

vea

VISIÓN DE enfermería ACTUALIZADA

#84

El rol de la Enfermería comunitaria
para la concientización sobre
la donación de órganos y tejidos

página
45

Maternidad subrogada:
una mirada desde la
salud y la ética

página
40

- 4 EDITORIAL
Un año que nos desafió y nos transformó
LIC. SABRINA SOPRANO
- 5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA I
Un enfoque integral de Enfermería para el cuidado de ostomías
CINTIA PESCIALLI, FLAVIA ROLDAN
- 10 INVESTIGACIÓN I
Impacto de una estrategia educativa basada en la evidencia: la consulta de enfermería en pacientes oncológicos que inician tratamiento de quimioterapia por primera vez
ANA MARIA HOLZMANN
COLABORADORES: GARCÍA LN, KRUBER A, DÍAZ M, ALUSTRIZA A, DUARTE GE, MORALES JE, GUTIERREZ C, CACHAMBI Y, GUITIAN, BRITOS M, SUBELZA L, LENCINA D.
- 22 Adekra+Cedim
XXIX Jornada de Enfermería
- 27 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA II
Acompañamiento integral en protocolos paliativos pediátricos
LEANDRO BEVACQUA, VERÓNICA MEZA, MARIO FONTE, CAROLINA CONTARDI, CARLOS DE LUCA
- 35 XVII Jornada de Enfermería
Swiss Medical
- 38 50 años del Sanatorio Mater Dei
- 40 ENFOQUES
Maternidad subrogada: una mirada desde la salud y la ética
CONSUELO DIEZ
- 45 INVESTIGACIÓN II
El rol de la Enfermería comunitaria para la concientización sobre la donación de órganos y tejidos
PAULA M. RONZONI ROSSI, AVELÉN S. LUJAN, LAILA MUÑOZ REFFO
- 50 Declaración de posición
- 52 RINCÓN LITERARIO
“El abrazo que devolvió el aire”
LEANDRO MARTÍN VARGAS
- 54 Bases para la publicación de artículos

STAFF

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
Lic. Leandro Vargas
Lic. Maximiliana La Rosa Salaberry
Lic. Sabrina Soprano
Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Magdalena Villaverde

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10°
(C1059ABI) C.A.B.A. Argentina
Tel: (011) 4374-2526
Fax: 4375-2070
www.adecra.org.ar
www.enfermeria.adecra.org.ar
e-mail: revistavea@adecra.org.ar

Esta publicación es propiedad de:
Asociación de Clínicas, Sanatorios
y Hospitales Privados de
la República Argentina

Autorizada su reproducción
mencionando la fuente.
Registro de Propiedad Intelectual
N° 399943
ISSN: 1669-385X
Base de datos de indexación:
CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E
EBSCO

Periodicidad trimestral (marzo, junio,
septiembre y diciembre)

AÑO 22 | N° 84 | DICIEMBRE 2025

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAF (Asociación de Enfermería de Capital Federal).

Enfermería Oncológica: Lic. Constanza Celano. Licenciada en enfermería, especialista en enfermería oncológica. Magister en Administración y gestión de sistemas y servicios de salud. Docente de la Univ. Austral.

Informática en Enfermería: Mag. Zulma González. Máster en recursos digitales. Lic. en Enfermería. Esp. en Informática en Salud. Profesora universitaria. Esp. en Enfermería Clínica. Doctoranda en Educación universitaria.

Enfermería del Adulto y del Anciano. Dra. Sandra Elena Coronel. Dra. en Ciencias de la Salud. Lic en Enfermería. Esp. en Administración Hospitalaria. Líder de Proceso de Enfermería y Quirúrgico. Jefe de Enfermería en Casa Hosp. San Juan de Dios.

Gestión en Enfermería: Dra. Isabel Vera. Doctora en Enfermería. Directora de la Unidad Académica de la UBA. Facultad de Medicina. Corporación Médica San Martín.

Enfermería Neonatal. Lic Guillermina Chatás. Subdirectora de la Carrera de Enfermería Neonatal. Universidad Austral.

Investigación en Enfermería. Mag Laura Alberto. Maestría en Educación. Incorporada a la Carrera del CONICET como Investigadora Adjunta en el Instituto de Investigación en Medicina y Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

Educación en Enfermería. Mag. Dolores Latugaye. Maestría en Educación con orientación en Gestión Educativa. Doctoranda en Ciencias biomédicas. Directora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería Univ. Austral.

UN AÑO QUE NOS DESAFIÓ Y NOS TRANSFORMÓ

El cierre de este año nos invita a detenernos un momento y mirar hacia atrás. En medio de un escenario sanitario argentino exigente, cambiante y muchas veces imprevisible, los equipos de salud volvieron a demostrar su compromiso inquebrantable. Y dentro de ese movimiento, la enfermería —con su presencia continua, su capacidad de sostén y su mirada integral— volvió a ser la columna vertebral de cada servicio.

Este 2025 nos dejó desafíos importantes, pero también aprendizajes profundos: la importancia del trabajo colaborativo, la necesidad de escucharnos más, la urgencia de revisar prácticas y mejorar procesos, así como el valor inmenso de cada persona que forma parte del sistema de salud. Aun en tiempos complejos, el cuidado se sostuvo porque hubo profesionales que eligieron dar lo mejor de sí, cada día.

Hoy, al cerrar el año, no hablamos solo de lo que se logró, sino de lo que pudimos sostener: humanidad, compromiso y vocación. Y eso es, en sí mismo, una conquista

enorme. Pero también es tiempo de mirar hacia adelante. El 2026 se vislumbra como una oportunidad para transformar, reconstruir y fortalecer. Será un año que requerirá creatividad, innovación y planificación; un año para profundizar la profesionalización, actualizar herramientas, mejorar la calidad del cuidado y avanzar en la integración del sistema.

No es un deseo: es una convicción. El futuro del sistema de salud argentino depende de nuestra capacidad de crecer, de revisar lo que no funcionó, de estandarizar lo que nos hace mejores y de sostener lo que da sentido a nuestra profesión.

Cada paso que demos en 2026 deberá estar guiado por una visión clara: la de construir un sistema más humano, más seguro y más justo. Y en esa construcción, la enfermería no solo acompañará: liderará.

Cerramos este año con gratitud, y abrimos el próximo con esperanza. Con la certeza de que, aun en tiempos difíciles, somos capaces de transformar realidades.

Lic. Sabrina Soprano

Un enfoque integral de Enfermería para el cuidado de ostomías

Cintia Pescialli*

Flavia Roldan**

Sanatorio Mater Dei

INTRODUCCIÓN: LA IMPORTANCIA DE ESCUCHAR PARA CUIDAR

El presente artículo surge como respuesta a la inquietud planteada por una paciente (es decir, de la práctica cotidiana). Quisiéramos compartir una reflexión que nos hizo llegar una paciente ostomizada: “Los ostomizados estamos muy solos”.

Estas palabras resaltan una realidad que muchos enfrentan y nos invita a reflexionar sobre cómo podemos mejorar el acompañamiento emocional y social de quienes atraviesan esta situación. Esta paciente llevaba tiempo internada en distintas instituciones sin recibir el apoyo adecuado para manejar su estoma. Ella expresó el gran sufrimiento que había padecido debido a que no lograba mantener la bolsa adherida por más de cuatro o seis horas, lo que limitaba significativamente su calidad de vida.

Su relato nos llevó a cuestionarnos cuánto conocimiento y preparación tenemos en enfermería para

ofrecer un cuidado integral y educativo a los pacientes ostomizados, evitando que se sientan abandonados dentro del sistema de salud.

EDUCAR Y ACOMPAÑAR AL PACIENTE

Una ostomía es una abertura quirúrgica realizada en el abdomen que permite la salida de heces u orina cuando el intestino o el sistema urinario no pueden funcionar normalmente. El cuidado adecuado incluye la higiene del estoma y el manejo de la bolsa colectora, que es esencial para prevenir complicaciones y asegurar la calidad de vida del paciente. Desde la preparación previa a la intervención hasta el seguimiento postquirúrgico, Enfermería juega un papel crucial en la educación y apoyo al paciente ostomizado, ayudándolo a adaptarse a esta nueva situación y a mantener su salud.

Las estrategias para el cuidado de ostomías como enfoque integral de Enfermería se refieren a un conjunto de acciones y técnicas planificadas por profesionales para atender las necesidades físicas y emocionales de personas con ostomías, con el objetivo de promover su bienestar y facilitar la adaptación a su nueva condición. El objetivo principal de las intervenciones de Enfermería será promover la autonomía del paciente y mejorar su calidad de vida.

TIPOS DE OSTOMÍAS

Las ostomías son derivaciones quirúrgicas del intestino o las vías urinarias a través de la pared abdominal, creando una abertura llamada estoma. Existen principalmente tres tipos (imagen 1): ileostomía, colostomía y urostomía, cada una con características y propósitos diferentes.

*Licenciada en Enfermería. Sanatorio Mater Dei, Área Internación general de adultos.

**Licenciada en Enfermería. Sanatorio Mater Dei, Área Internación general de adultos.

COLOSTOMÍA

Cirugía para crear una abertura en el abdomen, el estoma, a través de la cual se elimina el material de desecho del intestino grueso (colon), permite que las heces salgan del cuerpo y se recolecten en una bolsa de colostomía, ya sea de forma temporal o permanente, cuando el intestino no puede funcionar normalmente.

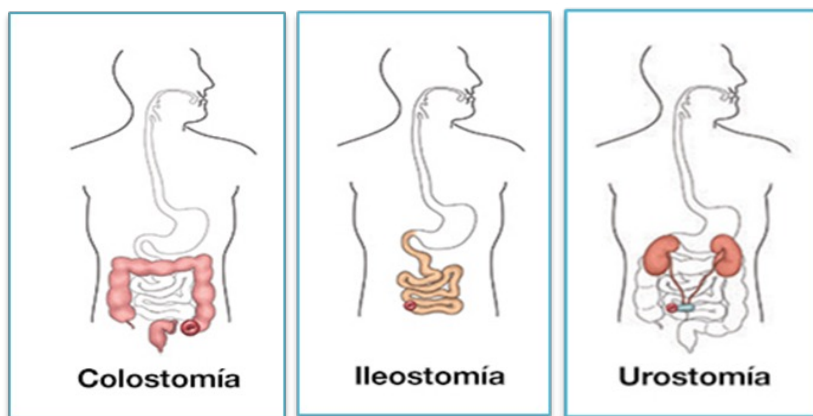
ILEOSTOMÍA

Cirugía que crea una abertura, el estoma, en el abdomen para que los desechos del intestino delgado (íleon) puedan salir del cuerpo, ya que el colon o el recto no pueden funcionar correctamente.

UROSTOMÍA

Cirugía en la cual se conectan los uréteres (vías urinarias) a la piel o estos son conectados a través de una porción del intestino delgado, el cual se aboca al exterior formando el estoma por donde fluye la orina.

IMAGEN 1



ACCIONES DE ENFERMERÍA

I. ETAPA PREOPERATORIA

- **Educar al paciente y a su familia** sobre la cirugía, el objetivo de la ostomía, así como los cuidados postoperatorios para disminuir la ansiedad. Explicar el funcionamiento del equipo de curación que se utiliza, qué dieta es la adecuada según el tipo de ostomía y dar herramientas para actuar ante las potenciales complicaciones.
- Además, se debe **realizar el marcaje prequirúrgico** para encontrar la ubicación óptima del estoma.
- **Demostración práctica:** en la práctica diaria, la enseñanza al paciente sobre cómo realizar el cambio de bolsa y/o vaciarla y limpiarla cuidadosamente, así como identificar complicaciones que pudieran presentarse.
- **Marcaje prequirúrgico:** es el proceso de marcar el abdomen del paciente antes de la cirugía para ubicar la futura salida del intestino (estoma) en un lugar óptimo. Este procedimiento busca asegurar una mejor calidad de vida al paciente, evitando complicaciones postoperatorias y facilitando el cuidado de la ostomía. Generalmente es realizado por el médico o enfermero(a) en el sitio previsto para cada paciente antes de la cirugía, para asegurar una ubicación adecuada (imagen 2) y así evitar la depresión umbilical, zona media del pubis, cicatrices, prótesis quirúrgicas, zonas con procesos cutáneos crónicos, pliegues cutáneos.

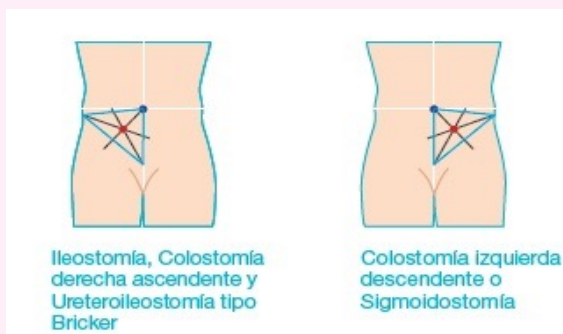


IMAGEN 2

II. CUIDADO POSTOPERATORIO DEL OSTOMA

- **Inspección regular:** Diariamente se debe examinar el ostoma y la piel circundante para verificar que no haya signos de irritación, infección o complicaciones como edema, necrosis o estenosis.
- **Higiene y protección:** La piel periostomal y el ostoma deben higienizarse suavemente con agua tibia y secarse bien. En cuanto a la piel que rodea el estoma se debe aplicar una barrera protectora para prevenir la irritación de la piel causada por los líquidos efluentes de la cavidad intestinal.
- **Cambio de bolsa:** La periodicidad del cambio de bolsa va a depender del tipo de bolsa y el funcionamiento productivo del estoma, generalmente se recomienda cambiarla cuando sea necesario para evitar fugas y mantener la piel protegida.
- **Educación frente a complicaciones:** El paciente debe recibir información de forma clara y precisa sobre complicaciones como fugas, prolapso, dermatitis, entre otros, para que pueda buscar asistencia médica oportuna.

IMAGEN 3. COLOCACIÓN Y CAMBIO DE BOLSA.



IMAGEN 4. EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE DISPOSITIVOS; DEBEN SER: EFICACES, CÓMODOS, DINÁMICOS, BRINDAR SEGURIDAD Y CUIDAR LA PIEL.





IMAGEN 5. COMPLICACIONES.



Edema



Dehiscencia



Necrosis



Prolapso



Dermatitis



Infección

III. EDUCACIÓN y SOSTENIMIENTO

APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL

- **Impacto corporal:** reconocer que la ostomía puede tener un impacto significativo en la imagen corporal, en la autoestima y la vida social del paciente.
- **Apoyo individual o grupal:** ofrecer apoyo psicológico individualizado, así como facilitar la participación en grupos de apoyo donde los pacientes tengan la posibilidad de compartir sus experiencias y recibir apoyo de otros.
- **Comunicación activa:** Crear un ambiente seguro y de confianza donde el paciente pueda expresar sus preocupaciones y emociones libremente.

PROMOVER LA AUTONOMÍA

- **Empoderamiento del paciente:** El eje principal es contribuir a que el paciente asuma el control del cuidado de su ostomía, enseñándole a realizar los cuidados de manera autónoma.
- **Actividades cotidianas:** apoyar al paciente en la reintegración a sus actividades cotidianas, familiares, incluyendo el trabajo, el ejercicio físico, las relaciones sociales, como así también las amorosas. Se debe facilitar el acceso a programas de rehabilitación y grupos de apoyo.

SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN

- **Educación al paciente y su familia:** brindar información clara y comprensible al paciente y a su familia sobre su condición, tratamiento, autocuidado y seguimiento, empoderarlos para que participen activamente en su recuperación. Coordinar con el equipo interdisciplinario recursos disponibles en la comunidad que puedan apoyar su recuperación y bienestar a largo plazo.
- **Cambio gradual y seguro:** Ser facilitador en cada etapa del proceso de atención del paciente (hospitalización, atención domiciliaria, etcétera), asegurando que reciba la atención oportuna con calidad.

CONCLUSIÓN

Como profesionales de la salud es fundamental reforzar nuestras competencias en el manejo de ostomías, no solo para garantizar la correcta atención técnica, sino también para brindar el apoyo emocional que estos pacientes

necesitan. Su bienestar depende en gran medida de nuestra capacidad para acompañarlos y educarlos en el manejo de su condición. Sería valioso explorar iniciativas que promuevan redes de apoyo entre pacientes, espacios de escu-

cha activa o talleres que aborden estas necesidades. El trabajo conjunto puede marcar una diferencia significativa en la calidad de vida del paciente y de su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1). DNCSSyRS, Dirección Nacional de Control de la Calidad de los Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (2021) *Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-03/acciones-seg-paciente-feb-2021.pdf>
- 2). Benaim, Fortunato y Neira, Jorge (2017) "Primer Consenso de Úlceras por Presión -PriCUPP. Bases para la imple-

- mentación de un Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión". Ed Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
- 3). European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Panel (NPIAP) y Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2019). *Guía de consulta rápida Prevención y tratamiento de las úlceras y lesiones por presión*. Disponible en:

- <https://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-lesiones-por-presion-guia-de-consulta-rapida-2019/>
- 4). Valles Suárez MC, González Rodríguez M, Daunesse Pérez R, Granda Valles FJ y Díez Sojo M. (2018) "Análisis de prevención y tratamiento de las úlceras por presión". En *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud*, Vol. II, cap. 53, pp. 389-394.

Impacto de una estrategia educativa basada en la evidencia:

la consulta de enfermería en pacientes oncológicos que inician tratamiento de quimioterapia por primera vez

Ana Maria Holzmann*

Colaboradores**: García LN, Kruber A, Díaz M, Alustriza A, Duarte GE, Morales JE, Gutierrez C, Cachambi Y, Guitian, Britos M, Subelza L, Lencina D.

Hospital Italiano de La Plata

RESUMEN

El cáncer es una de las causas principales de muerte en el mundo y los efectos adversos de los tratamientos actualmente disponibles son diversos. Implementar una consulta educativa de Enfermería se plantea como una herramienta estratégica para brindar educación personalizada, que contribuye a mejorar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento, el manejo de efectos adversos, la identificación de signos de alarma y a prevenir complicaciones evitables. La consulta de enfermería previa al inicio del tratamiento con quimioterapia mejora significativamente el nivel de información del paciente, aumenta su seguridad, fortalece la autonomía y promueve una atención humanizada y eficaz.

