

vea

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA

Enfermería 5.0:

escenarios de
posibilidad y liderazgo
profesional en la era
de la inteligencia
artificial

|PÁG. 35

Experiencia de
implementación
de catéteres *Midline*
para la reducción
de flebitis y
multipunciones

|PÁG. 11

STAFF**COMITÉ EDITORIAL**

Lic. Aldana Ávila
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)

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.

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

La Enfermería frente a la Inteligencia Artificial: cuidar sin perder lo humano

Sabrina Soprano

| PÁG. 5

EXPERIENCIAS I

Inteligencia Artificial aplicada a la Enfermería: desafíos, oportunidades y nuevos horizontes para el cuidado profesional

Vanesa Ferreyra

| PÁG. 11

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Experiencia de implementación de catéteres *Midline* para la reducción de flebitis y multipunciones

Roxana Mallon

Roxana Tobares

| PÁG. 18

INVESTIGACIÓN

La herida social del capacitismo: salud mental, bienestar y la reconstrucción de una subjetividad inclusiva

Iván Ariel Viera

Rodolfo Castelau

Concepción Irene Duarte

Carlos Dante González

| PÁG. 27

GESTIÓN I

Enfermería en neurorrehabilitación: liderazgo, gestión e innovación en el tercer nivel de atención

Javier Gómez

| PÁG. 29

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfermería de práctica avanzada en heridas: experiencia en la continuidad de cuidados entre internación y consultorios externos mediante teleconsulta post-alta

Erika Johanna Quisbert

| PÁG. 35

GESTIÓN II

Enfermería 5.0: escenarios de posibilidad y liderazgo profesional en la era de la inteligencia artificial

Sandra Ibarra

| PÁG. 38

EXPERIENCIAS II

Simulación clínica y diversidad sexual y de género: una estrategia para fortalecer la competencia cultural en el pregrado de Enfermería

Rosana Elisabet Firpo

| PÁG. 43

ENFOQUES

Cuidados paliativos: ¿existe un proceso de enseñanza-aprendizaje que no se está llevando a cabo?

Débora Gago

| PÁG. 46

Instrucciones para publicación de artículos

La Enfermería frente a la Inteligencia Artificial: cuidar sin perder lo humano

La transformación digital en salud dejó de representar una proyección futura para convertirse en una realidad cotidiana dentro de los sistemas sanitarios. La incorporación de inteligencia artificial (IA), automatización de procesos, historia clínica electrónica, algoritmos predictivos y herramientas de análisis de datos está modificando progresivamente la manera en que se organiza, gestiona y ejecuta el cuidado. En este escenario, la Enfermería se encuentra ante uno de los desafíos más trascendentes de su evolución profesional: integrar la innovación tecnológica sin perder la esencia humana del cuidado.

La velocidad con la que emergen nuevas tecnologías supera, en muchos casos, la capacidad institucional y académica para preparar a los equipos de salud. Esto genera tensiones entre el avance tecnológico y las competencias necesarias para utilizar dichas herramientas de manera crítica, ética y segura. La IA ofrece oportunidades relevantes para optimizar procesos asistenciales, mejorar la gestión del tiempo, fortalecer la seguridad del paciente y favorecer la toma de decisiones clínicas basadas en datos. Sin embargo, también plantea interrogantes sobre la deshumanización de la atención, la dependencia tecnológica, la protección de datos y la pérdida progresiva del vínculo interpersonal.

A lo largo de su historia, la Enfermería ha sostenido el cuidado desde una mirada integral, comprendiendo a la persona más allá del diagnóstico o la enfermedad. La escucha activa, la empatía, la comunicación terapéutica y la presencia profesional continúan siendo hoy dimensiones imposibles de reemplazar por cualquier sistema automatizado. Ningún algoritmo puede interpretar plenamente el sufrimiento humano, el miedo, la incertidumbre o las necesidades emocionales que atraviesan las personas durante los procesos de salud y enfermedad.

En este contexto, el verdadero desafío no radica en resistirse a la tecnología, sino en evitar que la tecnología sustituya el sentido humanístico del cuidado.

La incorporación de herramientas digitales debe posicionarse como complemento del razonamiento clínico y no como reemplazo del juicio profesional. La Enfermería necesita fortalecer competencias en alfabetización digital, análisis crítico de información, bioética y seguridad tecnológica, participando activamente en los procesos de transformación sanitaria y no únicamente como espectadora de los cambios.

Asimismo, resulta indispensable que las instituciones formadoras y los sistemas de salud promuevan espacios de capacitación continua orientados a la salud digital. La formación profesional ya no puede limitarse exclusivamente al dominio técnico-asistencial tradicional. El contexto actual exige profesionales capaces de comprender el impacto de la inteligencia artificial en la práctica clínica, los riesgos asociados al uso inadecuado de datos, las implicancias éticas de los algoritmos y las nuevas vulnerabilidades digitales que afectan tanto a pacientes como a trabajadores de la salud.

La discusión sobre inteligencia artificial en Enfermería no debe centrarse sólo en la eficiencia operativa. Implica también reflexionar sobre el modelo de atención que se pretende construir: un sistema excesivamente automatizado, cuyos ejes se limiten a indicadores y productividad, corre el riesgo de invisibilizar aspectos esenciales del cuidado humano. Por ello, el liderazgo de Enfermería adquiere un papel estratégico para garantizar que la innovación tecnológica se desarrolle respetando principios éticos, humanísticos y centrados en la persona.

La profesión enfrenta hoy una oportunidad histórica. La tecnología puede optimizar procesos y ampliar capacidades, pero el cuidado seguirá necesitando de una presencia humana capaz de acompañar, contener y comprender la singularidad de cada experiencia. En tiempos de inteligencia artificial, el mayor desafío de la Enfermería continúa siendo profundamente humano.

Sabrina Soprano

Inteligencia Artificial aplicada a la Enfermería: desafíos, oportunidades y nuevos horizontes para el cuidado profesional

Vanesa Ferreyra*

La IA no reemplaza el encuentro humano ni la responsabilidad ética del acto de cuidar. La sistematización basada en la experiencia profesional, combinando observación directa, revisión crítica de procesos y análisis ético de situaciones reales vinculadas a su uso en el ámbito de la Enfermería es un desafío y una responsabilidad que debemos asumir.

INTRODUCCIÓN

La inteligencia artificial ha dejado de ser una herramienta futurista para convertirse en parte del trabajo cotidiano en salud. En la práctica profesional de Enfermería, su incorporación abre un abanico de posibilidades: automatización de tareas repetitivas, apoyo en la toma de decisiones, creación de recursos educativos y generación de datos útiles para el cuidado. Sin embargo, esta irrupción también desafía la identidad profesional: ¿Qué significa cuidar en la era de los algoritmos?, ¿qué habilidades emergen como esenciales?, ¿cómo preservar la humanidad en escenarios mediados por tecnologías?

Este artículo¹ surge de la experiencia concreta de integrar IA en actividades asistenciales, educativas

y de gestión. A partir de estos aprendizajes, se propone una reflexión situada desde la práctica real sobre los desafíos, posibilidades y responsabilidades que la IA plantea a la enfermería actual. Se abordan usos concretos en escenarios asistenciales, educativos y de gestión, así como los desafíos éticos y operativos que emergen de su incorporación. A partir de situaciones reales, se identifican oportunidades para mejorar procesos, optimizar tiempos y fortalecer el juicio clínico, destacando la importancia del discernimiento profesional, la alfabetización digital y el cuidado humanizado. Finalmente, se proponen criterios para integrar la IA de manera responsable, crítica y centrada en la dignidad de las personas.

¹ Originalmente, disertación compartida en la XXIX Jornada de Enfermería: "Transformando la Enfermería: Nuevas perspectivas y prácticas", organizada por Adekra+Cedim.

*Magister en Educación y Licenciada en Enfermería. Docente en Escuela de Enfermería "María Remedios del Valle" (UBA) y Cruz Roja Argentina (Filial San Isidro).



COMPRENDER EL PROBLEMA PARA DEFINIR LOS OBJETIVOS

Aunque la IA ofrece múltiples ventajas, su uso no siempre se acompaña de criterios éticos, formación adecuada o comprensión profunda de sus alcances y limitaciones. Esto genera tensiones entre la tecnología disponible y la capacidad real del personal para utilizarla de manera segura y significativa. La práctica de Enfermería enfrenta la necesidad urgente de discernir cuándo, cómo y para qué incorporar IA sin perder el eje humanizado del cuidado. A partir de reconocer estas tensiones (problemáticas), este trabajo propone reflexionar sobre los desafíos, oportunidades y aprendizajes derivados del uso de la inteligencia artificial en la práctica profesional y educativa. Sobre esta base, se propone abordar la discusión a partir de los siguientes ejes:

- Herramientas y usos concretos de IA aplicados en contextos clínicos y educativos.
- Riesgos y dilemas éticos presentes en su implementación.
- Aprendizajes surgidos de experiencias reales con IA generativa.
- Lineamientos prácticos para un uso responsable y centrado en el cuidado.

La IA es valiosa cuando amplifica la capacidad de cuidado, pero nunca cuando reemplaza el juicio, la ética y la sensibilidad profesional.

Su incorporación al campo de la Enfermería plantea de manera recurrente, dos posturas extremas que dificultan su integración crítica y responsable. Por un lado, se encuentran quienes demonizan la IA, sosteniendo que su avance amenaza la identidad profesional y que ninguna tecnología podría reemplazar el valor humano del cuidado. Por otro, aparecen quienes la idealizan, atribuyéndole una capacidad casi ilimitada para resolver problemas, optimizar procesos y ofrecer respuestas superiores a las del juicio clínico humano.

Ambas posiciones –la resistencia absoluta y la idealización acrítica– comparten un punto en común: se alejan del análisis realista que la práctica requiere. La experiencia demuestra que la IA es valiosa solo cuando amplifica las capacidades del equipo de salud, cuando ayuda a organizar datos, detectar patrones, anticipar riesgos o mejorar la comunicación; pero pierde sentido cuando se la utiliza para sustituir la sensibilidad, el criterio ético y la interpretación situada que caracterizan el cuidado profesional.

El desafío actual consiste en habitar un punto de equilibrio, representado metafóricamente por el fiel de la balanza: un espacio donde la Enfermería integra la tecnología sin renunciar a su esencia. Ese equilibrio se logra cuando se la reconoce como *herramienta* –no como amenaza ni como solución mágica– y cuando su uso se orienta a fortalecer el encuentro humano, liberar tiempo para la atención y reforzar el juicio clínico.

