad Ciencias de la Salud (2024-2025)

# Enfermería Clínica y Seguridad del Paciente: Intervenciones Clave y Protocolos Eficaces

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y LIMITACIÓN DE USO

La información contenida en esta obra tiene un propósito exclusivamente académico y de divulgación científica. No debe, en ningún caso, considerarse un sustituto de la asesoría profesional calificada en contextos de urgencia o emergencia clínica. Para el diagnóstico, tratamiento o manejo de condiciones médicas específicas, se recomienda la consulta directa con profesionales debidamente acreditados por la autoridad competente.

La responsabilidad del contenido de cada artículo recae exclusivamente en sus respectivos autores.

**ISBN:** 978-9942-7427-6-6

Wissentaal Quito, Ecuador

Agosto 2025

Editado en Ecuador

Toda forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra queda sujeta a autorización previa y expresa de los titulares de los derechos, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente.

