

vea

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



Polifarmacia en
adultos mayores

| PÁG. 14

Inmunoterapias
de vanguardia
en el tratamiento
de leucemia
linfoblástica aguda
(LLA) pediátrica

| PÁG. 10

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 10º
(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
Nº 399943
ISSN: 1669-385X
Base de datos de indexación:
CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E
EBSCO

Periodicidad trimestral (marzo,
junio, septiembre y diciembre)

AÑO 23 | Nº 85 | MARZO 2026

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.

| PÁG. 4

EDITORIAL

Cuidar en tiempos de transformación

Leandro Martín Vargas

| PÁG. 5

INVESTIGACIÓN I

Sobre la implementación de protocolos de atención para pacientes con TEA en los servicios de emergencia pediátrica

Melissa Abigail Vive [tutora]

Investigadoras estudiantes: Natalia Caruso, Yanina Geres, María Isabel Isla, Carla Rojas, Karina Verón, Melissa Abigail Vive

| PÁG. 10

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA I

Inmunoterapias de vanguardia en el tratamiento de leucemia linfoblástica aguda (LLA) pediátrica

Mariana Durañona

| PÁG. 14

INVESTIGACIÓN II

Polifarmacia en adultos mayores

Ferreya Vanesa (tutora)

Maryori Abarca, Kimberly Aldave, Noelia De la Cruz, Edith Ramírez (investigadoras estudiantes)

| PÁG. 20

GESTIÓN

Propuesta de capacitación continua del personal de Enfermería pediátrica a través de la rotación de puestos

Cristian Giménez

| PÁG. 23

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA II

Inmunoterapia de Instilación Intravesical con BCG

Alan Iván Villafañe

Vanessa Cecilia Bernal

| PÁG. 30

EXPERIENCIAS

La valentía de decir “no”

Graciela Rojas

| PÁG. 32

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Simulación clínica de RCP avanzada en zona 3: evaluación del desempeño técnico y no técnico en profesionales de Enfermería

Antonio Ismael Perafan

Valeria Fernanda Cabral

Colaboradoras:

Mirian Navarrete, Sandra Mariel Pereyra

| PÁG. 38

INFORME

Impacto de la Ley Nicolás en los cuidados de Enfermería

Estela Noemí Prado

| PÁG. 41

Instrucciones para publicación de artículos

Cuidar en tiempos de transformación

Comenzamos el año 2026 renovando el compromiso que da sentido a nuestra profesión: el acto de cuidar. Cuidar con humanidad, con calidad, con conocimiento, con tecnología, con responsabilidad y, sobre todo, con una mirada crítica que nos permita crecer en cada escenario donde nuestra profesión se hace presente.

Enfermería atraviesa una etapa de profundas transformaciones. La incorporación de nuevas tecnologías, la digitalización de los sistemas de salud, la expansión de la telemedicina y el fortalecimiento de las prácticas basadas en evidencia nos desafían a actualizarnos de manera permanente. Esto resulta tan cierto como el hecho de que, en medio de estos avances, algo permanece intacto: el vínculo humano como eje central del cuidado. Un vínculo que se enriquece cuando está sostenido por un conocimiento sólido, investigación rigurosa y producción científica propia.

Este nuevo año te invitamos a fortalecer la identidad profesional no solo desde la práctica, sino también desde la escritura y la investigación. La formación continua, la especialización y la producción científica ya no son opciones complementarias, sino pilares fundamentales para sostener estándares de calidad y seguridad en la atención. Investigar es cuidar mejor, es transformar la experiencia cotidiana en conocimiento compartido, es convertir la práctica en evidencia.

Cada procedimiento que realizamos, cada valoración clínica practicada, cada intervención educativa y cada palabra dirigida a un paciente consti-

tuyen oportunidades de observación, análisis y generación de saber. De allí nacen las preguntas de investigación, a partir de allí se construyen los trabajos que pueden mejorar protocolos, optimizar procesos y elevar la calidad asistencial. Hoy más que nunca, Enfermería necesita narrar sus experiencias, sistematizar sus resultados y publicar sus hallazgos para consolidar su autonomía disciplinar.

Tener en cuenta todo ello sin pasar por alto la reflexión sobre el autocuidado del propio profesional de Enfermería, porque no es posible hablar de calidad asistencial sin considerar el bienestar físico, emocional y mental de quienes sostienen el sistema sanitario día a día.

El desafío de 2026 no es solo hacer más y hacerlo bien, sino actuar con equilibrio, con conciencia profesional y respaldo científico.

En esta primera edición del año abrimos un espacio para el intercambio, la actualización y la reflexión crítica. Encontrarán artículos científicos, experiencias clínicas, revisiones de práctica y aportes académicos que buscan enriquecer la labor cotidiana en los distintos niveles de atención. Pero, sobre todo, queremos que esta revista sea una invitación activa a escribir, a investigar, a publicar.

Bienvenidos a un nuevo año de crecimiento profesional, de reflexión crítica y de construcción científica colectiva.

Leandro Martín Vargas

Sobre la implementación de protocolos de atención para pacientes con TEA en los servicios de emergencia pediátrica

Melissa Abigail Vive [tutora]*

Investigadoras estudiantes: Natalia Caruso, Yanina Geres, María Isabel Isla, Carla Rojas, Karina Verón, Melissa Abigail Vive
Trabajo final de grado realizado en el marco de la Licenciatura en Enfermería.

La creciente prevalencia del TEA exige repensar la forma en que se gestionan las emergencias pediátricas. La falta de formación específica y de protocolos estandarizados constituye un obstáculo para brindar una atención segura, humanizada y adaptada a las necesidades del niño con TEA.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por particularidades en la comunicación social, la interacción y la modulación sensorial. Para muchos niños con TEA, el entorno hospitalario puede convertirse en una fuente intensa de estrés: luces brillantes, ruidos imprevistos, procedimientos invasivos y contactos no anticipados pueden desencadenar un *meltdown*, una respuesta de desregulación emocional y fisiológica que, en emergencias, complejiza la atención.

Las estadísticas actuales muestran que el TEA afecta a 1 de cada 100 niños a nivel mundial, mientras que en Argentina la prevalencia estimada asciende a 1 de cada 54. A pesar de este incremento, los servicios de emergencias pediátricas del país no cuentan con protocolos específicos, lo que genera una brecha asistencial que impacta tanto en el niño como en su familia y el equipo de salud.

Modelos internacionales como el implementado en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid

* Licenciada en Enfermería (UBA). Enfermera en rehabilitación pediátrica – ALCLA (2009–2012). Enfermera de Corporación Médica (2013–actualidad). Experiencia en atención pediátrica, emergencias y vacunatorio.

demuestran que las adaptaciones sensoriales y comunicacionales no solo mejoran la experiencia del paciente, sino que también optimizan el trabajo del personal. Estas experiencias abren el camino para pensar intervenciones locales que respondan a las necesidades reales de los niños con TEA en los servicios de emergencia de nuestro país.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Consistió en una revisión bibliográfica sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la existencia de protocolos de atención en áreas de emergencia

pediátrica tanto a nivel nacional como internacional. La búsqueda, delimitada a los últimos siete años; identificó escasa literatura disponible respecto a protocolos específicos para la atención de pacientes con TEA en servicios de urgencias.

Como parte del trabajo de campo, se aplicó una encuesta anónima al personal de enfermería del servicio de emergencias pediátricas de un hospital municipal del Gran Buenos Aires, con el objetivo de evaluar la percepción y la necesidad de implementar un protocolo de atención para pacientes pediátricos con TEA.

- Estudio de enfoque cualitativo, con estadística descriptiva; diseño observacional, transversal y prospectivo.
- Universo: 198 enfermeros del hospital, de los cuales 179 se encontraban activos.
- Muestra (seleccionada de manera probabilística): 10 enfermeros pertenecientes exclusivamente a la guardia pediátrica.
- Instrumento para la recolección de datos: encuesta de 20 preguntas, que incluyó variables cuantitativas (edad y nivel académico) y cualitativas (sexo y preguntas dicotómicas tipo Sí/No). Los criterios de inclusión comprendieron únicamente a enfermeros del área de emergencias pediátricas, excluyéndose aquellos pertenecientes a otros servicios hospitalarios.

Los datos obtenidos se cargaron en una matriz elaborada en Microsoft Excel y fueron analizados mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

1. Formación insuficiente en TEA

La mayoría del personal expresó no haber recibido capacitación formal relacionada con el abordaje de niños con TEA, lo que limita la respuesta clínica y comunicacional.

2. Dificultades en la atención

Se identificaron dificultades recurrentes en torno a:

- la interpretación de comportamientos disruptivos
- el manejo de episodios de desregulación y la anticipación de procedimientos
- la ausencia de apoyos visuales o comunicacionales

3. Familia como mediadora clave

Los cuidadores se posicionaron como guías imprescindibles para comprender necesidades sensoriales, formas de comunicación y señales de alerta.

4. Entornos no adaptados

La guardia carece de: espacios tranquilos, reducción de estímulos, herramientas para regular la sobrecarga.

5. Consenso sobre la necesidad de protocolo

La totalidad del personal consideró indispensable contar con un protocolo formal que ordene y mejore la atención.

DISCUSIÓN

Los resultados confirman la existencia de un vacío estructural en la atención de niños con TEA dentro de las emergencias pediátricas. La sobrecarga sensorial y el riesgo de *meltdown* requieren intervenciones basadas en evidencia, no únicamente en intuiciones o experiencia individual.

Un protocolo institucional debe contemplar:

1 Formación continua en neurodiversidad, comunicación aumentativa y estrategias de regulación sensorial.

2 Adecuaciones ambientales, como disminución de ruidos, control lumínico y creación de espacios tranquilos.

3 Herramientas visuales y de anticipación, como pictogramas o secuencias.

4 Participación activa de la familia, reconociendo su rol como traductora del mundo sensorial del niño.

5 Triage sensorial, que priorice la ubicación adecuada y reduzca tiempos de espera.

Se trata de intervenciones que no sólo favorecen la seguridad emocional del niño, sino que disminuyen la carga de estrés en el equipo de salud y reducen los incidentes críticos.

Para que la atención de Enfermería resulte adecuada y oportuna, esto implica:

- Incorporar contenidos de neurodiversidad y TEA en la formación inicial y continua del personal.
- Adaptar los espacios de emergencias con criterios sensoriales.
- Utilizar herramientas de comunicación visual para anticipar procedimientos.
- Elaborar guías clínicas específicas para el abordaje de TEA en emergencias.
- Promover la alianza terapéutica con las familias como estrategia indispensable de cuidado.