La clave no está en elegir entre tecnología o humanidad, sino en trabajar en la intersección de ambas, favoreciendo una adopción inteligente, crítica y aliada con los valores que sostienen la profesión.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE:

1. SISTEMATIZACIÓN DE CASOS Y SITUACIONES REALES

Se recopilaron y organizaron experiencias concretas donde se emplearon herramientas de IA en actividades clínicas, educativas y de gestión. Estas situaciones permitieron analizar el impacto de la tecnología en la toma de decisiones, la organización del cuidado y la formación de estudiantes.

2. REVISIÓN CRÍTICA DE HERRAMIENTAS Y PROCESOS DE INTEGRACIÓN

Se evaluaron usos específicos de ChatGPT, modelos predictivos, simulaciones sintéticas, asistentes digitales y aplicaciones personalizadas. Este análisis se centró tanto en el funcionamiento técnico como en su pertinencia para la práctica profesional.

3. REFLEXIÓN ÉTICA FRENTE A DILEMAS CONTEMPORÁNEOS

A partir de escenarios vivenciados, se identificaron tensiones éticas asociadas al uso de IA: sesgo algorítmico, responsabilidad en la verificación de información, riesgos de deep fakes (palabra combinada de aprendizaje profundo y falso, en inglés deep learning y fake), o ultrafalsos (son imágenes, videos o audios que son editados o generados utilizando herramientas de inteligencia artificial, y que pueden mostrar personas reales o inexistentes) desafíos en la protección de datos, plagio académico y posibles fenómenos de dependencia tecnológica.

4. ANÁLISIS DE APRENDIZAJES Y TRANSFERENCIA

Se determinaron los aprendizajes emergentes de la experiencia y se evaluó su potencial aplicación en distintos ámbitos del ejercicio profesional, tanto en la gestión del cuidado como en la docencia y la formación continua.

5. APRENDIZAJES SIGNIFICATIVOS

Del análisis de la experiencia surgen diversos aprendizajes que permiten comprender el verdadero alcance de la inteligencia artificial en la práctica y la formación en Enfermería. Estos hallazgos confirman que la tecnología aporta valor cuando se integra con criterio, intencionalidad pedagógica y sentido ético.

LA IA COMO HERRAMIENTA DE APOYO PROFESIONAL:

La tecnología se posiciona como un recurso complementario capaz de potenciar el trabajo diario en diferentes niveles:

- **Producción de recursos:** facilita la elaboración de guías clínicas, informes, simulaciones sintéticas y materiales educativos de alta calidad.

- **Análisis y visualización de datos:** contribuye a identificar patrones clínicos que favorecen la toma de decisiones basada en evidencias.

- **Optimización de tiempos:** automatiza tareas repetitivas, permitiendo que el profesional dedique más tiempo a la valoración y al contacto terapéutico.

En todos los casos, el criterio enfermero continúa siendo el eje que orienta y valida la información generada.

- **Aportes a la educación en Enfermería,** la IA abre posibilidades formativas de gran impacto:

- Simulaciones clínicas sintéticas: casos interactivos y escenarios personalizados que favorecen el razonamiento clínico.
- Creación de contenidos accesibles: materiales visuales, recursos dinámicos y apoyo para la planificación docente.
- Acompañamiento a los procesos de estudio: promoviendo la reflexión crítica y la alfabetización digital responsable.

Estas herramientas democratizan la innovación pedagógica y permiten enriquecer la enseñanza sin suplantarse el rol docente.

DILEMAS Y TENSIONES:

La experiencia permitió identificar riesgos y desafíos emergentes:

- **Uso acrítico de la IA,** especialmente la copia literal de contenidos en trabajos académicos.

- **Sesgos algorítmicos, errores o “alucinaciones”,** que exigen verificación rigurosa y contraste con fuentes confiables.

- **Amenazas a la identidad digital,** como deep fakes o uso indebido de imágenes y datos personales.

Estos dilemas subrayan la necesidad de promover una cultura ética del uso de IA tanto en estudiantes como en profesionales.

A continuación, ofrecemos en la tabla 1 una sistematización de los desafíos y oportunidades que nos demanda la IA.

DIMENSIÓN	OPORTUNIDADES	DESAFÍOS
PRÁCTICA CLÍNICA	• Detección de patrones y tendencias en datos. • Apoyo en la priorización del cuidado. • Optimización del tiempo en tareas repetitivas. • Generación rápida de resúmenes clínicos.	• Riesgo de depender del algoritmo para decisiones clave. • Errores por “alucinaciones” o datos no verificados. • Sesgos en modelos predictivos. • Necesidad de validar siempre la información.
GESTIÓN DEL CUIDADO	• Automatización de informes y documentación. • Mejora en la comunicación institucional. • Análisis eficiente de indicadores. • Organización y planificación más ágil.	• Falta de políticas claras de uso responsable. • Riesgos de seguridad y protección de datos. • Implementaciones sin criterio ni formación previa. • Resistencias culturales en equipos.
EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA	• Creación de simulaciones clínicas sintéticas. • Casos personalizados según nivel del estudiante. • Material educativo accesible y dinámico • Apoyo al estudio y a la alfabetización digital.	• Copia literal de trabajos generados con IA. • Dificultad para discernir información confiable. • Pérdida de habilidades de análisis crítico. • Falta de formación docente en IA educativa.
ÉTICA Y PROFESIÓN	• Posibilidad de promover el uso responsable y transparente. • Herramientas para reflexionar sobre sesgos, equidad y justicia algorítmica. • Impulso a una cultura de discernimiento profesional.	• <i>Deep fakes</i> y manipulación digital. • Amenazas a la identidad profesional • Dilemas sobre responsabilidad y autoría. • Riesgo de deshumanizar el cuidado si se usa sin reflexión.
RELACIÓN HUMANO / TECNOLOGÍA	• Complementa el juicio clínico. • Libera tiempo para el encuentro humano. • Amplifica capacidades sin sustituir al profesional.	• Idealización o demonización de la IA • Tensiones entre identidad profesional y avances tecnológicos. • Falta de equilibrio en su integración.

A MODO DE CONCLUSIÓN: LO HUMANO COMO CENTRO DEL CUIDADO

Frente al avance tecnológico, la experiencia reafirma que existen dimensiones del cuidado que no pueden ser automatizadas: la escucha activa, la compasión, la sensibilidad ante el sufrimiento y la comprensión profunda de las necesidades de cada persona. La integración de la inteligencia artificial en Enfermería muestra que su verdadero aporte no reside en la herramienta en sí, sino en la manera en que se articula con la identidad, los valores y el juicio profesional. Lejos de reemplazar el acto de cuidar, la IA amplifica las capacidades del equipo de salud al facilitar análisis, optimizar tiempos y apoyar la toma de decisiones.

Este potencial sólo se materializa cuando su uso está guiado por una práctica reflexiva, una ética sólida y una formación continua que permita comprender sus alcances y limitaciones. La

tecnología sin criterio puede derivar en errores, sesgos o deshumanización; utilizada con discernimiento, se convierte en una aliada estratégica para mejorar la seguridad, la personalización y la calidad del cuidado.

El desafío contemporáneo no es optar entre tecnología o humanidad, sino construir un puente entre ambas: incorporar la IA de manera crítica y responsable para liberar tiempo, fortalecer el juicio clínico y sostener un cuidado más cercano, digno y compasivo.

La IA puede acompañar, facilitar y ampliar capacidades, pero **no reemplaza el encuentro humano ni la responsabilidad ética del acto de cuidar**. La Enfermería sigue siendo profundamente humana y es precisamente esa humanidad la que debe orientar cada decisión en la era algorítmica.

Referencias bibliográficas

1. Ferreyra, V. (2024). IA de una Enfermera para toda la Enfermería. Souvenir de Herramientas. Disponible en: <https://profeenfermera.com/2024/07/11/inteligencia-artificial-en-la-enfermeria/>
2. Sigman, M.; Bilinkis, S. (2023) *Artificial. La nueva inteligencia y el contorno de lo humano*. Editorial Debate.
3. Ferreyra, V. (2024) *Inteligencia Artificial para la enseñanza de Enfermería*. Ediciones Libella.
4. Ferreyra, V. (2024) IA para la Enseñanza de Enfermería. Souvenir n°3: PROMPTs Efectivos.
5. Openai. (2024) Ingeniería rápida. <https://platform.openai.com/docs/guides/prompt-engineering>

Experiencia de implementación de catéteres *Midline* para la reducción de flebitis y multipunciones

Roxana Mallon*
Roxana Tobares**
Sanatorio San Carlos

La utilización de catéteres venosos periféricos cortos (CVPc) continúa siendo una práctica frecuente en el ámbito hospitalario, aunque asociada a diversas complicaciones. La implementación del catéter *Midline* como una alternativa segura para terapias intravenosas de duración intermedia representa una estrategia eficaz para optimizar la calidad del cuidado, reducir eventos adversos y mejorar la experiencia del paciente.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito hospitalario, el acceso venoso periférico constituye una práctica fundamental para la administración de terapias intravenosas. Sin embargo, el uso de catéteres venosos periféricos cortos (CVPc) continúa asociándose a complicaciones frecuentes como flebitis, extravasación, infiltraciones y la necesidad de múltiples punciones, especialmente en pacientes con tratamientos de duración intermedia o con accesos venosos dificultosos (DIVA).

En este contexto, las actualizaciones de guías internacionales han promovido la utilización de dispositivos alternativos que permitan mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia del tratamiento, entre ellos el catéter *Midline*, indicado para terapias intravenosas de entre 7 y 30 días. En el Sanatorio San Carlos se registró una alta incidencia de recambios de accesos venosos periféricos en períodos menores a 48 horas. Si bien las guías antes recomendaban el cambio



*Licenciada en Enfermería. Jefa de Servicio de Enfermería, internación general, SSC.

**Licenciada en Enfermería. Supervisora de Enfermería, internación general, SSC

cada 72 horas, las nuevas actualizaciones recomiendan su cambio cuando se identifica una complicación o cuando el tratamiento finaliza.

La manera de resolver este problema, que aparecía de manera frecuente, era la colocación de un CVC. Dadas las complicaciones que este dispositivo genera, así como el impacto negativo en la experiencia del paciente y en la carga laboral del personal de Enfermería, surgió la necesidad de implementar estrategias innovadoras.

El presente trabajo describe la experiencia institucional en la implementación del catéter *Midline*, evaluando su impacto no solo en la reducción de complicaciones clínicas, sino también en la calidad de atención percibida por los pacientes, incorporando indicadores cuantitativos y resultados de encuestas de satisfacción.

ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

El uso de catéteres venosos periféricos cortos (CVPc) es el método más utilizado para la administración de terapias intravenosas. Sin embargo, en el área de internación general del Sanatorio San Carlos se observó que su duración no supera las 72 horas, requiriendo recambios frecuentes.

Esta situación genera diversas complicaciones:

- aumento de flebitis e infiltraciones
- múltiples punciones
- dolor y malestar en el paciente
- dificultad de acceso venoso (DIVA)
- retrasos en la administración de medicación
- mayor carga laboral para Enfermería
- uso de catéter venoso central (CVC)
- impacto negativo en la experiencia del paciente

Con el objetivo de reducir las complicaciones asociadas al uso de CVPc y mejorar la calidad del acceso venoso en pacientes con terapias intravenosas de duración intermedia en sala de internación general, se planifica una intervención basada en el uso del catéter *Midline*.

La población destinataria son los pacientes adultos internados en sala general del Sanatorio San

Carlos con requerimiento de terapia intravenosa de duración intermedia (7 a 30 días), especialmente aquellos con acceso venoso dificultoso (DIVA).

INTERVENCIÓN

La implementación del catéter *Midline* constituye una alternativa segura para terapias intravenosas de duración intermedia. Se implementó el uso de dicho catéter, basado en guías internacionales (Infusion Therapy Standards of Practice, 202, Gavaselt) así como en la experiencia institucional. La intervención incluyó la capacitación previa del personal, la elaboración de protocolos y la colocación ecoguiada del dispositivo. Se colocaron 140 catéteres con éxito, con una disminución de complicaciones y mejora en la satisfacción del paciente. Previo a ello, se llevaron adelante acciones de:

- elaboración de protocolo institucional
- aprobación por comité de infecciones y dirección médica
- capacitación del personal de enfermería
- colocación del catéter bajo técnica estéril y ecoguiada

Asimismo, el personal de Enfermería fue capacitado mediante:

- talleres teórico-prácticos
- simulación de técnica
- entrenamiento en ecografía
- evaluación de competencias

Estuvo a cargo de personal certificado para colocación de catéteres *Midline* (Lic. Roxana Mallon, Lic. Roxana Tobares, Lic. Cristian Escobar), con las certificaciones institucionales y del personal: ATISPA y Vygon en colocación de catéteres *Midline*, PICC y epicutáneas cava.

RESULTADOS

- 140 catéteres colocados con éxito (junio 2024 / marzo 2026)
- 8 intentos fallidos
- tasa de éxito: 93,8%

Impacto clínico:

- disminución de flebitis y extravasación
- reducción de múltiples punciones
- disminución de uso de CVC
- mejora en continuidad del tratamiento

Pacientes:

- 14 con tratamiento ambulatorio
- 3 derivados a mayor complejidad

Satisfacción: se evidenció una mejora notable en la satisfacción del paciente mediante encuesta digital (QR).

ANÁLISIS

La implementación del catéter *midline* evidenció resultados favorables tanto en indicadores clínicos como en la experiencia del paciente.

Desde el punto de vista asistencial, la tasa de éxito en la colocación (93,8%) refleja un adecuado nivel de capacitación del personal y la efectividad del procedimiento ecoguiado. Se observa también una disminución de complicaciones asociadas a accesos venosos periféricos cortos, tales como flebitis, extravasación y múltiples punciones, lo cual contribuyó a mejorar la continuidad de los tratamientos intravenosos.

En relación con la calidad percibida, los datos obtenidos se analizaron mediante una encuesta de satisfacción realizada a pacientes con este catéter.

ter. De carácter no obligatorio, la misma incluyó más de 25 registros, lo que evidencia una valoración ampliamente positiva del dispositivo y de la atención recibida.

Los principales hallazgos cualitativos fueron:

- alta satisfacción con la atención del personal de Enfermería
- percepción de mayor comodidad durante el tratamiento
- disminución del dolor asociado a múltiples punciones
- valoración positiva del profesionalismo y la información brindada

Los comentarios recogidos destacan el impacto positivo del dispositivo en la experiencia del paciente y su calidad de vida (*“Es un alivio contar con algo así cuando una tiene las venas difíciles”, “Me resultó cómodo para hacer todo lo cotidiano” y “Excelente calidad de atención y experiencia”*). No obstante, se registraron algunas observaciones aisladas respecto a molestias durante la colocación, lo que permite identificar oportunidades de mejora en el proceso de inserción y en la preparación del paciente.

En conjunto, los resultados demuestran que la implementación de este tipo de catéter no solo optimiza los resultados clínicos, sino que mejora de manera significativa la percepción de calidad del cuidado.

CONCLUSIÓN

La implementación del catéter *midline* demostró ser una estrategia efectiva para mejorar la calidad del acceso venoso en pacientes con requerimientos de terapia intravenosa de duración intermedia. Los resultados obtenidos evidencian una reducción significativa de complicaciones asociadas a los catéteres periféricos cortos, una alta tasa de éxito en la colocación y una mejora en la continuidad de los tratamientos.

Asimismo, la incorporación de la percepción del paciente como indicador de calidad permitió evidenciar un alto grado de satisfacción, destacándose la

disminución del dolor, la comodidad del dispositivo y la valoración positiva del equipo de salud.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de implementar prácticas basadas en la evidencia y centradas en el paciente, que promuevan no solo la seguridad clínica, sino también una mejor experiencia de atención.

El catéter *midline* constituye una alternativa segura, eficiente y recomendable, cuya incorporación sistemática puede contribuir a elevar los estándares de calidad en la atención de Enfermería y en el manejo del acceso vascular.

ANEXO 1 |

Encuesta de satisfacción de pacientes con catéter MIDLINE

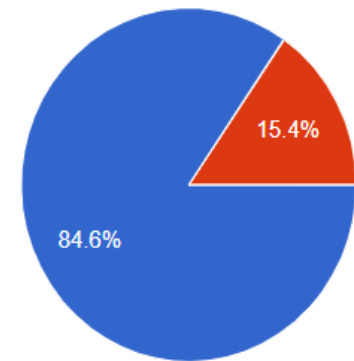
Resultados de la encuesta de satisfacción realizada a pacientes con colocación de catéter *midline* (Sanatorio San Carlos). Los datos fueron anonimizados para preservar la confidencialidad de los pacientes.

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

Cantidad de encuestas	25 pacientes
Rango etario	20 a 79 años
Tipo de pacientes	DIVA / DAV

Catéter colocado en:

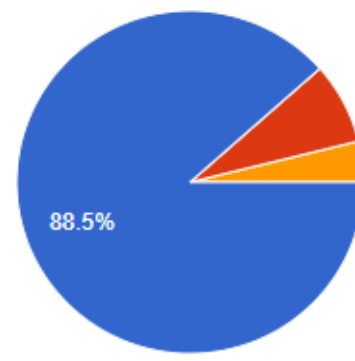
SERVICIO
26 respuestas



- Sala de internación
- UTI

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
¿Recibió información clara sobre el procedimiento antes de la colocación del catéter midline?

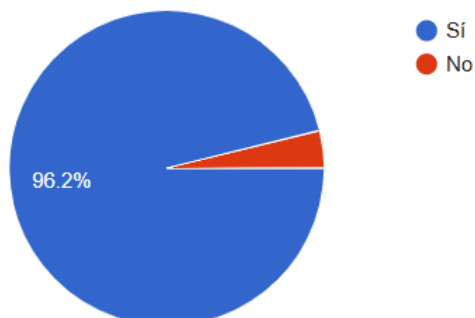
26 respuestas



- Sí
- No
- Parcialmente.

¿Pudo expresar sus dudas o inquietudes antes del procedimiento?

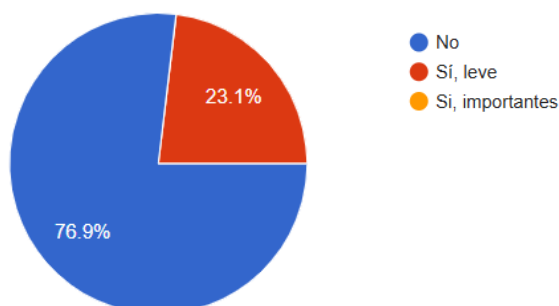
26 respuestas



CONFORT Y FUNCIONALIDAD DEL CATÉTER

¿Sintió molestia en la zona del catéter después de colocado?

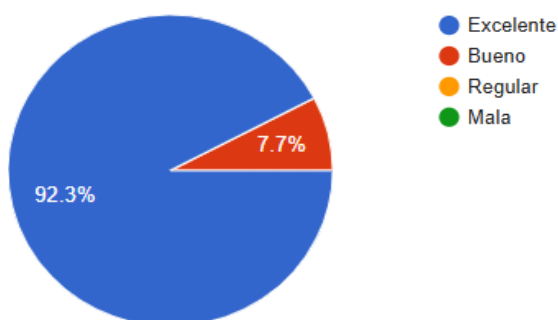
26 respuestas



EXPERIENCIA DURANTE LA COLOCACIÓN

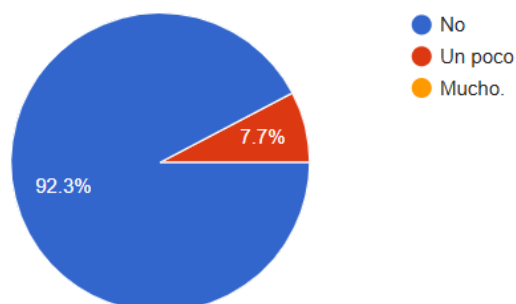
¿Cómo calificaría la atención del personal de Enfermería durante la colocación?

26 respuestas



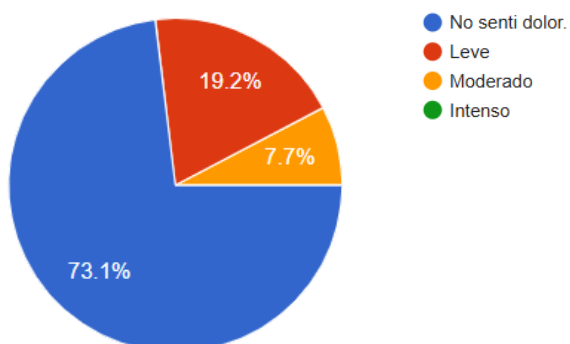
¿Interfirió el catéter en sus actividades cotidianas (movimiento, descanso, higiene)?

26 respuestas



¿Sintió dolor o molestia durante el procedimiento?

