ENFERMERÍA **QUE SALVA VIDAS**

Enfermería en Urgencias y Emergencias

Decisiones Clínicas para una Atención Segura

Autores

Betty Narcisa Mazacón Roca
Inés Elizabeth Olivares Verdezoto
Ruth Elizabeth Salgado Jiménez
Alicia Filadelfia Escobar Torres
Víctor Manuel Sellán Icaza



ISBN 978-9907-851-05-2

PERSONAS | SEGURIDAD | CALIDAD

Live Working EDITORIAL

CRÉDITOS EDITORIALES

Enfermería en Urgencias y Emergencias: Decisiones clínicas para una atención segura

AUTORES

Betthy Narcisa Mazacón Roca
Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador.
Correo institucional: bmazacon@utb.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7944-4565

Inés Elizabeth Olivares Verdezoto
Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador.
Correo institucional: iolivaresve@utb.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-9132-2214

Ruth Elizabeth Salgado Jiménez
Universidad Politécnica Estatal del Carchi, Ecuador.
Correo institucional: ruth.salgado@upec.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7971-9541

Alicia Filadelfia Escobar Torres
Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador.
Correo institucional: aescobar@utb.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1456-5217

Víctor Manuel Sellán Icaza
Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador.
Correo institucional: vsellan@utb.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7355-8744

INDEXACIÓN

Dirección y Coordinación Editorial: Sara Díaz Villacís

Revisión de contenido: Lady Hamilton Paladines PhD (c)

Revisión pedagógica: Fabrizzio Andrade PhD

© ® Derechos de Copia y Propiedad Intelectual

Maquetación y Diseño de portada: *Sara Díaz V*

Libro bajo revisión técnica y didáctica de pares

Guayaquil - Ecuador

Octubre del 2026

Descarga:

https://liveworkingeditorial.com/product/ 978-9907-851-05-2 /

Enlace del DOI:

https://doi.org/10.63792/ 978-9907-851-05-2

Certificado de autenticidad

CÁMARA ECUATORIANA DEL LIBRO

ISBN: 978-9907-851-05-2

Primera edición: 2026

Esta obra se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Se permite la reproducción y distribución no comercial, siempre y cuando se cite la fuente original y no se realicen obras derivadas.

Distribuido digitalmente.

ÍNDICE GENERAL

CRÉDITOS EDITORIALES II

INDEXACIÓN III

ÍNDICE GENERAL V

ÍNDICE DE FIGURAS XXII

ÍNDICE DE TABLAS XXIV

PRÓLOGO XXVIII

RESUMEN XXIX

ABSTRACT XXX

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS, VALORACIÓN INICIAL Y TRIAJE EN URGENCIAS 3

1.1 Urgencia, emergencia y circuitos asistenciales 3

1.1.1 Fundamento clínico y alcance de la observación ... 4

1.1.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 6

1.1.3 Aplicación razonada en la atención 7

1.1.4 Caso de análisis 8

1.1.5 Guía para resolver el caso.....9

1.1.6 Actividades para estudio autónomo 10

1.2 Competencias y límites del ejercicio enfermero.....11

1.2.1 Fundamento clínico y alcance de la observación.12

1.2.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 14

1.2.3 Aplicación razonada en la atención 15

1.2.4 Caso de análisis.....16

1.2.5 Guía para resolver el caso.....17

1.2.6 Actividades para estudio autónomo 18

1.3 Seguridad de la escena y precauciones estándar 19

1.3.1 Fundamento clínico y alcance de la observación.20

1.3.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 22

1.3.3 Aplicación razonada en la atención 23

1.3.4 Caso de análisis.....24

1.3.5 Guía para resolver el caso.....25

1.3.6 Actividades para estudio autónomo 26

1.4 Valoración primaria ABCDE 27

1.4.1 Fundamento clínico y alcance de la observación.28

1.4.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 30

1.4.3 Aplicación razonada en la atención 31

1.4.4 Caso de análisis..... 32

1.4.5 Guía para resolver el caso..... 33

1.4.6 Actividades para estudio autónomo 34

1.5 Triaje y prioridad clínica..... 35

1.5.1 Fundamento clínico y alcance de la observación. 36

1.5.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 38

1.5.3 Aplicación razonada en la atención 39

1.5.4 Caso de análisis..... 40

1.5.5 Guía para resolver el caso..... 41

1.5.6 Actividades para estudio autónomo 42

1.6 Signos vitales y deterioro temprano..... 43

1.6.1 Fundamento clínico y alcance de la observación. 44

1.6.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 46

1.6.3 Aplicación razonada en la atención 47

1.6.4 Caso de análisis..... 48

1.6.5 Guía para resolver el caso..... 49

1.6.6 Actividades para estudio autónomo 50

1.7 Dolor, síntomas y necesidades prioritarias 51

1.7.1 Fundamento clínico y alcance de la observación. 52

1.7.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 53

1.7.3 Aplicación razonada en la atención 54

1.7.4 Caso de análisis..... 56

1.7.5 Guía para resolver el caso..... 56

1.7.6 Actividades para estudio autónomo 58

1.8 Comunicación y recepción centrada en la persona ... 59

1.8.1 Fundamento clínico y alcance de la observación. 60

1.8.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 62

1.8.3 Aplicación razonada en la atención 63

1.8.4 Caso de análisis..... 64

1.8.5 Guía para resolver el caso..... 65

1.8.6 Actividades para estudio autónomo 66

1.9 Cierre del capítulo 68

CAPÍTULO 2. ESTABILIZACIÓN Y EMERGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES 69

2.1 Detección de inestabilidad y activación del equipo ... 69
2.1.1 Fundamento clínico y alcance de la observación. 70
2.1.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 72
2.1.3 Aplicación razonada en la atención 73
2.1.4 Caso de análisis..... 74
2.1.5 Guía para resolver el caso..... 75
2.1.6 Actividades para estudio autónomo 76
2.2 Vía aérea y compromiso respiratorio 77
2.2.1 Fundamento clínico y alcance de la observación. 78
2.2.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 80
2.2.3 Aplicación razonada en la atención 81
2.2.4 Caso de análisis..... 82
2.2.5 Guía para resolver el caso..... 83
2.2.6 Actividades para estudio autónomo 84
2.3 Shock y vigilancia de perfusión 85
2.3.1 Fundamento clínico y alcance de la observación. 86
2.3.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 88
2.3.3 Aplicación razonada en la atención 89

2.3.4 Caso de análisis.....90

2.3.5 Guía para resolver el caso.....91

2.3.6 Actividades para estudio autónomo 92

2.4 Sospecha de sepsis y respuesta temprana 93

2.4.1 Fundamento clínico y alcance de la observación.94

2.4.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 96

2.4.3 Aplicación razonada en la atención 97

2.4.4 Caso de análisis.....98

2.4.5 Guía para resolver el caso.....99

2.4.6 Actividades para estudio autónomo 100

2.5 Paro cardiorrespiratorio y coordinación..... 101

2.5.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 102

2.5.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 103

2.5.3 Aplicación razonada en la atención 104

2.5.4 Caso de análisis..... 106

2.5.5 Guía para resolver el caso..... 107

2.5.6 Actividades para estudio autónomo 108

2.6 Dolor torácico y emergencias cardiovasculares 109

2.6.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 110

2.6.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 112

2.6.3 Aplicación razonada en la atención 113

2.6.4 Caso de análisis..... 114

2.6.5 Guía para resolver el caso..... 115

2.6.6 Actividades para estudio autónomo 116

2.7 Alerta neurológica y posible ictus..... 117

2.7.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 118

2.7.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 119

2.7.3 Aplicación razonada en la atención 120

2.7.4 Caso de análisis..... 122

2.7.5 Guía para resolver el caso..... 122

2.7.6 Actividades para estudio autónomo 124

2.8 Trauma y hemorragia..... 125

2.8.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 126

2.8.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 128

2.8.3 Aplicación razonada en la atención 129

2.8.4 Caso de análisis..... 130

2.8.5 Guía para resolver el caso..... 131

2.8.6 Actividades para estudio autónomo 132

2.9 Emergencias metabólicas y anafilaxia 133

2.9.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 134

2.9.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 135

2.9.3 Aplicación razonada en la atención 136

2.9.4 Caso de análisis..... 137

2.9.5 Guía para resolver el caso..... 138

2.9.6 Actividades para estudio autónomo 140

2.10 Cierre del capítulo..... 141

CAPÍTULO 3. PROCEDIMIENTOS, VIGILANCIA Y MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO 142

3.1 Preparación del área y verificación de equipos..... 142

3.1.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 143

3.1.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 145

3.1.3 Aplicación razonada en la atención 146

3.1.4 Caso de análisis..... 147

3.1.5 Guía para resolver el caso..... 148

3.1.6 Actividades para estudio autónomo 149

3.2 Monitorización no invasiva..... 150

3.2.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 151

3.2.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 153

3.2.3 Aplicación razonada en la atención 154

3.2.4 Caso de análisis..... 155

3.2.5 Guía para resolver el caso..... 156

3.2.6 Actividades para estudio autónomo 157

3.3 Electrocardiograma y trazado fiable 158

3.3.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 159

3.3.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 160

3.3.3 Aplicación razonada en la atención 161

3.3.4 Caso de análisis..... 163

3.3.5 Guía para resolver el caso..... 163

3.3.6 Actividades para estudio autónomo 165

3.4 Oxigenoterapia y reevaluación 166

3.4.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 167

3.4.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 169

3.4.3 Aplicación razonada en la atención 170

3.4.4 Caso de análisis..... 171

3.4.5 Guía para resolver el caso..... 172

3.4.6 Actividades para estudio autónomo 173

3.5 Accesos vasculares y administración segura 174

3.5.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 175

3.5.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 176

3.5.3 Aplicación razonada en la atención 177

3.5.4 Caso de análisis..... 179

3.5.5 Guía para resolver el caso..... 179

3.5.6 Actividades para estudio autónomo 181

3.6 Muestras clínicas e identificación 182

3.6.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 183

3.6.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 185

3.6.3 Aplicación razonada en la atención 186

3.6.4 Caso de análisis..... 187

3.6.5 Guía para resolver el caso..... 188

3.6.6 Actividades para estudio autónomo 189

3.7 Control del dolor y confort 190

3.7.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 191

3.7.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 192

3.7.3 Aplicación razonada en la atención 193

3.7.4 Caso de análisis..... 194

3.7.5 Guía para resolver el caso..... 195

3.7.6 Actividades para estudio autónomo 196

3.8 Prevención de infecciones relacionadas con dispositivos 198

3.8.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 199
3.8.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 200
3.8.3 Aplicación razonada en la atención 201
3.8.4 Caso de análisis..... 202
3.8.5 Guía para resolver el caso..... 203
3.8.6 Actividades para estudio autónomo 204
3.9 Reevaluación y registro clínico..... 205
3.9.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 206
3.9.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 208
3.9.3 Aplicación razonada en la atención 209
3.9.4 Caso de análisis..... 210
3.9.5 Guía para resolver el caso..... 211
3.9.6 Actividades para estudio autónomo 212
3.10 Cierre del capítulo..... 213
CAPÍTULO 4. SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y CALIDAD 214
4.1 Cultura de seguridad y factores humanos..... 214