Este estudio demuestra la urgencia de desarrollar e implementar un protocolo institucional que permita garantizar un abordaje integral, sensorialmente amigable y basado en la evidencia.

PALABRAS FINALES

Brindar atención a un niño con TEA en una emergencia no es solo un acto técnico, sino un acto profundamente humano. Hablar de una *atención inclusiva* significa reconocer que cada niño percibe, siente y transita el mundo de manera única. Hablar de una *atención específica y eficaz* implica comprender que no existe un único modo correcto de cuidar, sino el modo correcto para cada niño, en su singularidad.

Un protocolo no es un conjunto rígido de pasos, es una herramienta que nos permite responder mejor, acompañar mejor y cuidar mejor. Cuando adaptamos las luces, reducimos los ruidos, anticipamos con calma y nos acercamos con respeto, no solo gestionamos una crisis: estamos construyendo un puente. Un puente entre el miedo y la

tranquilidad, entre la desregulación y la contención, entre una experiencia traumática y una experiencia humanizada.

Una atención sensible y empática transforma la emergencia en un espacio posible que beneficia al paciente, porque se siente resguardado; beneficia a la familia, porque deja de sentirse sola. Y beneficia al equipo de salud, porque encuentra en la comprensión una herramienta poderosa para trabajar con menos desgaste y más seguridad.

Enfermería tiene la capacidad única de llegar al corazón antes que a la técnica. Es ese toque humano, esa mirada que entiende, esa voz que calma, esa presencia que acompaña lo que puede cambiarlo todo.

Trabajar por una atención inclusiva no es un lujo, ni un ideal abstracto: es una necesidad, un derecho y una responsabilidad ética.

En cada guardia, en cada niño, tenemos la posibilidad de marcar una diferencia real. Y cuando la Enfermería elige la empatía como camino, la salud se vuelve verdaderamente humana.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
2. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (2019). *Protocolo de atención adaptada para pacientes con TEA en servicios de urgencias*.
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2019). *Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista*.
4. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Autism spectrum disorders*.
5. Rivière, A., & Martos, J. (2018). *El trastorno del espectro autista: caracterización e intervención*. Madrid: Fundación Quinta.



**Asociación de Enfermería
de la Capital Federal**

Curso 2026 Marzo

Prevención y Tratamiento Integral de las Heridas

**Coordinadora Prof. Lic. Griselda Leguizamón
Docentes invitados**

**Dirigido a Lic. en Enfermería - Enfermeros -
Estudiantes de 3er año de enfermería**

Modalidad Virtual



Inicio: 14 de marzo 2026

Finaliza: 18 de julio 2026

Clases: 2 sábados por mes

Horario: 9 a 13 h

Calendario de clases

14/03 - 28/03 - 11/04 - 25/04 - 16/05 -

30/05 - 13/06 - 27/06 - 04/07 - 18/07



ACTIVIDAD ARANCELADA

Contactanos

aecafatencion@gmail.com | WhatsApp 1170124872

Av. Rivadavia 3518, Almagro, C.A.B.A.

Inmunoterapias de vanguardia en el tratamiento de leucemia linfoblástica aguda (LLA) pediátrica

Mariana Durañona*

INTRODUCCIÓN.

Tratamiento convencional de la LLA pediátrica.

La leucemia es el cáncer infantil más frecuente. Se caracteriza por la proliferación neoplásica de cualquier célula del tejido hematopoyético y la proliferación descontrolada de células inmaduras y anormales (blastos). En Argentina, la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) representa el 77.5% de los 10.968 casos notificados en pacientes de 0 a 19 años entre 2000 y 2019. La sobrevida a 5 años en el país es del 72.2%.

Históricamente, el tratamiento estándar se basa en la quimioterapia. Este tratamiento incluye fases de inducción a la remisión, consolidación e intensificación (aproximadamente 6 meses) y mantenimiento (aproximadamente 2 años). El objetivo de la inducción es la remisión, definida como la ausencia de signos clínicos y menos del 5% de blastos en la médula ósea. Los medicamentos

convencionales, como Vincristina, Daunorrubicina, L-Asparaginasa, Ciclofosfamida, Citarabina, Metotrexate y Dexametasona, son citostáticos que actúan sobre todas las células que se reproducen rápidamente. La LLA de precursores de células B (LLA-B) constituye el 75-80% de todas las leucemias agudas pediátricas. A pesar de los avances, la LLA-B recaída o refractaria (R/R) sigue siendo una entidad de mal pronóstico, con una sobrevida inferior al 10%, ya que aproximadamente un 20% de las LLA-B pediátricas recaen o no responden al tratamiento inicial. Además, la quimioterapia se asocia a efectos adversos como alopecia, mielosupresión y mucositis, con los riesgos asociados de infección. La persistencia de la Enfermedad Residual Medible (ERM) se considera un factor de mal pronóstico, asociado con un mayor riesgo de recidiva.

*Especialista en Enfermería Oncológica (Universidad Austral, CABA). Programa de Enfermeros Educadores en Oncología Pediátrica (St. Jude Global, 2018). Instructora del curso de APHON "Proveedores de quimioterapia y bioterapia" (Association of Pediatric Hematology/Oncology Nurses, 2018). Enfermera de Internación General Pediátrica y Enfermera Educadora (Hospital Universitario Austral desde 2009). Profesora Adjunta en Investigación en Enfermería (Especialidad de Enfermería Oncológica, Universidad Austral). Directora de Enfermería de TeLeo: Programa de Educación Virtual de Oncología Pediátrica para Latinoamérica. Coordinadora del Capítulo de Enfermería de SLAOP (2020 al 2025).

DE LA QUIMIOTERAPIA A LA TERAPIA CELULAR

1. Inmunoterapia dirigida: *blinatumomab* (BiTE)

Ante las limitaciones del tratamiento convencional, las inmunoterapias ofrecen alternativas dirigidas. El Blinatumomab es una molécula biespecífica captadora de células T (BiTE).

Esta molécula está construida a partir de porciones viables de dos anticuerpos monoclonales: uno dirigido contra el antígeno CD3 (presente en las células T) y otro contra el antígeno CD19 (expresado en las células B malignas). El Blinatumomab actúa como puente, acercando la célula T a la célula tumoral, lo que activa las células T e induce la liberación de enzimas proteolíticas que destruyen la célula diana.

Aprobado por la FDA para LLA adulta y pediátrica en recaída y ERM+LLA, ha demostrado ser eficaz en pacientes R/R. En pacientes con LLA-B R/R, el perfil beneficio-riesgo de Blinatumomab es favorable, con beneficios clínicamente significativos y una toxicidad manejable.

Un análisis en pacientes pediátricos con LLA-B R/R mostró que esta medicación, comparada con la quimioterapia, aumenta la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de eventos (SLE) a 2 años (66.3% vs. 50.0% para SG).

Además, se demostró una mejora significativa en la consecución de ERM negativa (75.1% con Blinatumomab vs. 39.1% con quimioterapia). Su uso también aumenta la probabilidad de realizar un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCMH), pasando de un 55.4% a un 80.1%.

Consideraciones para Enfermería:

Los enfermeros debemos estar atentos a ciertos aspectos fundamentales.

- El Blinatumomab se administra mediante infusiones continuas durante 28 días, seguidas de 14 días libres de tratamiento; en el primer ciclo, hay un aumento de la dosis el día 8. Requiere premedicar con dexametasona al inicio de la primera dosis y en dicho aumento.

→ El personal de Enfermería debe asegurar una técnica aséptica estricta durante la preparación, ya que los viales no contienen conservantes antimicrobianos.

- El Blinatumomab es incompatible con di-etilhexilftalato (DEHP); para ello se debe utilizar bolsas de infusión y sets de líneas de poliolefinas, PVC sin DEHP, o acetato de etil vinilo (EVA). Se requiere el uso de un filtro en línea estéril de 0,2 micras. La infusión debe administrarse mediante una bomba de infusión programable, bloqueable y no elastomérica.

→ Es crucial que el profesional de Enfermería entienda que la línea de infusión de Blinatumomab jamás debe purgarse, ni la línea ni el catéter intravenoso, especialmente al cambiar las bolsas o al completar la infusión, ya que esto podría resultar en una sobredosificación y complicaciones graves.

- Aunque se recomienda la hospitalización durante los primeros días (primer ciclo: al menos 3 días; segundo ciclo: 2 días), la práctica habitual en Argentina es la internación durante el mes completo del ciclo debido a la carencia de equipamiento y personal de supervisión para el manejo ambulatorio. A nivel internacional, la administración ambulatoria busca mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la carga de la hospitalización prolongada.

→ Para facilitar el manejo ambulatorio, la mayoría de los centros utilizan combinaciones de bolsas de 72 o 96 horas para evitar cambios los fines de semana.

- Además de los cuidados específicos durante la infusión, resulta primordial **considerar el estado emocional del paciente**. Mantener al niño o adolescente tranquilo, acompañado y con la posibilidad de continuar actividades significativas contribuye a una mejor tolerancia y adherencia al tratamiento.

→ El rol del equipo de Enfermería es clave en la observación continua, la contención y la comunicación con la familia, favoreciendo una experiencia terapéutica más segura y humanizada.

- El **acompañamiento continuo** durante la infusión permite detectar precozmente signos de toxicidad y brindar apoyo emocional al paciente y su familia, quienes a menudo atraviesan ansiedad frente a un tratamiento novedoso y prolongado.

→ Enfermería tiene la oportunidad de educar sobre los posibles efectos adversos y los signos de alarma, fortaleciendo la confianza del entorno familiar y promoviendo la adherencia terapéutica.

- La **observación cercana** por parte de Enfermería es crucial, especialmente durante las primeras 48 horas (fase crítica). Si la infusión se interrumpe durante 4 horas o más durante el primer ciclo, no debe reiniciarse sin premedicación con dexametasona y supervisión médica, lo que a menudo implica el reingreso. La vigilancia se centra en el Síndrome de Liberación de Citoquinas (SLC) (fiebre, escalofríos, hipotensión) y la Neurotoxicidad (cefalea, somnolencia, confusión, convulsiones).

2. Terapia celular: terapia CAR-T

La Terapia CAR-T (Receptor de Antígeno Químico de Células T) es un procedimiento que implica la extracción de células T del paciente, su modificación genética (introduciendo el receptor CAR) para que reconozcan y ataquen el CD19, su reproducción celular y posterior infusión. Esta terapia está aprobada en recaídas de leucemias, sin embargo aún no está disponible en el país el procedimiento completo.