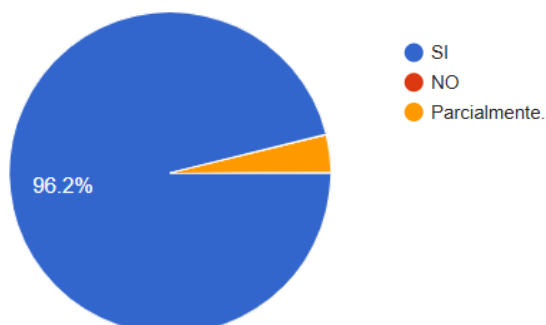
26 respuestas



SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN POSTERIOR

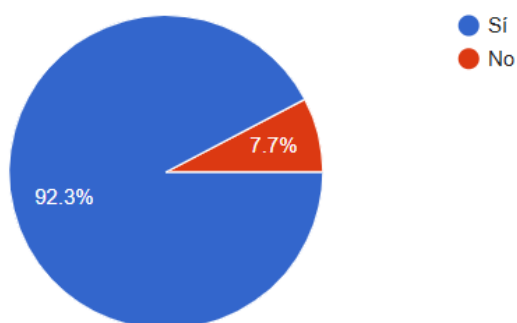
¿Recibió controles de Enfermería adecuados tras la colocación (curación, fijación, monitoreo)?

26 respuestas



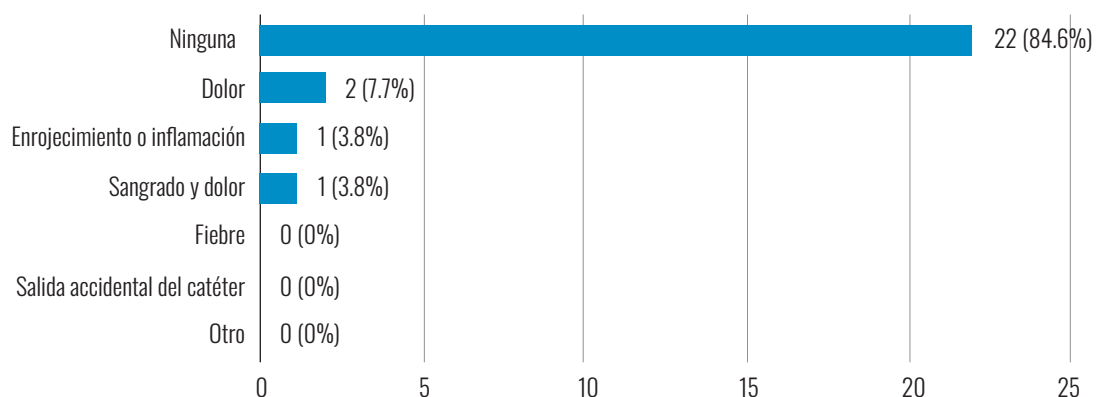
¿Le explicaron cómo cuidar el sitio de inserción del catéter?

26 respuestas



¿Tuvo alguna complicación relacionada con el catéter?
(marcar si corresponde)

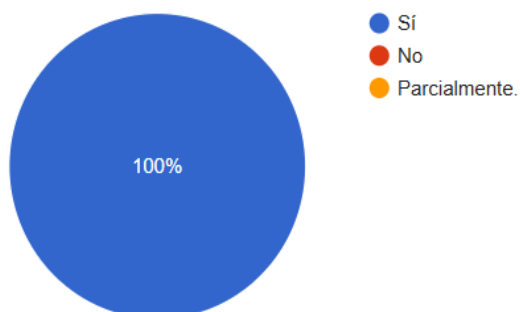
26 respuestas



SATISFACCIÓN GENERAL

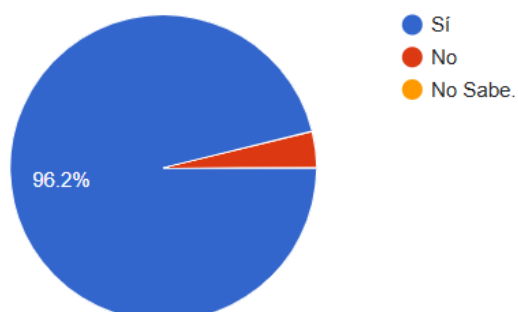
¿Se sintió seguro/a con el uso del catéter midline durante su internación?

26 respuestas



¿Recomendaría este tipo de acceso vascular en caso de ser necesario nuevamente?

26 respuestas



VALORACIÓN DE LOS PACIENTES

(comentarios textuales)



Amo el catéter.

Muy agradecida
con todo el equipo.

Es un alivio contar con algo así
cuando una tiene las venas difíciles.

Me resultó cómodo para
hacer todo lo cotidiano.

Agradecer a todos los enfermeros
la atención, el amor y el cuidado.

Excelente calidad de
atención y experiencia.

La colocación me resultó más
molesta que la vía tradicional.

Se nota el profesionalismo
del equipo.

Excelente dispositivo.

Muy buena experiencia
para recomendar.

Súper recomendable si
tienen venas difíciles.



La herida social del capacitismo: salud mental, bienestar y la reconstrucción de una subjetividad inclusiva

Iván Ariel Viera*
Rodolfo Castelau**
Concepción Irene Duarte***
Carlos Dante González****
Universidad Nacional de Rosario

RESUMEN

El paradigma de la educación inclusiva enfrenta una deuda sustantiva con la salud mental. Las altas tasas de malestar en personas con discapacidad no son un hecho natural, sino una “herida social” producida estructuralmente por el capacitismo. Este artículo de reflexión teórica, inscrito en un enfoque humanista e interdisciplinar, argumenta que el bienestar no puede reducirse a intervenciones clínicas individuales, sino que requiere una transformación de las condiciones sociales y epistémicas que generan sufrimiento. A partir de un diálogo entre la filosofía crítica, la sociología del estigma y los estudios feministas y de la discapacidad, se analiza cómo la interiorización de la mirada capacitista y el mandato de productividad de la “sociedad del rendimiento” lesionan la subjetividad. Se introduce el concepto de “herida social” como herramienta analítica para comprender este fenómeno y se propone, como alternativa, la construcción de una “subjetividad inclusiva” basada en el reconocimiento de la interdependencia. Las conclusiones apuntan a que la escuela debe devenir en un espacio de “cuidado epistémico” y “comunidad de apoyo mutuo”, donde la desaceleración de los tiempos y la validación de la neurodiversidad sean la base genuina para la salud mental y el bienestar colectivo.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, capacitismo, bienestar, inclusión educativa, filosofía de la discapacidad, neurodiversidad

ABSTRACT

The paradigm of inclusive education faces a substantial debt to mental health. The high rates of distress among people with disabilities are not a natural fact but a “social wound” structurally produced by ableism. This theoretical reflection article, grounded in a humanistic and interdisciplinary approach, argues that well-being cannot be reduced to individual clinical interventions but requires a transformation of the social and epistemic conditions that generate suffering. Through a dialogue between critical philosophy, the sociology of stigma, and feminist and disability studies, it analyzes how the internalization of the ableist gaze and the mandate of productivity in the “achievement society” damage subjectivity. The concept of “social wound” is introduced as an analytical tool to understand this phenomenon, and the construction of an “inclusive subjectivity” based on the recognition of interdependence is proposed as an alternative. The conclusions point to the need for schools to become spaces of “epistemic care” and “mutual support communities,” where the slowing down of times and the validation of neurodiversity become the genuine foundation for mental health and collective well-being.

KEYWORDS

Keywords: mental health, ableism, well-being, inclusive education, disability philosophy, neurodiversity

*Licenciado en Enfermería. Especialista en Docencia Universitaria. Universidad Nacional de Rosario.

**Licenciado en Enfermería. Especialista en Docencia Universitaria. Universidad Nacional de Rosario.

***Licenciada en Enfermería. Especialista en Docencia. Universidad Nacional de Rosario.

****Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

INTRODUCCIÓN

La narrativa hegemónica de la educación inclusiva ha estado dominada, en las últimas décadas, por un enfoque centrado en el acceso, la adaptación curricular y la eliminación de barreras físicas y arquitectónicas. Si bien estos avances son indispensables —y están respaldados por marcos normativos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006)—, el presente artículo parte de la premisa de que existe una dimensión profunda e insuficientemente abordada: la salud mental y el bienestar subjetivo de las personas con discapacidad.

Las altas tasas de ansiedad, depresión y malestar psicosocial que afectan a este colectivo no pueden ser explicadas únicamente por factores biológicos o intrapsíquicos. Por el contrario, este texto propone comprenderlas como una manifestación de lo que denominaremos una “herida social”, es decir, la inscripción en el cuerpo y la psique de las violencias simbólicas y estructurales del capacitismo. Como señalan Echeita y Ainscow (2011), la educación inclusiva es un proceso para aprender a vivir con las diferencias y, al mismo tiempo, un derecho. Sin embargo, este proceso se ve truncado si la escuela, en su funcionamiento cotidiano, reproduce las lógicas que excluyen.

Argumentamos aquí que la construcción de sociedades y escuelas verdaderamente inclusivas exige un giro epistemológico y ético: dejar de entender la salud mental como un problema individual a ser gestionado por especialistas, para abordarla como un producto de las condiciones sociales, culturales y relacionales en las que se desenvuelve la vida de las personas (Morales-Rodríguez & Pérez-Mármol, 2019). La tesis

central es que el bienestar en la inclusión no es posible sin un proceso de desactivación de las lógicas capacitistas que hieren y una reconstrucción colectiva de la subjetividad basada en la interdependencia y el reconocimiento de la diversidad funcional y neurológica como parte inherente de lo humano.

DESAFÍOS DE Y PARA LA EDUCACIÓN INCLUSIVA

Pese a décadas de desarrollo normativo y pedagógico, la educación inclusiva presenta una fractura silenciosa: los altos índices de malestar psicológico entre las personas con discapacidad en contextos educativos. Este fenómeno no es casual ni meramente individual. Se formula entonces el siguiente problema de investigación: ¿de qué manera las lógicas estructurales del capacitismo, actuando a través de la escuela como institución, producen una “herida social” que afecta la salud mental y el bienestar subjetivo de las personas con discapacidad, y qué transformaciones son necesarias para construir una subjetividad inclusiva basada en la interdependencia?

Este problema exige una aproximación interdisciplinar que articule la filosofía crítica, la sociología del estigma, los estudios feministas y de la discapacidad, y la pedagogía, para dar cuenta de la complejidad de un fenómeno que no se agota en la dimensión clínica.

Un análisis crítico de las bases estructurales del capacitismo que producen malestar en personas con discapacidad en contextos educativos es fundamental para proponer líneas de transformación hacia una subjetividad inclusiva fundada en la interdependencia como eje del bienestar.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo se inscribe en la modalidad de ensayo académico o reporte parcial de investigación teórica. Metodológicamente, se ha desarrollado a través de una revisión crítica y hermenéutica de la literatura especializada en filosofía contemporánea, sociología de la discapacidad y estudios críticos de la educación inclusiva.