PALABRAS CLAVE

neoplasias, tratamientos; educación; atención ambulatoria

ABSTRACT

Cancer is one of the leading causes of mortality and treatment adverse effects are diverse. Implementing an educational nursing consultation prior to the start of treatment in cancer patients improves the level of knowledge about the treatment, management of adverse effects, and identification of warning signs. Nursing consultation prior to the start of chemotherapy treatment significantly improves patient information, increases patient safety, strengthens patient autonomy, and promotes humane and effective care.

KEY WORDS

neoplasms, treatments; education; outpatient care

*Licenciada en Enfermería (Universidad Nacional de La Plata). Especialista en Enfermería Oncológica (Universidad Austral). Profesora Universitaria (Universidad Católica Argentina). Responsable del Área de Enfermería en Hospital de Día y del Área de la Central de Preparación de citostáticos, ambas del Hospital Italiano de La Plata. Miembro fundador y Vocal suplente de la Sociedad de Enfermería Oncológica Argentina (SEOA).

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las causas principales de muerte en el mundo. Según las estimaciones realizadas por el Observatorio Global del Cáncer (Globocan), de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), a partir de los datos producidos por registros de cáncer de base poblacional; en 2018 hubo 18,1 millones de casos nuevos y 9,5 millones de muertes por cáncer en el mundo (1). Respecto de los países de América Latina, Argentina se ubica en quinto lugar en términos de frecuencia, subiendo dos posiciones con respecto al año 2018 (1).

El presente trabajo de investigación tiene como propósito analizar la importancia de la consulta de enfermería en pacientes oncológicos, su contribución al proceso de cuidado y su impacto en la detección temprana de complicaciones y en la humanización de la atención.

Hay muchos tipos de tratamientos para el cáncer. La elección del indicado dependerá del tipo de cáncer y de qué tan avanzado esté. Si bien algunas personas solo toman un tipo de tratamiento, la mayoría reciben una combinación de ellos, como cirugía con quimioterapia o radioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida, o terapia con hormonas. Las células sanas también se ven afectadas por el tratamiento empleado y pueden causar efectos secundarios. Estos efectos dependen de la agresividad del tratamiento

recibido, siendo los más comunes mucositis, náuseas, vómitos, diarrea, mielosupresión, alopecia, cambios en la piel. Algunos de ellos son tan dañinos que pueden determinar la suspensión del tratamiento o incluso llevar a la muerte del paciente. Los efectos secundarios con frecuencia mejoran o desaparecen una vez finalizado el tratamiento (2,3,4).

La angustia psicológica también es un problema común durante la quimioterapia. Las experiencias angustiosas pueden provocar deterioro de la calidad de vida del paciente (4). Se estima que la calidad de vida de los pacientes con cáncer durante la quimioterapia es baja a moderada (9). Además, los pacientes con cáncer tienen necesidades insatisfechas particularmente altas durante el tratamiento, tales como la información de necesidades, necesidades psicológicas y de la vida diaria, necesidades de atención de apoyo, necesidades sexuales y de comunicación (9). Entre ellas, la información es la necesidad más frecuentemente reportada en la fase de tratamiento como insatisfecha (4,5).

En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental al brindar cuidados integrales y personalizados durante todo el proceso oncológico. La consulta de enfermería surge como un espacio de atención individualizada que permite la valoración continua del paciente, la educación sanitaria y el acompañamiento

terapéutico, favoreciendo la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

En la consulta de enfermería oncológica se genera confianza tanto para los pacientes como para el personal y para los servicios de salud. Se trata de un espacio en la comunidad dedicado a brindar información para afrontar el tratamiento de quimioterapia y el autocontrol de efectos secundarios, a menudo complejos, relacionados con el tratamiento. El personal de enfermería realiza controles de síntomas, controles de efectos secundarios, exámenes de la piel; administra tratamiento; informa, apoya y educa a pacientes y familiares (6). En un principio, la consulta de enfermería permite el primer contacto del paciente y de su familia con la enfermería. Luego de finalizar la visita en la consulta de oncología médica, sirve para acoger al enfermo en momentos de incertidumbre y desconocimiento (7,8,9,10).

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

El inicio del tratamiento quimioterápico en pacientes oncológicos representa una etapa crítica que requiere una adecuada preparación e información. Sin embargo, en el Hospital de Día del Hospital Italiano de La Plata se ha identificado que un número significativo de pacientes desconoce aspectos fundamentales relacionados con el esquema terapéutico y los

cuidados necesarios para afrontar el tratamiento. Esta situación puede afectar negativamente la adherencia, aumentar la ansiedad y favorecer la aparición de complicaciones prevenibles. En este contexto, se plantea la necesidad de implementar una consulta de enfermería específica previa al inicio de la quimioterapia, con el objetivo de brindar educación, contención y acompañamiento al paciente oncológico desde el rol profesional de enfermería que permita fortalecer el conocimiento, la autonomía y la seguridad del paciente oncológico.

Objetivo general:

- Implementar una consulta educativa de enfermería oncológica para los pacientes que inician tratamiento con quimioterapia por primera vez en el sector de Hospital de Día del Hospital Italiano de La Plata, para mejorar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento, manejo de efectos adversos e identificación de signos de alarma.

Objetivos específicos:

- Organizar y preparar los materiales educativos necesarios para la consulta de enfermería.
- Capacitar al personal de enfermería en técnicas comunicativas y educativas específicas para pacientes oncológicos.
- Realizar consultas educativas personalizadas a pacientes al inicio de su tratamiento con quimioterapia.

- Resolver dudas y anticipar posibles efectos secundarios durante las consultas para disminuir la ansiedad del paciente.
- Evaluar la satisfacción del paciente y su nivel de comprensión del tratamiento tras la consulta educativa.

Material y método:

Se realizó una revisión bibliográfica para diseñar una consulta de enfermería oncológica basada en la evidencia. Posteriormente, se elaboró un estudio cuasi experimental, antes-después sin grupo control, con enfoque cuantitativo. Participaron 2 grupos de pacientes; el grupo 1, con pacientes que realizaron solo una entrevista para medir el conocimiento; y el grupo 2, con pacientes que recibieron una consulta educativa previa a la entrevista. Se analizaron variables como conocimiento del diagnóstico, esquema de tratamiento, efectos adversos, complicaciones durante la infusión del tratamiento, gestión de medicamentos, estudios previos requeridos, valoración de acceso venoso y medicación domiciliaria.

Diseño metodológico:

1º momento: relevamiento de bibliografía pertinente.
2º momento: determinación de la población destinataria de la consulta.

PRIMER MOMENTO

Estrategia de búsqueda bibliográfica

En las bases de datos: Pubmed, Medline, Ibecs. Se establecieron las siguientes limitaciones: pacientes adultos. Las palabras claves utilizadas fueron: educación, enfermedades neoplásicas, cuidados de enfermería, consulta de enfermería, tratamiento de quimioterapia, rol de la enfermería, clínicas de día, unidades de día, hospitales de día, pacientes oncológicos, tratamiento de quimioterapia por primera vez. También se utilizaron las siguientes palabras en inglés: chemotherapy, patient/public education, nursing, cancer, anxiety, nurse-led care, nurse's practice patterns, oncologic nursing.

- **Criterios de inclusión:** artículos referidos a pacientes adultos diagnosticados con neoplasias que reciben indicación de realizar tratamiento de quimioterapia por primera vez.

- **Criterios de exclusión:** artículos referidos a pacientes menores de 18 años, adultos que están en tratamiento actual.

Resultados de la búsqueda: se encontraron 25 artículos con una antigüedad máxima de 10 años, redactados en inglés, portugués y español. Luego de un análisis e interpretación de los datos se seleccionaron solo 12 artículos, con la sistematización que se muestra a continuación:

Nº DE ARTÍCULO	AUTOR	TÍTULO	AÑO	PAÍS	REVISTA
1	Sánchez MA, Samper E, Romero A	“Experiencia de un nuevo modelo organizativo de un hospital de día oncológico”	2012	España	Metas Enferm
2	Westman B, Ullgren H, Olofsson A, Agudo I	“Patient-reported perceptions of care after the introduction of a new advanced cancer nursing role in Sweden”	2019	Suecia	Eur J Oncol Nurs
3	Oatley M, Freir M	“A nurse practitioner-led model of care improves access, early assessment and integration of oncology services: an evaluation study”	2020	Australia	Asosc. Cancer care support
4	Ayala de Calvo LE, Sepulveda-Carrillo GJ	“Care needs of cancer patients undergoing ambulatory treatment”	2017	Bogota	Enferm. Glob
5	Cruz FO, Vieira NNP, Manzi, NDM, Custodio CDS, Ferreira EB, Reis PED	“Implementação de manuais educativos na consulta de enfermagem: opinião dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica”	2017	Brasil	Enferm. UFPE
6	Prip A, Moller KA, Nielsen DL, Jardin M, Olsen MH, Danielsen AK	“The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review”	2018	Dinamarca	Cancer Nurs
7	Farrel C, Chan EA, Siuta E, Walshe C, Molassiotis A	“Communication patterns in nurse-led chemotherapy clinics”	2020	Estados Unidos	Patient Educ Couns
8	Iacorossi L, Gambalunga F, Di Muzio M, Terrenato I, El Sayed S, Ricci F, et al.	“Role and skills of the oncology nurse: an observational study”	2020	Italia	Ann Ig
9	Apor E, Conell NT, Farricy Anderson K, Barth P, Youssef R, Fenton MA,..... et al.	“Prechemotherapy Education, Reducing patient anxiety through nurse-led teaching sessions”	2017	Estados Unidos	Clinical Journal of oncology nursing
10	Berglund CB, Gustafsson E, Johansson H, Bergenmar M	“Nurse-led outpatient clinics in oncology care - Patient satisfaction, information continuity of care”	2015	Suecia	Eur J Oncol Nurs
11	Santos Tolentino GI, Cássia BettencourtI AR, Montosa da FonsecaI S	“Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial”	2019	Brasil	Rev Bras Enferm
12	Piredda M, Rocci L, Gualandi R, Petitti t, Vincenzi b, Marini MG	“Survey on learning needs and preferred sources of information to meet these needs in Italian cancer patients receiving chemotherapy”	2018	Italia	European Journal of Oncology Nursing

SEGUNDO MOMENTO

Se definen 3 criterios (PIR) para estructurar la consulta educativa de Enfermería destinada a pacientes oncológicos previa al inicio del tratamiento de quimioterapia para mejorar el nivel de conocimiento del paciente sobre su tratamiento, la comprensión de los efectos secundarios, la detección precoz y el manejo oportuno de las complicaciones derivadas del tratamiento oncológico:

(P) Población: pacientes adultos que reciben tratamiento de quimioterapia por primera vez.

(I) Intervención: implementar una consulta de enfermería previa al inicio del tratamiento con quimioterapia.

(R) Resultado: lograr que los pacientes que reciben quimioterapia por primera vez tengan un adecuado manejo de los síntomas en el domicilio y detecten rápidamente las pautas de alarma para identificar efectos secundarios severos.

Población y muestra:

La población en estudio son pacientes mayores de 18 años con diagnósticos oncológicos y oncohematológicos que recibieron indicación de realizar tratamiento de quimioterapia por primera vez. Participaron del estudio dos grupos de pacientes.

Se recabaron datos relacionados a la identidad de los pacientes:

edad, nivel de formación, convivencia y distancia del domicilio al hospital.

En cuanto al origen, pacientes de nacionalidad argentina, peruana, chilena y venezolana. La edad promedio fue de 48 años. El 39% de los pacientes vive solo; el 53% reside fuera de la ciudad de La Plata, a una distancia mayor de 100 km.

En ambos grupos participaron pacientes adultos con diagnósticos oncológicos y oncohematológicos.

Se analizaron las siguientes variables: conocimiento sobre el diagnóstico, conocimiento sobre el protocolo de quimioterapia indicado, conocimiento sobre el propósito del tratamiento indicado, conocimiento de las reacciones medicamentosas que puede padecer durante la infusión del tratamiento, conocimiento de los efectos secundarios que puede padecer debido al tratamiento, conocimiento de las complicaciones que puede padecer durante la infusión de quimioterapia, conocimiento de la medicación que tiene que tomar en el domicilio después del tratamiento; en relación al examen físico, si se realizó valoración de vasos sanguíneos y conocimiento sobre los tipos de catéteres venosos para la administración del tratamiento, conocimiento sobre la comprensión de los pasos establecidos para la administración y obtención de los medicamentos oncológicos conforme a los protocolos de la institución.

RESULTADOS

Sánchez et al. y Pierda et al. (2) identificaron las necesidades de aprendizaje que tenían los pacientes que recibían quimioterapia, la cantidad de información deseada y los métodos preferidos de entrega de información en un hospital de Italia. La gran mayoría de los pacientes deseaba recibir la mayor cantidad de información posible sobre la enfermedad (81,5%), los efectos secundarios de la quimioterapia y su manejo (83,3%). Coinciden con Ayala de Calvo et al. cuando señalan que el 95% de los pacientes entrevistados en su estudio manifestó la necesidad de conocer sobre los efectos del tratamiento y los cuidados en su domicilio. En relación a esto, remarcan el peligro, en el caso de los pacientes de alto riesgo, de desatender dicha necesidad, ya que esto puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento, el estado de salud y la calidad de vida. Estos datos señalan la necesidad de la creación e implementación de una consulta de enfermería informativa previa para los pacientes que reciben indicación de tratamiento con quimioterapia. Estos autores, al igual que Oatley et al. y Santos Tolentinol et al; (4) describen otra necesidad que se percibe: conocer el nivel educativo del paciente. Sostienen que este es un factor importante para orientar el abordaje profesional, considerando que la comunicación es el centro de la relación enfermero-paciente (1)(3)(11)(12)(13).

La fuente preferida de ayudas educativas fue el oncólogo (93,6%), seguido de la enfermera oncológica (67,7%). La mayoría de los pacientes prefirieron recibir información sobre los efectos secundarios de la quimioterapia y su manejo personalmente, pero junto con sus familiares (58,3%). El 37% prefirió recibir dicha información solos y solo el 2,8% manifestó el deseo de que la información se diera a los familiares y luego los familiares les informaran. La gran mayoría de los pacientes (84%) manifestaron su deseo de ser informados sobre los efectos secundarios antes de recibir el primer ciclo de quimioterapia. El 99.1% de los pacientes prefirió recibir la información en forma oral, y un 61.1% de los pacientes en forma oral y escrita, como folletos y panfletos. Este último resultado se relaciona con el estudio de Cruz et al. (6) que destaca la importancia del uso de manuales didácticos como estrategia de educación en salud en los pacientes que realizan tratamiento de quimioterapia por primera vez. Estos manuales definen los efectos adversos posibles y describen los cuidados en el domicilio (5,13). Oatley et al. y Apor et al. (4) analizan el motivo de consulta a demanda, que muestra que el motivo más común de consulta fue el control de los síntomas (n = 173, 51%), seguido de la educación sobre el tratamiento (n = 61, 18%). Por lo tanto, también coincide en que la implementación del modelo de atención dirigido por el personal de enfermería a través de

una consulta rápida, previo al inicio del tratamiento, ha reducido las visitas al servicio de urgencias a demanda y ha mejorado el manejo de los síntomas significativamente informados por los pacientes después de la introducción del nuevo rol.

Antes de la sesión dirigida por enfermeras, 95 pacientes informaron que entendían su programa de tratamiento “en su mayor parte” o “completamente”. Después de la sesión dirigida por enfermeras, aumentó a 159. Solo 59 pacientes informaron haber entendido cómo tomar los medicamentos para las náuseas “en su mayor parte” o “completamente” antes de la sesión dirigida por enfermeras. Después de la sesión de enseñanza, esto aumentó a 149 (6) (9)(12)(13).

Farrel et al. (8) y Berglund et al. (11) señalan que el personal de enfermería necesita una capacitación adicional para integrar los elementos biopsicosociales en la educación/capacitación en comunicación; para esto Iacorossi et al. comprobaron en su estudio que el personal de enfermería que trabaja en un entorno de atención oncológica ha desarrollado un buen nivel de competencias clínicas (8). Aquí hace referencia a que es necesario la capacitación del personal para emprender este nuevo rol de enfermería en la consulta de acogida.

Finalmente Berglund et al. analizaron que la satisfacción de los pacientes con las clínicas dirigidas por personal de enfermería se mantuvo estable en el tiempo,

con cifras generalmente altas. Aproximadamente la mitad de los pacientes deseaban más información y la “satisfacción con la información” de los pacientes estaba por debajo de 70, en una escala de 0 a 100, lo que reflejaba un margen de mejora con respecto a la información (10)(11).

Santos Tolentinol et al. describen la construcción y validación del contenido de un instrumento para consultas de enfermería en un ámbito ambulatorio de quimioterapia en pacientes adultos para una consulta previa al inicio del tratamiento con quimioterapia. Para la construcción del instrumento se consideraron los siguientes ítems: dimensiones física, funcional, emocional, social y espiritual del paciente oncológico. Las dimensiones psicobiológicas, psicoespirituales y psicosocial no siguieron una secuencia de clasificación y se desestimaron del instrumento (12).

En el total de los pacientes se observó que el 53 % reside fuera de la ciudad de La Plata, a más de 100 km de distancia, y el 39% vive solo. En el grupo 1 se registraron los siguientes resultados: el 89% de los pacientes conoce su diagnóstico; sin embargo, solo el 47% conoce el protocolo de quimioterapia indicado, el 27% lo desconoce y el 26% lo conoce parcialmente. El 71% comprende el propósito del tratamiento, aunque únicamente el 40% reconoce las posibles reacciones medicamentosas que pueden presentarse durante la infusión. El 62% manifiesta conocer los efectos secundarios del

tratamiento y el 40% refiere conocer las posibles complicaciones durante la infusión. Asimismo, el 72% de los pacientes presenta indicación de medicación oral domiciliaria posterior al tratamiento, pero solo el 54% identifica correctamente cuál es, mientras que el 46% lo desconoce. En relación con el examen físico, solo al 10% de los pacientes se les realizó una valoración de los vasos sanguíneos previa al tratamiento, y el 94% desconoce los tipos de catéteres venosos utilizados para la administración del mismo. Por otra parte, el 71% tiene indicación de realizar estudios previos al inicio del tratamiento, aunque el 34% no sabe cuáles son.

Finalmente, únicamente el 46% de los pacientes comprendió los pasos administrativos necesarios para la obtención y administración de los medicamentos oncológicos dentro de la institución.