En experiencias clínicas, el 88% de los casos responden al tratamiento, y la supervivencia a los dos años es del 69%. La terapia CAR-T representa la esperanza de remisiones duraderas en pacientes que han resultado refractarios a la quimioterapia estándar.

Aunque ofrece la ventaja de ser un tratamiento personalizado y potencialmente con menor tiempo de internación, es un procedimiento de alta complejidad y alto costo.

Consideraciones para Enfermería:

→ El rol de Enfermería es fundamental en el reconocimiento y monitorización inmediata de las toxicidades.

Los dos eventos más prevalentes son el SLC y los eventos neurológicos, conocidos como Síndrome de Neurotoxicidad Asociada a Células Inmunoefectoras (ICANS), los cuales pueden ser potencialmente mortales. Se debe realizar una evaluación neurológica rutinaria.

→ El personal de Enfermería debe observar la escritura, ya que cambios en la escritura pueden ser un signo temprano de ICANS. La herramienta ICE (*Immune-Effector Cell-Associated Encephalopathy*) Tool se utiliza para calificar la neurotoxicidad, incluyendo la orientación, la denominación de objetos, el seguimiento de comandos y la atención/escritura.

→ Se deben implementar precauciones contra caídas, aspiración y convulsiones (convulsiones) según la toxicidad experimentada. Además, se requiere profilaxis contra el Síndrome de Lisis Tumoral (SLT).

Los pacientes tienen un mayor riesgo de infección debido a las citopenias prolongadas y la aplasia de células B. Es necesaria la monitorización de los niveles de inmunoglobulina G (IgG) y la administración de inmunoglobulinas intravenosas si es necesario. Se deben reforzar las estrategias de higiene y prevención de infecciones.

→ La **educación del paciente y su familia** es un componente esencial en esta terapia. El enfermero debe orientar acerca de las posibles complicaciones, la importancia del control de temperatura, la higiene y las medidas de seguridad domiciliaria. Esta educación refuerza la autonomía del paciente y contribuye a la detección temprana de

eventos adversos, mejorando la continuidad del cuidado tras el alta.

- Después del alta, los pacientes deben permanecer cerca del centro de tratamiento (a menudo dentro de un radio de 2 horas) durante al menos 4 semanas para la monitorización de toxicidades tardías o recurrentes.

CONCLUSIÓN

En América Latina, y particularmente en Argentina, el acceso a terapias innovadoras continúa siendo limitado por factores económicos, regulatorios y de infraestructura. Sin embargo, la colaboración entre instituciones y redes regionales ha permitido avances significativos en la capacitación del personal y la optimización de los cuidados de soporte, lo que representa una oportunidad para reducir las brechas en equidad terapéutica.

La transición del tratamiento convencional hacia inmunoterapias como Blinatumomab y CAR-T ha

→ Enfermería debe proporcionar una tarjeta de billete con información sobre la terapia, la fecha de infusión y razones para buscar atención urgente. El seguimiento a largo plazo puede extenderse hasta 15 años debido a que la terapia CAR-T se clasifica como Producto Medicinal de Terapia Génica y Organismo Genéticamente Modificado.

demostrado mejorar desenlaces clínicos y la eliminación de la ERM, con un perfil de toxicidad diferente al de la quimioterapia, pero generalmente con menores efectos adversos graves.

Enfermería ocupa un rol protagónico en esta nueva era de terapias inmunológicas, donde la precisión científica se combina con el acompañamiento humano. Comprender estas terapias, anticipar riesgos y sostener el cuidado integral son pilares que nos desafían a mantenernos actualizados, colaborativos y comprometidos con la excelencia en la atención pediátrica oncohematológica.

Bibliografía

1. Álvarez J., et al. (2023) *Blinatumomab en leucemia linfoblástica aguda de células B, recidivante/refractaria*. Versión 1. CONETEC: Argentina.
2. Amgen Technology (Ireland) Unlimited Company Pottery Road, Dun Laoghaire, Co. Dublin, Irlanda. Fecha de Última Revisión: 12 de julio de 2024, Disposición N: (DI-2024-6225-APNANMAT#MS).
3. Beaupierre A., et al. (2019) "Educating Multidisciplinary Care Teams, Patients, and Caregivers on CAR T-Cell Therapy", *J Adv Pract Oncol* 10, 3.
4. Callahan C., Haas L., Smith L. (2023) "CAR-T cells for pediatric malignancies: Past, present, future and nursing implications", *Asia Pac J Oncol Nurs*. 10, 11.
5. Ellard R., et al. (2022) "The EBMT Immune Effector Cell Nursing Guidelines on CAR-T Therapy: A Framework for Patient Care and Managing Common Toxicities", *Clinical Hematology International* 4; 75-88.
6. Hayden P.J., et al. (2022) "Management of adults and children receiving CAR T-cell therapy: 2021 best practice recommendations of the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) and the Joint Accreditation Committee of ISCT and EBMT (JACIE) and the European Haematology Association (EHA)", *Ann Oncol*. 33, 3; 259-275.
7. Inaba H., Pui C. (2019) "Immunotherapy in Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia", *Cancer Metastasis Rev*. 38 (4): 595-610.
8. Montgomery K.E., et al. (2024) "A Quality Approach to Blinatumomab Delivery in Pediatric Oncology: A Children's Oncology Group Study", *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*. 41 (5): 324-335.
9. Wang, L. (2023) "Se amplía el papel del Blinatumomab en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda", *Instituto Nacional del Cáncer*, disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2023/blincyto-leucemia-enfermedad-residual-minima>
10. Withycombe J.S., et al. (2024) "Delivery of Care for Pediatric Patients Receiving Blinatumomab: A Children's Oncology Group Study", *Cancer Nurs*. 47 (6): 451-459.
11. Zugasti I. et al. (2025) "CAR-T cell therapy for cancer: current challenges and future directions", *Signal Transduct Target Ther* 10, 1.

Polifarmacia en adultos mayores

Vanesa Ferreyra (tutora)*

Maryori Abarca, Kimberly Aldave, Noelia De la Cruz,

Edith Ramírez (investigadoras estudiantes)

Cruz Roja Argentina, Filial San Isidro

RESUMEN

La polifarmacia en adultos mayores constituye un desafío para la seguridad del paciente. A partir de un estudio de caso, este artículo identifica los factores que inciden en esta problemática: el desconocimiento, la automedicación, las dificultades en la adherencia al tratamiento y la falta de una buena comunicación entre paciente, médicos y familia. En base a ello, destaca la necesidad de llevar adelante intervenciones educativas.

PALABRAS CLAVE

polifarmacia; adultos mayores; medicación segura; automedicación; enfermería gerontológica

ABSTRACT

Polypharmacy in older adults poses a challenge to patient safety. Based on a case study, this article identifies the factors contributing to this problem: lack of knowledge, self-medication, difficulties in treatment adherence, and poor communication between patients, physicians, and family. Based on this, it highlights the need for educational interventions.

KEYWORDS

polypharmacy; older adults; medication safety; self-medication; gerontological nursing

*Magister en Educación. Licenciada en Enfermería. Se desempeña como docente en Cruz Roja Argentina, Filial San Isidro.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2019), el uso simultáneo de múltiples medicamentos es una práctica frecuente en personas mayores, principalmente debido a la presencia de enfermedades crónicas y cambios fisiológicos propios del envejecimiento. Aunque en muchos casos resulta clínicamente necesario, la polifarmacia incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas, errores en la administración, reacciones adversas y hospitalizaciones. A

ello se suman factores que profundizan la vulnerabilidad del adulto mayor, como la educación sanitaria insuficiente, la automedicación, la complejidad de los tratamientos y las dificultades de comunicación entre el paciente, su familia y el equipo de salud (Elbeddini et al, 2023).

En este escenario, se vuelve fundamental analizar los factores que influyen en el uso de polifarmacia en adultos mayores, con el fin de aportar evidencia que oriente intervenciones preventivas y promueva prácticas de medicación más seguras.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Objetivo general:

- Identificar los factores que inciden en el uso de la polifarmacia en adultos mayores a partir de un estudio de caso situado (San Isidro, durante el período junio–noviembre 2025).

Objetivos específicos:

- Analizar la prevalencia del uso de polifarmacia.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre sus riesgos y consecuencias.
- Caracterizar la comunicación entre paciente, familia y profesionales.

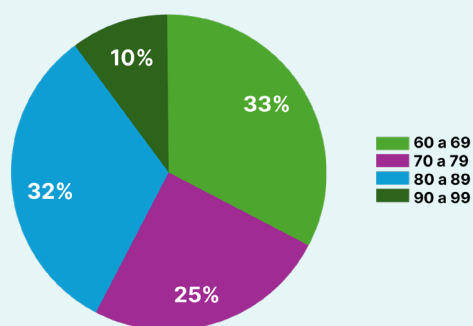
Metodología

- Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La recolección de datos se realizó mediante una encuesta estructurada diseñada para identificar características sociodemográficas, hábitos de consumo de medicamentos, nivel de conocimiento sobre polifarmacia, adherencia terapéutica, presencia de efectos adversos y apoyo familiar en la administración.
- Población: adultos mayores de 60 a 99 años residentes en San Isidro, provincia de Buenos Aires.
- Muestra: 100 participantes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, de acuerdo con la disponibilidad y accesibilidad de los encuestados.
- Criterios de inclusión: edad entre 60 y 99 años; residencia en San Isidro; consumir uno o más medicamentos de manera habitual; brindar consentimiento para participar en el estudio
- Criterios de exclusión: dificultades cognitivas o comunicacionales que impidieran responder la encuesta; falta de consentimiento o decisión de abandonar la participación.
- Los datos obtenidos se analizaron a través de frecuencias absolutas y relativas, y se aplicaron medidas de tendencia central o dispersión según la naturaleza de cada variable.
- La investigación cumplió con principios éticos básicos: participación voluntaria, consentimiento informado y confidencialidad de la información aportada por los encuestados.

RESULTADOS

Gráfico 1.

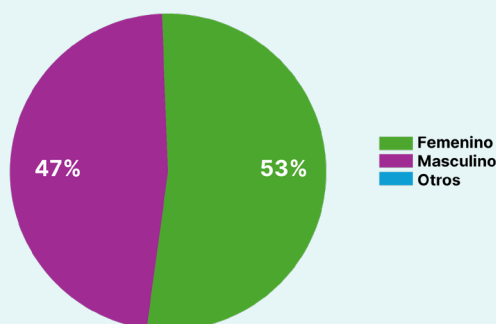
Distribución etaria N=100



La distribución etaria muestra una concentración en los grupos de 60–69 años (33%) y 80–89 años (32%), que constituyen la moda de la muestra.