4.1.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 215
4.1.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 217
4.1.3 Aplicación razonada en la atención 218
4.1.4 Caso de análisis..... 219
4.1.5 Guía para resolver el caso..... 220
4.1.6 Actividades para estudio autónomo 221
4.2 Identificación y prevención de eventos 222
4.2.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 223
4.2.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 225
4.2.3 Aplicación razonada en la atención 226
4.2.4 Caso de análisis..... 227
4.2.5 Guía para resolver el caso..... 228
4.2.6 Actividades para estudio autónomo 229
4.3 Transferencia estructurada ISBAR..... 230
4.3.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 231
4.3.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 232

4.3.3 Aplicación razonada en la atención 233

4.3.4 Caso de análisis..... 234

4.3.5 Guía para resolver el caso..... 235

4.3.6 Actividades para estudio autónomo 237

4.4 Continuidad entre áreas y niveles 238

4.4.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 239

4.4.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 240

4.4.3 Aplicación razonada en la atención 241

4.4.4 Caso de análisis..... 243

4.4.5 Guía para resolver el caso..... 243

4.4.6 Actividades para estudio autónomo 244

4.5 Liderazgo y coordinación interprofesional 246

4.5.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 247

4.5.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 248

4.5.3 Aplicación razonada en la atención 249

4.5.4 Caso de análisis..... 250

4.5.5 Guía para resolver el caso..... 251

4.5.6 Actividades para estudio autónomo 253

4.6 Humanización, consentimiento y familia 254

4.6.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 255

4.6.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 256

4.6.3 Aplicación razonada en la atención 257

4.6.4 Caso de análisis..... 259

4.6.5 Guía para resolver el caso..... 259

4.6.6 Actividades para estudio autónomo 260

4.7 Estrés, violencia y bienestar profesional 262

4.7.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 263

4.7.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 264

4.7.3 Aplicación razonada en la atención 265

4.7.4 Caso de análisis..... 266

4.7.5 Guía para resolver el caso..... 267

4.7.6 Actividades para estudio autónomo 268

4.8 Indicadores, auditoría y mejora continua 270

4.8.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 271

4.8.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 272

4.8.3 Aplicación razonada en la atención 273

4.8.4 Caso de análisis..... 274

4.8.5 Guía para resolver el caso..... 275

4.8.6 Actividades para estudio autónomo 276

4.9 Integración de casos y juicio clínico 277

4.9.1 Fundamento clínico y alcance de la observación 278

4.9.2 Lectura crítica del riesgo y priorización 280

4.9.3 Aplicación razonada en la atención 281

4.9.4 Caso de análisis..... 282

4.9.5 Guía para resolver el caso..... 283

4.9.6 Actividades para estudio autónomo 284

4.10 Cierre del capítulo..... 286

CONCLUSIONES..... 287

RECOMENDACIONES 287

GLOSARIO 289

REFERENCIAS 290

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Secuencia conceptual para urgencia, emergencia y circuitos asistenciales 10
Figura 2. Secuencia conceptual para seguridad de la escena y precauciones estándar 26
Figura 3. Secuencia conceptual para triaje y prioridad clínica 42
Figura 4. Secuencia conceptual para dolor, síntomas y necesidades prioritarias 58
Figura 5. Secuencia conceptual para detección de inestabilidad y activación del equipo 76
Figura 6. Secuencia conceptual para shock y vigilancia de perfusión 92
Figura 7. Secuencia conceptual para paro cardiorrespiratorio y coordinación 108
Figura 8. Secuencia conceptual para alerta neurológica y posible ictus 124
Figura 9. Secuencia conceptual para emergencias metabólicas y anafilaxia 139
Figura 10. Secuencia conceptual para preparación del área y verificación de equipos 149

Figura 11. Secuencia conceptual para electrocardiograma y trazado fiable 165
Figura 12. Secuencia conceptual para accesos vasculares y administración segura 181
Figura 13. Secuencia conceptual para control del dolor y confort 196
Figura 14. Secuencia conceptual para cultura de seguridad y factores humanos 221
Figura 15. Secuencia conceptual para transferencia estructurada isbar 236
Figura 16. Secuencia conceptual para liderazgo y coordinación interprofesional 253
Figura 17. Secuencia conceptual para estrés, violencia y bienestar profesional..... 268

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de vigilancia: urgencia, emergencia y circuitos asistenciales.....8
Tabla 2. Matriz de vigilancia: competencias y límites del ejercicio enfermero 16
Tabla 3. Matriz de vigilancia: seguridad de la escena y precauciones estándar 24
Tabla 4. Matriz de vigilancia: valoración primaria abcde 32
Tabla 5. Matriz de vigilancia: triaje y prioridad clínica 40
Tabla 6. Matriz de vigilancia: signos vitales y deterioro temprano.....48
Tabla 7. Matriz de vigilancia: dolor, síntomas y necesidades prioritarias 55
Tabla 8. Matriz de vigilancia: comunicación y recepción centrada en la persona 64
Tabla 9. Matriz de vigilancia: detección de inestabilidad y activación del equipo 74
Tabla 10. Matriz de vigilancia: vía aérea y compromiso respiratorio 82
Tabla 11. Matriz de vigilancia: shock y vigilancia de perfusión 90

Tabla 12. Matriz de vigilancia: sospecha de sepsis y respuesta temprana 98
Tabla 13. Matriz de vigilancia: paro cardiorrespiratorio y coordinación 106
Tabla 14. Matriz de vigilancia: dolor torácico y emergencias cardiovasculares 114
Tabla 15. Matriz de vigilancia: alerta neurológica y posible ictus 121
Tabla 16. Matriz de vigilancia: trauma y hemorragia 130
Tabla 17. Matriz de vigilancia: emergencias metabólicas y anafilaxia 137
Tabla 18. Matriz de vigilancia: preparación del área y verificación de equipos 147
Tabla 19. Matriz de vigilancia: monitorización no invasiva 155
Tabla 20. Matriz de vigilancia: electrocardiograma y trazado fiable 162
Tabla 21. Matriz de vigilancia: oxigenoterapia y reevaluación 171
Tabla 22. Matriz de vigilancia: accesos vasculares y administración segura 178
Tabla 23. Matriz de vigilancia: muestras clínicas e identificación 187

Tabla 24. Matriz de vigilancia: control del dolor y confort .. 194
Tabla 25. Matriz de vigilancia: prevención de infecciones relacionadas con dispositivos 202
Tabla 26. Matriz de vigilancia: reevaluación y registro clínico 210
Tabla 27. Matriz de vigilancia: cultura de seguridad y factores humanos 219
Tabla 28. Matriz de vigilancia: identificación y prevención de eventos 227
Tabla 29. Matriz de vigilancia: transferencia estructurada isbar 234
Tabla 30. Matriz de vigilancia: continuidad entre áreas y niveles 242
Tabla 31. Matriz de vigilancia: liderazgo y coordinación interprofesional 250
Tabla 32. Matriz de vigilancia: humanización, consentimiento y familia 258
Tabla 33. Matriz de vigilancia: estrés, violencia y bienestar profesional 266
Tabla 34. Matriz de vigilancia: indicadores, auditoría y mejora continua 274

Tabla 35. Matriz de vigilancia: integración de casos y juicio clínico 282

PRÓLOGO

En un servicio de urgencias, el tiempo no se mide únicamente en minutos. También se expresa en oportunidades para reconocer una amenaza, pedir ayuda, proteger a una persona vulnerable y evitar que una transición asistencial se convierta en pérdida de información. La práctica enfermera interviene en cada uno de estos momentos.

La obra reúne fundamentos de valoración, priorización, vigilancia y seguridad de los cuidados. Su intención es fortalecer la lectura clínica del contexto sin reemplazar el juicio del equipo, las instrucciones institucionales ni las guías actualizadas. Los ejemplos enfatizan acciones de observación, verificación, documentación y comunicación.

Las cuatro unidades se vinculan por una pregunta común: qué información necesita el equipo para tomar una decisión segura y comprobar después su efecto. El enfoque exige atender tanto al deterioro fisiológico como a la dignidad, la comprensión y la experiencia del paciente.

RESUMEN

Este libro aborda la atención de enfermería en urgencias y emergencias a partir de cuatro dimensiones complementarias: valoración inicial y triaje, reconocimiento y estabilización de emergencias tiempo-dependientes, monitorización y procedimientos seguros, y continuidad del cuidado basada en sistemas de calidad. Mediante explicaciones clínicas, mapas conceptuales originales, matrices de observación y situaciones didácticas, presenta criterios para organizar la asistencia, identificar deterioro, priorizar comunicaciones y documentar respuestas. La propuesta integra literatura científica publicada en revistas de circulación internacional, con particular atención a reanimación, sepsis, sistemas de alerta temprana y transferencia estructurada de información. El texto no sustituye protocolos institucionales ni formación práctica supervisada. Su aporte central consiste en conectar la observación clínica, la toma de decisiones dentro del ámbito competencial y la seguridad en las transiciones de atención.

Palabras clave: enfermería de urgencias; triaje; deterioro clínico; seguridad del paciente; monitorización; continuidad asistencial.

ABSTRACT

This academic volume examines emergency nursing care through four related domains: initial assessment and triage, time-sensitive emergencies, safe monitoring and clinical procedures, and continuity of care within patient-safety systems. It combines narrative explanations, original conceptual figures, observation matrices and teaching cases. The primary focus is on identifying clinical deterioration, escalating concerns, maintaining reliable records and communicating during transfers. The content draws on published research concerning resuscitation, sepsis, early warning systems and structured handover. The book is intended for education and supervised professional development; it does not replace institutional procedures or individual clinical judgment.

Keywords: emergency nursing; triage; clinical deterioration; patient safety; monitoring; continuity of care.

INTRODUCCIÓN

La atención urgente reúne incertidumbre clínica, demandas simultáneas y cambios rápidos del estado de salud. Frente a este escenario, el cuidado enfermero aporta continuidad de observación, identificación de señales de riesgo y comunicación oportuna con los demás integrantes del equipo asistencial.

La primera valoración permite organizar la información disponible, pero no constituye una garantía permanente de estabilidad. Las herramientas de alerta temprana pueden ayudar a reconocer deterioro; su capacidad predictiva cambia según el contexto y no elimina la necesidad de observación clínica (Guan et al., 2022).

En las emergencias tiempo-dependientes, la coordinación depende de reconocer problemas prioritarios y activar recursos adecuados. Las recomendaciones internacionales sobre reanimación y sepsis subrayan la importancia de procesos organizados y evaluación continua (Perkins et al., 2021; Evans et al., 2021).