La estrategia ha consistido en un análisis conceptual que busca tender puentes entre disciplinas para iluminar un fenómeno complejo. Se ha

privilegiado un enfoque cualitativo-interpretativo que no busca la verificabilidad empírica en términos cuantitativos, sino la potencia explicativa y la pertinencia ético-política de los conceptos movilizados (Granada, T. & Granda, J 2021). Las categorías centrales (capacitismo, herida social, interdependencia, subjetividad inclusiva) han emergido del diálogo entre los autores seleccionados y han sido contrastadas con las problemáticas observadas en el campo educativo.

Como **hipótesis de trabajo** se postula que:

1. El malestar psicológico prevalente en personas con discapacidad no es atribuible primariamente a circunstancias individuales, sino que constituye una “herida social” producida por la internalización de las lógicas capacitistas.
2. La escuela, al operar bajo los mandatos de la “sociedad del rendimiento”, reproduce y amplifica dicha herida al exigir un desempeño normalizado que desconoce la diversidad funcional y neurológica.
3. La construcción de una subjetividad inclusiva basada en el reconocimiento de la interdependencia como condición humana universal constituye la vía para la transformación de la salud mental en contextos educativos.

En base a ello, se definen los siguientes **objetivos específicos**:

1. Develar el funcionamiento del capacitismo como sistema de jerarquización ontológica y epistémica que naturaliza la exclusión.
2. Examinar cómo la “sociedad del rendimiento” (Han, 2012) profundiza el malestar subjetivo en personas con discapacidad al imponer mandatos de productividad inalcanzables.
3. Introducir el concepto de “herida social” como herramienta analítica para comprender la dimensión psíquica del sufrimiento estructural.
4. Fundamentar una epistemología de la interdependencia como base para la construcción de una subjetividad inclusiva en el ámbito educativo.
5. Desarrollar un cuadro diagnóstico de las manifestaciones de la herida social en el aula y proponer estrategias pedagógicas para su abordaje.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Dado el carácter teórico y ensayístico de esta investigación, no se ha trabajado con una población y muestra empíricas. El análisis se ha centrado en el corpus bibliográfico seleccionado, que incluye obras fundamentales de la filosofía crítica contemporánea (Han, Arendt, Butler), la sociología del estigma (Goffman), los estudios

de discapacidad (Davis, McRuer, Kittay, Palacios y Románach) y la pedagogía crítica (Echeita y Ainscow, Skliar, Planella). Esta selección responde a criterios de pertinencia temática, relevancia académica y representatividad de las corrientes de pensamiento que nutren la discusión sobre inclusión, salud mental y bienestar.

RESULTADOS

El análisis realizado permitió identificar tres núcleos conceptuales que articulan la relación entre capacitismo y malestar subjetivo:

- el capacitismo como sistema de jerarquización ontológica que produce estigma;
- la “sociedad del rendimiento” como dispositivo que agudiza la herida al exigir productividad normalizada;
- la interdependencia como fundamento alternativo para una subjetividad inclusiva.

En forma complementaria, se sistematizan los hallazgos y reflexiones en relación a dichos núcleos conceptuales (tablas 1 y 2).

EL CAPACITISMO COMO ESTRUCTURA ONTOLÓGICA Y EPISTÉMICA

Para comprender el origen del malestar, es necesario desnaturalizar la idea de que la discapacidad es una “falta” o un “déficit”. Davis (2013) argumenta que vivimos en una “sociedad normativa” obsesionada con la construcción del “cuerpo ideal”. Esta obsesión no es neutral; se sustenta en el capacitismo, un sistema de creencias y prácticas que, a semejanza del racismo o el patriarcado, establece una jerarquía entre las formas de ser y estar en el mundo. McRuer (2006), desde la “teoría crip”, profundiza en esta idea al señalar que el capacitismo y la heterosexualidad obligatoria operan de manera similar, exigiendo un desempeño continuo de “normalidad”.

Este sistema opera de manera performativa. No solo describe una supuesta inferioridad, sino que la produce activamente a través de la exclusión y el estigma. Goffman (2006) ya anticipaba cómo la sociedad construye “teorías del defecto” que reducen a la persona a su condición, generando una “identidad social virtual” que desacredita a la “identidad social real”. Esta mirada social se internaliza, y la persona aprende a verse a sí misma a través de los ojos de un mundo que la rechaza. En el ámbito educativo, Steingress G. (2008) ob-

serva que esta dinámica de exclusión simbólica es a menudo más determinante que las propias barreras materiales.

EL MALESTAR EN LA CULTURA DEL RENDIMIENTO

Han (2012) ofrece herramientas cruciales para entender por qué este malestar se ha agudizado en la contemporaneidad. En La sociedad del cansancio, diagnostica el paso de una “sociedad disciplinaria” (basada en la prohibición) a una “sociedad del rendimiento” (basada en la autoexigencia). El sujeto de rendimiento se explota a sí mismo hasta el agotamiento. La depresión es la patología de una época que nos exige ser siempre productivos. Para una persona con discapacidad, insertarse en esta lógica es particularmente violento. Butler (2006) nos recuerda que la precariedad no es una condición ocasional, sino una situación políticamente inducida. En la escuela, el mandato de rendimiento se convierte en una obligación de “normalización” imposible de cumplir. Al exigir a todo el estudiantado que se ajuste a unos estándares de productividad, la escuela se convierte en un generador de “heridas” Vázquez, A. (2021). Esta vivencia reiterada de fracaso genera un profundo desgaste emocional, una experiencia de “exclusión dentro de la inclusión” que, como apunta Skliar (2015), niega la alteridad radical del otro.

LA INTERDEPENDENCIA COMO FUNDAMENTO ALTERNATIVO

Frente a esta ontología del individuo aislado y productivo, emerge una visión radicalmente distinta: la de la “interdependencia” como condición de posibilidad de la vida. Haraway (2020) nos invita a pensar que somos “compañeros de especie, hechos unos con otros”. Esta perspectiva disuelve el mito del sujeto autónomo que está en la base del capacitismo. En la misma línea, Kittay (2019) plantea, desde su experiencia como madre de una hija con discapacidad, que la dependencia es una característica humana universal, no una excepción.

Nussbaum (2007), desde el enfoque de las capacidades, refuerza esta idea al sostener que la justicia social debe garantizar que todas las personas tengan la oportunidad de desarrollar sus capacidades centrales, lo que incluye la afiliación y el control sobre el propio entorno. Aplicar esta mirada a la educación inclusiva transforma radicalmente el enfoque de la salud mental. Si somos

constitutivamente interdependientes, entonces el bienestar no es un estado individual a alcanzar, sino una cualidad de las relaciones. La angustia de un estudiante con discapacidad es un síntoma de la pobreza de los vínculos que la escuela es capaz de ofrecerle. Es la “carencia de mundo”, diría Arendt (2005), la que genera sufrimiento.

Tabla 1:
Manifestaciones de la “herida social” y estrategias para la construcción de una “subjetividad inclusiva”.

DIMENSIÓN DE LA EXPERIENCIA	MANIFESTACIÓN DE LA “HERIDA SOCIAL” (EFECTO DEL CAPACITISMO)	ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA “SUBJETIVIDAD INCLUSIVA”
TEMPORALIDAD Y RENDIMIENTO	Ansiedad por no cumplir con ritmos estandarizados. Autopercepción de “lentitud” o “fracaso” al comprarse con el ideal de productividad académica (Han, 2012)	Ralentización pedagógica: actividades asincrónicas, flexibilidad, valoración del proceso por sobre los resultados.
VÍNCULO Y PERTENENCIA	Aislamiento autoimpuesto por miedo al rechazo. Dificultad para establecer lazos de amistad (Goffman, 2006)	Comunidades de apoyo mutuo: grupo de pares, tutoría bidireccional donde la ayuda sea recíproca.
IDENTIDAD NARRATIVA	Vergüenza corporal o neurológica. Ocultamiento de diagnóstico o necesidades de apoyo (pissing). (Davis, 2013)	Validación y representación: inclusión en el currículo de referentes culturales y científicos con discapacidad. Espacios de diálogo donde los estudiantes nombren sus experiencias.
AUTONOMÍA Y AGENCIA	Sobrepotección que anula la capacidad de decisión. Dependencia forzada o exigencia de una independencia imposible que genera agotamiento. (Kiatty, 2019)	Educación para la interdependencia: toma de decisiones compartida, corresponsabilidad en el aula. Enseñar explícitamente que pedir ayuda es un acto de fortaleza y autonomía.

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS.

La Tabla 1 organiza cuatro dimensiones clave de la experiencia escolar —temporalidad, vínculo, identidad y autonomía— y muestra, en cada una, el mecanismo por el cual el capacitismo produce sufrimiento psíquico. En la columna central se sintetizan los hallazgos teóricos: el ritmo acelerado genera ansiedad; el estigma produce aislamiento; la falta de representación genera vergüenza; la negación de la interdependencia anula la agencia. Cada una de estas manifestaciones constituye un aspecto de la “herida social”. La columna derecha, en cambio, propone estrategias concretas de intervención pedagógica. Se

trata de pasar de una lógica correctiva a una lógica de reconocimiento: no “adaptar” al estudiante a un sistema que lo hiere, sino transformar las condiciones mismas del sistema. Así, la ralentización no es una concesión, sino un principio pedagógico; la comunidad de apoyo mutuo no es un recurso extra, sino la reorganización del vínculo escolar; la validación de la identidad no es un complemento curricular, sino un acto de justicia epistémica; y la enseñanza de la interdependencia no es una formación en habilidades sociales, sino una desactivación del mito de la autonomía individual.

Tabla 2.
Paradigmas en tensión: del modelo médico-rehabilitador a la subjetividad inclusiva.

EJE DE ANÁLISIS	MODELO MÉDICO-REHABILITADOR (DOMINANTE)	HACIA UNA SUBJETIVIDAD INCLUSIVA (PROPUESTA)
CONCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD	Déficit, falta, anormalidad que debe ser corregida o rehabilitada (Canguilhem, 1971).	Diversidad funcional y neurológica como variación inherente a lo humano (Palacios & Romañach, 2006).
LUGAR DEL MALESTAR	Problema individual, patología intrapsíquica a ser tratada por especialistas.	“Herida social” producida por condiciones estructurales de exclusión y estigma (Goffman, 2006).
ROL DE LA ESCUELA	Espacio de normalización: adaptaciones curriculares para que el estudiante “se integre” al ritmo y exigencias preexistentes.	Comunidad de cuidado epistémico: transformación de las condiciones de tiempo, vínculos y reconocimientos (Pianelli, 2018)
OBJETIVO DEL BIENESTAR	Ausencia de síntomas. Adaptación funcional del individuo al entorno.	Plenitud relacional. Participación significativa. Sentimiento de pertenencia y agencia compartida (Nussbaum, 2007).