Gráfico 2.

Género autopercebido N=100



En cuanto a la distribución por género, el 53% de los participantes son mujeres, coherente con la mayor representación femenina habitual en edades avanzadas.

En relación al nivel de conocimiento, una amplia mayoría manifestó desconocer el concepto de polifarmacia (81,8%). Este desconocimiento se triangula en la figura 1 con dos variables críticas:

- la elevada cantidad de fármacos consumidos (38,4% toma más de siete medicamentos diarios)

- la comprensión limitada del tratamiento (47,5% refirió no conocer la función de los fármacos indicados)

Esta convergencia evidencia un patrón consistente de riesgo asociado a información insuficiente.

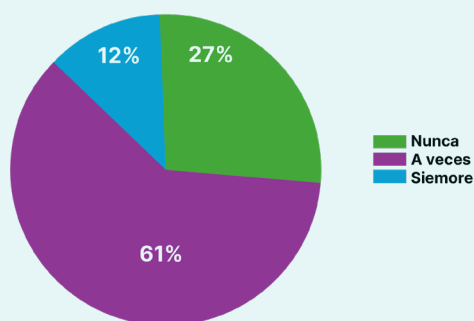
RIESGO ASOCIADO



En cuanto a las prácticas de medicación, el 53% reportó automedicación total o parcial. La evidencia entre automedicación, desconocimiento y polifarmacia avanzada sugiere un circuito de decisiones no supervisadas que aumenta la probabilidad de interacciones y errores.

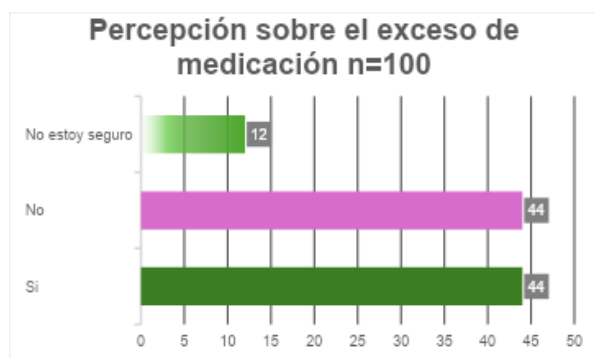
Gráfico 3.

Interrupción de la toma de medicamentos N=100



Respecto a la adherencia, el 61% reconoció olvidar la medicación "a veces", siendo esta la moda de la variable. Este hallazgo se complementa con la presencia de efectos adversos: el 37% informó somnolencia, cefalea u otros síntomas, los cuales pueden influir negativamente en la regularidad del tratamiento.

Gráfico 4.



La percepción subjetiva del exceso de medicación mostró una distribución bimodal (44% "sí"; 44% "no"), lo que indica heterogeneidad en la interpretación personal del riesgo farmacológico. Esta percepción se vincula con el grado de comprensión del tratamiento y con la complejidad de los esquemas terapéuticos.

Otros datos obtenidos:

- el apoyo familiar, reportado en el 50% de los casos, constituye un factor protector relevante
- métodos de organización: el pastillero fue la estrategia más utilizada (42%), lo que evidencia una tendencia hacia herramientas simples de control farmacológico

Estos resultados, así como la cantidad de fármacos, niveles de educación sanitaria, automedicación, adherencia y apoyo familiar, muestran un perfil de vulnerabilidad multifactorial. La com-

binación de desconocimiento, regímenes complejos y fallas de comunicación asistencial incrementa de manera significativa el riesgo clínico para esta población.

CONCLUSIÓN

En línea con las observaciones hechas por organismos e instituciones, esta investigación evidencia una elevada prevalencia de polifarmacia y un conocimiento limitado sobre su significado y los riesgos que conlleva.

La automedicación, los olvidos en la toma y la falta de comprensión del tratamiento refuerzan la vulnerabilidad de esta población. Asimismo, la comunicación inefectiva entre pacientes, familiares y profesionales emerge como un factor crítico, coincidiendo con la hipótesis planteada.

Fortalecer la educación sanitaria, mejorar los canales de comunicación clínica y promover el acompañamiento familiar surge como un eje fundamental para implementar prácticas de medicación seguras y reducir eventos adversos en adultos mayores. Asimismo, los hallazgos permiten sustentar el desarrollo de futuras intervenciones educativas y estrategias de seguimiento que contribuyan a optimizar el uso de medicamentos en esta población.

Bibliografía de referencia

- 1). ANMAT. (s.f.). "Cuidá tu salud: Usá responsablemente los medicamentos".
<https://www.argentina.gob.ar/anmat/comunidad/uso-responsable-medicamentos>
- 2). Clínica Universidad de los Andes. (2020). "Polifarmacia: La importancia del uso responsable de medicamentos".
<https://www.clinicauandes.cl/noticia/polifarmacia-la-importancia-del-uso-responsable-de-medicamentos>
- 3). Elbeddini A., Yeats, A., Gazarin, M. (2023) "La deprescripción es una parte esencial de la prescripción". En: *Reducción de la prescripción y polifarmacia en una población que envejece*. Academic Press.

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323991384000035>
- 4). Fundación FEMEBA. (2021). "Polimedición y deprescripción: Recomendaciones prácticas".
<https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/polimedicaion-y-deprescripcion-recomendaciones-practicas-49431>
- 5). OMS (2019). "Seguridad de la medicación en la polifarmacia: informe técnico". Disponible en:
<https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-polypharmacy-technical-report>

CURSO DE

Gestión Integral de Enfermería y Dirección de Departamentos de Enfermería

Dirigido a licenciados en enfermería, que estén ejerciendo el cargo de Jefaturas o aquellos que estén en mandos medios

CARGA HORARIA TOTAL: 440 horas.

ESTRUCTURA: 12 módulos secuenciales e integrados.

MODALIDAD: virtual asincrónica y sincrónica.

COMIENZO Y FINALIZACIÓN: Jueves 7 de mayo a Jueves 15 de octubre.

HORARIO: 8.30 a 12.15 hs.

ARANCEL: Matrícula \$73.000 - 6 cuotas de \$168.000.

*Consultar descuentos Asociados ADECRA+CEDIM



CURSO DE NIVELACIÓN

Matemática y Estadística para gestión en Enfermería

Dirigido a todo el personal de Salud

PROFESOR: Lic. Marcos Finn.

DÍAS DE CURSADA: Viernes de 9.30 a 11.30 hs.

PLATAFORMA: Zoom.

COMIENZO: 8 de mayo.

FIN: 26 de junio.

ARANCEL: Matrícula \$53.000 - 2 cuotas \$95.000 (mayo y junio)

*Consultar descuentos Asociados ADECRA+CEDIM



CURSO AVANZADO

Gestión de datos en Excel / Sheet

Dirigido a todo el personal de Salud

PROFESOR: Lic. Marcos Finn.

DÍAS DE CURSADA: Viernes de 9.30 a 11.30 hs.

PLATAFORMA: Zoom.

COMIENZO: 3 de julio.

FIN: 7 de agosto.

Arancel: Matrícula \$58.000 - 2 cuotas \$70.000 (julio y agosto)

*Consultar descuentos Asociados ADECRA+CEDIM

MÁS INFORMACIÓN

Alejandra Fuente | alejandrafuente@adecra.org.ar

Propuesta de capacitación continua del personal de Enfermería pediátrica a través de la rotación de puestos

Cristian Giménez*

Jefe de Departamento de enfermería en SEPyN

La rotación interna del personal permite fortalecer competencias, mejorar la integración de equipos y optimizar la calidad del cuidado en instituciones de alta complejidad.

INTRODUCCIÓN

La rotación programada se presenta como una modalidad de capacitación situada que favorece el desarrollo de habilidades, previene el estancamiento de la rutina y mejora el funcionamiento del equipo. Tal como señala Pérez (s.f.), la capacitación en servicio permite revisar y optimizar las prácticas de cuidado.

La capacitación continua en Enfermería pediátrica es esencial para garantizar la calidad de la atención, así como la actualización de competencias y la motivación profesional; debe integrarse como una estrategia institucional según las recomendaciones nacionales (Ministerio de Salud de la Nación, 2024).

La escasa rotación del personal que se observa en esta área limita el aprendizaje en servicio, reduce la polivalencia y puede afectar la motiva-

ción y la calidad del cuidado. La falta de un sistema formal de rotación restringe la adquisición de competencias. Las estrategias situadas (Lave & Wenger, 1991), la apropiación del aprendizaje (Engeström, 2015) y la sostenibilidad institucional (Rivara & Roux, 2015) sustentan la necesidad de un programa formativo.

A fin de mostrar el impacto favorable que puede tener la rotación estructurada en el desarrollo profesional y la calidad de la atención pediátrica, este artículo presenta una propuesta para implementar un sistema planificado de rotación interna en el área pediátrica como política de desarrollo profesional, favoreciendo el aprendizaje en el puesto, el sentido de pertenencia y la mejora continua del servicio.

*Lic.Cristian Giménez - Jefe de Departamento de enfermería en SEPyN

PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Implementar un sistema de rotación interna del personal de Enfermería pediátrica permite fortalecer competencias en el ámbito asistencial, mejorar la integración de equipos y optimizar la calidad del cuidado en instituciones de alta complejidad. La implementación de dicho sistema requiere un estudio previo. Se plantean los siguientes **objetivos**:

- Diseñar un cronograma rotativo planificado y evaluable.
- Promover la adquisición de competencias clínicas y organizacionales.
- Favorecer la integración interdisciplinaria y el trabajo colaborativo.
- Evaluar el impacto formativo percibido por los participantes.

El estudio, que se desarrollará bajo un enfoque cualitativo-descriptivo, prospectivo y evaluativo, comprende tres etapas:

- I. Diagnóstico y planificación:** relevamiento institucional, necesidades formativas y diseño del cronograma rotativo.
- II. Implementación:** rotación programada de tres meses por diferentes sectores (internación, consultorio externo, urgencias y cuidados especiales).
- III. Evaluación:** análisis de percepción profesional mediante encuesta estructurada y autoevaluación de competencias.

Diseño: longitudinal, con observación antes y después de la intervención formativa. La recolección de datos se realizará mediante instrumentos diseñados y validados por expertos. La información obtenida será analizada mediante categorización temática, codificación y descripción interpretativa.
Población: personal de enfermería de la unidad pediátrica.
Muestra: de tipo intencional, voluntaria, conformada por profesionales que acepten participar bajo consentimiento informado institucional.