El propósito pedagógico de este volumen es articular explicaciones conceptuales, escenarios de aprendizaje y

materiales visuales. Las acciones concretas que implican tratamientos, dispositivos y decisiones de alta complejidad quedan supeditadas a protocolos locales, evaluación individual y competencias profesionales.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS, VALORACIÓN INICIAL Y TRIAJE EN URGENCIAS

Resultados de aprendizaje: reconocer los problemas centrales del área, justificar prioridades de observación, establecer comunicaciones oportunas y valorar la respuesta de los cuidados con una perspectiva de seguridad.

Orientación de lectura: los casos presentados son escenarios didácticos hipotéticos y no corresponden a registros de pacientes reales. Los cuadros organizan decisiones de observación, sin prescribir conductas terapéuticas independientes.

1.1 Urgencia, emergencia y circuitos asistenciales

El estudio de urgencia, emergencia y circuitos asistenciales exige distinguir la gravedad de la demanda de atención. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una

representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que los pacientes que aparentan estabilidad pueden presentar deterioro progresivo. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

1.1.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de distinguir la gravedad de la demanda de atención se concentra especialmente en la llegada, el registro y la primera valoración. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse

ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: identificación, motivo de consulta, momento de inicio y condición observada. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de

reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

1.1.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para distinguir la gravedad de la demanda de atención, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que los pacientes que aparentan estabilidad pueden presentar deterioro progresivo se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se

integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

1.1.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender urgencia, emergencia y circuitos asistenciales y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada la llegada, el registro y la primera valoración; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar identificación, motivo de consulta, momento de inicio y condición observada, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron

comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 1. Matriz de vigilancia: urgencia, emergencia y circuitos asistenciales

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	La llegada, el registro y la primera valoración
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Identificación, motivo de consulta, momento de inicio y condición observada

1.1.4 Caso de análisis

Situación: Un adulto llega caminando y comunica opresión torácica de aparición reciente. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a distinguir la gravedad de la demanda de atención? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para

que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

1.1.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre la llegada, el registro y la primera valoración. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que los pacientes que aparentan estabilidad pueden presentar deterioro progresivo y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede

la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 1. Secuencia conceptual para urgencia, emergencia y circuitos asistenciales

1.1.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con urgencia, emergencia y circuitos asistenciales, incluyendo la situación inicial, la última

valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

1.2 Competencias y límites del ejercicio enfermero

El estudio de competencias y límites del ejercicio enfermero exige delimitar acciones propias, compartidas y dependientes. En la práctica asistencial, esta tarea no se

resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que la improvisación fuera del ámbito profesional aumenta el riesgo. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

1.2.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de delimitar acciones propias, compartidas y dependientes se concentra

especialmente en el reparto de tareas y la supervisión. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: competencia acreditada, protocolos locales y trazabilidad. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales

y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

1.2.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para delimitar acciones propias, compartidas y dependientes, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que la improvisación fuera del ámbito profesional aumenta el riesgo se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la

capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

1.2.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender competencias y límites del ejercicio enfermero y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada el reparto de tareas y la supervisión; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar competencia acreditada, protocolos locales y trazabilidad, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las

indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 2. Matriz de vigilancia: competencias y límites del ejercicio enfermero

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	El reparto de tareas y la supervisión
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Competencia acreditada, protocolos locales y trazabilidad

1.2.4 Caso de análisis

Situación: Durante un turno de alta demanda una profesional recibe una indicación verbal incompleta. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a delimitar acciones propias, compartidas y dependientes? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un

responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

1.2.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre el reparto de tareas y la supervisión. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que la improvisación fuera del ámbito profesional aumenta el riesgo y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede

la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

1.2.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con competencias y límites del ejercicio enfermero, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato

cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

1.3 Seguridad de la escena y precauciones estándar

El estudio de seguridad de la escena y precauciones estándar exige asegurar una aproximación que proteja a pacientes y profesionales. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que una intervención apresurada puede generar exposición biológica o caídas. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

1.3.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de asegurar una aproximación que proteja a pacientes y profesionales se concentra especialmente en el entorno, las barreras y los dispositivos cercanos. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de

medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: higiene de manos, protección pertinente y comunicación de riesgos. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

1.3.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para asegurar una aproximación que proteja a pacientes y profesionales, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que una intervención apresurada puede generar exposición biológica o caídas se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

1.3.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender seguridad de la escena y precauciones estándar y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada el entorno, las barreras y los dispositivos cercanos; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar higiene de manos, protección pertinente y comunicación de riesgos, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los

traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 3. Matriz de vigilancia: seguridad de la escena y precauciones estándar

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	El entorno, las barreras y los dispositivos cercanos
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Higiene de manos, protección pertinente y comunicación de riesgos

1.3.4 Caso de análisis

Situación: Una persona llega con ropa contaminada y dificultad para mantenerse de pie. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a asegurar una aproximación que proteja a pacientes y profesionales? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la

evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

1.3.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre el entorno, las barreras y los dispositivos cercanos. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que una intervención apresurada puede generar exposición biológica o caídas y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 2. Secuencia conceptual para seguridad de la escena y precauciones estándar

1.3.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con seguridad de la escena y precauciones estándar, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

1.4 Valoración primaria ABCDE

El estudio de valoración primaria abcde exige reconocer amenazas inmediatas de manera ordenada. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que

todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que una alteración de la vía aérea o la perfusión desplaza otros problemas. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

1.4.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de reconocer amenazas inmediatas de manera ordenada se concentra especialmente en la vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico y exposición. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de

datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: respuesta a la intervención y reevaluación reiterada. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia

comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

1.4.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para reconocer amenazas inmediatas de manera ordenada, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que una alteración de la vía aérea o la perfusión desplaza otros problemas se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

1.4.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender valoración primaria abcde y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada la vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico y exposición; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar respuesta a la intervención y reevaluación reiterada, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona

permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 4. Matriz de vigilancia: valoración primaria abcde

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	La vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico y exposición
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Respuesta a la intervención y reevaluación reiterada

1.4.4 Caso de análisis

Situación: Un paciente confuso presenta respiración trabajosa y piel fría. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a reconocer amenazas inmediatas de manera ordenada? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para

que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

1.4.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre la vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico y exposición. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que una alteración de la vía aérea o la perfusión desplaza otros problemas y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede

la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

1.4.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con valoración primaria abcde, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato

cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

1.5 Triaje y prioridad clínica

El estudio de triaje y prioridad clínica exige asignar prioridad a partir del riesgo y no del orden de llegada. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que el subtriaje retrasa la asistencia y el

sobretriaje consume recursos críticos. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

1.5.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de asignar prioridad a partir del riesgo y no del orden de llegada se concentra especialmente en motivo de consulta, signos de alarma y reevaluación de espera. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: nivel de prioridad según sistema validado institucional. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

1.5.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para asignar prioridad a partir del riesgo y no del orden de llegada, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que el subtriaje retrasa la asistencia y el sobretriaje consume recursos críticos se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

1.5.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender triaje y prioridad clínica y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada motivo de consulta, signos de alarma y reevaluación de espera; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar nivel de prioridad según sistema validado institucional, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los

traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 5. Matriz de vigilancia: triaje y prioridad clínica

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Motivo de consulta, signos de alarma y reevaluación de espera
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Nivel de prioridad según sistema validado institucional

1.5.4 Caso de análisis

Situación: Dos pacientes llegan simultáneamente: uno con dolor leve de tobillo y otro con disnea. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a asignar prioridad a partir del riesgo y no del orden de llegada? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la

evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

1.5.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre motivo de consulta, signos de alarma y reevaluación de espera. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que el subtriaje retrasa la asistencia y el sobretriaje consume recursos críticos y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 3. Secuencia conceptual para triaje y prioridad clínica

1.5.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con triaje y prioridad clínica, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

1.6 Signos vitales y deterioro temprano

El estudio de signos vitales y deterioro temprano exige integrar signos vitales con el contexto clínico. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que

todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que el valor aislado puede ocultar una tendencia peligrosa. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

1.6.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de integrar signos vitales con el contexto clínico se concentra especialmente en frecuencia respiratoria, presión, pulso, temperatura y consciencia. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y

la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: valores seriados, dispositivos y condiciones de medición. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las

acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

1.6.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para integrar signos vitales con el contexto clínico, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que el valor aislado puede ocultar una tendencia peligrosa se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

1.6.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender signos vitales y deterioro temprano y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada frecuencia respiratoria, presión, pulso, temperatura y consciencia; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar valores seriados, dispositivos y condiciones de medición, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los

traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 6. Matriz de vigilancia: signos vitales y deterioro temprano

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Frecuencia respiratoria, presión, pulso, temperatura y consciencia
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Valores seriados, dispositivos y condiciones de medición

1.6.4 Caso de análisis

Situación: En observación la frecuencia respiratoria aumenta pese a presión arterial similar. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a integrar signos vitales con el contexto clínico? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada

debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

1.6.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre frecuencia respiratoria, presión, pulso, temperatura y consciencia. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que el valor aislado puede ocultar una tendencia peligrosa y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

1.6.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con signos vitales y deterioro temprano, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de

priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

1.7 Dolor, síntomas y necesidades prioritarias

El estudio de dolor, síntomas y necesidades prioritarias exige valorar la experiencia dolorosa sin minimizar riesgos. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que un puntaje elevado no sustituye la búsqueda de signos de alarma. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor.

Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

1.7.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de valorar la experiencia dolorosa sin minimizar riesgos se concentra especialmente en localización, intensidad, duración, desencadenantes y respuesta. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de

presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: escala adecuada, intervención autorizada y nueva medición. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

1.7.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para valorar la experiencia dolorosa sin minimizar riesgos, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del

dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que un puntaje elevado no sustituye la búsqueda de signos de alarma se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

1.7.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender dolor, síntomas y necesidades prioritarias y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada localización, intensidad, duración, desencadenantes y respuesta; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar escala adecuada, intervención autorizada y nueva medición, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 7. Matriz de vigilancia: dolor, síntomas y necesidades prioritarias

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Localización, intensidad, duración, desencadenantes y respuesta
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Escala adecuada, intervención autorizada y nueva medición

1.7.4 Caso de análisis

Situación: Una mujer con dolor abdominal intenso espera los resultados iniciales. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a valorar la experiencia dolorosa sin minimizar riesgos? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

1.7.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre localización, intensidad, duración, desencadenantes y

respuesta. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que un puntaje elevado no sustituye la búsqueda de signos de alarma y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 4. Secuencia conceptual para dolor, síntomas y necesidades prioritarias

1.7.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con dolor, síntomas y necesidades prioritarias, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

1.8 Comunicación y recepción centrada en la persona

El estudio de comunicación y recepción centrada en la persona exige construir información fiable en un encuentro breve. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe,

aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que el miedo y el ruido dificultan comprender indicaciones. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

1.8.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de construir información fiable en un encuentro breve se concentra especialmente en identidad, preferencias, idioma, acompañantes y barreras. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y

la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: confirmación de comprensión y registro objetivo. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las

acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

1.8.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para construir información fiable en un encuentro breve, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que el miedo y el ruido dificultan comprender indicaciones se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

1.8.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender comunicación y recepción centrada en la persona y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada identidad, preferencias, idioma, acompañantes y barreras; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar confirmación de comprensión y registro objetivo, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un

circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 8. Matriz de vigilancia: comunicación y recepción centrada en la persona

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Identidad, preferencias, idioma, acompañantes y barreras
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Confirmación de comprensión y registro objetivo

1.8.4 Caso de análisis

Situación: Un paciente mayor no escucha bien las instrucciones de valoración. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a construir información fiable en un encuentro breve? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para

que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

1.8.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre identidad, preferencias, idioma, acompañantes y barreras. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que el miedo y el ruido dificultan comprender indicaciones y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede

la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

1.8.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con comunicación y recepción centrada en la persona, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato

cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

1.9 Cierre del capítulo

El contenido del capítulo permite vincular valoración clínica con decisiones de comunicación y registro. El estudiante debe poder reconocer información ausente, justificar prioridades sin exceder competencias y describir cómo una reevaluación modifica el plan de vigilancia.