En el grupo 2 se observó que los pacientes que recibieron la consulta de enfermería oncológica presentaron un mayor nivel de comprensión y conocimiento acerca de su tratamiento. El 96% de los pacientes conoce su diagnóstico, el 82% reconoce el protocolo de quimioterapia indicado y el 90% comprende el propósito del tratamiento.

La totalidad de los pacientes (100%) manifestó conocer las posibles reacciones medicamentosas, los efectos secundarios y las complicaciones que pueden presentarse durante la infusión del tratamiento. El 85% tiene indicación de medicación oral domici-

liaria posterior al tratamiento y el 95% conoce cuál es esa medicación; el 5% restante la desconoce, en su mayoría pacientes de edad avanzada asistidos por un adulto responsable.

En cuanto al examen físico, el 96% refirió haber recibido valoración de los vasos sanguíneos y conocer los tipos de catéteres venosos utilizados para la administración del tratamiento. El 82% indicó tener estudios previos al inicio de la terapia, y el 92% refirió saber cuáles son. Finalmente, el 78% comprendió adecuadamente los pasos administrativos necesarios para la obtención y administración de los medicamentos oncológicos.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio permitió comparar el nivel de conocimiento y comprensión que poseen los pacientes oncológicos sobre su tratamiento antes y después de la intervención de enfermería. Los resultados evidencian diferencias significativas entre ambos grupos. En el grupo preintervención (Grupo 1), se observaron notables déficits de información: solo el 65% de los pacientes conocía su diagnóstico, el 28% identificaba el protocolo de quimioterapia y apenas el 26% comprendía el propósito del tratamiento. Asimismo, el conocimiento sobre efectos adversos, indicaciones domiciliarias y aspectos administrativos fue limitado o nulo en la mayoría de los casos.

Por el contrario, tras la implementación de la consulta de en-

fermería oncológica, los pacientes del grupo post-intervención (Grupo 2) demostraron un nivel sustancialmente superior de comprensión. El 96% conocía su diagnóstico, el 82% identificaba el protocolo, y el 90% comprendía el propósito del tratamiento. Además, el 100% refirió haber recibido información sobre reacciones medicamentosas y efectos adversos, y el 95% conocía la medicación domiciliaria indicada. También se evidenció una mejora en el conocimiento de procedimientos previos, dispositivos de acceso venoso y trámites administrativos.

Estas diferencias reflejan el impacto positivo de la intervención educativa brindada por el personal de enfermería oncológica. La consulta permitió personalizar la información, resolver dudas y brindar contención emocional, aspectos fundamentales para mejorar la adherencia terapéutica y fomentar el autocuidado. Además, se destaca el rol proactivo del profesional de enfermería como agente facilitador en el proceso de enseñanza-aprendizaje del paciente, promoviendo una participación activa y consciente en su tratamiento.

En síntesis, los datos obtenidos validan la importancia de incorporar sistemáticamente la consulta de enfermería en el abordaje integral del paciente oncológico, no sólo como apoyo técnico, sino como una estrategia clave para garantizar la seguridad, la comprensión y la humanización del cuidado.

CONCLUSIÓN

La implementación de la consulta de enfermería oncológica demostró ser una herramienta efectiva para mejorar la comprensión y el conocimiento de los pacientes acerca de su tratamiento quimioterápico. La comparación entre los grupos evidenció un incremento significativo en la identificación del diagnóstico, el reconocimiento del protocolo terapéutico, la comprensión del propósito del trata-

miento y el conocimiento sobre las reacciones adversas, efectos secundarios y procedimientos administrativos. Estos resultados ponen de manifiesto el valor de la intervención educativa de la enfermería como estrategia clave para fortalecer la comunicación entre el equipo de salud y el paciente, favorecer la adherencia terapéutica y promover la seguridad durante todo el proceso de

atención oncológica. La consulta de enfermería no solo optimiza la transmisión de información, sino que también fomenta la autonomía, el autocuidado y la confianza del paciente frente a su tratamiento. Su incorporación sistemática en los servicios oncológicos contribuye a consolidar un modelo de atención centrado en la persona, integral y humanizado.

ANEXOS DE INSTRUMENTOS DEL PLAN DE CUIDADOS

ANEXO 1: Entrevista de diagnóstico para detectar el nivel de conocimiento de los pacientes

IDENTIFICACIÓN	Apellido y Nombre:						
	Nº de DNI:						
	Estado civil:						
	Nacionalidad:						
	Distancia entre el centro de atención y domicilio:						
	¿Tiene hijos?		SI	NO	¿Cuántos?		
	¿Con quién convive?						
	Estudios alcanzados		PRI M	SEC	TER	UNI V	¿Completo?:
	Ocupación:						
	Nº de HC:						
	Tel de contacto:						
	Apellido y Nombre del acompañante:						
	Tel de contacto:						
	INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO	Conoce diagnóstico:		SI	NO	MÁS O MENOS	Nombre:
Protocolo de quimioterapia:		SI	NO	MÁS O MENOS	Nombre:		
Propósito del tratamiento:		SI	NO	MÁS O MENOS	¿que conoce?		
Conocimiento de reacciones adversas:		SI	NO	MÁS O MENOS	¿que conoce?		
	Conocimiento de efectos secundarios		SI	NO	MÁS O MENOS	¿que conoce?	
	Conocimiento de complicaciones durante la administración de quimioterapia		SI	NO	MÁS O MENOS	¿que conoce?	
	Indicación de medicación vía oral		SI	NO	NO SABE	¿Cuál?	
EXAMEN FÍSICO	Evaluación de vasos sanguíneos		SI	NO	NO SABE	Estado:	
	Sugerencia de acceso venoso central		SI	NO	NO SABE	Tipo de cvc sugerido:	
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	Solicitud de estudios previos al dia que va a realizar el tratamiento de quimioterapia		SI	NO	NO SABE	¿Cuáles?	
¿Comprende los pasos administrativos para la administración y obtención de los medicamentos oncológicos?						☐ sí ☐ no ☐ más o menos	
Modo en que prefiere recibir la información			☐ En papel y verbal ☐ Virtual y en papel ☐ En papel, virtual y papel				

Extraído y adaptado de: Santos Tolentino GI, et al. Ayala de Calvo LE, et al. Oatley M, et al.

ANEXO 2: Consulta de Enfermería Oncológica

Datos del paciente			
Apellido:	Nombre:	DNI:	Edad:
Nacionalidad:		Cel de contacto del pte:	
Distancia entre el centro de atención y domicilio:			
Estado civil:	Tiene hijos :	¿Cuántos?	¿Con quién convive?
Estudios alcanzados: ☐ primario ☐ secundario ☐ terciario ☐ universitario		Ocupación:	
Apellido y Nombre del cuidador responsable:		N° de contacto:	
Diagnóstico:		Tratamiento/protocolo:	
Información sobre enfermedad y tratamiento: guía de temas para abordar la consulta. (Marcar Si o No si se trataron en la consulta)			
Conocimiento del diagnóstico		Si	No
Conocimiento del protocolo de quimioterapia indicado		Si	No
Propósito del tratamiento indicado: cómo actúa la medicación en su organismo		Si	No
¿Conoce las reacciones medicamentosas que puede padecer durante la infusión del tratamiento?		Si	No
¿Conoce los efectos secundarios que puede padecer debido al tratamiento?		Si	No
¿Conoce las complicaciones que puede padecer durante la infusión de quimioterapia?		Si	No
¿Tiene indicación de tomar medicación vía oral?		Si	No
¿Conoce cuál es la medicación que tiene que tomar en su casa?		Si	No
¿Comprendió los pasos administrativos para la administración y obtención de los medicamentos oncológicos?		Si	No
Relacionado al Examen físico			
¿Se realizó valoración de vasos sanguíneos?		Si	No
¿Se explicaron tipos de catéteres venosos centrales?		Si	No
Relacionado a Estudios complementarios			
¿Tiene indicación de realizar estudios previos el día del tratamiento?		Si	No
¿Conoce qué estudios son?		Si	No

Observaciones:
Extraído y adaptado de: Santos Tolentino GI, et al. Ayala de Calvo LE, et al. Oatley M, et al.

Anexo 1: Fichas de lectura crítica de la evidencia

Título (1)	Experiencia de un nuevo modelo organizativo de un hospital de día oncológico
Autor/es	Sanchez MA, Samper E, Romero A
Revista	Metas Enferm
Año	2012
Idioma	Español
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Presentar un cambio organizativo realizado en un HD, en el que se ha empleado la filosofía de centrar la atención sanitaria en el paciente, para proporcionar un entorno mucho más amigable, una organización más empática y una mejor gestión de los recursos, junto con una mayor implicación de las enfermeras en la gestión de los cuidados
Población	Enfermeras del Hospital Quirónsalud Infanta Luisa de Sevilla España
Análisis metodológico	Implementación de la creación de una Consulta de Acogida de Enfermería para recibir a los pacientes que acuden al HD por primera vez;
Aporte de contenido	Las consultas atendidas por una enfermera y creación de un informe de cuidados favorecen la atención de los pacientes, la continuidad del tratamiento
Limitaciones del estudio	Enfermería/oncología/recursos/organización

Título (2)	Patient-reported perceptions of care after the introduction of a new advanced cancer nursing role in Sweden
Autor/es	Westman B, Ullgren H, Olofsson A, Agudo I
Revista	Eur J Oncol Nurs
Año	2019
Idioma	Inglés
Tipo de estudio	Análítico transversal
Objetivo	Comparar la percepción de los pacientes sobre la atención, antes y después de la introducción de un nuevo rol de enfermería avanzada, la enfermera de contacto de coordinación en un consultorio.
Población	Todos los pacientes adultos diagnosticados con cáncer (ginecológicos, hematológicos, de cabeza y cuello, gastrointestinales superiores)
Análisis metodológico	Se realizaron encuestas de satisfacción a los pacientes seleccionados a cerca de la introducción del rol de enfermera especialista en la atención de los pacientes en las clínicas de día en la región el año anterior y un año después de la nueva introducción
Aporte de contenido	Los resultados y los datos de seguimiento muestran mejoras estadísticamente significativas informadas por los pacientes después de la introducción del nuevo rol de enfermería.
Limitaciones del estudio	Adulto/anciano/mujer/humano/hombre/mediana edad

Título (3)	A nurse practitioner-led model of care improves access, early assessment and integration of oncology services: an evaluation study
Autor/es	Oatley M, Freir M
Revista	Asosc. Cancer care support
Año	2020
Idioma	Inglés
Tipo de estudio	Estudio de evaluación
Objetivo	Investigar si un modelo de atención dirigido por enfermeras practicantes podría mejorar la integración del servicio de oncología y reducir las visitas al hospital
Población	Pacientes que realizan tratamiento oncológico en una unidad de día
Análisis metodológico	El motivo más común de consulta fue el control de los síntomas seguido de la educación sobre el tratamiento.
Aporte de contenido	La implementación del modelo de atención dirigido por enfermeras practicantes a través de una consulta rápida de enfermería por primera vez antes del tratamiento ha reducido las visitas al servicio de urgencias, ha mejorado el manejo de los síntomas y ha simplificado las consultas telefónicas de los pacientes. El nivel educativo es un factor importante para orientar el abordaje profesional, considerando que la comunicación es el centro de la relación enfermero paciente.
Limitaciones del estudio	Adulto/mujer/Humano/hombre/mediana edad

Título (5)	Implementação de manuais educativos na consulta de enfermagem: opinião dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica
Autor/es	Cruz FO, Vieira NNP, Manzi, NDM, Custodio CDS, Ferreira EB, Reis PED
Revista	Rev Enferm
Año	2017
Idioma	Portugués
Tipo de estudio	Prospectivo, transversal, prospectivo con abordaje cualitativo
Objetivo	Conocer la opinión de los pacientes sobre la implementación de manuales educativos durante la consulta de enfermería previa al tratamiento de quimioterapia
Población	Pacientes sometidos a la infusión del primer ciclo de quimioterapia
Análisis metodológico	Fueron entrevistados 22 pacientes sometidos a la infusión del primer ciclo de quimioterapia. Los encuestados recibieron los manuales de orientación durante una consulta de enfermería presencial y respondieron a una entrevista. Todas las encuestas consideraron la pertinencia de los manuales didácticos ofrecidos, especialmente en relación a la prevención y control de signos y síntomas, y por ser un material que se puede encontrar en casa
Aporte de contenido	El conocimiento de las opiniones de los participantes permitió identificar que el manual aclaró las dudas de los pacientes y familiares, los orientó sobre los cuidados específicos y necesarios durante el tratamiento de quimioterapia, lo que destaca la importancia de los manuales didácticos como estrategia de educación en salud. Estos manuales explican los diferentes efectos adversos y dan pautas al paciente y cuidadores sobre el manejo en el domicilio.
Limitaciones del estudio	Adolescentes/adultos/anciano/mujer/humano/hombre

Título (7)	Communication patterns in nurse-led chemotherapy clinics
Autor/es	Farrel C, Chan EA, Siuta E, Walshe C, Molassiotis A
Revista	Patient Educ Couns
Año	2020
Idioma	Inglés
Tipo de estudio	Cualitativo-Cuantitativo
Objetivo	Determinar los patrones de comunicación enfermera-paciente para satisfacer las necesidades informativas de los pacientes
Población	Enfermeras en el Reino Unido que trabajan en clínicas de día en administración de quimioterapia
Análisis metodológico	Las enfermeras respondieron positivamente a las señales informativas, pero no a las señales psicosociales. Las consultas más largas se asociaron con más señales informativas, pero no con comportamientos de respuesta a señales de las enfermeras. Surgieron cuatro temas principales: desafíos/opportunidades para la comunicación centrada en la persona en contextos biomédicos; el "mundo de la vida" de los pacientes versus el "mundo médico"; comunicación tripartita: enfermera, paciente y familia; Implicaciones de la continuidad de la atención
Aporte de contenido	Se necesita una capacitación adicional para integrar los elementos biopsicosociales en la educación/capacitación en comunicación. Se requiere una planificación cuidadosa para asegurar la continuidad y uso eficaz del tiempo para la atención centrada en la persona.
Limitaciones del estudio	Adulto/mujer/humano/hombre/mediana edad

Título (4)	Care needs of cancer patients undergoing ambulatory treatment
Autor/es	Ayala de Calvo LE, Sepulveda-Carrillo GJ
Revista	Enferm Global
Año	2017
Idioma	Inglés
Tipo de estudio	Transversal
Objetivo	Caracterizar las necesidades de cuidado de la salud de pacientes con cáncer en algunas unidades ambulatorias del país de Bogotá
Población	Pacientes adultos que asistían a tratamiento ambulatorio de quimioterapia
Análisis metodológico	Se utilizó una muestra de 173 pacientes de tres hospitales diferentes, mediante el uso de la Encuesta de Necesidades. Casi la mitad de los pacientes (46, 95%) necesita de cuidado. La identificación de las necesidades de cuidado es especialmente importante en el caso de los pacientes con alto riesgo de tenerlas desatendidas porque éstas pueden afectar negativamente la adherencia al tratamiento, el estado de salud y calidad de vida. Un cuestionario como el que fue empleado en este estudio permite a las enfermeras identificar las necesidades de cuidado adecuado de los pacientes.
Aporte de contenido	Permite conocer las necesidades de conocimiento sobre los efectos del tratamiento y los cuidados a los pacientes que realizan tratamiento de quimioterapia ambulatorio, conocer las complicaciones derivadas de los efectos secundarios.
Limitaciones del estudio	Pacientes/adultos/necesidades/cuidados

Título (6)	The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review.
Autor/es	Prip A, Moller KA; Nielsen DL, Järnín M, Olsen MH, Danielsen AK
Revista	Cancer Nurs
Año	2018
Idioma	Inglés
Tipo de estudio	Revisión sistemática de la literatura
Objetivo	Resumir la literatura sobre las experiencias y la necesidad de relaciones y comunicación de los pacientes adultos con los profesionales de la salud durante la quimioterapia en el entorno ambulatorio de oncología.
Población	Pacientes con cáncer que llevan a cabo tratamiento oncológico en un entorno ambulatorio.
Análisis metodológico	Se incluyeron nueve estudios, cualitativos (n = 5) y cuantitativos (n = 4). Los estudios identificaron que la relación entre los pacientes y los profesionales de la salud era importante para la capacidad de los pacientes para hacer frente al cáncer y tiene un impacto en la satisfacción de la atención, que la esperanza y la positividad son tanto una necesidad como una estrategia para los pacientes con cáncer y fueron facilitadas por profesionales de la salud, y que las visitas a la clínica ambulatoria enmarcaron e influyeron en la comunicación y las relaciones.
Aporte de contenido	La relación y la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud en el ámbito ambulatorio fueron absolutamente importantes para la capacidad de los pacientes para hacer frente al cáncer.
Limitaciones del estudio	Adulto/anciano/mujer/humano/hombre/mediana edad

Título (8)	Role and skills of the oncology nurse: an observational study
Autor/es	Iacorossi L, Gambalunga F, Di Muzio M, Terrenato I, El Sayed S, Ricci F, et al.
Revista	Ann Ig
Año	2020
Idioma	Inglés
Tipo de estudio	Descriptivo
Objetivo	Analizar a través de la escala de competencias de enfermería el nivel de competencias de las enfermeras que actúan en entornos oncológicos
Población	Enfermeras que trabajan en una unidad de día
Análisis metodológico	La muestra estuvo compuesta por 65 enfermeros (93%) y 5 jefes de enfermería (7%), con una media de edad de 41,8 años, predominantemente del sexo femenino (80%), con una antigüedad media de 17,2 años en unidades de oncología. La Escala de Competencia de Enfermería mostró un alto nivel de competencia en todas las dimensiones
Aporte de contenido	Las enfermeras que trabajan en un entorno de atención oncológica han desarrollado un buen nivel de competencias clínicas. Se resalta la importancia de los cuidados de enfermería en el área de oncología, aumentará la demanda tanto de los pacientes como de las organizaciones de cuidados de enfermería de alta calidad, mejorando consecuentemente la profesión de enfermería.
Limitaciones del estudio	Adulto/femenino/humanos/masculinos