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS.

La Tabla 2 despliega una comparación estructural entre dos paradigmas en pugna. El modelo médico-rehabilitador, dominante en las prácticas educativas aun cuando se declaren “inclusivas”, concibe la discapacidad como un déficit individual a corregir, ubica el malestar en la psicopatología personal, asigna a la escuela la tarea de normalizar a través de adaptaciones, y reduce el bienestar a la mera ausencia de síntomas.

En contraste, el paradigma de la subjetividad inclusiva —que emerge de la articulación entre los estudios críticos de la discapacidad, la filosofía feminista y la pedagogía del cuidado— propone una concepción de la discapacidad como diversidad

constitutiva, entiende el malestar como una herida social producida estructuralmente, redefine la escuela como comunidad de cuidado epistémico, y concibe el bienestar como plenitud relacional y participación significativa.

Esta tabla permite visualizar que el cambio necesario no es meramente técnico (mejores adaptaciones, más recursos), sino paradigmático: implica una transformación de los supuestos antropológicos, éticos y políticos que sostienen la práctica educativa. La “subjetividad inclusiva” no es un estado a alcanzar por cada estudiante, sino una condición del vínculo escolar.



Crédito: OPEN AI

CONCLUSIÓN

El recorrido argumentativo realizado permite concluir que la salud mental y el bienestar en el contexto de la inclusión educativa no pueden seguir siendo un apéndice de las políticas de integración.

Por el contrario, deben ser el núcleo mismo del proyecto inclusivo. Ignorar la dimensión subjetiva del sufrimiento producido por el capacitismo es condenar cualquier reforma educativa al fracaso.

La propuesta de transitar de la “inclusión formal” a la “subjetividad inclusiva” implica para la escuela asumir un nuevo rol: el de ser un espacio de “cuidado epistémico”. Esto significa, siguiendo a Planella (2017), construir pedagogías sensibles que atiendan al cuerpo y al afecto. Se trata de desactivar aquellas narrativas que patologizan la diversidad y promover activamente otras que la celebren. El desafío de la educación inclusiva para las próximas décadas no es solo tecnológico o normativo; es, fundamentalmente, un desafío ético

y existencial. Se trata de construir una escuela donde ninguna subjetividad tenga que ser herida para existir; donde el bienestar sea entendido como ese estado de plenitud que solo es posible cuando nos sentimos, por fin, parte de un mundo que nos acoge en nuestra humanidad más profunda y diversa. Como sintetiza la UNESCO (2025), los educandos que reciben apoyo psicológico y emocional son más propensos a prosperar. Ese apoyo debe ser inclusivo, contrarrestando el estigma.

Referencias bibliográficas

1. Arendt, H. (2005) *La condición humana*. Paidós.
2. Butler, J. (2006). *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia*. Paidós.
3. Canguilhem, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores.
4. Davis, L. J. (2013) *The Disability Studies Reader* (4th ed.) Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203077887>
5. Echeita, G., & Ainscow, M. (2011). La educación inclusiva como derecho: Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Tejuelo: Didáctica de la Lengua y la Literatura*. Educación, (12): 26-46.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3736958>
6. Steingress, G. (2008). La música en el marco del análisis de la cultura contemporánea: un replanteamiento teórico y metodológico. *Política y Sociedad*, 45(1), 237-260.
<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0808130237A>
7. Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
8. Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.
<https://doi.org/10.2307/j.ctvt7x7hj>
9. Haraway, D. J. (2020). Seguir con el problema: Generar parentesco en el Chthuluceno. Consonni.
10. Kittay, E. F. (2019). *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency* (2nd ed.) Routledge. *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency* . 2nd Edition | Request PDF
11. McRuer, R. (2006) *Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability*. New York University Press.
12. Morales-Rodríguez, F. M., & Pérez-Mármol, J. M. (2019). The role of anxiety, coping strategies, and emotional intelligence on general perceived self-efficacy in university students. *Frontiers in Psychology*, 10, 1689.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01689>
13. Nussbaum, M.C. (2007) *Las fronteras de la justicia: Consideraciones sobre la exclusión*. Paidós.
14. Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
15. Palacios, A., & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Ediciones Diversitas-AIES.
16. Granda T, Granda J. (2021) Educación emocional y su vinculación en el proceso de aprendizaje en tiempos de pandemia. *Orientación y Sociedad*.
<http://revistas.unlp.edu.ar/OrientacionYSociedad/article/download/12313/11123/>
17. Planella, J. (2017). *Pedagogías sensibles: Sabores y saberes del cuerpo y la educación*. UOC.
18. Skliar, C. (2015). *La educación (que es) del otro: Argumentos y desierto de argumentos pedagógicos*. Noveduc.
19. Toboso-Martín, M., & Arnau, M. S. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Española de Discapacidad*, (1): 51-70.
20. UNESCO. (2025). Lo que hay que saber sobre la salud mental y el apoyo psicosocial en las escuelas.
<https://www.unesco.org/es/health-education/mental-health>
21. Vázquez, Angélica. (2021). Pedagogía Queer en Latinoamérica. Estrategias y aproximaciones. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 7, e615.
<https://doi.org/10.24201/reg.v7i1.615>



XXXX
JORNADA DE
ENFERMERÍA
NEONATAL, PEDIÁTRICA Y DE ADULTO

Adecra
+Cedim

ENFERMERÍA QUE TRANSFORMA

Liderazgo, innovación y cuidado en escenarios complejos

Una mirada **estratégica** para rediseñar el cuidado en contextos de **alta exigencia**



18 DE NOVIEMBRE
DE 2026



VÍA STREAMING



9:00 a 12:00
13:00 a 17:00



EVENTO GRATUITO
con inscripción previa



SE ENTREGARÁN
CERTIFICADOS
de asistencia.



INFORMES E INSCRIPCIÓN
alejandrafuente@adecra.org.ar



MÁS INFO
www.adecra.org.ar

Enfermería en neurorrehabilitación: liderazgo, gestión e innovación en el tercer nivel de atención

Javier Gómez*

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la neurorrehabilitación, el concepto de autonomía no implica simplemente recuperar funciones perdidas, sino acompañar al sujeto en la construcción de una nueva identidad funcional. En el tercer nivel de atención, donde la complejidad clínica alcanza su máximo exponente en pacientes con lesiones medulares y daño cerebral adquirido, la Enfermería se erige como el eje que articula la alta tecnología con la esencia humana del cuidado.

A pesar de su rol crítico, la Enfermería suele ser percibida bajo una lógica puramente asistencial. El desafío actual radica en demostrar cómo el liderazgo y la gestión del cuidado influyen directamente en los resultados de la rehabilitación, de modo que sus profesionales pasen de ser ejecutores de tareas a convertirse en diseñadores de estrategias de salud en entornos de alta complejidad.

GESTIÓN PROACTIVA Y LIDERAZGO

En base a una revisión bibliográfica (muestra compuesta por 12 fuentes técnicas durante el período 2014-2026) sobre el liderazgo de Enfermería en neurorrehabilitación de tercer nivel, este artículo muestra que la gestión basada en indicadores funcionales y el rol del jefe de servicio son pilares fundamentales para la autonomía del paciente.

La revisión bibliográfica, de tipo narrativa y técnica, abarcó artículos, guías y documentos publicados sobre gestión de Enfermería, estándares de neurorrehabilitación y modelos de liderazgo en el tercer nivel. En particular, se analizaron ocho fuentes clave de organismos internacionales (OMS, Organización Mundial de la Salud; OPS, Organización Panamericana de la Salud; AANN, American Association of Neuroscience Nurses). La muestra incluyó los marcos regulatorios internacionales de la AANN, los lineamientos de rehabilitación de la OMS/OPS y modelos teóricos de Enfermería, como el propuesto por Dorothea Orem (2001).

Un adecuado análisis del rol estratégico y la gestión del cuidado de Enfermería en los procesos de neurorrehabilitación de tercer nivel debe poder:

- identificar las competencias de liderazgo en equipos interdisciplinarios
- describir la relevancia de los indicadores funcionales en la toma de decisiones institucionales.

La gestión proactiva y el liderazgo de Enfermería en este nivel optimizan la recuperación funcional del paciente mediante una planificación dinámica basada en la evidencia científica.

*Director General de Enfermería Santa Catalina Neurorrehabilitación Clínica.

RESULTADOS

La revisión destaca que la gestión del cuidado comienza con una valoración exhaustiva que detecta cambios sutiles en tiempo real. Se ha identificado que el uso de indicadores funcionales y tableros de control operativo posibilita

una asignación de recursos más eficiente. Asimismo, que la presencia de una jefatura de Enfermería en cada servicio asegura la coordinación necesaria para el éxito del proceso interdisciplinario (AANN, 2018).

TABLA DE SÍNTESIS DE REVISIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN TÉCNICA
Enfoque de Gestión	Basado en resultados y funcionalidad (WHO, 2017).
Liderazgo	Construido desde la organización del trabajo y la confianza (Kirkevold, 2010).
Herramientas	Tableros de control e indicadores de autonomía (Levack et al., 2016).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El tránsito del modelo centrado en la enfermedad hacia un modelo centrado en la funcionalidad (Wade, 2020) requiere de enfermeros con nuevas competencias en investigación y sistematización de experiencias. El liderazgo no se impone; surge de la capacidad de integrar la dimensión técnica con la humana. La literatura confirma que el profesional de Enfermería debe ser un diseñador de estrategias que sustente la “arquitectura invisible” de la recuperación (Orem, 2001).

Como caso, el rol de Enfermería en neurorrehabilitación de tercer nivel pone de manifiesto que se trata de mucho más que asistencia: es liderazgo aplicado a la autonomía. Una gestión del cuidado eficaz, respaldada por indicadores claros y un compromiso con la innovación, es lo que garantiza que el paciente no solo sobreviva, sino que recupere su proyecto de vida.

Bibliografía consultada

1). American Association of Neuroscience Nurses. (2018). *Scope and standards of practice*. AANN.

2). Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors. *Advances in Nursing Science*, 33(1): E27–E40.

3). Levack, W. M., Dean, S. G., Siegert, R. J., & McPherson, K. M. (2016). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 30(1): 4–12.

4). Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6° ed.) Mosby.

5). Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Rehabilitación: Fortalecimiento de los servicios de salud*. OPS.