Ejercicio integrador: comparar dos situaciones de los apartados anteriores. Elaborar una matriz de hallazgos, riesgos, recursos y responsabilidades, justificar las diferencias y preparar una transferencia estructurada de cada situación.

CAPÍTULO 2. ESTABILIZACIÓN Y EMERGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES

Resultados de aprendizaje: reconocer los problemas centrales del área, justificar prioridades de observación, establecer comunicaciones oportunas y valorar la respuesta de los cuidados con una perspectiva de seguridad.

Orientación de lectura: los casos presentados son escenarios didácticos hipotéticos y no corresponden a registros de pacientes reales. Los cuadros organizan decisiones de observación, sin prescribir conductas terapéuticas independientes.

2.1 Detección de inestabilidad y activación del equipo

El estudio de detección de inestabilidad y activación del equipo exige identificar deterioro que exige apoyo inmediato. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es

construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que esperar a completar todos los datos puede demorar decisiones críticas. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

2.1.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de identificar deterioro que exige apoyo inmediato se concentra especialmente en tendencia clínica y señales de alarma. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias

del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: escalamiento, hora de aviso y respuesta del equipo. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

2.1.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para identificar deterioro que exige apoyo inmediato, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que esperar a completar todos los datos puede demorar decisiones críticas se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

2.1.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender detección de inestabilidad y activación del equipo y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada tendencia clínica y señales de alarma; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar escalamiento, hora de aviso y respuesta del equipo, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los

traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 9. Matriz de vigilancia: detección de inestabilidad y activación del equipo

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Tendencia clínica y señales de alarma
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Escalamiento, hora de aviso y respuesta del equipo

2.1.4 Caso de análisis

Situación: Un paciente inicialmente orientado reduce súbitamente su nivel de respuesta. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a identificar deterioro que exige apoyo inmediato? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para

que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

2.1.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre tendencia clínica y señales de alarma. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que esperar a completar todos los datos puede demorar decisiones críticas y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede

la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 5. Secuencia conceptual para detección de inestabilidad y activación del equipo

2.1.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con detección de inestabilidad y activación del equipo, incluyendo la situación inicial, la

última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

2.2 Vía aérea y compromiso respiratorio

El estudio de vía aérea y compromiso respiratorio exige vigilar la permeabilidad de la vía aérea y el trabajo respiratorio. En la práctica asistencial, esta tarea no se

resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que la saturación de oxígeno por sí sola no resume el estado ventilatorio. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

2.2.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de vigilar la permeabilidad de la vía aérea y el trabajo respiratorio se

concentra especialmente en ruidos respiratorios, frecuencia, uso de músculos accesorios y consciencia. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: posición, equipo disponible y protocolo institucional. Estos elementos hacen

posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

2.2.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para vigilar la permeabilidad de la vía aérea y el trabajo respiratorio, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que la saturación de oxígeno por sí sola no resume el estado ventilatorio se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones

internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

2.2.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender vía aérea y compromiso respiratorio y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada ruidos respiratorios, frecuencia, uso de músculos accesorios y consciencia; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar posición, equipo disponible y protocolo institucional, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 10. Matriz de vigilancia: vía aérea y compromiso respiratorio

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Ruidos respiratorios, frecuencia, uso de músculos accesorios y consciencia
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Posición, equipo disponible y protocolo institucional

2.2.4 Caso de análisis

Situación: Una persona con disnea desarrolla dificultad para completar frases. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a vigilar la permeabilidad de la vía aérea y el trabajo respiratorio? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

2.2.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre ruidos respiratorios, frecuencia, uso de músculos accesorios y consciencia. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que la saturación de oxígeno por sí sola no resume el estado ventilatorio y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los

indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

2.2.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con vía aérea y compromiso respiratorio, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

2.3 Shock y vigilancia de perfusión

El estudio de shock y vigilancia de perfusión exige identificar manifestaciones de hipoperfusión. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que la presión arterial normal no excluye una fase inicial de shock. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

2.3.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de identificar manifestaciones de hipoperfusión se concentra especialmente en piel, pulso, estado mental, diuresis y tendencia hemodinámica. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de

medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: reevaluación, causa probable y equipo activado. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

2.3.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para identificar manifestaciones de hipoperfusión, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que la presión arterial normal no excluye una fase inicial de shock se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

2.3.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender shock y vigilancia de perfusión y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada piel, pulso, estado mental, diuresis y tendencia hemodinámica; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar reevaluación, causa probable y equipo activado, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 11. Matriz de vigilancia: shock y vigilancia de perfusión

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Piel, pulso, estado mental, diuresis y tendencia hemodinámica
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Reevaluación, causa probable y equipo activado

2.3.4 Caso de análisis

Situación: Un paciente febril comienza a mostrar extremidades frías y confusión. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a identificar manifestaciones de hipoperfusión? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

2.3.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre piel, pulso, estado mental, diuresis y tendencia hemodinámica. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que la presión arterial normal no excluye una fase inicial de shock y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 6. Secuencia conceptual para shock y vigilancia de perfusión

2.3.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con shock y vigilancia de perfusión, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

2.4 Sospecha de sepsis y respuesta temprana

El estudio de sospecha de sepsis y respuesta temprana exige reconocer infección asociada con disfunción orgánica. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que

todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que ninguna escala aislada diagnostica o descarta sepsis. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

2.4.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de reconocer infección asociada con disfunción orgánica se concentra especialmente en infección posible, signos vitales, consciencia y perfusión. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y

la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: hora de identificación, pruebas solicitadas y circuito local. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las

acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

2.4.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para reconocer infección asociada con disfunción orgánica, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que ninguna escala aislada diagnostica o descarta sepsis se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

2.4.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender sospecha de sepsis y respuesta temprana y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada infección posible, signos vitales, consciencia y perfusión; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar hora de identificación, pruebas solicitadas y circuito local, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona

permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 12. Matriz de vigilancia: sospecha de sepsis y respuesta temprana

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Infección posible, signos vitales, consciencia y perfusión
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Hora de identificación, pruebas solicitadas y circuito local

2.4.4 Caso de análisis

Situación: Una mujer con infección urinaria reciente presenta taquipnea y somnolencia. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a reconocer infección asociada con disfunción orgánica? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar

documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

2.4.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre infección posible, signos vitales, consciencia y perfusión. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que ninguna escala aislada diagnostica o descarta sepsis y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede

la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

2.4.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con sospecha de sepsis y respuesta temprana, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato

cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

2.5 Paro cardiorrespiratorio y coordinación

El estudio de paro cardiorrespiratorio y coordinación exige comprender la respuesta organizada ante un paro. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que las interrupciones, el retraso del aviso y la

descoordinación comprometen la atención. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

2.5.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de comprender la respuesta organizada ante un paro se concentra especialmente en reconocimiento del paro, aviso, roles y seguridad. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: registro de acciones, calidad y debriefing. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

2.5.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse

en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para comprender la respuesta organizada ante un paro, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que las interrupciones, el retraso del aviso y la descoordinación comprometen la atención se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

2.5.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender paro

cardiorrespiratorio y coordinación y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada reconocimiento del paro, aviso, roles y seguridad; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar registro de acciones, calidad y debriefing, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 13. Matriz de vigilancia: paro cardiorrespiratorio y coordinación

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Reconocimiento del paro, aviso, roles y seguridad
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Registro de acciones, calidad y debriefing

2.5.4 Caso de análisis

Situación: Un paciente pierde la respuesta mientras espera una prueba diagnóstica. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a comprender la respuesta organizada ante un paro? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y

conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

2.5.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre reconocimiento del paro, aviso, roles y seguridad. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que las interrupciones, el retraso del aviso y la descoordinación comprometen la atención y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 7. Secuencia conceptual para paro cardiorrespiratorio y coordinación

2.5.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con paro cardiorrespiratorio y coordinación, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

2.6 Dolor torácico y emergencias cardiovasculares

El estudio de dolor torácico y emergencias cardiovasculares exige reconocer síntomas que ameritan una valoración inmediata. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que

se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que la presentación cardiovascular puede ser atípica. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

2.6.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de reconocer síntomas que ameritan una valoración inmediata se concentra especialmente en dolor, síntomas asociados, signos vitales y tiempo de inicio. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y

la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: ECG según protocolo, comunicación y reevaluación. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las

acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

2.6.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para reconocer síntomas que ameritan una valoración inmediata, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que la presentación cardiovascular puede ser atípica se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

2.6.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender dolor torácico y emergencias cardiovasculares y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada dolor, síntomas asociados, signos vitales y tiempo de inicio; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar ECG según protocolo, comunicación y reevaluación, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona

permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 14. Matriz de vigilancia: dolor torácico y emergencias cardiovasculares

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Dolor, síntomas asociados, signos vitales y tiempo de inicio
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Ecg según protocolo, comunicación y reevaluación

2.6.4 Caso de análisis

Situación: Un adulto con diabetes informa sudoración y malestar epigástrico sin dolor claro. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a reconocer síntomas que ameritan una valoración inmediata? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar

documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

2.6.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre dolor, síntomas asociados, signos vitales y tiempo de inicio. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que la presentación cardiovascular puede ser atípica y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede

la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

2.6.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con dolor torácico y emergencias cardiovasculares, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato

cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

2.7 Alerta neurológica y posible ictus

El estudio de alerta neurológica y posible ictus exige reconocer cambios neurológicos focales y registrar su inicio. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que un retraso en identificar la última vez visto

bien afecta decisiones. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

2.7.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de reconocer cambios neurológicos focales y registrar su inicio se concentra especialmente en habla, simetría facial, fuerza, glucemia y consciencia. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: hora de inicio conocida o última vez sin síntomas. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

2.7.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse

en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para reconocer cambios neurológicos focales y registrar su inicio, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que un retraso en identificar la última vez visto bien afecta decisiones se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

2.7.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender alerta neurológica y posible ictus y conocer a quién comunicar una

amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada habla, simetría facial, fuerza, glucemia y consciencia; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar hora de inicio conocida o última vez sin síntomas, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 15. Matriz de vigilancia: alerta neurológica y posible ictus

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Habla, simetría facial, fuerza, glucemia y consciencia
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Hora de inicio conocida o última vez sin síntomas

2.7.4 Caso de análisis

Situación: Una persona desarrolla dificultad para hablar durante una conversación. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a reconocer cambios neurológicos focales y registrar su inicio? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

2.7.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre habla, simetría facial, fuerza, glucemia y consciencia. Segunda

lectura. Señalar los riesgos derivados de que un retraso en identificar la última vez visto bien afecta decisiones y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 8. Secuencia conceptual para alerta neurológica y posible ictus

2.7.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con alerta neurológica y posible ictus, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

2.8 Trauma y hemorragia

El estudio de trauma y hemorragia exige ordenar prioridades iniciales frente a mecanismos de lesión. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que

todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que las lesiones visibles pueden distraer de una amenaza interna. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

2.8.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de ordenar prioridades iniciales frente a mecanismos de lesión se concentra especialmente en mecanismo, sangrado evidente, respiración y perfusión. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y

la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: seguridad, inmovilización indicada y transferencia estructurada. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento.

Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

2.8.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para ordenar prioridades iniciales frente a mecanismos de lesión, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que las lesiones visibles pueden distraer de una amenaza interna se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

2.8.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender trauma y hemorragia y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada mecanismo, sangrado evidente, respiración y perfusión; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar seguridad, inmovilización indicada y transferencia estructurada, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona

permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 16. Matriz de vigilancia: trauma y hemorragia

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Mecanismo, sangrado evidente, respiración y perfusión
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Seguridad, inmovilización indicada y transferencia estructurada

2.8.4 Caso de análisis

Situación: Tras una caída, un paciente presenta dolor pélvico y palidez. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a ordenar prioridades iniciales frente a mecanismos de lesión? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la

evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

2.8.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre mecanismo, sangrado evidente, respiración y perfusión. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que las lesiones visibles pueden distraer de una amenaza interna y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

2.8.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con trauma y hemorragia, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los

criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

2.9 Emergencias metabólicas y anafilaxia

El estudio de emergencias metabólicas y anafilaxia exige reconocer patrones clínicos que evolucionan rápidamente. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que la alteración de la consciencia admite causas múltiples. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del

hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

2.9.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de reconocer patrones clínicos que evolucionan rápidamente se concentra especialmente en glucemia cuando esté indicada, antecedentes y vía aérea. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta

datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: respuesta a medidas autorizadas y evolución seriada. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

2.9.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para reconocer patrones clínicos que evolucionan rápidamente, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así

como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que la alteración de la consciencia admite causas múltiples se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

2.9.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender emergencias metabólicas y anafilaxia y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada glucemia cuando esté indicada, antecedentes y vía aérea;

distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar respuesta a medidas autorizadas y evolución seriada, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 17. Matriz de vigilancia: emergencias metabólicas y anafilaxia

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Glucemia cuando esté indicada, antecedentes y vía aérea
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Respuesta a medidas autorizadas y evolución seriada

2.9.4 Caso de análisis

Situación: Una paciente tras recibir un medicamento desarrolla urticaria y dificultad respiratoria. El caso no describe una persona identificable; representa una situación

construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a reconocer patrones clínicos que evolucionan rápidamente? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

2.9.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre glucemia cuando esté indicada, antecedentes y vía aérea. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que la alteración de la consciencia admite causas múltiples y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación,

antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 9. Secuencia conceptual para emergencias metabólicas y anafilaxia

2.9.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con emergencias metabólicas y anafilaxia, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de

priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

2.10 Cierre del capítulo

El contenido del capítulo permite vincular valoración clínica con decisiones de comunicación y registro. El estudiante debe poder reconocer información ausente, justificar prioridades sin exceder competencias y describir cómo una reevaluación modifica el plan de vigilancia.

Ejercicio integrador: comparar dos situaciones de los apartados anteriores. Elaborar una matriz de hallazgos, riesgos, recursos y responsabilidades, justificar las diferencias y preparar una transferencia estructurada de cada situación.

CAPÍTULO 3. PROCEDIMIENTOS, VIGILANCIA Y MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Resultados de aprendizaje: reconocer los problemas centrales del área, justificar prioridades de observación, establecer comunicaciones oportunas y valorar la respuesta de los cuidados con una perspectiva de seguridad.

Orientación de lectura: los casos presentados son escenarios didácticos hipotéticos y no corresponden a registros de pacientes reales. Los cuadros organizan decisiones de observación, sin prescribir conductas terapéuticas independientes.

3.1 Preparación del área y verificación de equipos

El estudio de preparación del área y verificación de equipos exige organizar un entorno que permita actuar sin demoras. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es

construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que una avería no detectada suele evidenciarse en el peor momento. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

3.1.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de organizar un entorno que permita actuar sin demoras se concentra especialmente en disponibilidad, limpieza, funcionamiento y accesibilidad. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe

revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: lista de comprobación, responsable y reposición. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

3.1.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para organizar un entorno que permita actuar sin demoras, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que una avería no detectada suele evidenciarse en el peor momento se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

3.1.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender preparación del área y verificación de equipos y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada disponibilidad, limpieza, funcionamiento y accesibilidad; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar lista de comprobación, responsable y reposición, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los

traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 18. Matriz de vigilancia: preparación del área y verificación de equipos

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Disponibilidad, limpieza, funcionamiento y accesibilidad
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Lista de comprobación, responsable y reposición

3.1.4 Caso de análisis

Situación: Al comenzar el turno se descubre un accesorio faltante en el carro de emergencias. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a organizar un entorno que permita actuar sin demoras? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta

esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

3.1.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre disponibilidad, limpieza, funcionamiento y accesibilidad. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que una avería no detectada suele evidenciarse en el peor momento y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 10. Secuencia conceptual para preparación del área y verificación de equipos

3.1.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con preparación del área y verificación de equipos, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

3.2 Monitorización no invasiva

El estudio de monitorización no invasiva exige interpretar parámetros como tendencias contextualizadas. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que

todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que las alarmas sin evaluación clínica provocan fatiga y falsas seguridades. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

3.2.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de interpretar parámetros como tendencias contextualizadas se concentra especialmente en pulso, tensión, oxigenación y frecuencia respiratoria. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el

reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: señal de calidad, ajustes apropiados y registro. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia

comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

3.2.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para interpretar parámetros como tendencias contextualizadas, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que las alarmas sin evaluación clínica provocan fatiga y falsas seguridades se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

3.2.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender monitorización no invasiva y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada pulso, tensión, oxigenación y frecuencia respiratoria; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar señal de calidad, ajustes apropiados y registro, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un

circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 19. Matriz de vigilancia: monitorización no invasiva

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Pulso, tensión, oxigenación y frecuencia respiratoria
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Señal de calidad, ajustes apropiados y registro

3.2.4 Caso de análisis

Situación: Un monitor informa desaturación mientras el paciente habla sin dificultad. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a interpretar parámetros como tendencias contextualizadas? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la

evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

3.2.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre pulso, tensión, oxigenación y frecuencia respiratoria. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que las alarmas sin evaluación clínica provocan fatiga y falsas seguridades y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

3.2.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con monitorización no invasiva, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de

priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

3.3 Electrocardiograma y trazado fiable

El estudio de electrocardiograma y trazado fiable exige obtener un registro interpretable y advertir cambios. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que los artefactos pueden confundirse con alteraciones reales. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor.

Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

3.3.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de obtener un registro interpretable y advertir cambios se concentra especialmente en colocación correcta, calidad del contacto e identificación. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los

acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: hora de adquisición y comunicación de hallazgos críticos. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

3.3.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para obtener un registro interpretable y advertir cambios, la enfermería debe observar tanto signos

presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que los artefactos pueden confundirse con alteraciones reales se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

3.3.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender electrocardiograma y trazado fiable y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada colocación correcta, calidad del contacto e identificación; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar hora de adquisición y comunicación de hallazgos críticos, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 20. Matriz de vigilancia: electrocardiograma y trazado fiable

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Colocación correcta, calidad del contacto e identificación
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Hora de adquisición y comunicación de hallazgos críticos

3.3.4 Caso de análisis

Situación: Una tira de monitor muestra oscilaciones tras movilizar al paciente. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a obtener un registro interpretable y advertir cambios? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

3.3.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre colocación correcta, calidad del contacto e identificación.

Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que los artefactos pueden confundirse con alteraciones reales y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 11. Secuencia conceptual para electrocardiograma y trazado fiable

3.3.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con electrocardiograma y trazado fiable, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

3.4 Oxigenoterapia y reevaluación

El estudio de oxigenoterapia y reevaluación exige vigilar el soporte de oxígeno prescrito y su respuesta. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que

todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que administrar oxígeno sin objetivo ni vigilancia puede ser inadecuado. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

3.4.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de vigilar el soporte de oxígeno prescrito y su respuesta se concentra especialmente en dispositivo, flujo indicado, trabajo respiratorio y tolerancia. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el

reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: objetivo individual indicado y cambios clínicos. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y

las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

3.4.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para vigilar el soporte de oxígeno prescrito y su respuesta, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que administrar oxígeno sin objetivo ni vigilancia puede ser inadecuado se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

3.4.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender oxigenoterapia y reevaluación y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada dispositivo, flujo indicado, trabajo respiratorio y tolerancia; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar objetivo individual indicado y cambios clínicos, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un

circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 21. Matriz de vigilancia: oxigenoterapia y reevaluación

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Dispositivo, flujo indicado, trabajo respiratorio y tolerancia
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Objetivo individual indicado y cambios clínicos

3.4.4 Caso de análisis

Situación: Una persona con oxigenoterapia conserva saturación aparente pero respira con esfuerzo. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a vigilar el soporte de oxígeno prescrito y su respuesta? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta

esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

3.4.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre dispositivo, flujo indicado, trabajo respiratorio y tolerancia. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que administrar oxígeno sin objetivo ni vigilancia puede ser inadecuado y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

3.4.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con oxigenoterapia y reevaluación, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de

priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

3.5 Accesos vasculares y administración segura

El estudio de accesos vasculares y administración segura exige prevenir fallas de identificación y errores de medicación. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que la urgencia no elimina las comprobaciones esenciales. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el

estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

3.5.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de prevenir fallas de identificación y errores de medicación se concentra especialmente en prescripción, alergias, permeabilidad y compatibilidad. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de

presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: doble verificación cuando corresponda y respuesta clínica. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

3.5.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para prevenir fallas de identificación y errores de medicación, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del

dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que la urgencia no elimina las comprobaciones esenciales se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

3.5.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender accesos vasculares y administración segura y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada prescripción, alergias, permeabilidad y compatibilidad; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar doble verificación cuando corresponda y respuesta clínica, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 22. Matriz de vigilancia: accesos vasculares y administración segura

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Prescripción, alergias, permeabilidad y compatibilidad
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Doble verificación cuando corresponda y respuesta clínica

3.5.4 Caso de análisis

Situación: Se solicita un fármaco con nombre semejante a otro almacenado cerca. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a prevenir fallas de identificación y errores de medicación? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

3.5.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre prescripción, alergias, permeabilidad y compatibilidad.

Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que la urgencia no elimina las comprobaciones esenciales y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 12. Secuencia conceptual para accesos vasculares y administración segura

3.5.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con accesos vasculares y administración segura, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

3.6 Muestras clínicas e identificación

El estudio de muestras clínicas e identificación exige asegurar correspondencia entre paciente, muestra y solicitud. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe,

aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que un resultado puede ser correcto para la muestra equivocada. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

3.6.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de asegurar correspondencia entre paciente, muestra y solicitud se concentra especialmente en identificadores, recipiente, hora y condiciones de conservación. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el

reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: etiquetado junto al paciente y trazabilidad. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y

las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

3.6.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para asegurar correspondencia entre paciente, muestra y solicitud, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que un resultado puede ser correcto para la muestra equivocada se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

3.6.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender muestras clínicas e identificación y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada identificadores, recipiente, hora y condiciones de conservación; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar etiquetado junto al paciente y trazabilidad, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un

circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 23. Matriz de vigilancia: muestras clínicas e identificación

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Identificadores, recipiente, hora y condiciones de conservación
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Etiquetado junto al paciente y trazabilidad

3.6.4 Caso de análisis

Situación: Dos pacientes con apellidos similares requieren extracción de sangre. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a asegurar correspondencia entre paciente, muestra y solicitud? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la

evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

3.6.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre identificadores, recipiente, hora y condiciones de conservación. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que un resultado puede ser correcto para la muestra equivocada y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

3.6.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con muestras clínicas e identificación, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de

priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

3.7 Control del dolor y confort

El estudio de control del dolor y confort exige integrar alivio sintomático y vigilancia. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que el confort insuficiente dificulta el reposo y la comunicación. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del

hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

3.7.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de integrar alivio sintomático y vigilancia se concentra especialmente en dolor, ansiedad, posición y riesgos asociados. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo

modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: valoración posterior y efectos no deseados. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

3.7.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para integrar alivio sintomático y vigilancia, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que el confort insuficiente dificulta el reposo y la comunicación se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

3.7.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender control del dolor y confort y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada dolor, ansiedad, posición y riesgos asociados; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de

comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar valoración posterior y efectos no deseados, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 24. Matriz de vigilancia: control del dolor y confort

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Dolor, ansiedad, posición y riesgos asociados
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Valoración posterior y efectos no deseados

3.7.4 Caso de análisis

Situación: Una persona inmovilizada informa dolor creciente y temor a moverse. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer

información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a integrar alivio sintomático y vigilancia? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

3.7.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre dolor, ansiedad, posición y riesgos asociados. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que el confort insuficiente dificulta el reposo y la comunicación y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 13. Secuencia conceptual para control del dolor y confort

3.7.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo.

Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con control del dolor y confort, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

3.8 Prevención de infecciones relacionadas con dispositivos

El estudio de prevención de infecciones relacionadas con dispositivos exige reducir exposiciones evitables durante el cuidado. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que cada manipulación innecesaria abre una oportunidad de contaminación. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

3.8.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de reducir exposiciones evitables durante el cuidado se concentra especialmente en higiene, integridad del dispositivo, indicación y duración. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: registro de inserción, observación y necesidad de continuidad. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

3.8.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para reducir exposiciones evitables durante el cuidado, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que cada manipulación innecesaria abre una oportunidad de contaminación se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

3.8.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender prevención de infecciones relacionadas con dispositivos y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada higiene, integridad del dispositivo, indicación y duración; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender

barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar registro de inserción, observación y necesidad de continuidad, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 25. Matriz de vigilancia: prevención de infecciones relacionadas con dispositivos

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Higiene, integridad del dispositivo, indicación y duración
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Registro de inserción, observación y necesidad de continuidad

3.8.4 Caso de análisis

Situación: Un acceso vascular permanece colocado sin necesidad clínica explícita. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone

de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a reducir exposiciones evitables durante el cuidado? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

3.8.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre higiene, integridad del dispositivo, indicación y duración. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que cada manipulación innecesaria abre una oportunidad de contaminación y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración

y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

3.8.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con prevención de infecciones relacionadas con dispositivos, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

3.9 Reevaluación y registro clínico

El estudio de reevaluación y registro clínico exige documentar cambios que orientan decisiones del equipo. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que

todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que una anotación tardía puede ocultar la secuencia del deterioro. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

3.9.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de documentar cambios que orientan decisiones del equipo se concentra especialmente en hora, dato observado, intervención y respuesta. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de

diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: comunicación de cambio y próxima reevaluación. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las

acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

3.9.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para documentar cambios que orientan decisiones del equipo, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que una anotación tardía puede ocultar la secuencia del deterioro se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

3.9.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender reevaluación y registro clínico y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada hora, dato observado, intervención y respuesta; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar comunicación de cambio y próxima reevaluación, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un

circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 26. Matriz de vigilancia: reevaluación y registro clínico

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Hora, dato observado, intervención y respuesta
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Comunicación de cambio y próxima reevaluación

3.9.4 Caso de análisis

Situación: La presión disminuye después de un traslado y nadie consigna la hora. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a documentar cambios que orientan decisiones del equipo? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la

evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

3.9.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre hora, dato observado, intervención y respuesta. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que una anotación tardía puede ocultar la secuencia del deterioro y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

3.9.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con reevaluación y registro clínico, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de

priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

3.10 Cierre del capítulo

El contenido del capítulo permite vincular valoración clínica con decisiones de comunicación y registro. El estudiante debe poder reconocer información ausente, justificar prioridades sin exceder competencias y describir cómo una reevaluación modifica el plan de vigilancia.

Ejercicio integrador: comparar dos situaciones de los apartados anteriores. Elaborar una matriz de hallazgos, riesgos, recursos y responsabilidades, justificar las diferencias y preparar una transferencia estructurada de cada situación.

CAPÍTULO 4. SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y CALIDAD

Resultados de aprendizaje: reconocer los problemas centrales del área, justificar prioridades de observación, establecer comunicaciones oportunas y valorar la respuesta de los cuidados con una perspectiva de seguridad.

Orientación de lectura: los casos presentados son escenarios didácticos hipotéticos y no corresponden a registros de pacientes reales. Los cuadros organizan decisiones de observación, sin prescribir conductas terapéuticas independientes.

4.1 Cultura de seguridad y factores humanos

El estudio de cultura de seguridad y factores humanos exige reconocer riesgos del sistema además de los individuales. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es

construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que fatiga, interrupciones y sobrecarga afectan la ejecución. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

4.1.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de reconocer riesgos del sistema además de los individuales se concentra especialmente en condiciones de trabajo, barreras y oportunidades de aprendizaje. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del

entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: notificación justa y medidas verificables. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

4.1.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para reconocer riesgos del sistema además de los individuales, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que fatiga, interrupciones y sobrecarga afectan la ejecución se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

4.1.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender cultura de seguridad y factores humanos y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada condiciones de trabajo, barreras y oportunidades de aprendizaje; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar notificación justa y medidas verificables, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 27. Matriz de vigilancia: cultura de seguridad y factores humanos

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Condiciones de trabajo, barreras y oportunidades de aprendizaje
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Notificación justa y medidas verificables

4.1.4 Caso de análisis

Situación: Durante un turno saturado se interrumpe repetidamente la preparación de medicación. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a reconocer riesgos del sistema además de los individuales? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos,

hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

4.1.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre condiciones de trabajo, barreras y oportunidades de aprendizaje. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que fatiga, interrupciones y sobrecarga afectan la ejecución y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 14. Secuencia conceptual para cultura de seguridad y factores humanos

4.1.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con cultura de seguridad y factores humanos, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

4.2 Identificación y prevención de eventos

El estudio de identificación y prevención de eventos exige establecer barreras ante errores evitables. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que

todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que la familiaridad con un paciente no reemplaza su identificación. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

4.2.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de establecer barreras ante errores evitables se concentra especialmente en dos identificadores válidos y concordancia documental. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias

respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: verificación antes de medicar, extraer muestras y trasladar. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las

acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

4.2.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para establecer barreras ante errores evitables, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que la familiaridad con un paciente no reemplaza su identificación se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

4.2.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender identificación y prevención de eventos y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada dos identificadores válidos y concordancia documental; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar verificación antes de medicar, extraer muestras y trasladar, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona

permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 28. Matriz de vigilancia: identificación y prevención de eventos

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Dos identificadores válidos y concordancia documental
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Verificación antes de medicar, extraer muestras y trasladar

4.2.4 Caso de análisis

Situación: Una etiqueta de cama no coincide con el nombre declarado por el paciente. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a establecer barreras ante errores evitables? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra

profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

4.2.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre dos identificadores válidos y concordancia documental. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que la familiaridad con un paciente no reemplaza su identificación y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

4.2.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con identificación y prevención de eventos, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de

priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

4.3 Transferencia estructurada ISBAR

El estudio de transferencia estructurada isbar exige sintetizar el riesgo sin perder información esencial. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que los informes dispersos omiten cambios clínicos relevantes. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el

estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

4.3.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de sintetizar el riesgo sin perder información esencial se concentra especialmente en identificación, situación, antecedentes, valoración y recomendación. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de

presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: receptor, dudas aclaradas y registro. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

4.3.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para sintetizar el riesgo sin perder información esencial, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así

como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que los informes dispersos omiten cambios clínicos relevantes se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

4.3.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender transferencia estructurada isbar y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada identificación, situación, antecedentes, valoración y

recomendación; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar receptor, dudas aclaradas y registro, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 29. Matriz de vigilancia: transferencia estructurada isbar

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Identificación, situación, antecedentes, valoración y recomendación
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Receptor, dudas aclaradas y registro

4.3.4 Caso de análisis

Situación: Una paciente debe pasar de urgencias a observación durante cambio de turno. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El

equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a sintetizar el riesgo sin perder información esencial? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