Título (9)	Prechemotherapy Education Reducing patient anxiety through nurse-led teaching sessions
Autor/es	Apor E, Conell NT, Farricy Anderson K, Barth P, Youssef R, Fenton MA,..... et al.
Revista	CLINICAL JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING
Año	2017
Idioma	Ingles
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	El objetivo fue evaluar el efecto de una sesión de enseñanza de quimioterapia dirigida por enfermeras sobre el conocimiento, la ansiedad y la preparación de los pacientes para la terapia dirigida contra el cáncer.
Población	personas de 18 años o más, que tenían planeado iniciar la quimioterapia y estaban programadas para una sesión educativa de prequimioterapia
Análisis metodológico	Los investigadores desarrollaron una encuesta y un grupo especializado de oncólogos en ejercicio la revisó para evaluar el efecto de un plan de estudios específico sobre quimioterapia.
Aporte de contenido	Este estudio proporciona evidencia de que una sesión de enseñanza de quimioterapia dirigida por enfermeras realizada después de la discusión inicial con el médico pero antes del inicio de la quimioterapia mejora el conocimiento percibido de los pacientes sobre los programas de tratamiento, los efectos adversos anticipados y el manejo de estas complicaciones.
Limitaciones del estudio	personas menores de 18 años, personas con tratamiento activo de quimioterapia

Título (10)	Nurse-led outpatient clinics in oncology care Patient satisfaction, information and continuity of care
Autor/es	Berglund CB, Gustafsson E, Johansson H, Bergenmar M
Revista	Eur J Oncol Nurs
Año	2015
Idioma	Ingles
Tipo de estudio	Prevalencia
Objetivo	Investigar la satisfacción de los pacientes con las clínicas dirigidas por enfermeras, la percepción de los pacientes sobre la información recibida y las asociaciones entre la continuidad de la atención y la satisfacción con la información
Población	Pacientes después de que asistieran a una clínica dirigida por enfermeras en el Departamento de Oncología del Hospital Universitario Karolinska
Análisis metodológico	Más del 90% calificó el trato interpersonal de las enfermeras y la atención en la clínica como "bueno", el tiempo de espera como "aceptable" y la duración de las citas como "suficiente". Más del 90 % respondió que era importante conocer a la misma enfermera y el 62 % informó que en realidad lo hizo y el 52 % afirmó que se le asignó una enfermera designada como "completamente" suficiente. Sin embargo, el 48% expresó deseo de más información "durante la enfermedad actual". No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la "satisfacción con la información " y la continuidad de la atención.
Aporte de contenido	La satisfacción de los pacientes con las clínicas dirigidas por enfermeras se mantuvo estable en el tiempo con cifras generalmente altas, con la excepción de la continuidad de la atención y la información, áreas en las que se necesitan mejoras
Limitaciones del estudio	Adulto / Anciano / Femenino / Humanos / Masculino / Media edad

Título (11)	Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatoria]
Autor/es	Santos Tolentino GI, Cássia Bettencourt] AR, Montosa da Fonseca] S
Revista	Rev Bras Enferm [Internet]
Año	2019
Idioma	Portuguez
Tipo de estudio	Revisión sistemática de la literatura
Objetivo	Construir y validar el contenido de un instrumento para consultas de enfermería en un ámbito ambulatorio de quimioterapia en pacientes adultos
Población	Enfermeros que trabajan en clínicas de día
Análisis metodológico	Los instrumentos fueron evaluados por separado, observándose una tasa de concordancia en prácticamente todos los criterios e ítems
Aporte de contenido	Para la construcción del instrumento se consideraron los siguientes ítems: dimensiones física, funcional, emocional, social y espiritual del paciente oncológico. Las dimensiones psicobiológicas, psicoespirituales y psicosocial no siguieron una secuencia de clasificación.
Limitaciones del estudio	Ausencia de estudios sobre las dimensiones del cuidado parental y conciencia oncológica objetivamente y prueba de instrumentos

Título (12)	Survey on learning needs and preferred sources of information to meet these needs in Italian cancer patients receiving chemotherapy
Autor/es	Piredda M, Rocci L, Gualandi R, Pettiti t, Vincenzi b, Marinis MG
Revista	European Journal of Oncology Nursing
Año	2018
Idioma	Italiano
Tipo de estudio	Transversal
Objetivo	Identificar las necesidades de aprendizaje, la cantidad de información deseada y los métodos preferidos de entrega de información de los pacientes de cáncer italianos que reciben quimioterapia
Población	pacientes adultos consecutivos ingresados en el área de oncología
Análisis metodológico	Se realizó una entrevista que incluía 11 preguntas que cubrían las necesidades de información sobre la enfermedad, las posibilidades de recuperación, los posibles tratamientos, los efectos secundarios de la quimioterapia y la trayectoria de la enfermedad. La gran mayoría de los pacientes deseaba recibir la mayor cantidad de información posible sobre la enfermedad (81,5 %), posibilidad de recuperación (84,3 %), posibles tratamientos (81,5 %), efectos secundarios de la quimioterapia y su manejo (83,3 %) y trayectoria de la enfermedad (77,8%) La fuente preferida de ayudas educativas fue el oncólogo (93,6%), seguido de la enfermera oncológica (67,7%), el médico general (46,4%), familiares (32,4%), amigos (28,7%) y otros pacientes (27,8%). La mayoría de los pacientes prefirieron recibir información sobre los efectos secundarios de la quimioterapia y su manejo personalmente, pero junto con sus familiares (58,3 %), el 37 % prefirió recibir dicha información solos y solo el 2,8 % manifestó el deseo de que la información se diera a los familiares y luego los familiares les informaran. La gran mayoría de los pacientes (84%) manifestaron su deseo de ser informados sobre los efectos secundarios antes de recibir el primer ciclo de quimioterapia. Para recibir información sobre los efectos secundarios de la quimioterapia y su manejo fue (Figura 1) conversación oral (99,1%), seguido de información escrita, como folletos y panfletos (61,1%)
Aporte de contenido	El método preferido para recibir información sobre los efectos secundarios de la quimioterapia fue la conversación oral, seguida de la información escrita. Los pacientes prefirieron recibir información del oncólogo, seguido de la enfermera de oncología y el médico general. La mayoría de los encuestados prefirieron estar informados antes de recibir el primer ciclo de quimioterapia. El 12,6% afirmó tener algún problema de lectura; El 53,7% de estos pacientes tenían dificultades para leer fuentes de tamaño pequeño; sin embargo, el 80,2% podía leer bien con la ayuda de lentes/gafas. Los pacientes que refirieron tener alguna deficiencia auditiva fueron solo el 6,7%. Aspecto importante a tener en cuenta al momento de diseñar el instrumento educativo.
Limitaciones del estudio	Encuesta a pequeña escala destinada a investigar las necesidades de aprendizaje de los pacientes con cáncer de una sola institución con el fin de planificar un proyecto educativo a la medida de ellos. La proporción de hombres en la muestra de encuestados fue mayor que la de mujeres y el tamaño total de la muestra fue pequeño. Además, los encuestados no fueron estratificados según los sitios del tumor, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico o los tratamientos actuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional del Cáncer, *Estadística e Incidencia del cáncer* 2020. Disponible en: www.argentina.gob.ar
2. Sánchez MA, Samper E, Romero A. "Experiencia de un nuevo modelo organizativo de un hospital de día oncológico". *Metas Enferm* 2012; 7:8-12.
3. Westman B, Ullgren H, Olofsson A, Agudo I. "Patient-reported perceptions of care after the introduction of a new advanced cancer nursing role in Sweden". *Eur J Oncol Nurs* 2019; 41:41-48.
4. Oatley M, Freir M. "A nurse practitioner-led model of care improves access, early assessment and integration of oncology services: an evaluation study. Asosc". *Cancer care support* 2020; 10:5023-5029.
5. Ayala de Calvo LE, Sepulveda-Carrillo GJ. "Care needs of cancer patients undergoing ambulatory treatment". *Enferm Glob* 2017; 16:69-89.
6. Cruz FO, Vieira NNP, Manzi, NDM, Custodio CDS, Ferreira EB, Reis PED. "Implementação de manuais educativos na consulta de enfermagem: opinião dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica". *Rev Enferm* 2017; 11:12-21.
7. Prip A, Moller KA, Nielsen DL, Jardin M, Olsen MH, Danielson AK. "The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review". *Cancer Nurs* 2018; 5:11-22.
8. Farrel C, Chan EA, Siuta E, Walshe C, Molassiotis A. "Communication patterns in nurse-led chemotherapy clinics". *Patient Educ Couns* 2020; 8:1538-1545.
9. Iacorossi L, Gambalunga F, Di Muzio M, Terrenato I, El Sayed S, Ricci F, et al. "Role and skills of the oncology nurse: an observational study". *Ann Ig* 2020; 1:27-37.
10. Apor E, Conell NT, Farricy Anderson K, Barth P, Youssef R, Fenton MA, et al. "Prechemotherapy Education, Reducing patient anxiety through nurse-led teaching sessions". *Clinical Journal of oncology nursing* 2017; 22:(1) 76-82.
11. Berglund CB, Gustafsson E, Johansson H, Bergenmar M. "Nurse-led outpatient clinics in oncology care - Patient satisfaction, information and continuity of care". *Eur J Oncol Nurs* 2015; 6:24-30.
12. Santos Tolentino GI, Cássia BettencourtI AR, Montosa da FonsecaI. "Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial". *Rev Bras Enferm* 2019; 72(2):409-417.
13. Piredda M, Rocci L, Gualandi R, Petitti T, Vincenzi B, Marinis M.G. "Survey on learning needs and preferred sources of information to meet these needs in Italian cancer patients receiving chemotherapy". *European Journal of Oncology Nursing* (2018) 12:120-126.
14. *Guía del paciente oncológico*, Hospital universitario Quirón Salud, Madrid HUQM32.3/A023 Versión 1 Activación 22/11/2021.

Adecra+Cedim llevó adelante la XXIX Jornada de Enfermería

Transformando la Enfermería: nuevas perspectivas y prácticas

Los días 11 y 12 de noviembre, en formato virtual, más de 8.000 personas siguieron la transmisión, entre estudiantes y profesionales de distintos puntos de Argentina y otros países. Recientemente, la Jornada fue declarada de “interés académico” por la Universidad de Buenos Aires.

Adecra+Cedim, a través de su Comisión de Enfermeros de Gestión y la Revista VEA (Visión de Enfermería Actualizada), concretó una nueva edición de este evento que ya se consolidó como una cita obligada para la comunidad de Enfermería, tanto en Argentina como en la región.

Más de 17 referentes de distintas instituciones a nivel nacional, además de la participación internacional desde la Universidad de

los Andes (Chile), expusieron a lo largo de dos encuentros. El día 1, en la Jornada de Enfermería en Adultos, y el día 2, en la Jornada de Enfermería Neonatal y Pediátrica. Cabe resaltar que este año la Universidad de Buenos Aires declaró de “interés académico” a las Jornadas de Enfermería de Adecra+Cedim, un reconocimiento que reafirma su valor como espacio de formación, intercambio y actualización profesional, y que le dio a

esta edición del evento un marco especial.

Asimismo, por primera vez la Jornada incorporó una orientación específica en contenidos pediátricos, ratificando la importancia de la continuidad de los cuidados desde los primeros días de vida a lo largo de todas las etapas de la vida.

Durante la apertura, la Hermana Mercedes Zamuner, presidenta de la Comisión de Enfermeros

de Gestión de la cámara, subrayó que el principal objetivo del encuentro es “aportar contenidos que puedan ser de ayuda para mejorar nuestros conocimientos y nuestra práctica”.

En su mensaje, destacó que la gestión de los departamentos de enfermería “depende en gran medida de contar con los planteles adecuados para garantizar un cui-

dado de calidad y personalizado”, y reflexionó sobre el rol de la inteligencia artificial como “herramienta de apoyo”, sin perder nunca el vínculo humano con el paciente.

“La IA no puede ser nunca un medio que nos aisle del contacto directo con el paciente, ya que el vínculo enfermero-paciente es esencial para la labor profesional”, remarcó Zamuner, quien también

hizo hincapié en la continuidad de los cuidados y la rehabilitación como tareas centrales.

Por su parte y también durante la apertura, Silvia Monet, gerente general de Adecre+Cedim, resaltó que el compromiso de la cámara con la enfermería radica en entenderla como “una tarea fundamental, que amalgama al resto de los servicios prestacionales”.

DÍA 1. Enfermería en Adultos



Día 1. **Apertura.** De izquierda a derecha Hna Mercedes Zamuner, Cp. Silvia Monet



Día 1. **Mesa 1.** De izquierda a derecha Lic. María José Herrguth, Lic. Miguel Héctor Cabral, Lic. Elena Susana Juani y Lic. Erika Johana Quisbert



Día 1. **Mesa 1-2.** De izquierda a derecha Lic. María José Herrguth, Lic. Beatriz Ríos y Lic. Gladys García.

La primera jornada estuvo orientada a la enfermería en adultos, con un abordaje centrado en la continuidad de los cuidados y el seguimiento del paciente en la consulta, los desafíos y oportunidades de la inteligencia artificial, y el rol de la rehabilitación en el tercer nivel de atención.

En la mesa sobre continuidad de cuidados y seguimiento en la consulta de enfermería, y en re-

presentación del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Miguel Cabral, supervisor de IC, Hipertensión Pulmonar y Trasplante; Elena Juani, supervisora de Enfermería en Diabetes; y Erika Quisbert, supervisora en Heridas y Lesiones por Presión, compartieron experiencias en torno al acompañamiento de pacientes con trasplante cardíaco, diabetes y heridas crónicas, remarcando

el valor de la educación como base del tratamiento y destacando la importancia de procesos y/o herramientas como el “modelo de seguimiento integral” y la “evaluación y vigilancia postquirúrgica”.

Beatriz Ríos, orientadora Prequirúrgica en el Sanatorio Mater Dei, aportó su mirada sobre la preparación del paciente prequirúrgico, ponderando funciones como



Día 1. **Mesa 2.** De izquierda a derecha Lic. Vanesa Ferreyra, Lic. Raúl Ureta y la Lic. Sandra Ibarra.



Día 1. **Cierre.** De izquierda a derecha Lic. Elena Susana Juani, Lic. Gladys García, Lic. Javier Gómez, Lic. Flavia Alvares, Hna Mercedes Zamuner, Lic. Sabrina Soprano, Beatriz Ríos, Lic. Sandra Ibarra, Lic. Walter Leguizamon, Lic. Roberto Mora, Alejandra Fuente, Lic. María José Herrguth, Lic. Egidio Gongora, Lic. Abigail Vive y Lic. Marisa Server.

“transmitir y contener”, “orientar en el baño quirúrgico” y “trabajar interdisciplinariamente”. Por su parte, Gladys García, jefa de Enfermería en el Instituto Otorrinolaringológico Arauz, subrayó que “en enfermería, el rol de la educación está siempre presente” y defendió la comunicación (a través de la “escucha activa”, la “empatía”, el “lenguaje claro” y la “comunicación no verbal”) como herramienta clave para la seguridad y calidad del cuidado.

El segundo bloque abordó los desafíos de la inteligencia artificial en enfermería. Sandra Ibarra, enfermera Jefe de Docencia e Investigación en el Instituto Alexander Fleming, y Vanesa Ferreyra, docente en UBA sede Tigre – Escuela de Enfermería María Remedios del Valle, coincidieron en que la IA no reemplaza el cuidado humano, pero puede fortalecerlo al

automatizar tareas y permitir a los profesionales concentrarse en el acompañamiento directo.

“La IA brinda muchas posibilidades —advirtió Ibarra—, pero su verdadero valor depende de cómo la usemos” y agregó: “Es clave que enfermería lidere en esta era digital, y liderar no solo desde el lado de adaptarnos sino de crear”. Ferreyra invitó, en tanto, a “pensar qué significa cuidar” en esta nueva era tecnológica y resaltó: “Debemos utilizar a la IA como copiloto asistente. Integremosla de manera responsable y sigamos siendo guardianes de lo más valioso: la dignidad y la vida de quienes nos necesitan”.

La siguiente mesa, a cargo de Javier Gómez, director General de Enfermería en Clínica Santa Catalina, y Melina García, supervisora del Departamento de Enfermería en Clínica del Sol, puso el acento

en el liderazgo y la innovación en la rehabilitación en el tercer nivel de atención. “El liderazgo en rehabilitación nace de la empatía”, subrayó Gómez, destacando la necesidad de fortalecer la formación especializada en enfermería para afrontar los nuevos escenarios del sistema de salud.

Al cierre del día 1, Walter Leguizamón, jefe de Departamento de la sede Centro del Parque en Grupo Santa Catalina y miembro de la Comisión de Enfermeros de Gestión de la cámara, mencionó el déficit de profesionales y la falta de calificación como dos de los principales problemas en enfermería y recalcó: “Necesitamos planificar en los nuevos escenarios de enfermería. Somos los enfermeros quienes tenemos que hablar de enfermería”.

DÍA 2. Enfermería neonatal y pediátrica



Día 2. **Mesa 2.** De izquierda a derecha
Lic. Marcela Arimany y Lic. Gastón Alegre



Día 2. **Mesa 3.** De izquierda a derecha
Lic. Fabricio Galizzi y Lic. Mariana
Durañona



Día 2. **Mesa 4.** De izquierda a derecha
Lic. Fernando Canteros y la Lic. Melissa
Abigail Vive

Sandra Coronel, líder del Proceso de Enfermería y Proceso Quirúrgico en la Casa Hospital San Juan de Dios, dio inicio al segundo encuentro con estas palabras: “Esta Jornada trasciende lo académico: nos reúne la pasión por nuestra profesión, el compromiso con el cuidado y el deseo de seguir creciendo juntos desde la experiencia, la gestión y el corazón”.

“Estar al día con la ciencia es también estar al servicio de la vida con profesionalismo, compromiso y humanidad: cuidar al recién nacido y al niño implica cuidar el inicio mismo de la vida”, expresó Coronel. Subrayó que “la enfermería muestra su verdadera esencia en ese vínculo que combina ciencia y simpatía, técnica y sensibilidad”, e invitó a “renovar la vocación” y a seguir aprendiendo de las buenas prácticas en el contexto de la neonatología “como acto de fe hacia la vida y el futuro”.

En sintonía, Silvia Monet valoró la incorporación de la nueva orientación en contenidos pediátricos a la Jornada “en tanto representan la importancia de la continuidad de cuidados de los pacientes más pequeños y de su familia”.