CRONOGRAMA ROTATIVO PROPUESTO

Mes	Sector de origen	Sector de rotación	Actividad clave	Instrumento
1	Internación	Consultorios	Recepción, valoración inicial	Ficha de desempeño
2	Consultorios	Urgencias	Triage y protocolos	Autoevaluación
3	Urgencias	Cuidados especiales	Procedimientos específicos	Encuesta final

RESULTADOS ESPERADOS

- Incremento en la autopercepción de competencias clínicas, comunicacionales y organizacionales.
- Mayor adaptación a diferentes sectores asistenciales.
- Aumento del interés por la capacitación continua, motivación profesional y sentido de pertenencia.
- Mejora en la cohesión del equipo, así como en la autonomía y responsabilidad profesional.
- Reforzamiento de la calidad y continuidad del cuidado pediátrico.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La implementación de un sistema de rotación interna del personal de enfermería pediátrica se presenta como una estrategia de capacitación viable, pertinente y alineada con las necesidades actuales de los servicios de salud de alta complejidad. Se espera que esta modalidad favorezca el desarrollo de competencias clínicas y organiza-

cionales, fortalezca el trabajo en equipo y aumente la motivación profesional, contribuyendo así a una mejora continua en la calidad del cuidado pediátrico. Su puesta en marcha requerirá planificación, acompañamiento y evaluación sistemática para garantizar su sostenibilidad institucional.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud de la Nación. (2024) *Guía para la elaboración de programas de capacitación de los trabajadores de salud*. 1º edición.
2. Pérez, S. (2015) *La educación permanente en el ámbito hospitalario: una herramienta para mejorar las prácticas de cuidado*. 1º edición. Universidad Nacional de Cuyo: Mendoza.
3. González, L.M.; Aznarez, N. (2022) *Factores que influyen en la participación de la formación continua de los técnicos y licenciados en enfermería del Hospital Bouquet Roldán*. 1º edición. Universidad Nacional del Comahue: Neuquén.
4. Lave, J.; Wenger, E. (1991) *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. 1º ed. Cambridge University Press: Cambridge.
5. Ruiz, C.; García, L.; Morales, J. (2020) *Capacitación situada en enfermería: impacto en la calidad del cuidado*. *Revista Iberoamericana*.
6. Barriga, F. (2003) *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. 1º ed. McGraw-Hill Interamericana: México.
7. Engeström, Y. (2015). *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. 2º ed. Cambridge University Press: Cambridge.

Inmunoterapia de Instilación Intravesical con BCG

Alan Iván Villafañe*

Servicio de Urología. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno CEMIC. Buenos Aires

Vanesa Cecilia Bernal**

Servicio de Urología. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. Alicante

INTRODUCCIÓN

En la enfermería urológica, la instilación intravesical es un procedimiento habitual dentro de las intervenciones ambulatorias. La aplicación de BCG intravesical es uno de los tratamientos farmacológicos disponibles como inmunoterapia para los tumores de vejiga no músculo-invasivos.

Este artículo se enfoca en la importancia de las intervenciones del profesional de Enfermería durante la aplicación del tratamiento y cuidados del paciente. A partir de una revisión narrativa y un análisis de prácticas en dos servicios de urología en hospitales de Argentina y España, se examinaron funciones prácticas de los profesionales de enfermería con experiencia en urología y capacitados en la aplicación de instilación intravesical, administración de medicación y seguridad en el cateterismo vesical uretral. Se tomaron en consideración los siguientes criterios:

- formación adecuada
- precisión en la intervención
- la seguridad
- los cuidados correspondientes durante el periodo de tratamiento.

En base a ello, este artículo se enfoca en las acciones de enfermería destinadas al esquema de tratamiento indicado para el riesgo alto (HR) según la clasificación de categoría de riesgo de NMIBC (non muscle invasive bladder cancer) de la EAU (European Association of Urology).

Sobre esa base, presenta los pasos para una sistematización de dichas intervenciones durante la aplicación del tratamiento y cuidados del paciente.

*Licenciado en Enfermería (Universidad Maimónides). Enfermero universitario (UBA). Enfermero de atención ambulatoria del servicio de urología del Centro de educación médica e investigaciones clínicas Norberto Quirno CEMIC (desde 2011). Formado en enfermería urológica en la sociedad argentina de urología S.A.U. (2012). Docente de epidemiología para enfermería en el Instituto Universitario CEMIC (desde 2024). Docente ayudante de microbiología y parasitología para enfermería en Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (2014-2017).

**Diplomada en Enfermería por la Universidad CEU Cardenal Herrera Elche. (Alicante, España). Máster de formación permanente en Enfermería urológica: Master de enfermería de coloproctología y estomatología; Experta en urolitiasis, por la Universidad Francisco de Victoria (Madrid). Enfermera de CCEE de urología en el Hospital Universitario del Vinalopó (desde 2010). Enfermera de Práctica Avanzada en litotricia.

NOTA: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES GENERALES

La instilación intravesical es la administración de un medicamento en la vejiga a través de un catéter, con el fin de exponer al contacto con el fármaco una zona determinada del urotelio vesical. Se trata de un procedimiento habitual dentro de las intervenciones ambulatorias en enfermería urológica.

La aplicación de BCG (Bacilo de Calmette y Guérin) intravesical es uno de los tratamientos farmacológicos disponibles como inmunoterapia para los tumores de vejiga no músculo-invasivos. Las aplicaciones correspondientes se realizan con una frecuencia semanal, en el periodo inicial del tratamiento, y posteriormente de manera trimestral en la fase de mantenimiento.

Este tratamiento está indicado para el cáncer superficial (carcinoma *in situ*) y como terapia complementaria a la cirugía (resección transuretral de vejiga) de tumores no invasivos, superficiales primarios o reincidentes en la mucosa vesical.

Los cuidados se centran en una valoración genitourinaria del paciente, la preparación adecuada del fármaco con medidas de seguridad, la implementación de un esquema estandarizado de aplicaciones a largo plazo, control, evaluación sintomatológica y registro.

Mecanismo de acción e indicaciones

La BCG (Bacilo calmette – guérin) es una cepa viva atenuada de *Mycobacterium bovis* (MB). El objetivo de la instilación de esta medicación es desencadenar una respuesta inflamatoria en la mucosa vesical para que actúe frente a las células neoplásicas.

Las cepas de MB son absorbidas por las células tumorales generando liberación de citocinas, lo cual atrae macrófagos, leucocitos y linfocitos hacia las células malignas.

Dosis y esquema de aplicaciones

La dosis estándar de BCG por cada aplicación es de 120mg, diluidos en 50cc de solución fisiológica estéril.

Las directrices de la Asociación Europea de Urología (EAU) establecen el esquema actual de tratamiento, dividido en dos etapas:

- la primera consta de 6 aplicaciones semanales consecutivas (periodo de inducción)
- la segunda comienza 90 días después de finalizada la primera, y consiste en 3 aplicaciones semanales cada 3 meses (etapa de mantenimiento), con una cistoscopia previa como evaluación de la mucosa vesical (mínimo 15 días antes de la primera aplicación); esta segunda etapa puede extenderse entre 1 y 3 años.

Contraindicaciones

Hematuria macroscópica que requiera lavado o irrigación vesical. Sospecha de perforación vesical. Síntomas de infección de tracto urinario con urocultivo positivo, tuberculosis activa, fiebre. No se recomienda realizar el tratamiento durante el embarazo.

Riesgos de exposición

La manipulación de la BCG debe realizarse con elementos de protección personal (bata, antiparras, barbijo), preferentemente su dilución y administración deben ser con un sistema de circuito cerrado para evitar el contacto con la piel, mucosas e inhalación de aerosoles y partículas. Como tratamiento antineoplásico supone un riesgo de toxicidad cancerígena.

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente la intervención a realizar, reforzar el conocimiento sobre el esquema de tratamiento, valorar antecedentes urinarios (estenosis uretral, cateterismos previos, HPV, signos de ITU) y urocultivo negativo.
- Realizar lavado de manos. Sobre la mesa auxiliar colocar un campo estéril liso que cubra la mayor capacidad de la superficie.

- Volcar sobre el campo material estéril: gasas, compresa fenestrada, jeringa de 20cc con lidocaína gel, catéter vesical para administrar la medicación, jeringa de 60 cc para vaciado completo de la vejiga.

- Posicionar al paciente en decúbito supino sobre la camilla, descubrir zona genital, realizar primera antisepsia en sucio y valorar posibles alteraciones (fimosia, hipospadia, etcétera).

Preparación de la medicación

Si la medicación es provista con su dilución correspondiente por el servicio de farmacia, simplemente volcarla sobre el campo estéril, lista para su aplicación. En caso contrario, realizar la dilución del fármaco con 50cc de solución fisiológica estéril, utilizando elementos de protección personal (EPP) y filtro de aerosoles para jeringa durante la preparación, reduciendo al máximo la liberación de partículas en el aire ambiente.

- Realizar segunda antisepsia y proceder al cateterismo vesical simple estéril (tener en cuenta

posibles dificultades, necesidad de catéter punta Tiemann y normas o protocolos institucionales de cateterismo) constatar vejiga vacía mediante extracción de orina residual. A continuación, instilar la medicación lentamente.

- Retirar el catéter, descartar los desechos con normas de bioseguridad y acondicionar al paciente.

- Al finalizar indicar retención urinaria, preferentemente de 2 horas (no exceder ese tiempo), y luego de la primer micción, volcar en el inodoro detergente jabonoso o desinfectante, y dejar correr el agua como medida preventiva de contacto con el bacilo calmette–guerin.

- Informar de posibles efectos adversos (disuria y hematuria leve serohemática menor a 48 horas, decaimiento) y signos de alarma (fiebre, dolor agudo, hematuria profusa).

- Registrar procedimiento realizado y número de aplicación según esquema de tratamiento. En la consulta posterior registrar efectos adversos que el paciente refiera.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

PREPARACIÓN DE LA MEDICACIÓN

(Obviar este paso en caso de recibir medicación diluida con jeringa de seguridad lista para su aplicación).

- Realizar lavado de manos.
- Colocarse EPP: guantes, barbijo, camisolín, antiparras.
- Diluir ampolla con medicación en jeringa con 50 cc de solución fisiológica estéril.
- Utilizar filtro de aerosoles en conexión de jeringa con ampolla.
- Evitar movimientos bruscos.