4.3.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre identificación, situación, antecedentes, valoración y recomendación. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que los informes dispersos omiten cambios clínicos relevantes y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes,

valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

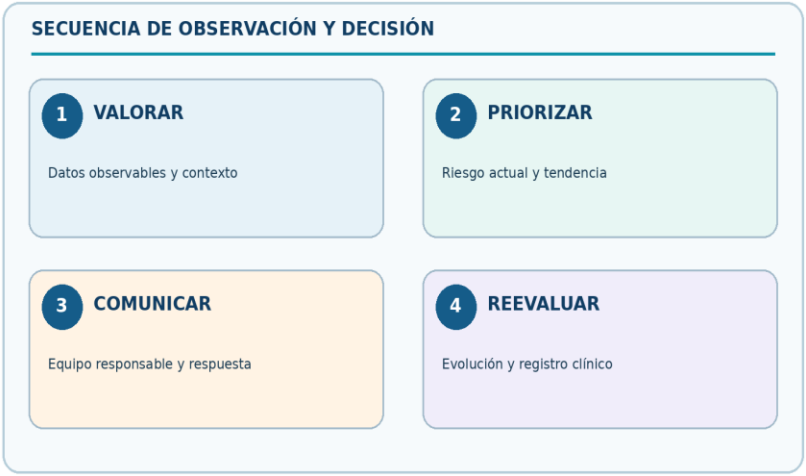


Figura 15. Secuencia conceptual para transferencia estructurada isbar

4.3.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con transferencia estructurada isbar, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de

priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

4.4 Continuidad entre áreas y niveles

El estudio de continuidad entre áreas y niveles exige evitar pérdidas de información al cambiar de responsable. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que las transiciones concentran riesgos de omisión. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el

estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

4.4.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de evitar pérdidas de información al cambiar de responsable se concentra especialmente en situación actual, pendientes, alergias y plan inmediato. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de

presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: confirmación de recepción y responsabilidad definida. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

4.4.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para evitar pérdidas de información al cambiar de responsable, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una

alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que las transiciones concentran riesgos de omisión se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

4.4.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender continuidad entre áreas y niveles y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada situación actual, pendientes, alergias y plan inmediato; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar confirmación de recepción y responsabilidad definida, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 30. Matriz de vigilancia: continuidad entre áreas y niveles

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Situación actual, pendientes, alergias y plan inmediato
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Confirmación de recepción y responsabilidad definida

4.4.4 Caso de análisis

Situación: Un paciente es derivado a otro establecimiento con resultados aún pendientes. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a evitar pérdidas de información al cambiar de responsable? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

4.4.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre situación actual, pendientes, alergias y plan inmediato. Segunda

lectura. Señalar los riesgos derivados de que las transiciones concentran riesgos de omisión y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

4.4.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con continuidad entre áreas y niveles, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

4.5 Liderazgo y coordinación interprofesional

El estudio de liderazgo y coordinación interprofesional exige distribuir tareas y mantener conciencia situacional. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que la ambigüedad de roles dificulta pedir ayuda a tiempo. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

4.5.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de distribuir tareas y mantener conciencia situacional se concentra especialmente en líder, funciones, mensajes breves y confirmación. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo

modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: comunicación de circuito cerrado y revisión posterior. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

4.5.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para distribuir tareas y mantener conciencia situacional, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la

activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que la ambigüedad de roles dificulta pedir ayuda a tiempo se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

4.5.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender liderazgo y coordinación interprofesional y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada líder, funciones, mensajes breves y confirmación; distinguir

manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar comunicación de circuito cerrado y revisión posterior, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 31. Matriz de vigilancia: liderazgo y coordinación interprofesional

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Líder, funciones, mensajes breves y confirmación
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Comunicación de circuito cerrado y revisión posterior

4.5.4 Caso de análisis

Situación: Se activa una emergencia y dos profesionales intentan la misma tarea. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone

de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a distribuir tareas y mantener conciencia situacional? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

4.5.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre líder, funciones, mensajes breves y confirmación. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que la ambigüedad de roles dificulta pedir ayuda a tiempo y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de

respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

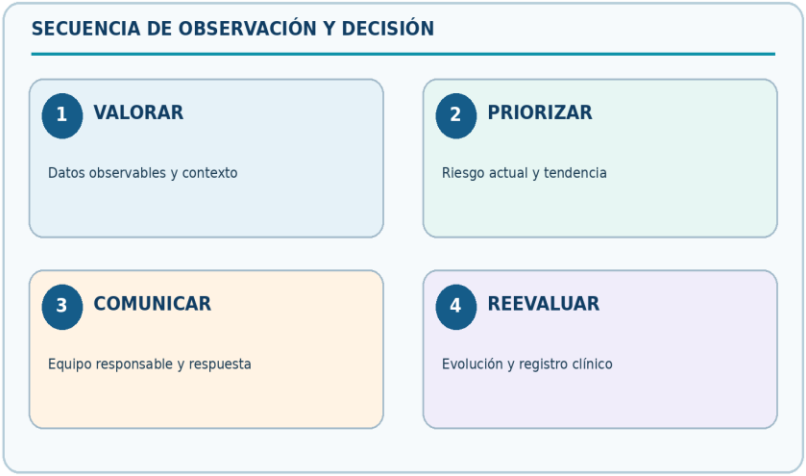


Figura 16. Secuencia conceptual para liderazgo y coordinación interprofesional

4.5.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con liderazgo y coordinación interprofesional, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

4.6 Humanización, consentimiento y familia

El estudio de humanización, consentimiento y familia exige proteger dignidad y comunicación incluso bajo presión. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que un procedimiento clínico puede vivirse como amenazante sin explicación. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una

medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

4.6.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de proteger dignidad y comunicación incluso bajo presión se concentra especialmente en privacidad, decisiones informadas y necesidades culturales. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su

significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: información proporcional, acompañamiento y límites de confidencialidad. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

4.6.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después

de un traslado. Para proteger dignidad y comunicación incluso bajo presión, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que un procedimiento clínico puede vivirse como amenazante sin explicación se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

4.6.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender humanización, consentimiento y familia y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero

reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada privacidad, decisiones informadas y necesidades culturales; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar información proporcional, acompañamiento y límites de confidencialidad, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 32. Matriz de vigilancia: humanización, consentimiento y familia

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Privacidad, decisiones informadas y necesidades culturales
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Información proporcional, acompañamiento y límites de confidencialidad

4.6.4 Caso de análisis

Situación: Un familiar solicita datos que el paciente no ha autorizado compartir. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a proteger dignidad y comunicación incluso bajo presión? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

4.6.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre privacidad, decisiones informadas y necesidades culturales.

Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que un procedimiento clínico puede vivirse como amenazante sin explicación y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

4.6.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con humanización, consentimiento y familia, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

4.7 Estrés, violencia y bienestar profesional

El estudio de estrés, violencia y bienestar profesional exige reconocer condiciones laborales que afectan el cuidado. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que el agotamiento sostenido compromete concentración y bienestar. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

4.7.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de reconocer condiciones laborales que afectan el cuidado se concentra especialmente en carga emocional, apoyo del equipo y situaciones agresivas. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo

modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: canales de ayuda, prevención y reporte seguro. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

4.7.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para reconocer condiciones laborales que afectan el cuidado, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que el agotamiento sostenido compromete concentración y bienestar se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

4.7.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender estrés, violencia y bienestar profesional y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada carga emocional, apoyo del equipo y situaciones agresivas; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender

barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar canales de ayuda, prevención y reporte seguro, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 33. Matriz de vigilancia: estrés, violencia y bienestar profesional

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Carga emocional, apoyo del equipo y situaciones agresivas
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Canales de ayuda, prevención y reporte seguro

4.7.4 Caso de análisis

Situación: Tras un evento crítico el equipo continúa el turno sin conversación de cierre. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer

información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a reconocer condiciones laborales que afectan el cuidado? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

4.7.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre carga emocional, apoyo del equipo y situaciones agresivas. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que el agotamiento sostenido compromete concentración y bienestar y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.



Figura 17. Secuencia conceptual para estrés, violencia y bienestar profesional

4.7.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo.

Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con estrés, violencia y bienestar profesional, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

4.8 Indicadores, auditoría y mejora continua

El estudio de indicadores, auditoría y mejora continua exige medir procesos relevantes para corregir fallos. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que contar actividades no equivale a demostrar seguridad. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

4.8.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de medir procesos relevantes para corregir fallos se concentra especialmente en tiempo de respuesta, documentación, eventos y experiencia del paciente. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo

modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: definición operacional, periodicidad y acción correctiva. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

4.8.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para medir procesos relevantes para corregir fallos, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que contar actividades no equivale a demostrar seguridad se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

4.8.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender indicadores, auditoría y mejora continua y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada tiempo de respuesta, documentación, eventos y experiencia del paciente; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y

atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar definición operacional, periodicidad y acción correctiva, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 34. Matriz de vigilancia: indicadores, auditoría y mejora continua

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Tiempo de respuesta, documentación, eventos y experiencia del paciente
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Definición operacional, periodicidad y acción correctiva

4.8.4 Caso de análisis

Situación: La unidad detecta transferencias incompletas en una revisión interna. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un

registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a medir procesos relevantes para corregir fallos? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

4.8.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre tiempo de respuesta, documentación, eventos y experiencia del paciente. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que contar actividades no equivale a demostrar seguridad y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de

respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

4.8.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con indicadores, auditoría y mejora continua, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

4.9 Integración de casos y juicio clínico

El estudio de integración de casos y juicio clínico exige articular valoración, intervención, comunicación y seguimiento. En la práctica asistencial, esta tarea no se resuelve mediante un dato único: intervienen el motivo de consulta, la condición observada y la evolución durante el contacto con el equipo. Una valoración útil identifica lo que

se sabe, aquello que todavía debe comprobarse y el límite de las acciones que corresponden al profesional. La prioridad es construir una representación clínica suficientemente clara para prevenir retrasos y comunicar riesgos.

El principal problema de seguridad asociado a esta materia consiste en que los problemas simultáneos exigen priorizar sin abandonar necesidades. Por eso, la actuación requiere diferenciar el hecho observado de su interpretación. Una medición documentada, una manifestación relatada por el paciente y una inferencia clínica no poseen el mismo valor. Cuando el estado cambia, el registro debe conservar el momento del hallazgo y la respuesta del equipo; de otro modo, se pierde la secuencia temporal que permite comprender lo ocurrido.

4.9.1 Fundamento clínico y alcance de la observación

La observación orientada al objetivo de articular valoración, intervención, comunicación y seguimiento se concentra especialmente en evolución temporal, riesgos y recursos disponibles. El profesional de enfermería contribuye mediante una recogida consistente de datos, el

reconocimiento de diferencias respecto del estado anterior y la comunicación al responsable correspondiente. La información también debe revisarse ante interferencias del entorno, dificultades de colaboración o fallas del equipo de medición. Ninguna escala reemplaza la exploración adaptada a la situación real.