Entre las exposiciones, Rosemary Lima Segovia, supervisora de enfermería del servicio de Pediatría y Terapia Intensiva Pediátrica en CEMIC, recomendó y explicó sobre la implementación de la Escala de Clasificación (ICPP) en el Servicio, una herramienta que “aporta datos claves para la optimización de recursos y la calidad de atención, y ofrece un equilibrio entre la demanda y oferta del cuidado, además de ser ágil y eficaz en la implementación”, incorporando activamente a la familia del paciente.

Gastón Alegre, coordinador del área Materno Infantil y Emergencias en Sanatorio Anchorena Itoiz,

y Marcela Arimany, supervisora de Enfermería de Neonatología en Sanatorio Otamendi, abordaron los cuidados en recién nacidos con cardiopatías congénitas, remarcando que resulta clave la valoración clínica temprana y el trabajo interdisciplinario orientado a reducir la mortalidad neonatal, con el foco en el paciente y su familia. “Si trabajamos en los cuidados, la asistencia y la valoración clínica vamos a tener un buen tratamiento de las cardiopatías congénitas”, afirmó Arimany.

Mariana Durañona, enfermera en el Hospital Universitario Austral, presentó los últimos avances en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda pediátrica, invitando al público a “revisar tratamiento convencional de LLA pediátrica”, “comprender mecanismos y cuidados con blinatumomab” y “conocer la terapia CAR-T y su futuro en la región”. En ese con-



Día 2. **Mesa 5.** De izquierda a derecha
Lic. Egidio Gongora y la Lic. Sonia Rodas.



Día 2. **Cierre.** De izquierda a derecha
Lic. Gastón Alegre, Lic. Cristian Giménez, Lic. Rosemary Lima Segovia, Lic. Egidio Gongora, Lic. Sonia Rodas, Lic. Fernando Canteros, Lic. Sabrina Soprano, Lic. Macarena Tinte, Lic. Abigail Vive.

texto, recalcó que el “diagnóstico”, seguido del “soporte emocional”, y la “administración de tratamientos” a través de la “educación” y el “seguimiento” son tareas fundamentales en el rol de la enfermería en este campo de acción.

Melissa Vivé, enfermera de Emergencias en Clínica Corporación Médica San Martín, se centró en la presentación del protocolo de la atención de la condición del espectro autista y destacó el potencial papel que podría tener Adegra+Cedim como impulsor de un “protocolo nacional sobre condición del espectro autista”.

“En el caso de urgencias, ¿estamos preparados para atender a cada niño?”, interpeló Vivé al público para resaltar la importancia de trabajar en un protocolo

y despertó conciencia con este ejemplo concreto: “Ingresa a la guardia una madre con su hijo de 6 años, quien grita, se tapa los oídos y rechaza el contacto. El personal de salud lo interpreta como: <Otro nene malcriado>. La realidad es que ese niño tenía TEA. Si alguien hubiera sabido encender una luz tenue, ofrecerle un espacio tranquilo, hablarle despacio y desde el costado, quizás esa crisis no hubiera durado una hora”.

Finalmente, Sonia Rodas, enfermera jefe del área de Terapia Intensiva Neonatal en Hospital Garrahan, expuso sobre la simulación in situ como estrategia innovadora para la actualización en RCP neonatal. Enumeró los pasos o “estaciones” a seguir y resaltó que, entre sus múltiples benefi-

cios, “fortalece las competencias técnicas y no técnicas, consolida la cultura de seguridad del paciente, potencia el trabajo interdisciplinario y es factible de ser replicado en otras instituciones”. “La simulación es importante porque el profesional aprende en la práctica, en un entorno real y cuidado, donde hay lugar para el error y donde se aprende, incluso, del error”, reflexionó.

El cierre estuvo a cargo de Macarena Tinte, (coordinadora del área de Docencia e Investigación en el Sanatorio Güemes), quien reafirmó el espíritu transformador de la jornada: consolidar una Enfermería que evoluciona, se capacita y lidera, siempre con la persona en el centro del cuidado.

Acompañamiento integral en protocolos paliativos pediátricos

Leandro Bevacqua

Verónica Meza

Mario Fonte

Carolina Contardi

Carlos De Luca

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos pediátricos han evolucionado significativamente en su conceptualización desde sus orígenes, enfocándose actualmente no solo en el alivio de síntomas físicos sino también en el acompañamiento integral del paciente, abarcando las dimensiones emocionales, sociales y espirituales del niño y su familia. En este contexto, se destaca la importancia del abordaje por parte de un equipo interdisciplinario donde los profesionales de diversas áreas colaboren estrechamente para garantizar que las necesidades cambiantes del niño sean atendidas de manera integral.

Este enfoque no solo beneficia al paciente, sino que también ofrece apoyo continuo a la familia tanto para la comunicación efectiva de malas noticias, como en la elaboración del diagnóstico e incluso en los posibles procesos de duelo.

MARCO LEGAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA INFANCIA

La Ley 27.678 de Cuidados Paliativos, promulgada en julio de 2022, establece en su artículo 6 el acceso oportuno y continuo a los cuidados paliativos a lo largo de todo el ciclo vital, desde el período

perinatal hasta la vejez. Sin embargo, es importante considerar que, desde el punto de vista legal; niños, niñas y adolescentes son, en principio, considerados incapaces. No obstante, tienen derecho a recibir información y a participar en la toma de decisiones sobre determinados tratamientos médicos.

Por su parte, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009) reconoce expresamente que niños, niñas y adolescentes pueden intervenir en las decisiones sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que afecten su vida o salud, en los términos de la Ley 26.061 de

Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005). Estas disposiciones reflejan el derecho de los menores a expresar su opinión y ser escuchados en lo que respecta a sus tratamientos médicos.

Asimismo, el Código Civil y Comercial de la Nación (2014) incorpora las convenciones internacionales sobre los derechos de la niñez y adolescencia, lo que marca un cambio de paradigma respecto a sus competencias y capacidades para recibir información y tomar decisiones. Este marco legal se basa en el concepto de autonomía progresiva, que reconoce el desarrollo gradual del niño en su capacidad de participación y toma de decisiones en cuestiones relacionadas con su salud (1).

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Los cuidados paliativos, asociados inicialmente a la evolución del concepto del fallecimiento, han sido desarrollados a partir de los trabajos de Cicely Saunders, fundadora del movimiento hospice en 1967. Desde esta perspectiva se ha buscado dar una atención integral, activa y continua a los pacientes, familias y equipos con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos. Fue en 1982, con la apertura del *Oxford Helen House* donde se puso en funcionamiento el primer centro pediátrico dentro del movimiento hospice (2). A diferencia de los abordajes orientados a la adultez,

los cuidados paliativos pediátricos son considerados como la administración de tratamientos curativos y paliativos simultáneos, con el fin de facilitar el tratamiento indispensable para controlar la enfermedad y brindar las terapias de apoyo necesarias en pacientes infante juveniles y sus familias (3). De este modo, no solo se considera al paciente como unidad de tratamiento, sino también a su familia, marcando así la necesidad del acompañamiento integral del grupo familiar tanto en el tratamiento como — en el caso de que el paciente falleciera— del proceso de duelo, a partir del desarrollo de terapias individuales o familiares ante los desafíos emocionales y prácticos que surgen en la enfermedad y/o la pérdida (4)(5)(6). Los cuidados paliativos pediátricos deben aplicarse desde el momento del diagnóstico de aquellas patologías que impliquen una situación amenazante para la vida, enfermedades en las cuales la muerte puede ser prematura pero el tratamiento intensivo puede prolongar y mejorar la calidad de vida del paciente, patologías progresivas para las cuales el tratamiento es exclusivamente paliativo, y patologías que conllevan daño neurológico grave (7). Estas características determinan la especificidad de los cuidados paliativos en pediatría, los cuales comenzaron aplicándose inicialmente de manera exclusiva a cuadros oncológicos, pero que en la actualidad su aplicación se centra significativamente sobre patologías neurológicas graves (8).

Por lo tanto, dadas las características particulares en la implementación de los cuidados paliativos pediátricos se considera relevante un abordaje conformado por un equipo interdisciplinario que comprenda las diferentes necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del niño y su familia. Este equipo interdisciplinario deberá estar compuesto por diversos profesionales tales como: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y otros especialistas según las necesidades específicas de cada caso (9). Desde el momento del diagnóstico el equipo interdisciplinario despliega una atención centrada en el paciente y su familia, brindando información clara y comprensible sobre la enfermedad y sus implicaciones mientras que se comienza a establecer un apoyo emocional y una relación de confianza con la unidad paciente-familia. Dentro de los objetivos de este equipo de trabajo interdisciplinario se encuentra no sólo la mediación en el proceso de decisiones a nivel terapéutico y el acompañamiento integral del paciente y su familia, sino también el cuidado del estrés generado en las personas que conforman el equipo médico del paciente, indistintamente del área de atención en salud a la que pertenecen (10). Por lo tanto, el equipo interdisciplinario trabaja en estrecha colaboración para abordar las necesidades cambiantes del niño y su familia; incluyendo el control del dolor y de

otros síntomas físicos, el apoyo emocional y psicológico, el control del estrés del equipo tratante del paciente y la coordinación de los servicios de atención tanto en el hogar como en el hospital, según las necesidades sociales de la unidad paciente-familia.

RELACIÓN DE ENFERMERÍA Y PACIENTE PEDIÁTRICO EN PROTOCOLO PALIATIVO

Dentro de los cuidados que brindan específicamente los profesionales del área de enfermería se ven implicados diferentes factores, entre los cuales se hace hincapié en el desafío que implica el cuidado diferenciado que requiere un paciente infante juvenil. Su abordaje diferencial requiere considerar siempre el uso del juego terapéutico con el fin de lograr una comunicación más eficaz, una aceptación y una cooperación por parte del niño para poder realizar los procedimientos necesarios para su tratamiento (11). Este cuidado debe ser abordado en forma integral, desde el nacimiento hasta el fallecimiento y tanto en la prevención de enfermedades como en el proceso curativo o no de la misma. Según plantea la autora Vargas Melgarejo (12), la enfermería es una disciplina asistencial, humanística y científica, que basa sus tareas en la promoción, prevención, tratamiento y recuperación en función de alcanzar el restablecimiento y mejora de la calidad de vida del niño en compañía de su familia. La enfermería posee la responsa-

bilidad de abordar al niño desde su concepción hasta la muerte, por tal motivo es de vital importancia que estén preparados para brindar cuidados paliativos efectivos en el acompañamiento del proceso y hasta el final de la vida de los pacientes. Para lograr tal fin se deben utilizar estrategias de afrontamiento para sobrellevar y superar las situaciones de estrés y angustia emocional en función a un autocuidado efectivo.

La manera en que se realice el acompañamiento en el final de la vida o el afrontamiento de patologías crónicas fortalecerá o no el vínculo entre el personal de enfermería y la unidad paciente-familia. En relación al concepto de acompañamiento, se suele considerar a la persona a quien se acompaña como un ser pasivo que no puede valerse por sí, tendiendo a la idea del acompañamiento como una acción paternalista en la que el individuo solo recibe las indicaciones del profesional sanitario. Sin embargo, el concepto va más allá de la entrega de indicaciones: el profesional de enfermería entiende que la persona acompañada es la protagonista y que el acompañante debe adaptarse a sus necesidades, demandas, prioridades y valores, lo cual requiere la capacidad de empatía, el saber escuchar y responder a las necesidades del otro (13). Esta capacidad de empatía puede ser utilizada como herramienta para profundizar la interacción, favoreciendo una perspectiva integral de la realidad y entendimiento del mundo desde la unidad paciente-familia.

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Desde una perspectiva sanitaria, la definición de “mala noticia” más aceptada es la propuesta por el oncólogo Robert Buckman, quien la describe como aquella que “ensombrece drásticamente las perspectivas de futuro de la persona a la que se informa” (14). Aunque suele asociarse con situaciones terminales, la percepción de una mala noticia es subjetiva y depende de cada individuo: puede abarcar desde el diagnóstico de diabetes en un adolescente hasta la necesidad de una intervención quirúrgica en un momento inoportuno (15). En este sentido, que una información sea considerada una mala noticia no depende exclusivamente de su contenido o gravedad, sino del impacto que genera en el paciente y su familia, así como de su contexto vital y capacidad de resiliencia (16). En las culturas occidentales, donde la juventud es un valor social altamente apreciado, informar a un paciente sobre una enfermedad puede implicar, en cierto modo, comunicarle que su valor social ha disminuido, lo que se agrava cuando la noticia conlleva un riesgo de muerte. La comunicación de malas noticias genera preocupación y ansiedad tanto en el paciente y su entorno como en el equipo de salud. Alves de Lima (17) señala diversas variables que influyen en este proceso, entre ellas: el dolor empático, vinculado al malestar que genera el sufrimiento del paciente; el temor a ser responsabi-

lizado, ya que afrontar malas noticias puede llevar a que la culpa y el enojo se proyecten sobre otros; el miedo al fracaso terapéutico, técnico y profesional, percibido como una derrota personal; y el temor a la judicialización del problema, ante la posibilidad de que un error médico derive en consecuencias legales.

A pesar de la importancia de esta

tarea, la capacitación en comunicación de malas noticias dentro de los equipos de salud suele basarse más en las experiencias personales de los instructores que en procedimientos estandarizados. Esta falta de formación estructurada en habilidades comunicacionales impacta negativamente no solo en la entrega de malas noticias, sino en la comunicación con el pacien-

te en general. Para mejorar este aspecto, es fundamental incorporar protocolos específicos y desarrollar competencias comunicacionales adecuadas (18).

Uno de los procedimientos que puede utilizarse son las seis etapas SPIKES (19), sigla en inglés traducida por la Sociedad Argentina de Pediatría (20):

Etapla 1: S (Setting the interview: Ajuste de la entrevista)

Etapla 2: P (Perception: Percepción sobre el paciente)

Etapla 3: I (Invitation: Invitación)

Etapla 4: K (Knowledge: Conocimiento)

Etapla 5: E (Emotions and empathic responses: Emociones y respuesta empática)

Etapla 6: S (Summary: Síntesis - Plan de cuidados)

ETAPA 1: PREPARACIÓN DEL ENTORNO

Refiere a la preparación de la escena para ajustar la entrevista: qué se conversará y quiénes estarán presentes, así como cuándo y dónde se llevará a cabo. Deberá acordarse de antemano entre los profesionales de la salud los ejes principales a abordar y a quiénes será necesario incluir en ese momento, tanto miembros de la familia como del equipo de atención. Se deberá buscar un lugar tranquilo donde no se presenten interrupciones frecuentes y los implicados puedan mantenerse sentados (21). Es importante definir con anticipación si el paciente estará o no presente. Los niños, niñas y adolescentes o jóvenes deben recibir la información que

soliciten, ya que es su derecho, pero siempre adaptándola a su edad y capacidad cognitiva. Se sugiere acordar previamente con la familia la presencia o no de los niños pequeños y qué información transmitirles. En algunos casos se puede optar porque la información sea brindada por los padres en presencia del médico. En niños mayores suele ser beneficioso que reciban la noticia por parte de los médicos en presencia de sus allegados más cercanos para que estos los contengan. Generalmente estos allegados suelen ser madre, padre o tutores legales, pero si hubiese otros vínculos relevantes para el niño es importante incluirlos (22). Es recomendable que la transmisión de malas noticias venga de parte de un equipo interdiscipli-

nario formado por varias especialidades, incluyendo psicólogos y/o trabajadores sociales, de forma que se pueda ofrecer un mayor acompañamiento y atender las emociones que puedan surgir, pero a su vez limitando el número de personas presentes para favorecer el clima cordial e íntimo (23).

ETAPA 2: PERCEPCIÓN SOBRE EL PACIENTE

En la segunda etapa se requiere consultar qué es lo que el paciente y su familia han comprendido hasta el momento sobre la enfermedad y su situación actual. Prestar atención a sus palabras y a la comunicación no verbal será fundamental para los siguientes pasos (24).

ETAPA 3: INVITACIÓN

Esta etapa consiste en intentar conocer cuánto desea saber el paciente y su familia. Las familias deberán estar informadas para poder tomar decisiones sobre el curso del tratamiento, pero en algunos casos pueden expresar su deseo de negar información al niño, lo que se deberá debatir con ellos y explicarles acerca de su derecho a la información (25).

ETAPA 4: CONOCIMIENTO

En esta etapa, la información debe brindarse de la forma más clara posible, sin jerga médica, e incluyendo todo lo que el paciente y la familia desee saber. Se puede considerar brindar dicha información de forma escalonada, en varios encuentros, sobre todo cuando es información de alto impacto emocional. Se le puede pedir a la familia que pregunte lo que no entienden luego de dar la información, o que repita la información brindada para asegurarse que lo hayan entendido con exactitud (26).

ETAPA 5: EMOCIONES Y RESPUESTA EMPÁTICA

Es importante dar cuenta de las emociones que se manifiesten. No es en vano realizar aclaraciones. En algunos momentos será necesario hacer una pausa y brindar un soporte físico, como dar la mano o brindar un abrazo (27).

ETAPA 6: ESTRATEGIA

Consiste en resumir lo tratado y establecer un plan de seguimiento. Contestar preguntas, tratar de resolver síntomas y necesidades que aparezcan. En otras palabras, acompañar en el manejo de la incertidumbre (28). Posteriormente es beneficioso reunir a los profesionales que asistieron al encuentro para debatir acerca de cómo se sintieron, qué cosas salieron bien, qué cosas podrían haber hecho mejor. Esto ayuda a mantener la salud mental de los profesionales y fortalece el trabajo en equipo en este ámbito. La comunicación es esencial para el trabajo con pacientes pediátricos y por eso no puede quedar librado a las cualidades individuales de cada profesional, sino que debe entrenarse sistemáticamente a lo largo de su carrera (29).

ASISTENCIA AL PACIENTE Y SU FAMILIA DE FORMA INTEGRAL CON RELACIÓN AL DUELO

Villalba Nogales (30) indica que cuando aparece un diagnóstico con un pronóstico fatal, el proceso de adaptación psicológica a la enfermedad da lugar a diferentes reacciones tanto en el niño como en su familia y en el personal sanitario. El concepto de muerte dependerá de distintos factores, entre ellos el desarrollo cognitivo del niño y su propia experiencia con vínculos o parientes cercanos. Dentro del proceso de cuidados paliativos también suele

ocurrir un duelo anticipado, una despedida progresiva del niño, vinculada a una sensación de aislamiento en la que se van sufriendo diferentes grados de ansiedad ante la toma de conciencia sobre la gravedad de la situación. Este es un momento donde los padres necesitan mayor apoyo; no mediante consejos, sino a partir de la escucha de sus temores y su sentimiento de soledad.