PREPARACIÓN DE BANDEJA o MESA AUXILIAR DE PROCEDIMIENTOS

- compresa estéril lisa
- compresa estéril fenestrada
- gasas
- jeringa conteniendo medicación diluida con solución fisiológica (50cc)
- jeringa de 20cc
- lidocaína 2% en gel
- guante estéril
- catéter vesical: preferentemente de bajo calibre (10–12 fr)

APLICACIÓN DE LA MEDICACIÓN (procedimiento)

- Lavado de manos.
- Primera desinfección en sucio con antiséptico.
- Colocación de guantes estériles.
- Segunda desinfección estéril con antiséptico.
- Administración de anestésico / lubricante por meato uretral.
- Realizar cateterismo con técnica estéril.
- Realizar aspiración, con jeringa de 60cc, de posible contenido de residuo vesical post micción.
- Insertar jeringa con medicación e instilar lentamente.
- Retirar catéter.
- Acondicionar al paciente.
- Lavado de manos.

LUEGO DE LA APLICACIÓN:

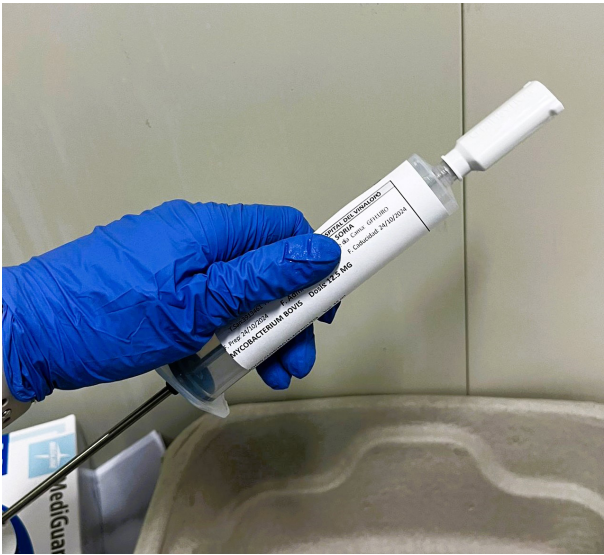
- Indicar al paciente la retención del contenido vesical por 60 minutos y luego realizar micción.
- Indicar pautas de alarma (hematuria macroscópica, fiebre, dolor agudo, disuria persistente).
- Registrar procedimiento realizado (identificación del paciente, medicación, dosis, fecha de instilación, indicar si es inducción o mantenimiento según esquema).

SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE

- Luego de cada aplicación **recordar sobre signos y síntomas** que requieran atención inmediata o consulta por guardia (por ejemplo: hematuria macroscópica intensa, dolor agudo al orinar, fiebre, malestar general).
- En la consulta posterior registrar efectos adversos que el paciente refiera.
- **Informar** sobre la posible interrupción del tratamiento ante síntomas irritativos persistentes y posible solicitud por parte del urólogo de urocultivo de control.
- **Aconsejar** a los pacientes que abandonen el cigarrillo, debido a que aumenta el riesgo de progresión tumoral y recidivas. Independientemente de este tratamiento, es indispensable recomendar el abandono de su consumo debido a las complicaciones generales de salud que trae el tabaquismo.
- **Registro del esquema:** llevar un control minucioso de las aplicaciones. Además, facilitar al paciente una copia guía del esquema con las fechas en sus respectivos periodos, de modo que pueda llevar un registro por su cuenta.

ESQUEMA DE APLICACIÓN DE BCG

<u>INDUCCIÓN</u>	MES 0	6 INSTILACIONES SEMANALES ESPERAR 3 MESES
	MES 3	CISTOSCOPIA CONTROL – ESPERAR 1 SEMANA 3 INSTILACIONES SEMANALES
<u>MANTENIMIENTO</u>	MES 6	CISTOSCOPIA CONTROL – ESPERAR 1 SEMANA 3 INSTILACIONES SEMANALES
	MES 12	CISTOSCOPIA CONTROL – ESPERAR 1 SEMANA 3 INSTILACIONES SEMANALES
	MES 18	CISTOSCOPIA CONTROL – ESPERAR 1 SEMANA 3 INSTILACIONES SEMANALES
	MES 24	CISTOSCOPIA CONTROL – ESPERAR 1 SEMANA 3 INSTILACIONES SEMANALES
	MES 30	CISTOSCOPIA CONTROL – ESPERAR 1 SEMANA 3 INSTILACIONES SEMANALES
	MES 36	CISTOSCOPIA CONTROL – ESPERAR 1 SEMANA 3 INSTILACIONES SEMANALES



CONCLUSIÓN

El conocimiento sobre la técnica adecuada para la aplicación de la inmunoterapia de instilación intravesical con BCG permite la realización de un procedimiento ordenado y eficiente, manteniendo una guía esquematizada sobre el material a utilizar y las variantes de estos insumos. Asimismo, refleja el espectro de capacidades requeridas para adecuar las características propias de cada institución sanitaria a fin de llevar adelante las diversas acciones durante el tratamiento.

En relación a ello, el profesional de Enfermería

ocupa un doble rol fundamental. Por un lado, ejecuta intervenciones concretas y estandarizadas en la manipulación de la medicación, la cateterización de la vía urinaria, el cuidados de la asepsia, el control del esquema de instilaciones según indicación médica, la valoración del paciente previa y posterior a la aplicación. Por otro lado, favorece la buena comunicación con el paciente sobre el mantenimiento y controles correspondientes durante el periodo de tratamiento de una patología uro-oncológica.

Bibliografía

- 1) Vahr, S., De Blok, W., Love-Retinger, N., Thoft Jensen, B., Turner, B., Villa, G., & Hrbáček, J. (2015). *Intravesical instillation with mitomycin C or Bacillus Calmette-Guérin in non-muscle invasive bladder cancer*. European Association of Urology Nurses. Disponible en: <https://nurses.uroweb.org/guideline/intravesical-instillation-with-mitomycin-c-or-bacillus-calmette-guerin-in-non-muscle-invasive-bladder-cancer/>
- 2) Gil Barberà, J. V. (2015). Cuidados de Enfermería, protocolo y guía práctica de administración: BCG Intravesical. *Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (107), 3-7.
- 3) De la Fuente Tovar, M. (2024) Inmunoterapia en el tratamiento del cáncer de vejiga: Bacilo de Calmette-Guérin. *Revista Enfuro*, 144, 38-43. Disponible en: <https://revistaenfuro.com/articulo/inmunoterapia-en-el-tratamiento-del-c%C3%A1ncer-de-vejiga-bacilo-de-calmette-gu%C3%A9rin>
- 4) European Association of Urology. (2022). EAU Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines/non-muscle-invasive-bladder-cancer>
- 5) Abou Chakra, M., Luo, Y., Duquesne, I., & O'Donnell, M. A. (2024). Update on the mechanism of action of intravesical BCG therapy to treat non-muscle-invasive bladder cancer. *Frontiers in Bioscience-Landmark*, 29(8), 295. <https://doi.org/10.31083/j.fbl2908295>
- 6) Soriano Fernández, B. A., Soriano Fernández, P., & Soriano Guzmán, B. A. (2013). Terapia intravesical: Administración de B.C.G. (Vejicur®) y efectos adversos. *Enfermería Docente*, 100, 15-17. Disponible en: <https://www.index-f.com/edocente/100pdf/100-015.pdf>
- 7) Rischmann, P., Desgrandchamps, F., Malavaud, B., & Chopin, D. K. (2000). BCG intravesical instillations: recommendations for side-effects management. *European urology*, 37 Suppl 1, 33-36. <https://doi.org/10.1159/000052381>
- 8) Manzanilla-García, H. A., Maldonado-Ávila, M., Aguilar-Barradas, J., & Lira-Dale, A. (2009). Inmunoterapia con el bacilo de Calmette-Guérin en el tratamiento del carcinoma superficial de vejiga. *Revista Mexicana de Urología*, 69(6), 307-313. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-inmunoterapia-con-el-bacilo-calmette-guerin-X2007408509482177>
- 9) American Urological Association (AUA). (2020). *Intravesical administration of therapeutic medication*. Disponible en: <https://www.auanet.org/about-us/aua-statements/intravesical-administration-of-therapeutic-medication>
- 10) Ministerio de Salud. (2021). *BCG intravesical* [Folleto]. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/07/bcg-intravesical.pdf>
- 11) Villoldo, G. M., Ángel, M., Jufe, L., Camean, J. J., Jaurarena, J., Chemi, J., Losada, F., Castro Peña, P., & Villalba Bachu, R. (2023). Guía Cáncer de Vejiga. *Revista Argentina de Urología*, 88(4): 15-18.

La valentía de decir “no”

Graciela Rojas*

Cumplir una meta académica no es el final del camino, sino el inicio de un nuevo aprendizaje. Esta experiencia nos invita a reflexionar sobre la integridad profesional, el manejo del error y la búsqueda de la verdadera satisfacción en el cuidado del paciente.

Conocí a una joven enfermera recién graduada que soñaba con dedicarse a la pediatría. Con determinación, se había esforzado por cumplir los años necesarios de ejercicio en el área de adultos para consolidar la experiencia y seguridad que requeriría frente a situaciones complejas.

Cuando llegó el momento, cuando por fin se sintió lista para esta nueva etapa, se inscribió con entusiasmo en la especialidad. La primera instancia que debía superar era un riguroso examen de ingreso. Dedicó horas de estudio a comprender y memorizar conceptos y patologías nuevas.

Cada semana llegaba temprano, sin importar el tránsito ni la distancia, para ocupar las primeras filas, tomar apuntes y participar activamente.

Todavía trabajaba en el área de adultos, con lo cual debía relegar horas de descanso y fines de

semana para el estudio. Pero su meta era firme y supo afrontar cada evaluación como un esfuerzo que la acercaba a ella. Felizmente, sus esfuerzos dieron fruto y quedó seleccionada.

Tras meses de dedicación y sacrificio había logrado finalizar y aprobar cada instancia. Para su sorpresa, obtuvo uno de los puntajes más altos tanto en los exámenes teóricos como en las prácticas de simulación.

Al momento de recibir su diploma estaba radiante. Luego fue citada por los gestores de Enfermería de la institución, quienes le ofrecieron la oportunidad de integrar el área pediátrica. ¡Al fin, el sueño se cumplía! Entre el entusiasmo y la tensión, se despidió de sus antiguas compañeras con buenos augurios.

* Licenciada en Enfermería. Ex jefa de Dpto. de Enfermería Sanatorio Los Arcos.