Una aproximación rigurosa distingue las manifestaciones actuales de los antecedentes que pueden modificar su significado. La edad, el tratamiento habitual, las comorbilidades, las barreras de comunicación y los acontecimientos previos pueden alterar la forma de presentación. El paciente, cuando puede participar, aporta datos que no siempre aparecen en un monitor. Del mismo modo, una discrepancia entre el relato y la medición debe motivar una comprobación, no una conclusión apresurada.

La vigilancia se vuelve más precisa cuando se definen criterios explícitos de comprobación: decisiones justificadas y aprendizaje reflexivo. Estos elementos hacen posible la continuidad entre profesionales y turnos. La calidad de la nota clínica no depende de su longitud; depende de conservar datos verificables, una secuencia comprensible y

las decisiones de escalamiento. Las acciones técnicas y la frecuencia de reevaluación deben ajustarse al riesgo, a la prescripción y al circuito institucional.

4.9.2 Lectura crítica del riesgo y priorización

En el área de urgencias, las prioridades no permanecen fijas. Un problema inicialmente secundario puede transformarse en una amenaza relevante tras minutos de espera o después de un traslado. Para articular valoración, intervención, comunicación y seguimiento, la enfermería debe observar tanto signos presentes como tendencias. La ausencia de una alarma del dispositivo no excluye un cambio clínico, así como la activación aislada de una alarma no confirma por sí misma un diagnóstico.

El riesgo de que los problemas simultáneos exigen priorizar sin abandonar necesidades se reduce cuando el servicio dispone de funciones definidas, mecanismos de aviso y una práctica consistente de reevaluación. Las recomendaciones internacionales sobre alertas tempranas advierten que la capacidad predictiva de las puntuaciones depende del ámbito de aplicación (Guan et al., 2022). Por ello, los datos

estructurados se utilizan como apoyo y se integran con el juicio clínico y la experiencia de la persona atendida.

4.9.3 Aplicación razonada en la atención

Antes del contacto. Comprobar que el entorno permita trabajar con seguridad y que existan medios de registro. Identificar el circuito apropiado para atender integración de casos y juicio clínico y conocer a quién comunicar una amenaza. La preparación no sustituye la evaluación, pero reduce errores por falta de recursos o incertidumbre acerca de responsabilidades.

Durante la valoración. Explorar de manera proporcionada evolución temporal, riesgos y recursos disponibles; distinguir manifestaciones referidas de hallazgos observados, confirmar mediciones dudosas y atender barreras de comprensión. Si existe un cambio preocupante, la comunicación es prioritaria frente a completar una plantilla administrativa.

Después de la intervención. Documentar decisiones justificadas y aprendizaje reflexivo, la hora correspondiente y los cambios posteriores. Verificar si las indicaciones fueron comprendidas y si la persona permanece dentro de un

circuito seguro de vigilancia. En los traslados, indicar pendientes y riesgos activos al equipo receptor.

Tabla 35. Matriz de vigilancia: integración de casos y juicio clínico

Momento	Pregunta clínica	Evidencia que debe conservarse
Ingreso	¿Qué amenaza requiere atención primero?	Evolución temporal, riesgos y recursos disponibles
Evolución	¿Qué cambió respecto de la observación anterior?	Hora, datos comparables y nueva condición
Transferencia	¿Qué necesita saber el receptor?	Decisiones justificadas y aprendizaje reflexivo

4.9.4 Caso de análisis

Situación: Un paciente con infección, dolor y confusión cambia de área durante la noche. El caso no describe una persona identificable; representa una situación construida para practicar razonamiento y comunicación. El equipo dispone de tiempo limitado, otras demandas simultáneas y un registro clínico en elaboración. El objetivo es reconocer información faltante antes de formular decisiones definitivas.

Problema de aprendizaje: ¿qué datos objetivos ayudarían a articular valoración, intervención, comunicación y seguimiento? ¿Qué hallazgo justificaría avisar de inmediato a un responsable clínico? ¿Qué información debe quedar documentada para que otra profesional comprenda la

evolución? La respuesta esperada debe separar hechos, hipótesis razonables y conductas que requieren prescripción o competencia acreditada.

4.9.5 Guía para resolver el caso

Primera lectura. Describir sin interpretar los datos disponibles; reconocer qué información falta sobre evolución temporal, riesgos y recursos disponibles. Segunda lectura. Señalar los riesgos derivados de que los problemas simultáneos exigen priorizar sin abandonar necesidades y justificar cuál merece atención preferente. Tercera lectura. Preparar un mensaje clínico breve que comunique situación, antecedentes pertinentes, valoración y necesidad de respuesta. Cuarta lectura. Definir qué aspecto observar después y cómo registrar el cambio.

Retroalimentación. Una respuesta sólida no necesita adivinar el diagnóstico. Debe mostrar la relación entre los indicios observables, la prioridad razonada y la comunicación. El aprendizaje también incluye identificar límites profesionales: cuando una acción terapéutica excede la competencia, se solicita apoyo y se garantiza continuidad de vigilancia mientras llega el responsable.

4.9.6 Actividades para estudio autónomo

Actividad 1. Elaborar una tabla que separe signos objetivos, datos referidos por la persona, hipótesis plausibles y decisiones cuya autorización corresponde al equipo. Argumentar por qué cada elemento pertenece a su categoría.

Actividad 2. Construir una nota de transferencia de cinco frases relacionada con integración de casos y juicio clínico, incluyendo la situación inicial, la última valoración, el riesgo principal, las actuaciones realizadas y el seguimiento pendiente.

Actividad 3. Revisar críticamente un ejemplo de registro incompleto: «Paciente estable, se avisa al médico». Identificar qué datos faltan para que la anotación sea verificable y reproducible por otro profesional.

Preguntas de autoevaluación: ¿cuál es la principal amenaza en el escenario?, ¿qué información falta?, ¿qué dato cambiaría la prioridad?, ¿a quién se comunica el riesgo?, ¿cuándo y cómo se comprueba la respuesta?

Síntesis del apartado. La atención segura se sostiene en observaciones verificables, un proceso explícito de

priorización, comunicación oportuna y reevaluación. Los criterios del apartado se integran con la necesidad de supervisión y cumplimiento del protocolo institucional; la rapidez no puede separarse de la trazabilidad.

4.10 Cierre del capítulo

El contenido del capítulo permite vincular valoración clínica con decisiones de comunicación y registro. El estudiante debe poder reconocer información ausente, justificar prioridades sin exceder competencias y describir cómo una reevaluación modifica el plan de vigilancia.

Ejercicio integrador: comparar dos situaciones de los apartados anteriores. Elaborar una matriz de hallazgos, riesgos, recursos y responsabilidades, justificar las diferencias y preparar una transferencia estructurada de cada situación.

CONCLUSIONES

1. La valoración enfermera en urgencias necesita combinar observación sistemática y lectura contextual de la evolución; ningún indicador aislado garantiza estabilidad.

2. La seguridad del paciente depende de reconocer deterioro, comunicar cambios a tiempo y mantener un registro coherente de la secuencia asistencial.

3. La calidad de las intervenciones incluye tanto el cumplimiento de protocolos como la protección de la dignidad y la comprensión de la persona atendida.

4. La continuidad entre áreas y profesionales exige información estructurada, responsabilidades definidas y verificación de pendientes.

RECOMENDACIONES

1. Validar el contenido técnico con una revisión clínica especializada antes de su publicación y actualizarlo según guías vigentes.

2. Incorporar los casos de la obra a talleres con simulación y observación supervisada, evitando tratarlos como prescripciones universales.

3. Auditar periódicamente identificación, reevaluación, documentación y transferencia con definiciones consistentes.

4. Integrar la formación en comunicación y seguridad con el entrenamiento en técnicas y dispositivos.

GLOSARIO

ABCDE. Esquema de evaluación primaria de vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico y exposición.

Alerta temprana. Herramienta estructurada que apoya el reconocimiento de un posible deterioro clínico.

Escalamiento. Comunicación de un hallazgo o riesgo hacia un profesional o nivel asistencial que puede responder.

ISBAR. Estructura de identificación, situación, antecedentes, valoración y recomendación para transferir información.

Reevaluación. Nueva valoración destinada a identificar cambios y comprobar respuestas después de una acción.

Triaje. Clasificación clínica de prioridad según riesgo y necesidad de atención.

Trazabilidad. Capacidad de reconstruir la secuencia de datos, comunicaciones y decisiones de la atención.

REFERENCIAS

Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A handover nursing strategy in emergency departments, scoping review. Healthcare, 12(3), 399. https://doi.org/10.3390/healthcare12030399

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., Mcintyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Belley-Cote, E., . . . Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Medicine, 47, 1181–1247. https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y

Guan, G., Lee, C. M. Y., Begg, S., Crombie, A., & Mnatzaganian, G. (2022). The use of early warning system scores in prehospital and emergency department settings to predict clinical deterioration: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE,

17(3), e0265559. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265559

Mentzelopoulos, S. D., Couper, K., Van de Voorde, P., Druwé, P., Blom, M., Perkins, G. D., Lulic, I., Djakow, J., Raffay, V., Lilja, G., & Bossaert, L. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. Resuscitation, 161, 408–432. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017

Olasveengen, T. M., Semeraro, F., Ristagno, G., Castren, M., Handley, A., Kuzovlev, A., Monsieurs, K. G., Raffay, V., Smyth, M., Soar, J., Svavarsdottir, H., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic life support. Resuscitation, 161, 98–114. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009

Perkins, G. D., Graesner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines

2021: Executive summary. Resuscitation, 161, 1–60. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003

Svendsen, M., Steindal, S. A., Larsen, M. H., & Solberg, M. T. (2023). Comparison of the systemic inflammatory response syndrome and the quick sequential organ failure assessment for prognostic accuracy in detecting sepsis in the emergency department: A systematic review. International Emergency Nursing, 66, 101242. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101242

ENFERMERÍA **QUE SALVA VIDAS**

Enfermería en Urgencias y Emergencias

Este libro es una herramienta actual, práctica y rigurosa para la formación y el ejercicio profesional de enfermeras y enfermeros en los servicios de urgencias y emergencias. Integra el conocimiento científico con la experiencia clínica para facilitar la toma de decisiones, priorizar la atención y actuar con seguridad en situaciones de alta complejidad.

A través de un enfoque estructurado y orientado a la práctica, aborda la valoración inicial, el triaje, la estabilización del paciente, la monitorización, los procedimientos enfermeros clave y la continuidad asistencial, siempre desde una perspectiva de seguridad del paciente y calidad en los cuidados. Una obra imprescindible para quienes buscan ofrecer una atención oportuna, eficaz y basada en la mejor evidencia.

Triaje y priorización clínica
Identifica, valora y prioriza con seguridad.

Estabilización y monitorización
Actúa con rapidez y vigilancia continua.

Procedimientos seguros
Con técnica, evidencia y seguridad.

Continuidad asistencial y calidad
Cuidados integrales sin interrupciones.

ISBN: 978-9907-851-05-2
9 789907 851052