Los profesionales de la salud también pasarán por diferentes estadios ante la inminente muerte del niño, por lo que deben cuidar sus interacciones ya que, a su vez, no deben negarse a la necesidad de comunicación de la familia para resolver los diferentes grados de ansiedad que ésta presente. Es esencial que los profesionales cuenten con una formación suficiente o con espacios grupales de acompañamiento para ser capaces de afrontar su propia angustia y puedan responder a las cuestiones que estos pacientes les planteen (31).

Con respecto al niño, señala Villalba Nogales (32), este necesitará expresar sus emociones. Dependiendo de su edad, podrá ser verbalmente o a través del juego o dibujos, por lo que será necesario contar con sesiones de psicología y/o psicopedagogías frecuentes en esta etapa de sus cuidados. La escucha activa le permitirá explorar sus miedos, le aportará consuelo y le transmitirá confianza y seguridad en el acompañamiento hasta el final. Para la familia en general también será necesario que cuenten con terapia psicológica

individual y familiar para elaborar de manera más adecuada el duelo, evitando así somatizaciones, resentimientos o aislamientos. Con respecto a los padres, además de sus espacios de terapia individual será conveniente ha-

cer encuentros de terapia familiar donde todos juntos puedan hablar con un profesional sobre lo que están atravesando, mediando la interacción y facilitando la elaboración del duelo. Para todos los implicados también se

recomienda un acompañamiento espiritual, respetando su fe, creencias y valores, para que les brinde consuelo y herramientas que promuevan la elaboración de la ausencia acontecida.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo adquiere un rol fundamental en el desarrollo de estrategias que aborden de manera integral la unidad paciente-familia. En este sentido, el modelo de abordaje interdisciplinario propuesto por los cuidados paliativos pediátricos se convierte en un elemento esencial para todos los profesionales de la salud, ya que permite optimizar el cuidado y el acompañamiento del paciente infante juvenil y su familia en sus momentos de mayor vulnerabilidad. Una de las principales diferencias entre los cuidados paliativos pediátricos y aquellos dirigidos exclusiva-

mente a pacientes adultos radica en la concepción de la unidad paciente-familia. En el caso de la población pediátrica, las estrategias de abordaje no solo se centran en el paciente, sino también en el acompañamiento de su familia durante el tratamiento y, en caso de ser necesario, en el proceso de duelo. Además, este enfoque interdisciplinario, integrado por diversos profesionales, posibilita una evaluación multidimensional que no solo considera las características patológicas del paciente, sino también las necesidades psicosociales de la unidad paciente-familia, permitiendo así

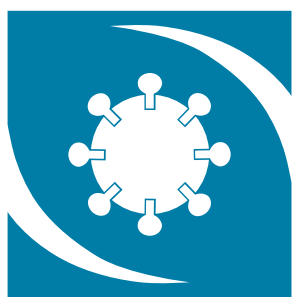
adaptar la intervención clínica a estas condiciones. Estas particularidades del abordaje paliativo pediátrico requieren la conformación de equipos de profesionales especializados (psicólogos, enfermeros, médicos del dolor, trabajadores sociales, entre otros) que trabajen de manera flexible y en equipos móviles. Su labor debe integrarse con las distintas áreas hospitalarias para colaborar estrechamente con los profesionales a cargo del cuadro clínico del paciente, garantizando así una atención integral y coordinada.

CITAS:

- (1) Dinah Magnante, 2023.
- (2) Chavarro et al, 2017; Peláez Cantero et. al, 2015.
- (3) Villegas Rubio y Antuña García, 2012.
- (4) Peláez Cantero et. al, 2015.
- (5) Caballero Pérez et al., 2018.
- (6) Villegas Rubio y Antuña García, 2012.
- (7) Peláez Cantero et. al, 2015.
- (8) Caballero Pérez et al., 2018; Chavarro et al, 2017.
- (9) Chavarro et al, 2017.
- (10) Chavarro et al, 2017.
- (11) Melgarejo Solís et al., 2022.
- (12) Vargas Melgarejo, 2022.
- (13) Veliz-Rojas y Bianchetti Saavedra, 2017.
- (14) Rodríguez Salvador, 2016, p. 30.
- (15) Alves de Lima, 2003.
- (16) Gordillo et al., 2020.
- (17) Alves de Lima, 2003.
- (18) Gordillo Navas et al., 2020.
- (19) Baile et al, 2000.
- (20-29) Sociedad Argentina de Pediatría, s.f.
- (30-32) Villalba Nogales, 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves de Lima, A. (2003). ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Revista argentina de cardiología*, 71(3), 217-220. <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/741.pdf>
- Caballero Pérez, V., Rigal Andrés, M., Beltrán García, S., Parra Plantagenet-Whyte, F., Moliner Robredo, M.C., y Gracia Torralba (2018). *Influencia de los recursos especializados en cuidados paliativos pediátricos en los pediatras de Atención Primaria*. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 20, 133-142.
- Chavarro C. A., Triana L. F., y García X. (2017). *Cuidado paliativo pediátrico*. *Revista de Pediatría*, 50(4), 82-89.
- Gordillo Navas, G.C., Trujillo Martínez, J.D., y Filizzola Bermúdez, J.D. (2020). *Estrategia de simulación para aplicar el protocolo SPIKES en la comunicación de malas noticias*. *Universitas Médica*, 61(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-3.spik>
- Ley 26.061. *Ley de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes* (2005). <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-xos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Ley 26.529. *Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado* (2009). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-xos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley 26.994. *Código Civil y Comercial de la Nación* (2014). <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-xos/235000-239999/235975/texact.htm>
- Ley 27.678. *Cuidados Paliativos* (2022). <https://www.salud.gob.ar/dlsn/categorias/bioetica/ley-27678>
- Magnante, D. (2023). *Bioética clínica. Toma de decisiones. Final de vida. Legislación Internacional*. Corpus.
- Melgarejo Solís, G., Rivas Díaz, L., & Ponce, R. (2022). *Conceptualización y percepción de enfermería sobre el cuidado del niño*. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(2). <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n2/1561-2961-enf-38-02-e5088.pdf>
- Peláez Cantero, M. J., Madrid Rodríguez, A., y Urda Córdoba, A. (2015). *Cuidados Paliativos*. *Revista Española de Pediatría. Clínica e Investigación*, 71(5), 290-293.
- Rodríguez Salvador, J. J. (2016). *La comunicación de malas noticias*. *Paliativos sin fronteras*.
- Sociedad Argentina de Pediatría (s.f.). *Comunicación de malas noticias*. https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_comunicar-noticias-paliativos-0623_1687549763.pdf
- Veliz-Rojas, L., & Bianchetti Saavedra, A. (2017). *Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento*. *Revista Enfermería actual en Costa Rica*, (32). <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00186.pdf>
- Villalba Nogales, J. (2015). *Afrontamiento de la muerte de un niño: Los cuidados pediátricos paliativos desde la Atención Primaria*. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 17, 171-183.
- Villegas Rubio, J. A., y Antuña García, M.J. (2012). *Cuidados Paliativos Pediátricos*. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 52 (221), 131-145.



HELIOS
S A L U D

CENTRO MÉDICO

XVII Jornada de Enfermería Swiss Medical

“COMPETENCIAS Y HABILIDADES EN LA ERA DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA”

SEPTIEMBRE 2025

Modalidad: virtual y presencial
(hotel Scala, C.A.B.A.)

Eje central: la integración de la inteligencia artificial (IA) y la tecnología en la práctica del cuidado, explorando desafíos, oportunidades y la importancia de preservar la humanización.

APERTURA

El Mg. Juan Carlos Verardi (Gerente Corporativo de Enfermería de Swiss Medical) estuvo a cargo de la inauguración de la Jornada. En primer lugar, realizó un recorrido histórico de la IA que abordó sus orígenes y la postura de organismos internacionales sobre el tema. Como mensaje central, subrayó la importancia de la adaptación y el compromiso de la enfermería con las nuevas tecnologías. Finalmente, expuso los re-

sultados de un estudio realizado a más de mil enfermeros, tanto del sector público como del privado, sobre sus saberes, percepciones y expectativas. La conclusión principal fue el gran interés del personal en capacitarse y adaptarse, manteniendo siempre la humanización en el cuidado.

PANELES Y MÓDULOS TEMÁTICOS

1. Área quirúrgica: competencias clave para un futuro inteligente

Disertantes: Lic. Inst. María Inés Ibáñez (Hosp. Austral), Lic. Inst. Laura Vezzoni (Hosp. Italiano) y Lic. Beatriz Garabitto (Bit Cotesma).

Temas abordados:

- * Cirugías seguras.
- * Evolución del quirófano convencional al robótico y capacidades que deben desarrollarse.

* Gestión quirúrgica mejorada: implementación de modelos de agenda quirúrgica con IA en Swiss Medical.

2. La Enfermería en transformación: análisis y perspectivas

Disertante: Mg. Judith Figueira (Dir. Nurseinnovate).

Estrategia y crecimiento: destacó la necesidad de una mirada estratégica y una mentalidad de crecimiento en la disciplina.

Nuevas definiciones CIE 2025: presentó cómo las nuevas definiciones de Enfermería y Enfermera del CIE (Consejo Internacional de Enfermería) potenciarán la transformación, centrando la atención en:

- * Cuidados autónomos: como paso hacia la prescripción en enfermería.
- * Ampliación del rol y liderazgo:



la trascendencia del liderazgo individual para influir en la salud de la comunidad y en las políticas sanitarias mediante el uso de la tecnología y datos.

* Tendencias nacionales y globales: recorrido por los desafíos y las perspectivas de la enfermería argentina hacia el 2030.

3. Profesionales de la salud 4.0: integrando la IA

Disertantes: Lic. Marcelo Lancry Kamvcki (Innovador en IA) y Lic. Ernesto Ibáñez (CEO en IA Open Academy, desde Irlanda).

Nuevas habilidades (Marcelo Lancry):

* Énfasis en la precisión de las instrucciones (prompts) como transformador de la práctica.

* Fomento del upskilling y reskilling en IA para abrir puertas a nuevos roles de liderazgo en áreas emergentes.

Asistentes virtuales (Ernesto Ibáñez):

* Objetivo: disminuir la carga de trabajo administrativo y aumentar el tiempo dedicado al cuidado directo (lo que incrementa la sa-

tisfacción del paciente y del profesional).

* Ejemplos: presentación del proyecto Pharaon (monitorización remota con sensores para pacientes con Insuficiencia Cardíaca en Europa) y el asistente virtual LOLA (seguimiento de pacientes paliativos).

* Reflexión final: “¿Podemos seguir cuidando igual, cuando el mundo ya no es el mismo?”

4. Modelos innovadores en Enfermería: oportunidades y desafíos

Disertantes: Lic. María Guadalupe Monsiváis (Dir. Fac. de Enfermería, Univ. Autónoma de Nuevo León, México) y Lic. Alejandro Miranda (Presidente de AECAP).

Empoderamiento y retos de formación (Lic. M. Guadalupe Monsiváis):

* Visión de la enfermería al 2040, partiendo del lema del CIE 2025:



“Nuestras enfermeras, nuestro futuro”.

* Retos educativos: inclusión de las TIC, fomento del pensamiento crítico y desarrollo de habilidades interprofesionales.

* Mejora de sistemas de salud: fortalecer la investigación, consumir la evidencia existente y potenciar la atención primaria (promoción y prevención) con personal calificado.

Innovación y desafíos nacionales (Lic.Miranda):

* Innovaciones en Argentina: atención centrada en el paciente, Teleenfermería, salud digital, registros electrónicos y liderazgo transformador.

* Desafíos prioritarios: brecha digital, resistencia al cambio generacional, falta de recursos en el sector público y formación insuficiente en nuevas tecnologías.

* Reflexión final: la innovación va más allá de la tecnología, implica una transformación integral en la

forma de atención para establecer nuevos estándares de excelencia.

5. Aceleración del cambio tecnológico y la oportunidad de más y mejor Enfermería

Disertante: Mg. Andrés Pallaro (Dir. Observatorio del Futuro, Universidad Siglo 21).

* IA y el futuro del trabajo: abordó el punto de inflexión decisivo que representa la IA para el futuro laboral y la incertidumbre ante la velocidad del cambio.

* Construir el trabajo del futuro: instó a la profesión a enfocarse en:

- Defender la complejidad de la tarea.
- Enriquecer el trabajo con la tecnología.
- Desarrollar las habilidades blandas/duraderas (soft skills).
- Aceptar que el trabajo será más flexible e independiente.

* Desafíos de la oportunidad : la digitalización y la IA obligan a repensar el valor de la enfermería, enfrentando los desafíos de relevancia, competencia y elegibilidad.

* Cita clave: “Una transformación exitosa implica no solo aprender nuevas herramientas y habilidades, sino también rediseñar el trabajo completo” (McKinsey).

Cierre de la Jornada

Hacia el final del evento, la Lic. María Eugenia Rodríguez (Jefa de Capacitación de Unidades Asistenciales en Swiss Medical) propuso una dinámica de interacción grupal alusiva al tema de la Jornada y cerró con el siguiente mensaje: “La tecnología es un nuevo capítulo; es fundamental apelar a la capacidad de aprender, sentir y conectar —base de la profesión— y enfrentar los retos en equipo, creando vínculos y redes profesionales”.



50 años del Sanatorio Mater Dei



El pasado 15 de septiembre se cumplieron 50 años en que el sanatorio Pequeña Compañía de María (PCM) pasó a ser sanatorio Mater Dei. El cambio de nombre se dio porque “PCM” era la denominación de la comunidad que en 1953 había inaugurado este centro de salud. En 1975, por decisión de sus autoridades religiosas esta comunidad debió retirarse del país y asumió la conducción del sanatorio el Instituto secular Hermanas de María de Schoenstatt que cambiaron el nombre del sanatorio a Mater Dei, Madre de Dios, por ser una comunidad muy devota de la Virgen María.

Con motivo del inicio del año jubilar, se organizaron diversos eventos. En primer lugar, una misa celebrada por el arzobispo de Buenos Aires, monseñor Jorge García Cuerva, el mismo 15 de septiembre en la capilla del Colegio San Martín de Tours de mujeres, ubicado a pocas cuadras del sanatorio.

Participaron miembros del personal, colaboradores históricos, pacientes, allegados al Sanatorio y una importante cantidad de Hermanas de María de Schoenstatt, además de las que trabajan en el Mater Dei.

Durante la homilía, monseñor García Cuerva reflexionó sobre el Evangelio de la Visitación. A partir del ejemplo de María, señaló tres actitudes esenciales para quienes forman parte de la comunidad del Sanatorio: salir al encuentro del otro, entrar con respeto en la vida de los demás y cultivar un corazón agradecido.

“Cuántas veces, al comenzar el día, habrán llegado con una mochila pesada llena de problemas e, igual que la Virgen, habrán pensado: ‘Bueno, ahora tengo que pensar que hay otro que me necesita’”, expresó el arzobispo, y agregó: “Aquí hay una clave: que cada uno



sea capaz de no quedarse mirando el ombligo, sino que sea capaz de salir de sí mismo y darse cuenta de que los otros lo necesitan”.

También destacó la importancia del respeto en el trato con los pacientes: “María entró en la casa de Isabel con respeto. Con el mismo respeto con el que cada uno de ustedes ha entrado a cada habitación, pero —mucho más importante— han entrado a la vida de cada uno de los enfermos”.

A su vez, hizo un llamado a recuperar gestos cotidianos como el saludo: “La otra cara del amor no es el odio, sino la indiferencia. Estoy

seguro de que, en esta comunidad del Sanatorio Mater Dei, el otro siempre existió”.

En el momento del ofertorio varios colaboradores acercaron al altar los carteles de los 4 valores fundamentales del sanatorio: servicio, compromiso, vida y dignidad, que durante los 4 años anteriores fueron nuevamente conquistados por todo el personal de los distintos servicios.

Tras la misa, la imagen de la Virgen, Madre, Reina y Victoriosa tres veces Admirable de Schoenstatt fue llevada en andas por cuatro colaboradores del Sanatorio.

La procesión se detuvo frente a la construcción de los nuevos consultorios externos, que, Dios mediante, serán inaugurados a principios de 2026.

Al llegar a la entrada del Sanatorio, adornada festivamente con globos blancos y azules, la Banda Militar del Liceo General San Martín recibió la imagen con música acompañada por los aplausos de los participantes.

La jornada concluyó con un momento fraterno compartido entre los presentes, acompañado por una gran torta elaborada por el equipo de cocina del Sanatorio.



Confiamos en que en la nueva etapa que se inicia para los próximos 50 años podamos continuar con la ayuda de Dios, según nuestro lema

*“Comprometidos con la vida,
al servicio de la dignidad humana”.*

El año jubilar se extenderá hasta el 15 de septiembre de 2026.

Maternidad subrogada: una mirada desde la salud y la ética

Consuelo Díez*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, hemos sido testigos de un aumento en los casos de maternidad subrogada, algunos de ellos ampliamente difundidos por los medios, como los de Marley (Alejandro Wiebe), Elon Musk, Elton John, Cameron Díaz, Ricky Martin y Nicole Kidman. Paralelamente, cada vez más empresas ofrecen este servicio en nuestro país, entre ellas Biotexcom®, World Fertility Services®, Vittoria Vita® y Tammuz Family®, entre otras. En Argentina, la maternidad subrogada no cuenta con una regulación específica, lo que ge-

nera un vacío legal que permite su práctica con cierta frecuencia y sin supervisión.



¿QUÉ ENTENDEMOS POR MATERNIDAD SUBROGADA?

Olivia Maurel, nacida a través de la maternidad subrogada, es autora del libro *¿Dónde estás, mamá?*, recientemente publicado. Allí narra con honestidad y valentía un camino marcado por el dolor de la separación y la necesidad vital de conocer la verdad. Su testimonio desafía los relatos idealizados y abre una reflexión necesaria sobre la identidad, la maternidad y el derecho de toda persona a saber quién es realmente (1):

*Licenciada en Enfermería por la Universidad Austral. Magister en Enfermería (Universidad Nacional de Rosario). Diplomada en Ética Asistencial (Universidad Austral). Subdirectora de Enfermería del Hospital Universitario Austral. Miembro de los Comités de Ética Asistencial y de Ética Institucional del Hospital Universitario Austral.