La realidad en el nuevo servicio fue un desafío constante: compañeros nuevos, médicos desconocidos, una distribución de equipos distinta. Cada día escribía recordatorios en su libreta de bolsillo; no quería olvidar nada ni cometer errores. Pasaron las primeras semanas y comenzó a afianzarse en la dinámica del servicio, conociendo a los pacientes, entablando comunicación con los padres, lo cual era un gran desafío.

A pesar de que iba por buen camino en lo técnico algo no estaba bien. Su tez comenzó a palidecer y su semblante se volvió serio. Aunque seguía siendo una profesional comprometida y comunicativa, su rostro reflejaba una lucha interna.

Fue entonces cuando se animó a expresar sus emociones con su tutora, quien la alentó a darse tiempo, recordándole que ningún cambio es fácil. La enfermera meditó, habló con su familia; finalmente solicitó una reunión con la gestora de Enfermería. Tenía emociones encontradas: por un lado, la gratitud por la oportunidad y el esfuerzo invertido; por otro, la cruda realidad de que no lo estaba disfrutando. Con honestidad, expresó que no regresaba feliz a su casa. Que cada paciente y cada historia la interpelaban de una forma que la agotaba emocionalmente. Reconoció que en su servicio anterior, aunque terminaba exhausta físicamente, siempre encontraba un motivo de satisfacción o celebración.

Después de escucharla, le ofrecieron más tiempo para adaptarse, pero ella tuvo la claridad necesaria

sobre el rumbo que quería seguir: supo decir “no”. Sabía que otros colegas desearían su lugar, que sus docentes podrían sentirse apenados, pero ella priorizó su integridad.

De eso se trata la profesión: de elegir el rumbo que queremos transitar cada jornada, regresando a casa con la satisfacción del deber cumplido y la alegría de observar la mejoría de un paciente. Kouzes y Posner (1) afirman que los líderes inteligentes reconocen el fracaso (o lo que parece serlo) como un hecho necesario de la vida. En lugar de adjudicar culpas, fomentan la flexibilidad y aprenden de los errores.

El verdadero examen ocurre en la situación real con el paciente: allí reconocemos nuestras habilidades; también nuestras carencias.

Para ella fue un aprendizaje, pero también lo fue para sus formadores. Como señala Elaine Welcome (2), los líderes transformacionales crean culturas que valoran el crecimiento personal y la empatía, inspirando a las personas a ir más allá.

Finalmente, ella regresó feliz al área de adultos, donde permaneció varios años más, especializándose, lo que le permitió desplegar todo su potencial y, sobre todo, disfrutar plenamente de su profesión.

¿Alguna vez tuviste que renunciar a un sueño para ser fiel a tu bienestar profesional?

Referencias

- 1) Jim Kouzes y Barry Posner (2005) *Experimentar y correr riesgos, aprender de los errores y los éxitos*. Cap. 4 El desafío del Liderazgo. Ed. Granica
- 2) Elaine Welcome (2025) El líder transformador, ALC Alliance.

Simulación clínica de RCP avanzada en zona 3: evaluación del desempeño técnico y no técnico en profesionales de Enfermería



**Sala de
Simulación
Clínica**

Antonio Ismael Perafan*

Valeria Fernanda Cabral**

Colaboradoras: Mirian Navarrete, Sandra Mariel Pereyra

Instituto Sindicato de Salud Pública – La Plata, PBA

Instituto Sindicato de Salud Pública (PBA). Aula de simulación clínica.

RESUMEN

Este artículo analiza la efectividad del desempeño en talleres de simulación clínica de RCP avanzada realizados en zona 3, con énfasis en la seguridad del paciente. Se utilizó un diseño cuantitativo descriptivo con participación de profesionales de enfermería. Los resultados evidencian mejoras significativas en la ejecución de maniobras críticas y en la toma de decisiones clínicas. Se concluye que la simulación en zona 3 fortalece competencias esenciales para la atención segura del paciente.

ABSTRACT

This article analyzes the effectiveness of advanced CPR clinical simulation workshops conducted in Zone 3, with an emphasis on patient safety. A descriptive quantitative design was used with the participation of nursing professionals. The results show significant improvements in the execution of critical maneuvers and in clinical decision-making. It is concluded that simulation in Zone 3 strengthens essential competencies for safe patient care.

PALABRAS CLAVE

RCP avanzada, simulación clínica, zona 3, seguridad del paciente, desempeño, enfermería.

KEYWORDS

Advanced CPR, clinical simulation, zone 3, patient safety, performance, nursing.

*Coordinador de Aula simulación clínica; Educador y diseñador curricular en enfermería. Licenciado en Enfermería. Maestrando en Educación Mediada por Procesos Tecnológicos. Diplomado en Simulación clínica. Diplomado universitario formación de docentes para la evaluación por competencias ECOE. Desarrollo de protocolos, listas de cotejo y guías pedagógicas.

**Licenciada en Enfermería, Especialista en la atención del paciente crítico: neonatal, pediátrico y adulto. Diplomada en Neonatología y Pediatría Social. Diplomada en gestión en enfermería. Maestrando en Redes de Salud. Docente de enfermería y Docente facilitadora en simulación clínica.

INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada constituye una intervención crítica en situaciones de paro cardiorrespiratorio. Su correcta ejecución puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Dado que los riesgos asociados a errores en la técnica o en la toma de decisiones clínicas son elevados, la simulación clínica se presenta como una

estrategia pedagógica eficaz para entrenar al personal de salud en entornos controlados y seguros. El presente estudio surge frente a la necesidad de evaluar el impacto de los talleres de simulación sobre el desempeño técnico y no técnico (liderazgo y comunicación) de los profesionales de enfermería para garantizar la seguridad del paciente y reducir errores críticos al optimizar la toma de decisiones clínicas mediante el uso de tecnología de medición objetiva.



PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

OBJETIVOS:

- Cuantificar la calidad de las maniobras técnicas de RCP avanzada (frecuencia, profundidad y retroceso de las compresiones torácicas, así como la efectividad de las ventilaciones) utilizando tecnología de medición en tiempo real.
- Identificar el nivel de desempeño en habilidades no técnicas, evaluando específicamente la presencia de liderazgo, la comunicación efectiva y la coordinación del equipo durante el escenario simulado.
- Analizar la variabilidad del desempeño técnico entre los distintos grupos de profesionales participantes para detectar patrones comunes y áreas críticas que comprometan la seguridad del paciente.
- Evaluar la efectividad del debriefing reflexivo como estrategia para que los profesionales identifiquen errores latentes y fortalezcan su conciencia situacional en entornos de alta fidelidad.

Población: 252 profesionales de enfermería pertenecientes a diversos hospitales de la provincia de Buenos Aires.

Muestra: los participantes que asistieron a los talleres en el período comprendido entre septiembre de 2024 y agosto de 2025. Fueron distribuidos en 46 grupos de trabajo, organizados según su perfil profesional y la disponibilidad de sus respectivas instituciones.

METODOLOGÍA

El estudio emplea un diseño cuantitativo descriptivo. La intervención se llevó a cabo en un escenario de simulación clínica en zona 3, utilizando entornos de alta fidelidad con maniqués sofisticados y software de monitoreo clínico que replican situaciones de paro cardiopulmonar intrahospitalario.

Para la recolección de datos se utilizaron dos herramientas principales:

Lista de cotejo técnica: Basada en los estándares de la **American Heart Association (AHA)**, para la evaluación de maniobras críticas como calidad de compresiones, manejo de vía aérea, administración de fármacos, coordinación y liderazgo.

Tecnología de medición objetiva: software de simulación con capacidad de registro en tiempo real para medir con precisión la frecuencia, profundidad y retroceso de las compresiones torácicas, así como la efectividad de las ventilaciones.

El procedimiento consistió en sesiones prácticas supervisadas seguidas de un debriefing reflexivo individual y grupal, orientado al análisis crítico y la identificación de errores latentes. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva para identificar patrones de desempeño y áreas de mejora.

RESULTADOS

Los hallazgos del estudio revelan una marcada variabilidad en el desempeño técnico entre los 46 grupos de enfermería evaluados. Los niveles de efectividad, calculados según la lista de cotejo de la AHA y el software de medición, oscilaron en un rango del 0 al 100%. Esta dispersión indica diferencias significativas en la preparación previa y la dinámica interna de cada equipo (Figura 1).

En cuanto a las competencias evaluadas, cabe destacar los siguientes puntos:

- Desempeño técnico:** Se observaron mejoras en la ejecución de maniobras críticas (compresiones, vía aérea y fármacos), gracias a la retroalimentación objetiva del software en tiempo real.
- Habilidades no técnicas:** El análisis del debriefing identificó una debilidad recurrente: la falta de asignación explícita del rol de líder en la mayoría

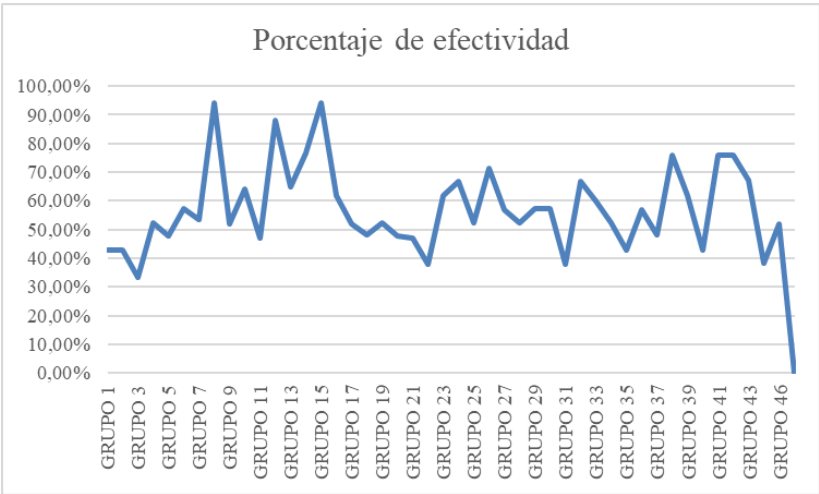


FIGURA 1.
Porcentaje de efectividad por grupo participante.

Este gráfico de líneas muestra de forma clara la fluctuación del rendimiento en los 46 grupos participantes. El eje vertical representa el porcentaje de cumplimiento de los estándares de RCP avanzada, permitiendo visualizar rápidamente qué grupos alcanzaron la excelencia y cuáles requieren refuerzo formativo inmediato.





de los grupos. Esta carencia dificultó la coordinación, la distribución de tareas y la comunicación efectiva bajo presión.