6). Wade, D. T. (2020). What is rehabilitation? *Clinical Rehabilitation*, 34(5), 571–583. doi.org

7). World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in health systems*. WHO.

Enfermería de práctica avanzada en heridas: experiencia en la continuidad de cuidados entre internación y consultorios externos mediante teleconsulta post-alta

Erika Johanna Quisbert*

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA)

Entre la internación y el seguimiento ambulatorio, la implementación de un programa estructurado de continuidad de cuidados que combina educación pre-alta, protocolos específicos según vía de egreso, consultorio especializado, teleconsulta y abordaje interdisciplinario constituye un modelo de atención que reduce complicaciones, reinternaciones y mejora la experiencia del paciente.

INTRODUCCIÓN

En el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), la Enfermería de práctica avanzada en heridas ha consolidado un rol protagónico, estratégico e innovador como puente fundamental entre la fase de internación y el seguimiento ambulatorio. Este modelo asegura una continuidad de cuidados integral, segura, personalizada y de alta calidad, colocando este rol clínico ampliado de la Enfermería como centro de la coordinación asistencial y

convirtiéndola en el nexo conductor que une todas las etapas del proceso de recuperación.

Los pacientes que egresan con cualquier tipo de herida —ya sea quirúrgica reciente, crónica pre-existente sin tratamiento adecuado, asociada a patologías subyacentes como diabetes o enfermedad vascular periférica, o desarrollada durante la hospitalización por inmovilidad, dependencia o procedimientos invasivos— son incorporados

*Enfermera supervisora especialista del servicio de Prevención de Lesiones por presión y curación avanzada de Heridas del Instituto Cardiovascular. Enfermera especialista en la atención del paciente crítico adulto (Universidad Favaloro). Diplomada en Prevención de Lesiones por Presión y Curación Avanzada de Heridas (Universidad Abierta Interamericana). Maestranda en Cicatrización de Heridas (Universidad Abierta Interamericana), Master en Cuidados Paliativos (Universidad Cardenal Herrera/España) y Profesora Universitaria de Enfermería (Universidad Nacional de San Martín). Se ha desempeñado como Coordinadora pedagógica de Unidad Académica Dr. Cesar Milstein (Universidad de Buenos Aires, 2022-2023) y docente de la carrera de Enfermería universitaria de la Universidad de Buenos Aires (2015-2023).

automáticamente a un programa estructurado de seguimiento interdisciplinario que se extiende de manera sistemática más allá del alta hospitalaria. Antes del alta hospitalaria, se realiza una planificación educativa detallada, estructurada y personalizada dirigida tanto al paciente como a su familia o cuidadores principales, con el objetivo de empoderarlos en el autocuidado, la detección precoz de complicaciones y la adherencia al plan de tratamiento.

De acuerdo con la vía de egreso, se activan protocolos específicos adaptados a cada situación:

- Cuando el paciente es derivado a otro centro asistencial, se elabora un resumen clínico detallado acerca del manejo de la herida durante su periodo en internación. Este documento se adjunta a la epicrisis e incluye el plan de cuidados específico, las intervenciones realizadas, el estado actual de la herida, recomendaciones de seguimiento y un contacto profesional de referencia para garantizar una transición segura y sin interrupciones en la atención.
- Cuando el alta es al domicilio, ya sea con apoyo de internación domiciliaria o sin ella, se entrega material educativo escrito procurando que sea de fácil comprensión, reforzando la educación de forma verbal; se proporciona un contacto profesional directo (correo electrónico) y se agenda un turno programado para el primer control en el consultorio de heridas.

ROL DE ENFERMERÍA EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

El área operativa de este modelo es el Consultorio de Heridas, liderado por la enfermera especialista en curación avanzada de heridas. Este servicio integra la atención presencial con la teleconsulta post-alta, utilizando múltiples canales digitales como correo electrónico, teléfono y especialmente la aplicación WhatsApp, que ha demostrado ser una herramienta accesible, rápida,

efectiva y muy bien aceptada por los pacientes para el seguimiento cercano y oportuno.

Este abordaje se sustenta en un trabajo interdisciplinario colaborativo que involucra a cirujanos cardiovasculares y vasculares periféricos, cardiólogos, flebólogos, electrofisiólogos, infectólogos, diabetólogos, nutricionistas, kinesiólogos y otros profesionales según las necesidades específicas de cada caso. De esta manera se garantiza una vigilancia continua, la prevención efectiva de complicaciones, la optimización de los resultados clínicos y una experiencia de cuidado integral centrada en la persona.

Entre los procedimientos más frecuentes que se desarrollan en el consultorio de heridas se destacan:

• Vigilancia post-quirúrgica y prevención de complicaciones

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) representa hoy uno de los indicadores más relevantes de calidad y seguridad asistencial. La Organización Mundial de la Salud la ha reconocido como la Segunda Meta Internacional de Seguridad del Paciente (1).

La detección temprana de signos de infección (Imagen 1), dehiscencia de suturas, alteraciones en el proceso de cicatrización o cualquier desviación durante las primeras semanas posteriores al alta permite intervenciones oportunas y efectivas. Estas acciones evitan reinternaciones no planificadas, reducen la duración de las estancias



Imagen 1. Signos de infección del sitio quirúrgico. [Fuente: Iconografía propia del autor.]

hospitalarias y disminuyen significativamente los costos asociados tanto para el paciente y su familia. Así lo demuestran algunos estudios publicados como los incluidos en la revisión de casos a cargo de Zapata-Pulgarín y Patiño-Jiménez (2019): uno de ellos, situado en el Hospital Nacional Universitario de Singapur (HUNS), donde tras la implementación de un manejo interdisciplinario para el tratamiento del pie diabético se observó una disminución progresiva en las tasas de amputaciones mayores (del 31,15% en 2002 al 11,01% en 2007), junto con una reducción en los reintrosos y complicaciones (2,7).

Más allá del impacto económico, la ISQ genera un importante efecto subjetivo en el paciente: miedo, angustia, incertidumbre y la sensación de retroceso en su proceso de recuperación. Para atenuar estos riesgos, se implementan protocolos estandarizados de vigilancia post-quirúrgica (Imagen 2), que incluyen la valoración sistemática del sitio quirúrgico, la evaluación del dolor mediante escalas validadas, la documentación en la historia clínica electrónica, el registro fotográfico seriado y la comunicación fluida y permanente

con los equipos de cirugía cardiovascular, vascular periférica y electrofisiología (3).

En este escenario, la teleconsulta post-alta se consolida como una herramienta digital valiosa y complementaria, particularmente útil en aquellos casos donde la distancia geográfica, la movilidad reducida o las limitaciones logísticas representan un desafío (4).

• Heridas crónicas: evaluación integral y seguimiento continuo

En el caso de las heridas crónicas preexistentes a la internación, el abordaje inicia con una evaluación multidimensional.

Se utiliza el marco TIMERS (Tissue-Tejido, Infection/Inflammation-Infección, Moisture-Humedad, Edge-Bordes, Regeneration/Repair-Regeneración y Social factors-Factores sociales) como herramienta validada para clasificar el tipo de herida, medir su extensión, describir sus características y considerar el contexto psicosocial del paciente (5). A partir de esta valoración inicial se diseña un plan de cuidados individualizado y dinámico que contempla la selección adecuada de apósitos de curación avanzada según la fase de cicatrización, el manejo óptimo del dolor, el control de la infección cuando está presente, el soporte nutricional y una educación sostenida y progresiva dirigida al paciente y su familia.

El seguimiento se realiza mediante controles programados que combinan visitas presenciales en el consultorio de heridas con sesiones de teleconsulta cuando la movilidad del paciente o la distancia desde su domicilio lo hacen necesario (Imagen 3). Esta flexibilidad asegura mayor adherencia al tratamiento y permite ajustes oportunos según la evolución clínica observada.

El modelo conformado por el consultorio externo de heridas ha demostrado un crecimiento sostenido y significativo. La demanda de consultas aumentó de 371 anuales en 2021 a 1.713 en 2025, triplicando la actividad del servicio de Curación Avanzada de Heridas según las métricas institucionales (Tabla 1 y Gráfico 1). Este incremento refleja tanto la mayor complejidad de los casos

IMPLANTE DE DISPOSITIVOS: CUIDADOS POSTERIORES AL ALTA. CURACION DE HERIDA QUIRURGICA EN EL DOMICILIO.

-Al retirarse de la institución, su herida estará cubierta con gasa y un apósito impermeable, este mantiene la herida seca, lo que le permite higienizarse en la ducha con normalidad.

- Luego de un plazo de 48 hs posteriores a la extermación, este apósito debe retirarse. Realizar baño en la ducha tratando que el agua del lavado del cabello o resto del cuerpo no caiga sobre la herida, si es posible usar duchador de mano.

-Recuerde que no debe hacer movimientos amplios ni hacer fuerza con el brazo del lado donde fue implantado el dispositivo por el plazo de 15 días.

-Quien haga la curación debe realizar un correcto lavado de manos con agua y jabón común. Ya que las manos son la principal fuente de transmisión de microorganismos.



Imagen 2. Ejemplo de material didáctico entregado al paciente y la familia al alta. Instituto cardiovascular de Buenos Aires.



Imagen 3. Iconografía propia del autor, acerca del seguimiento de una herida en el pie de un paciente con diabetes. Con seguimiento por consultorio de heridas y por teleconsulta por la distancia del domicilio del paciente y la institución.

AÑOS	CANTIDAD DE CONSULTAS ANUAL
2021	371
2022	539
2023	455
2024	1462
2025	1713

Tabla 1. Tabla de cantidad de consultas en el consultorio de heridas por año, datos obtenidos del Servicio de Prevención de LPP y curación avanzada de heridas del Instituto Cardiovascular de heridas, periodos desde 2021 hasta 2025.

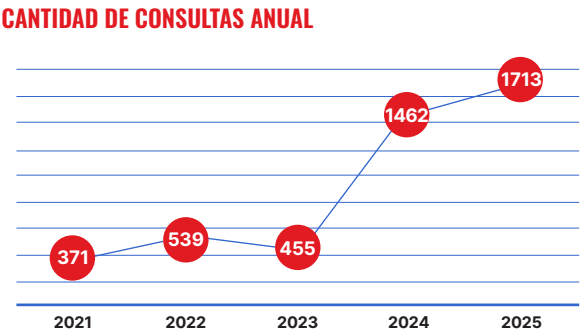


Gráfico 1. Grafico de cantidad de consultas en el consultorio de heridas por año, datos obtenidos del Servicio de Prevención de LPP y curación avanzada de heridas del Instituto Cardiovascular de heridas, periodos desde 2021 hasta 2025.

atendidos como la confianza que ha generado el programa entre los profesionales y los pacientes. El acierto de esta propuesta se fundamenta en un trabajo interdisciplinario efectivo, donde la Enfermería especializada en heridas asume un rol central como coordinadora, facilitadora y promotora del aprendizaje mutuo entre todas las disciplinas involucradas (Gráfico 2). Esta colaboración estrecha optimiza la continuidad del cuidado, con el objetivo de mejorar los

resultados clínicos, fomentando la reducción de complicaciones evitables, y contribuye a la disminución de costos institucionales de forma indirecta al evitar reinteracciones innecesarias. La evidencia científica disponible respalda ampliamente los beneficios de los equipos multidisciplinarios en el manejo de heridas complejas, tanto para los pacientes y sus familias como para el sistema de salud en su conjunto (6).