“Me llamo Olivia Maurel, nací por gestación subrogada y luché por la abolición de esta práctica abominable que me ha hecho sufrir hasta intentar quitarme la vida. Nada justifica romper el vínculo de una madre con su criatura, porque esa ruptura provoca mucho daño” (2).

Frente a esta realidad, varios países —como Italia, España, Alemania y Francia— han optado por prohibir la maternidad subrogada. Otros lo hicieron tras analizar casos en los que esta práctica se aprovechaba de mujeres en situación de vulnerabilidad, llevándolas a exponer su cuerpo a cambio de dinero. Un ejemplo paradigmático es el de Nueva Delhi, considerada en la década del 2010 la capital internacional de la maternidad subrogada. Allí existieron las llamadas “granjas de mujeres”, donde las gestantes vivían en condiciones comparables con la esclavitud. En 2015, el gobierno indio emitió una directiva que prohibió a extranjeros suscribir acuerdos de gestación subrogada en el país.

Otro caso que generó gran repercusión fue el del bebé Gammy. Una pareja australiana con-

trató un vientre subrogado en Tailandia. Nacieron mellizos, pero uno de ellos tenía síndrome de Down y una cardiopatía congénita. Los padres rechazaron al niño, y fue la madre gestante quien decidió criarlo. A raíz de este hecho, en 2015 Tailandia prohibió la gestación subrogada comercial para extranjeros.

También se hizo conocido el caso de Kristina y Galip Ozturk, quienes tienen 22 hijos y planean llegar a 100 mediante gestación subrogada, en Georgia, país donde esta práctica está permitida. Sin embargo, en mayo de 2023, la vida de Kristina cambió drásticamente cuando su esposo fue arrestado por falsificación de documentos y lavado de dinero.

En el año 2023 se celebró una convención con la participación de 100 expertos de 75 países, en Marruecos. El objetivo principal fue analizar esta problemática. De esta reunión surgió una Declaración, denominada Casa-

blanca, donde los firmantes expresaron entre varios aspectos que, si bien se comprende el sufrimiento de quienes no pueden concebir y la existencia de un gran atractivo de las tecnologías reproductivas, la gestación subrogada sigue siendo una violación a la dignidad de la persona humana (3).

Estos casos y la gran repercusión a nivel mundial que tiene esta práctica nos invitan a reflexionar: ¿qué es realmente la maternidad subrogada y qué implicancias conlleva?

DEFINICIÓN LEGAL DE “MATERNIDAD SUBROGADA”

La expresión “maternidad subrogada” hace referencia a la práctica en la que una mujer gesta un niño para otras personas, con la intención de entregarlo tras el nacimiento. Es decir, una persona o pareja —denominados padres o madres intencionales— acuerdan con una mujer que ésta, mediante técni-



cas de reproducción asistida o natural, gestará un embrión que pertenecerá a los comitentes. Esta práctica también se conoce como “vientre de alquiler”, “gestación subrogada” o “gestación altruista”, y puede realizarse de forma gratuita o comercial. En todos los casos, la mujer gestante renuncia a la maternidad que le corresponde por el hecho de dar a luz (4).

En ese sentido el art. 562 del Código Civil y Comercial de nuestro país es claro: “Los nacidos por las técnicas de reproducción humana asistida son hijos de quien dio a luz y del hombre o de la mujer que también ha prestado su consentimiento previo, informado y libre en los términos de los arts. 560 y 561, debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quién haya aportado los gametos”.

Además de las cuestiones legales, la maternidad subrogada requiere de una profunda reflexión ética y filosófica sobre la dignidad de la mujer gestante y del niño por nacer. Según un informe de la Fundación Jérôme Lejeune: “En la base de la antropología se encuentra la dignidad intrínseca de la persona humana. Este principio, desde un punto de vista ético, se evidencia en el respeto debido a la mujer (incluyendo naturalmente su cuerpo) y al niño en gestación. Dado que ambos se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad, su cuidado

y protección deben ser prioritarios. En este sentido, debe prevalecer el bien del menor, y no quedar supeditado al deseo de los comitentes. Asimismo, la posibilidad de abandono por razones de salud o preferencia de sexo constituye una grave discriminación que atenta contra el principio de no discriminación del menor y de toda persona con discapacidad (5).

IMPLICANCIAS PARA EL NIÑO

Todo niño, al inicio de su vida, necesita ser alimentado —preferentemente con leche materna—, recibir el afecto y la contención de sus padres. La psiquiatra infantil y perinatal Ibone Olza señala que, desde el punto de vista psiquiátrico, las alteraciones en el período perinatal, como las que se presentan en la gestación subrogada, aumentan el riesgo de desarrollar patologías como Trastornos del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), síndrome alcohólico fetal, trastornos del vínculo, del aprendizaje, afectivos, entre otros. Desde el punto de vista físico, las consecuencias a largo plazo de estas alteraciones abarcan enfermedades crónicas como obesidad, asma, patologías autoinmunes e incluso ciertos tipos de cáncer (6).

Además, el niño necesita conocer su origen biológico, lo cual tiene profundas implicancias sociales y psicológicas. Como afirma Navarro de Luján, “los

seres humanos somos fisiología, corporeidad y constructo físico, pero también somos historia; hijos de un relato biográfico lleno de padres, madres, abuelos y parientes que nos acompañan desde la niñez, incluso aquellos que murieron antes de nuestro nacimiento, pero de quienes conservamos fotografías y recuerdos” (7). La maternidad subrogada rompe ese sentido de pertenencia (Bellieni C., Morresi N., 2017).

En la conferencia “Consecuencias de la gestación subrogada” Ibone Olza señaló varios riesgos psicológicos para el niño que se enumeran a continuación:

- Ausencia de vínculo durante el embarazo.
- Estrés materno y exposición a tóxicos.
- Separación inmediata tras el parto, pérdida del contacto piel a piel.
- Parto inducido o cesárea.
- Prematurez.
- Pérdida de la lactancia.
- Duelo por la pérdida materna.
- Pérdida del origen y de la identidad.

Por ello, es fundamental respetar el binomio madre-hijo. La Ley argentina N.º 29.929, en su artículo 3.a, establece que “el equipo médico interviniente deberá fomentar el contacto inmediato y sostenido del binomio madre-hijo/a, evitando aquellas prácticas invasivas que fueran innecesarias y pudieran

afectar al/la recién nacido/a". Asimismo, la Convención sobre los Derechos del Niño señala que "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento".

IMPPLICANCIAS PARA LA MUJER GESTANTE

Es fundamental evaluar no solo las implicancias y riesgos que enfrenta el niño, sino también aquellos que atraviesa la madre gestante, cuya salud física y emocional resulta determinante para el adecuado desarrollo del bebé.

La mujer gestante pone en juego todo su ser durante el embarazo, renuncia a cualquier derecho sobre la filiación del bebé, acepta que su historial médico y aspectos íntimos de su vida sean sometidos a escrutinio cons-

tante, y se espera que reprima cualquier vínculo afectivo que pueda surgir durante la gestación. Todo esto, en muchos casos, se realiza bajo la premisa de un acto altruista. Pero, ¿puede hablarse realmente de libertad cuando se renuncia a derechos fundamentales? (8)

Muchas mujeres acceden a esta práctica por necesidad económica, presión familiar o falta de alternativas. En el contexto internacional, la desigualdad entre los comitentes y la gestante es evidente. En numerosos casos, la mujer no comprende plenamente las condiciones del acuerdo ni cuenta con respaldo legal. Durante el embarazo, debe ajustarse a exigencias impuestas por las empresas o los comitentes: estilo de vida, alimentación, controles médicos, actividad física e incluso gestión emocional. Esto puede afectar su vida familiar, llevarla a descuidar a sus seres queridos

o incluso a separarse de ellos. Además, no está exenta de sufrir secuelas físicas como diabetes gestacional o hipertensión, que pueden limitar su salud y actividades futuras. Según la citada Ivone Olza, desde el punto de vista psicológico, los riesgos incluyen:

- Embarazo de riesgo, con aumento de ansiedad y depresión.
- Duelo posparto.
- Violencia obstétrica.
- Parto intervenido y medicalizado.

La denominada Ley de Parto Humanizado de nuestro país, N.º 29.929, en su artículo 2.b), establece que "toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole", en concordancia con la Ley N.º 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

Como señala Olivia Maurel en una entrevista concedida al sitio web Acepresa, tanto las madres gestantes como las donantes de óvulos suelen quedar al margen del debate público, a pesar de que requieren especial atención. Muchas de ellas relatan haber desarrollado un profundo apego hacia el niño durante la gesta-



ción, aunque fueron preparadas para la separación. Algunas experimentan sentimientos de culpa, vacío o angustia tras el parto; otras, reconocen que se les pidió ignorar un vínculo que, es profundamente real (9).

CONCLUSIÓN

La maternidad subrogada conlleva consecuencias físicas, sociales y psicológicas tanto para la madre gestante como para el bebé. Además, implica mercantilización de los niños, cosificación de la mujer, prácticas eugenésicas y, en algunos casos, el aborto. Esta práctica estable-

ce un contrato que incluye una compensación económica por los servicios prestados. En este contexto, el objeto del contrato es una persona, lo cual resulta éticamente inadmisibles: el cuerpo humano no debe ser reducido a un objeto de compra-venta ni explotado con fines lucrativos. Disponer de la capacidad de gestar de una mujer como si fuera un servicio comercializable degrada la dignidad humana (Emilio García-Sánchez, 2021). Por lo tanto, es responsabilidad de las instituciones de salud y de cada profesional interviniente abordar cada caso de maternidad subrogada con

profundidad, considerando de manera integral los aspectos físicos, psicológicos, sociales y legales que afectan tanto a la madre gestante como al niño. Este abordaje debe realizarse, además, con la máxima delicadeza y respeto, reconociendo que ambos —madre gestante e hijo— son las principales víctimas de esta práctica. Por último, está en manos de las autoridades gubernamentales, estudiar con profundidad esta situación y exigir el respeto por la dignidad de cada persona desde su concepción.

CITAS

- (1) Maurel, 2025.
- (2) Coalition Internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution, 2025.
- (3) Declaración de Casablanca, 2023.
- (4) (7) García – Sánchez, 2021.
- (5) Fundación Jerome Lejeune, 2020.
- (6) Olza, 2018.
- (8) Bellver Capella, Romero Wenz; 2025.
- (9) Temes, 2025.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellver Capella, V. y Romero Wenz, L. (2025) ¿Gestar para otros? Ed. Palabra. España Coalition Internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution.
2. Fundación Jerome Lejeune (2020) Informe de la cátedra de Bioética sobre la llamada "maternidad subrogada". Disponible en: <https://fundacionlejeune.es/informe-de-la-catedra-de-bioetica-jerome-lejeune-sobre-la-maternidad-subrogada/>
3. García Sánchez, E. (2021) 10 interrogantes bioéticos actuales. Ed. Universidad de Navarra S.A.
4. Ley 2606. Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Fecha de sanción: 28/09/2005. Publicada en el Boletín Nacional del 26/10/2005.
5. Ley 29.929. Protección del embarazo y del recién nacido. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Fecha de sanción 25/08/2004. Publicada en el Boletín Nacional del 21/09/2004.
6. Maurel, O. (2025) ¿Dónde estás, mamá? Ed. Mensajero. España.
7. Olza, I. (2018) Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista. Dilemata, (28): 1-12. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000243>
8. Olza, I. (2020) Análisis de la gestación subrogada desde la neurociencia y psicología perinatal. Seminario del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.
9. Temes, M.C. (2025) "Esta lucha va más allá de mi historia. Se trata de dar voz a quienes no la tienen" Entrevista a Olivia Maurel. Disponible en: <https://maria-candela.com/2025/05/18/entrevista-a-olivia-maurel/>

El rol de la Enfermería comunitaria para la concientización sobre la donación de órganos y tejidos

Paula M. Ronzoni Rossi*

Ayelén S. Lujan**

Laila Muñoz Reffo***

RESUMEN

Este artículo analiza el impacto de una estrategia comunitaria liderada por profesionales de Enfermería para promover la concientización sobre la donación de órganos y tejidos entre la población de adultos mayores.

Mediante actividades educativas, entrevistas y dinámicas de grupo, se evaluaron los cambios en el conocimiento, la predisposición y la capacidad de los participantes para compartir información sobre el tema. Los resultados muestran que este tipo de intervención mejora significativamente la comprensión y las actitudes positivas hacia la donación.

Esto posiciona a los profesionales de Enfermería como agentes clave en la promoción de la salud comunitaria.

PALABRAS CLAVE:

donación de órganos, enfermería comunitaria, salud pública

ABSTRACT

This article analyzes the impact of a community-based strategy led by nursing professionals to promote awareness of organ and tissue donation among older adults. Through educational activities, interviews, and group dynamics, changes in participants' knowledge, predisposition, and ability to share information on the topic were evaluated.

The results show that this type of intervention significantly improves the understanding and positive attitudes toward donation.

This positions nursery professionals as key agents in community health promotion.

KEYWORDS:

organ donation, community nursing, public health

* Técnica en Cardiología y Enfermera de Guardia en la Clínica de la Esperanza en CABA.

** Enfermera. Auxiliar de Farmacia en la Clínica Adventista de Belgrano en CABA.

*** Enfermera de la Unidad Terapia Intensiva Pediátrica en el Hospital Materno Infantil Oscar Allende de la Localidad de Lomas de Zamora PBA.

Todas estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Favaloro, en el marco de la materia Taller de Investigación de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La concientización sobre la donación de órganos y tejidos es esencial para motivar a más personas a convertirse en donantes, ofreciendo esperanza y una oportunidad de vida a quienes están en lista de espera. En Argentina se celebran fechas clave como el 30 de mayo (Día Nacional de la Donación de Órganos y Tejidos) y el 6 de junio (Día Mundial de los Pacientes Trasplantados), que buscan sensibilizar a la población sobre esta causa. Por otro lado, la Ley Nacional de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células nro 27.477 marcó un cambio cultural al establecer que toda persona mayor de 18 años es automáticamente donante, salvo que exprese lo contrario. Dicha ley, promulgada en Argentina en el año 2018, es conocida como “Ley Justina”, ya que ha sido inspirada por la historia de Justina Lo Cane, una niña cuya lucha por un trasplante movilizó a la sociedad.

A pesar de los avances, aún persisten desafíos relacionados con la desinformación, los mitos y las creencias que afectan la percepción pública sobre la donación. El rol del personal de salud, especialmente el de los/as enfermeros/as, es fundamental en la concientización sobre la donación de órganos y tejidos, ya que son quienes participan activamente en la detección de posibles donantes, el mantenimiento adecuado del

donante hasta la extracción de órganos, la entrevista para obtener el consentimiento informado y el cuidado integral tanto del paciente trasplantado como de su familia. Además, su capacitación es crucial para garantizar una comunicación fluida y empática con las familias, ayudándoles a tomar decisiones informadas, acompañándolas en el proceso del duelo. La Sociedad Argentina de Cardiología celebró su 50° Congreso Argentino de Cardiología, en el que se destacó la importancia del rol educativo y asistencial de los/as enfermeros/as desde la atención primaria hacia la comunidad: “La promoción efectiva requiere de estrategias integrales que incluyan eventos públicos, campañas en medios tradicionales y digitales, uso creativo de metáforas y políticas públicas sólidas. La participación de la comunidad y su acceso a la información confiable son esenciales para desmitificar creencias erróneas y fomentar una cultura solidaria en torno a la donación” (1).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la efectividad de una estrategia comunitaria personalizada para la concientización de las personas mayores de edad sobre la donación de órganos y tejidos en el barrio de Barracas de la Capital Federal llevada a cabo el primer cuatrimestre del año 2025?

OBJETIVO GENERAL

Medir la efectividad de una estrategia comunitaria personalizada para la concientización de las personas mayores de edad sobre la donación de órganos y tejidos, en el barrio de Barracas de la Capital Federal, llevada a cabo el primer cuatrimestre del año 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de concientización de las personas mayores de edad sobre la donación de órganos y tejidos.
- Implementar una estrategia dirigida a personas mayores de edad, con el fin de promover la reflexión y concientización sobre la donación de órganos y tejidos.
- Evaluar los cambios de respuestas del cuestionario para determinar el impacto de la estrategia educativa en la concientización de las personas mayores sobre la donación de órganos y tejidos.

HIPÓTESIS

La implementación de una estrategia comunitaria personalizada es altamente efectiva para la concientización acerca de la donación de órganos y tejidos en la población de personas mayores de edad.

METODOLOGÍA

Esta investigación utilizó un diseño longitudinal, prospectivo, experimental y comparativo, con un enfoque cuantitativo. Se implementó un cuestionario compuesto por 18 preguntas que indagaron acerca de las variables descriptivas y las dimensiones propuestas para medir la concientización acerca de la donación de órganos: conocimientos, voluntad de donar órganos y de divulgar información al respecto. El cuestionario se realizó antes y después de una conversación informativa —acompañada por un folleto explicativo— enfocada en la necesidad de donación de órganos, los mitos relacionados con el tema y las herramientas para manifestar voluntad de ser donante.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se seleccionó una población de habitantes del barrio de Barracas (CABA) en base a estadísticas previas que indican un alto índice de mortalidad por accidentes de tránsito en la región (2). El muestreo fue probabilístico sistemático entre las personas que transitaban en un espacio de alta concurrencia en la vía pública. La muestra estuvo compuesta por 50 personas, empleando una estadística descriptiva en porcentaje, de las cuales el 32% eran mujeres con una media de edad de 47.07 años (DS 13,26) y el 68%, hombres con una edad media de 42.12 años (DS 10,86) de edad. Los criterios de exclusión fueron: personas no hablantes de español, personas con dificultades en la orientación en tiempo-espacio y personas que no desearan participar voluntariamente en la investigación. Asimismo, se presentó un consentimiento informado que los participantes completaron voluntariamente antes de la realización del cuestionario.