–**Seguridad del paciente:** Los participantes lograron identificar errores latentes y fortalecer su conciencia situacional a través de la práctica en el entorno seguro de zona 3.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La implementación de los talleres de simulación clínica de RCP avanzada demostró ser una estrategia pedagógica altamente efectiva para fortalecer las competencias técnicas y no técnicas vinculadas a la seguridad del paciente.

Los puntos clave que se concluyen de este estudio son:

- **Efectividad técnica:** Se evidenciaron mejoras significativas en la ejecución de maniobras críticas, validadas por el uso de tecnología de medición en tiempo real, la cual permitió objetivar el desempeño y brindar retroalimentación inmediata para perfeccionar las técnicas de reanimación.
- **Debilidades:** A pesar de los avances técnicos, persisten debilidades recurrentes en la asignación del rol de liderazgo y en la coordinación del equipo, factores que impactan directamente en la eficiencia de la intervención.
- **Valor del debriefing:** esta instancia se consolidó como el eje integrador del aprendizaje, favoreciendo el pensamiento crítico, la autoevaluación y la resignificación de la práctica clínica en un entorno seguro.

• **Seguridad del paciente:** la simulación en zona 3 promovió una mayor conciencia situacional y un compromiso ético con la atención segura, permitiendo el ensayo de habilidades complejas sin riesgo real.

En vista de esto, se recomienda la implementación sistemática de simulaciones de alta fidelidad en los programas de formación en Enfermería. Es imperativo incorporar herramientas tecnológicas, listas de cotejo estandarizadas y espacios de reflexión guiada que logren fortalecer de manera permanente el vínculo entre la teoría, la práctica y la seguridad del paciente.

La implementación de talleres de simulación clínica incrementa de manera significativa el nivel de desempeño técnico y no técnico de los profesionales, promoviendo una atención más segura mediante la identificación y corrección de errores en un entorno controlado.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1). Broch Porcar, M. J. y Castellanos-Ortega, Á. (2025) "Seguridad del paciente: ¿Qué aportan la simulación clínica y la innovación docente?", *Medicina Intensiva* 49, 3; 165–173.
- 2). Cheng, A., Eppich, W., Grant, V., Sherbino, J., Zendejas, B. y Cook, D. A. (2014) "Debriefing for technology-enhanced simulation: A systematic review and meta-analysis", *Medical Education* 48, 7; 657–666.
- 3). Gaba, D. M. (2004) "The future vision of simulation in health care", *Quality and Safety in Health Care* 13, suppl 1; i2–i10.
- 4). Guillén-Chalezquer, M. Á., Regaira-Martínez, E. y Vázquez-Calatayud, M. (2022) "Satisfacción con la simulación clínica de alta fidelidad en reanimación cardio-pulmonar durante la Covid-19", *Index de Enfermería* 31, 2.
- 5). Hernández Gutiérrez, L. S. y Barona Núñez, A. V. (2017) "La seguridad del paciente y la simulación clínica", *Facultad de Medicina, UNAM*.
- 6). Margalef Hernández, J. (2021) "Utilización de la simulación para el aprendizaje del algoritmo de RCP", *Revista Ocronos* 4, 5; 152.
- 7). Motola, I., Devine, L. A., Chung, H. S., Sullivan, J. E. y Issenberg, S. B. (2013) "Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide", *Medical Teacher* 35, 10; e1511–e1530.
- 8). Universidad Austral. (s.f.) *Programa de Formación en Simulación Clínica y Seguridad del Paciente*.
- 9). Vidal Ledo, M. J. et al. (2022) "Estrategias educativas: Seguridad del paciente y simulación", *Educación Médica Superior*.
- 10). Villca, S. (2018) "Simulación clínica y seguridad de los pacientes en la educación médica", *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación* 16, 18.

Impacto de la Ley Nicolás en los cuidados de Enfermería

Estela Noemí Prado*

INTRODUCCIÓN

La sanción de la Ley 27.797 (Ley Nicolás) marca un cambio de paradigma en el sistema sanitario argentino, estableciendo la seguridad del paciente como un derecho humano y una obligación institucional.

Este artículo presenta una reseña de los alcances de este marco legal como catalizador para la estandarización de la praxis de Enfermería. Se examinan también estrategias como la gestión clínica basada en evidencia y la transición hacia una cultura justa para evaluar en qué medida esta norma no sólo reduce el error evitable, sino que jerarquiza la disciplina al transformarla en el eje de la gestión de riesgos y la seguridad institucional.

ORIGEN Y ALCANCE DE LA LEY 27.797

La denominada “Ley Nicolás” nace como respuesta a la lucha de familiares de víctimas de eventos adversos, inspirada en el caso de **Nicolás Deanna**, cuya muerte evitable visibilizó fallas sistémicas en la atención. A diferencia de normativas anteriores, esta ley no busca la punición individual, sino la

mejora de los procesos. Aunque impacta de forma transversal en todo el equipo de salud (médicos, técnicos y administrativos), encuentra en **Enfermería** su brazo ejecutor más relevante, al ser la disciplina responsable del cuidado continuo y la vigilancia directa del paciente.

A fin de analizar el impacto de la ley en los cuidados de Enfermería se toman los siguientes ejes:

- Identificar las principales estrategias de gestión clínica, comunicación estructurada, formación continua y apoyo al profesional que la ley impulsa en la práctica de Enfermería.
- Examinar cómo la estandarización de procesos contribuye a la reducción de errores evitables y fortalece la cultura de seguridad institucional.
- Valorar el rol de Enfermería como eje central en la implementación de la ley, destacando su responsabilidad ética y técnica en la protección del paciente y del equipo de salud.

* Lic Estela Noemí Prado- Coordinadora del área de Docencia. Gerencia de Enfermería, Sanatorio Mater Dei

IMPACTO INTERDISCIPLINARIO Y CULTURA JUSTA

La repercusión de la ley en los profesionales de la salud es profunda: transforma la noción de “error”. Al promover una **cultura justa**, la ley protege al profesional frente a la judicialización innecesaria, fomentando el reporte de incidentes para el aprendizaje sistémico. Esto reduce la presión sobre el equipo de salud, reconociendo que el bienestar del profesional es una precondition para la seguridad del paciente.

EJES DE ESTANDARIZACIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

- **Gestión y seguridad clínica:** La ley impone la transición de una práctica basada en la costumbre a una **estandarización científica**. Esto implica el uso riguroso de Guías de Práctica Clínica (GPC), protocolos de prevención de IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención de Salud) y administración segura de medicación, respaldados por sistemas de trazabilidad digital.
- **Comunicación y continuidad:** Para mitigar los fallos en el traspaso de información —causa principal de eventos adversos—, la ley impulsa herramientas estructuradas como la **metodología SBAR (Situation, Background, Assessment y**

Recommendation). (SAER en español: **Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación**)), garantizando que los datos críticos fluyan sin distorsiones entre turnos y servicios.

- **Formación y ética:** Se refuerza la obligación de la capacitación permanente y la simulación clínica. Asimismo, bajo el marco de la **prevención cuaternaria**, se instruye al personal para evitar la sobre-intervención médica, respetando la autonomía del paciente según la Ley 26.529.
- **Cuidar al cuidador:** Se reconoce la figura de la “segunda víctima”, estableciendo protocolos de apoyo emocional para los profesionales involucrados en un evento adverso, entendiendo que el error humano es, a menudo, el síntoma de una falla en el diseño del sistema.

CONCLUSIÓN

La Ley Nicolás representa el respaldo científico-legal indispensable para una atención humanizada. Esta norma no supone una sobrecarga administrativa para Enfermería sino una herramienta de **jerarquización profesional**: estandarizar los procesos permite consolidar la disciplina como garante ético y técnico de la calidad de atención, protegiendo la vida del paciente y la integridad legal del equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- 1). Argentina. Congreso de la Nación. (2025, 8 de octubre). Ley N°27.797: Calidad y Seguridad Sanitaria (Ley Nicolás). Boletín Oficial de la República Argentina. Disponible en: www.boletinoficial.gob.ar
- 2). Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria. (2022). Ley Nicolás: El desafío de transformar la cultura de la seguridad sanitaria. ISG. Disponible en: isg.org.ar
- 3). Organización Panamericana de la Salud. (2020). La seguridad del paciente en la formación de Enfermería: Un enfoque integral. OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org>
- 4). Ministerio de Salud de la Nación. (2025). Gestión de calidad y seguridad del paciente: Guía de implementación de acciones esenciales. Secretaría de Calidad en Salud. Disponible en: www.argentina.gob.ar

¡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.

Instrucciones para la publicación de artículos

¡Gracias por elegir
la revista **VEA** para
publicar tu trabajo
de investigación!

Queremos que tu experiencia de envío sea excelente. Cuando tu documento esté listo bajo estas normas, por favor enviarlo en formato Word al correo: ➤ alejandrafuente@adecra.org.ar

A partir de ese momento, daremos inicio al proceso de evaluación y corrección. Nos comunicaremos por email para informarte los pasos a seguir.

INSTRUCCIONES

(autor y trabajo a publicar)

¿Qué tipo de producciones publicamos?

Investigación y Teoría

Trabajos de investigación original, Monografías e Informes.

Práctica Clínica

Procedimientos, Técnicas y Protocolos.

Evidencia y Casuística

Presentaciones de casos clínicos y Relatos de experiencias profesionales.

SOBRE EL ARTÍCULO A PUBLICAR

• Título

Conciso, informativo

• Resumen

Máximo 300 caracteres (Introducción, Metodología, Resultados y Conclusiones). En español y en inglés (si es posible)

• Palabras Clave

máximo 5 En español e inglés (keywords)

• Cuerpo del Texto

Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión.

• Referencias bibliográficas

Aplicar formato APA 7° edición. ver en: <https://normas-apa.org/>

Información del autor:

- Nombre completo.
- Teléfono 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.

Formato

Antes de enviarlo, es importante revisar que el documento cumpla con los siguientes estándares técnicos para agilizar su revisión:

- Soporte: tamaño de página A4.
- Tipografía: cuerpo del texto y bibliografía, Arial 12 pt. Para notas al pie, Arial 10 pt.
- Espaciado: interlineado de 1,5.
- Extensión: hasta 10.000 caracteres (sin espacios).

Aceptamos trabajos individuales o grupales, incluso si han sido publicados previamente (indicar fuente, de ser el caso).

Los documentos (500-900 palabras) deben presentarse en fuente Arial 11, interlineado sencillo y con citas en formato **APA**. Es requisito incluir el correo de contacto de los autores y definir siglas técnicas al inicio.

LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEBEN CUMPLIR 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: normas APA 7° edición: <https://normas-apa.org/>