RESULTADOS

Con respecto a la efectividad de la estrategia implementada, la mayor parte (83%) de las personas encuestadas consideraron que la estrategia para la concientización sobre la donación de órganos y tejidos fue buena o excelente. De las 11 personas que no se encontraban a favor de la donación de órganos y tejidos, sólo 3 sostuvieron su pensamiento al finalizar la estrategia. El nivel de conocimiento aumentó de 45% antes de la actividad a 55% después, mientras que la voluntad para difundir información acerca de la donación de órganos entre sus conocidos pasó de 35% antes a 65% después, con lo cual podemos señalar que se observó un incremento en todos los indicadores evaluados tras la intervención.

GRÁFICOS O TABLAS

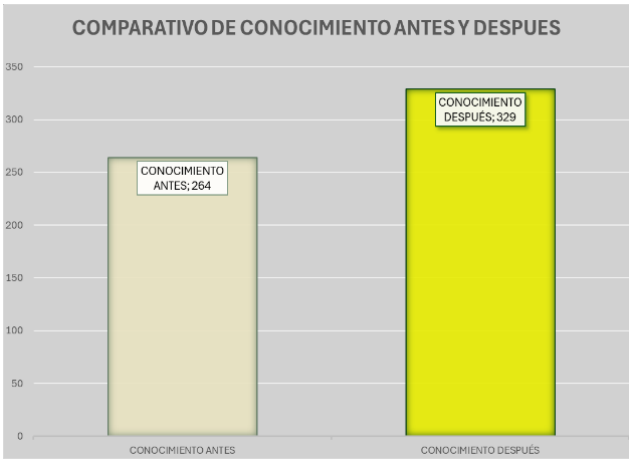


Gráfico 1

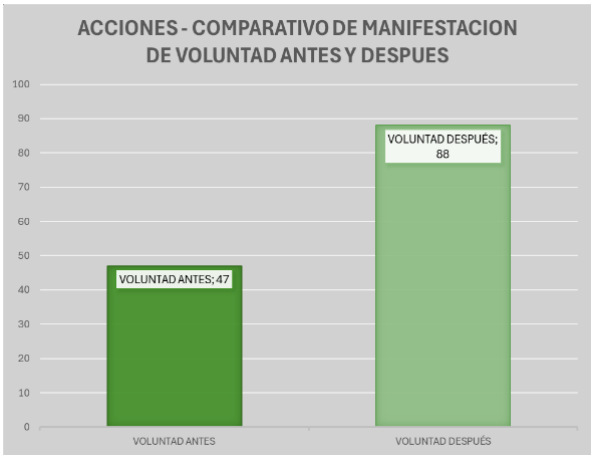


Gráfico 2



Gráfico 3

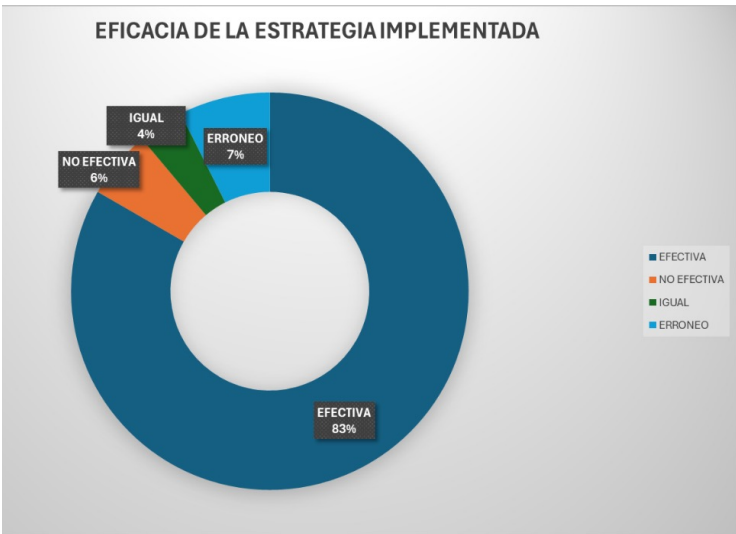


Gráfico 4

Gráfico 1
Cuadro comparativo de la variable Conocimiento, el antes y después de la estrategia implementada (elaboración propia).

Gráfico 2
Cuadro comparativo de la variable Manifestación de Voluntad, el antes y después de la estrategia implementada (elaboración propia).

Gráfico 3
Cuadro comparativo de la variable Divulgación, el antes y después de la estrategia implementada (elaboración propia).

Gráfico 4
Gráfico anillo respecto de la Eficacia de la Estrategia implementada (elaboración propia).

CONCLUSIÓN

La estrategia de intervención comunitaria implementada por el personal de enfermería, basada en la comunicación verbal adaptada al contexto barrial, resultó ser una herramienta eficaz para promover el conocimiento, la disposición a divulgar información y la donación de órganos. El análisis comparativo del antes y después de la intervención mostró incrementos significativos en las 3 dimensiones. Estos avances

reflejan una mejora integral tanto en la comprensión del tema como en el compromiso activo de los participantes con su difusión, lo que comprueba la efectividad de la metodología empleada. A pesar de que un pequeño grupo presentó resistencia al cambio, este hecho no disminuye el valor del impacto logrado.

En síntesis, se concluye que la intervención no solo cumplió con los objetivos propuestos, sino que

también demostró ser una estrategia replicable en otros contextos comunitarios, con potencial para fortalecer la participación ciudadana informada y promover transformaciones sostenibles en materia de salud colectiva. La participación del personal de enfermería como agente educador es clave para potenciar el compromiso social y la disposición a la donación, contribuyendo a la salud pública.

CITAS

(1) Cichero, 2024.

(2) Instituto del Trasplante del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021.

BIBLIOGRAFÍA

Cichero, *Donación de órganos y tejidos en el Sistema Público de Salud*. 16 de Octubre del 2024. Recuperado de: <https://congreso.sac.org.ar/#> (25/10/2025).
 INCUCAI. *Información general, base informática* (2025). Recuperado de: <https://sintra.incucai.gov.ar/> (23/10/2025).
 INCUCAI - SINTRA - *Estadísticas* (2024). Trasplante CPH.
 Instituto de Trasplante GCBA. *Estadísticas*

cas de donación de órganos (2021). Argentina. Recuperado de: <https://buenosaires.gob.ar/salud/instituto-de-trasplante/estadisticas> (23/10/2025).
 Instituto del Trasplante del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Estadísticas 2021* (2021). Recuperado de: <https://buenosaires.gob.ar/salud/instituto-de-trasplante/estadisticas> (25/10/2025).

Mitos y verdades sobre la donación de órganos en Argentina. 12 de octubre de 2023. Web *El Destape*. Recuperado de: <https://www.eldestapeweb.com/sociedad/donacion-de-organos/mitos-y-verdades-sobre-la-donacion-de-organos-en-argentina-20231011125838> (23/10/2025).



DECLARACIÓN DE POSICIÓN

“Enfermería argentina: compromiso ético para cuidar en el presente y transformar el futuro”

En el contexto actual, el ejercicio de Enfermería enfrenta una complejidad creciente de desafíos éticos y legales. En la atención a personas y en especial en situaciones de vulnerabilidad, se exige no solo competencia científica-técnica, sino también sensibilidad moral, juicio crítico y conocimiento de los marcos ético-legales que regulan la profesión.

En el entorno sanitario contemporáneo, la Enfermería debe tomar decisiones rápidas en escenarios marcados por sobrecarga laboral, escasez de recursos, presiones institucionales y problemáticas derivadas del avance tecnológico. Estas condiciones podrían dificultar el respeto pleno de los principios fundamentales de la ética profesional: autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad.

El aumento de la demanda de servicios, el reconocido derecho a la salud de la población, la escasez

crónica de personal, las condiciones de trabajo inseguras, la remuneración inadecuada y la falta del reconocimiento como profesionales, provocan un agotamiento generalizado de los profesionales de enfermería.

A estas tensiones se suma una realidad conocida e ignorada: el bienestar físico, emocional y ético del personal de enfermería, jornadas excesivas, exposición constante al sufrimiento humano y ambientes laborales tóxicos que afectan no solo la salud del personal, sino también su capacidad de cuidar éticamente.

Como consecuencia de lo antes mencionado, aparecen el agotamiento profesional (*burnout*), la fatiga por compasión, el estrés moral y el miedo a represalias por denunciar malas o riesgosas prácticas cada vez más documentadas, que aumentan los costos en salud y exigen respuestas urgentes desde las instituciones de salud, los organismos regula-

dores, los espacios formativos y las organizaciones profesionales jurídicamente reconocidas, con representación local, nacional, regional e internacional.

Diversas investigaciones a través de los años demuestran que mejorar la dotación y calificación del personal genera beneficios significativos, es una inversión rentable y representa una transformación estratégica en la economía y la salud.

Ética en el cuidado de Enfermería hoy es también hablar de condiciones de trabajo dignas, de derechos laborales y del cuidado de quienes cuidan. Promover la ética no puede separarse del compromiso con una práctica justa, segura y humana, tanto para las personas en la atención de su salud como para los profesionales que las cuidan.

Un ejercicio ético-legal es esencial para garantizar el cuidado respetuoso y equitativo de las personas, familias y comunidades.

UNA REFLEXIÓN Y LLAMADO FINAL: A LA COMUNIDAD, A LA PROFESIÓN Y A LAS AUTORIDADES

La ética en el cuidado de Enfermería no es solo un compromiso individual: es un desafío colectivo que involucra a toda la sociedad. Por ello apelamos a la corresponsabilidad y al reconocimiento del valor ético de la Enfermería:

- A la comunidad, le recordamos que detrás de cada atención, cada gesto de cuidado y cada vigilia silenciosa, hay profesionales que trabajan con entrega, compasión, sensibilidad y compromiso. Necesitamos de su confianza y valoración del ejercicio de la profesión de Enfermería; que no es solo técnico, es un acto de relación profundamente humano y ético profesional.
- En la profesión de Enfermería, la toma de decisiones informadas requiere educación

continua y reflexión para mantener altos estándares en la atención de salud. Invitamos a fortalecer una cultura de integridad, respeto mutuo y cuidado del propio equipo en los servicios de Enfermería, en las áreas de la educación, de gestión, de investigación y en las organizaciones profesionales. Cuidarnos entre colegas, alzar la voz ante las injusticias y promover espacios de reflexión ética es imperativo, es una necesidad para sostener una práctica saludable y digna.

- A las autoridades sanitarias, académicas y políticas, les exigimos condiciones de trabajo seguras, justas, humanizadas, sin discriminaciones en la integración de los equipos y carreras de los profe-

sionales de la salud, creación de estrategias para la inversión en el cuidado de los profesionales, reconocimiento del impacto directo en la atención a las personas y comunidad que se refleja en alta calidad de los cuidados, en el aumento de la esperanza de vida y poblaciones más sanas; considerando que mejora notable y directamente la productividad económica de la sociedad.

- Instamos a establecer entornos seguros, mejorar la retención y construir un futuro más saludable con soluciones integrales para consolidar el bienestar de los profesionales de Enfermería. Su bienestar no puede seguir siendo invisible. El respaldo ético-institucional favorece cuidados de calidad y decisiones justas.

La ética no se declama: se garantiza.

Porque cuidar éticamente también implica cuidar al que cuida,
pedimos una Enfermería valorada, protegida, participativa y escuchada.

CAE 2025 - CORRIENTES

CONSEJO DEONTOLÓGICO: Lics. Amalia Alcorta - Laura Mayorga - Gloria Portillo - Leandro Pusch - Silvia Vilches

COMITÉ de EXPERTOS de ENFERMERÍA en ÉTICA y LEGISLACIÓN: Lics. Elena Perich - Rubén Lastra - Graciela Rojas - Victoria Rosso
- Zulma Silva - Mg. Hna. Mercedes Zamuner

El abrazo que devolvió el aire

Leandro Martín Vargas

En una tarde tranquila, de esas en las que el cansancio del turno se mezcla con la satisfacción de haber dado lo mejor. Había terminado otra jornada y como de costumbre caminaba hacia donde había dejado su auto para volver a casa. La calle zigzagueante estaba desolada, sin tránsito ni peatones. A unos metros para llegar al auto estaba enviando un mensaje de audio por teléfono por lo que mi mente estaba concentrada en lo que decía. De repente, una figura aparece de la nada. Un hombre joven, con bolsas en las manos y el rostro desencajado, se acercaba haciendo gestos desesperados. El primer impulso fue de alerta: en una calle vacía, esta escena me parecía extraña. Bastó una mirada más profunda, que nos destaca a los enfermeros, para reconocer que sucedía algo distinto: el pánico se reflejaba en el rostro y los gestos de sus brazos se mostraban caóticos sedientos de ayuda. Algo no estaba bien. El joven, que posteriormente sabría que se llamaba Daniel, no emitía ningún sonido y sus ojos desesperados imploraban auxilio. En ese instante, comprendí lo que estaba sucediendo, ¡¡no podía respirar!! Sin dudar, con ayuda de

Daniel y del cordón de la vereda, me coloqué detrás de él, con una mano identifiqué el ombligo, con la otra, cerré el puño y lo posicioné apenas por encima del ombligo. Abracé el puño cerrado y comencé a traccionar de manera fuerte, rápida, hacia adentro y hacia arriba. Una, dos, tres veces... (funciona Heimlich, funciona se decía por dentro) hasta que un pequeño sonido escapó de la garganta del joven, señal inequívoca de que el aire empezaba a ingresar nuevamente.

Entonces lo giré para mirarlo. El rostro, bañado en transpiración, comenzaba a transformarse: de la desesperación al alivio.

—Respirá conmigo —le dije con serenidad. Inspiramos y exhalamos coordinados, éramos uno respirando, como en una coreografía vital. Entonces el aire volvió a llenar progresivamente los pulmones de Daniel y cada vez con mayor profundidad. Las bolsas y el teléfono habían volado por el aire, quizás ellos fueron los únicos testigos de ese instante en el que dos desconocidos se encontraron en un momento que se balanceó entre la vida y la muerte.

Cuando pudo recuperar el aliento,

Daniel susurró con la voz disfónica:

—Me salvaste la vida... no sé cómo pagarte.

Yo, le sonreí con humildad, satisfacción y agradecimiento.

—No es nada. Respirá tranquilo, le dije.

Ambos nos miramos. No hacían falta más palabras. En situaciones así, la vida y la muerte se entrelazan en cuestión de segundos. Estar preparados no es cuestión de suerte: es formación, es vocación, es estar en el lugar que te toca con las herramientas necesarias y aprendidas.

—¿A qué te dedicas? —preguntó Daniel.

—Soy enfermero —respondí, con una sonrisa serena.

—No te lo puedo creer... justo hoy, justo acá...

Ese día, la calle desolada, se transformó en el escenario de un milagro posible gracias a que el destino se propuso desafiar a la necesidad con la preparación y el instinto de actuar y cuidar.

Allí, solos, ambos se abrazaron. Un abrazo breve pero profundo, de esos que se sellan en un instante pero que duran para siempre...

¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN **vea**

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



TU TRABAJO PUEDE SER UN
GRAN APORTE
PARA OTROS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

LEE LAS BASES Y CONDICIONES
Y ENVÍALO A
ALEJANDRAFUENTE@ADECRA.ORG.AR.

Bases para la publicación de artículos

RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

FORMATO DE PRESENTACIÓN

- Tamaño de página: A4
- Cuerpo del texto y bibliografía: Fuente Arial 12
- Notas al pie: Fuente Arial 10
- Interlineado: 1,5
- Extensión: hasta 10.000 caracteres (sin espacio)

- Informes
- Monografías
- Trabajos de investigación
- Procedimientos
- Técnicas
- Protocolos
- Presentaciones de casos
- Experiencias

INFORMACIÓN DEL AUTOR

- Nombre completo del autor.
- Teléfono, fax y/o mail de contacto.
- Dirección postal del responsable de la presentación.
- Antecedentes laborales del autor (títulos académicos obtenidos, cargos y funciones desempeñadas, filiación institucional).

SOBRE EL ARTÍCULO

- Título
- Resumen: hasta 300 caracteres
Resumen en inglés (Abstract)
- Palabras clave: máximo 5
En español e inglés (keywords)
- Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

LIBROS

- Apellido, inicial del nombre del autor o autores.
- Año de publicación (entre paréntesis).
- Título del libro en cursiva, seguido de punto.
- N° de edición, seguido de punto.
- Editorial, seguido de dos puntos.
- Lugar de edición, seguido de punto.

Ejemplo:

Ackley, B. J. y Ladwing, G. B. (2007) Manual de diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. Elsevier Mosby: Madrid.
Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera:
Ackley y Ladwing (2007: 234-250).

REVISTAS

- Apellido, inicial del nombre del autor o autores.
- Año de publicación (entre paréntesis)
- “Título del artículo entre comillas, seguido de coma”,
- Nombre de la revista en cursiva
- Número de volumen, serie, número, etc., seguido de punto y coma;
- Números de páginas de referencia, seguido de punto.

Ejemplo:

Altman, E., Clancy, C. y Blendon, R. (2004) “Improving patient safety-five years after the IOM Report”, N. Engl. J. Med. 351: 2041-2043.

Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera: Altman, Clancy y Blendon (2004: 2042).

GRÁFICOS Y FOTOS

- Enviar por separado y con buena resolución de imagen

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS PROFESIONALES, DOCENTES, INVESTIGADORES Y ALUMNOS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRABAJOS:

Los trabajos podrán presentarse como Trabajo de Investigación al cumplir con el siguiente formato:

1. Introducción
2. Formulación del Problema
3. Objetivo General
4. Objetivos Específicos
5. Hipótesis
6. Metodología
7. Población y Muestra
8. Resultados
9. Gráficos (o Tablas)
10. Conclusión
11. Bibliografía consultada

- Se aceptarán trabajos previamente publicados o presentados en otros eventos científicos.
- La participación podrá ser a título individual o colectivo. No hay límite en el número de participantes por trabajo.
- La presentación del trabajo implica la aceptación de esta normativa.
- Se puede realizar un resumen del contenido del trabajo
- El trabajo puede tener un mínimo de 500 palabras y un máximo de 900 palabras.
- Pueden utilizarse abreviaturas comunes. En caso de abreviaturas especiales o poco conocidas, especifique su significado entre paréntesis la primera vez que aparezca en el texto.
- Debe contener el o los autores junto a su Correo electrónico de contacto.
- Se sugiere que se encuentre escrito en letra Arial tamaño 11, con espacio entre caracteres normal, interlineado sencillo. Márgenes justificados.
- Debe incluir citas bibliográficas.
- Se recomienda revisar cuidadosamente la ortografía y sintaxis, previo al envío.