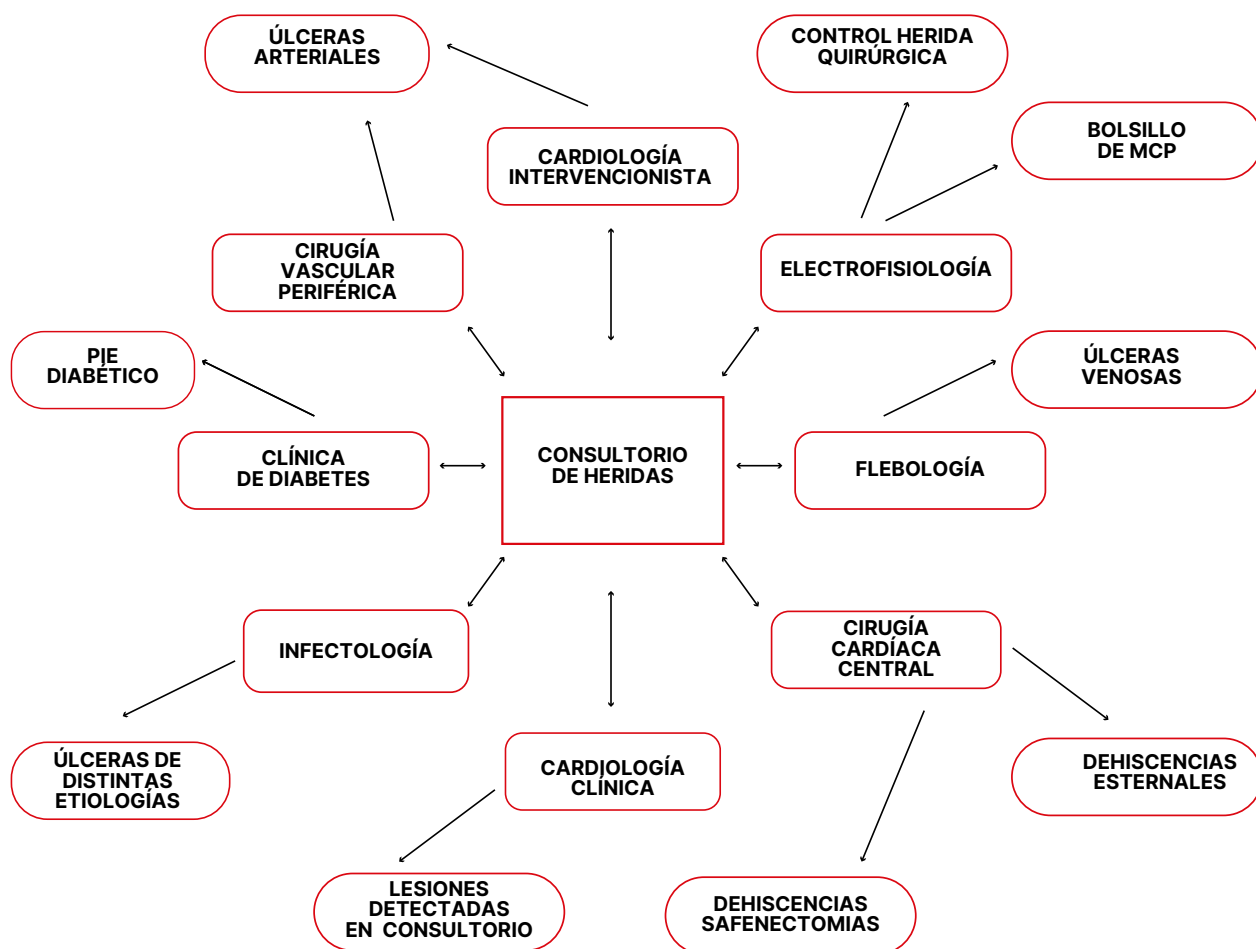


Grafico 2. Flujograma de trabajo interdisciplinario del consultorio de heridas del Instituto cardiovascular de Buenos Aires.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Los beneficios del modelo integral de seguimiento aquí presentado son multifactoriales y se manifiestan en diferentes niveles:

- Para el paciente y su familia: mayor seguridad durante el proceso de recuperación, confianza y tranquilidad, acceso rápido y directo a la enfermera especialista, y un fortalecimiento real del autocuidado que promueve autonomía y calidad de vida.
- Para el sistema de salud: reducción de reinternaciones evitables, optimización del uso de recursos, una contribución a la sostenibilidad económica de la institución. Estas afirmaciones recuperan la evidencia en otros estudios del impacto de un equipo interdisciplinario en términos de costos, pero es un desafío para nuestro servicio la medición del impacto en términos de métricas (7).

- Para el equipo de salud: fomenta una comunicación fluida y efectiva, promueve el desarrollo profesional continuo y fortalece una cultura de trabajo colaborativo entre las distintas especialidades.

La Enfermería de práctica avanzada en heridas, a través de un modelo innovador que combina

atención presencial de calidad, teleconsulta accesible y un trabajo interdisciplinario genuino, también aporta un valioso componente humano a la experiencia de recuperación del paciente. Este abordaje integral muestra que una atención especializada, cercana y coordinada promueve una atención individualizada, integral y centrada en el paciente.

Notas:

1. Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022.
2. International Surgical Wound Complications Advisory Panel [ISWCAP], 2022.
3. International Surgical Wound Complications Advisory Panel [ISWCAP], 2025
4. International Surgical Wound Complications Advisory Panel [ISWCAP], 2025
5. Atkin et al., 2019.
6. Moore et al., 2014.
7. Zapata-Pulgarín y Patiño-Jiménez, 2019.

Bibliografía

- 1 International Surgical Wound Complications Advisory Panel. (2022). Optimising prevention of surgical wound complications: Detection, diagnosis, surveillance and prediction [Documento de consenso internacional]. Wounds International.
- 2 Organización Mundial de la Salud. (2022). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud.
- 3 International Surgical Wound Complications Advisory Panel. (2025). Global guideline for post-operative incision care (Technical Report). JWC Global Guideline; MA Healthcare Ltd.
- 4 Atkin, L., Bučko, Z., Conde Montero, E., Cutting, K., Moffatt, C., Probst, A., Romanelli, M., Schultz, G. S., & Tettelbach, W. (2019). Implementing TIMERS: The race against hard-to-heal wounds. *Journal of Wound Care*, 28(Supl. 3): S1-S49.
- 5 Moore, Z., Butcher, G., Corbett, L. Q., McGuiness, W., Snyder, R. J., & van Acker, K. (2014). AAWC, AWMA, EWMA Position Paper: Managing wounds as a team. *Journal of Wound Care*, 23(Supl. 5): S1-S38.
- 6 Zapata-Pulgarín, I. C., & Patiño-Jiménez, M. (2019). Beneficios de la clínica de heridas, dos revisiones sistemáticas: clínica y económica. *Ciencia y Salud Virtual*, 11(1): 50-67. Disponible en: <https://doi.org/10.22519/21455333.1156>

Enfermería 5.0: escenarios de posibilidad y liderazgo profesional en la era de la inteligencia artificial

Sandra Ibarra*

Universidad Nacional de Tres de Febrero

Las transformaciones de los sistemas de salud y la organización del trabajo exigen discutir el rol estratégico de Enfermería en el diseño y gobernanza de datos y de tecnologías basadas en IA, los desafíos vinculados con las competencias digitales y el liderazgo de la profesión en este tiempo de innovaciones aceleradas.

INTRODUCCIÓN

La inteligencia artificial se ha consolidado como una tecnología con creciente impacto en los sistemas de salud. Su incorporación no solo implica la automatización de tareas o la optimización de procesos, sino también una transformación en la forma en que se toman decisiones clínicas y se organizan los servicios sanitarios (McCoy et al., 2024). En este contexto, la IA no debe ser entendida únicamente como una herramienta de apoyo, sino como una tecnología que redefine qué información se prioriza, cómo se interpreta y quién participa en los procesos de decisión. Este cambio implica una reconfiguración del trabajo en salud, afectando jerarquías, tiempos y dinámicas interdisciplinarias (McCoy et al., 2024).

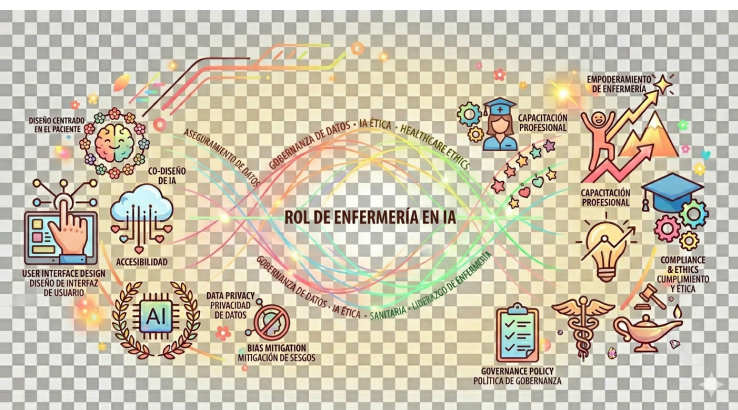
A partir de este escenario surge el concepto de *Enfermería 5.0*, inspirado en la noción de *Sociedad 5.0*, que propone una integración entre innovación

tecnológica y centralidad en la persona (Deguchi et al., 2020). Este paradigma plantea una convergencia entre cuidado humanizado e inteligencia digital, en la cual la enfermería adquiere un rol estratégico.

NUEVOS DESAFÍOS PARA UN ROL CLAVE

Con el propósito de analizar el papel de la Enfermería en el desarrollo, diseño y gobernanza de sistemas basados en inteligencia artificial para la gestión del cuidado en la actualidad, se realizó una revisión narrativa de la literatura con el objetivo de analizar el impacto de la inteligencia artificial en la práctica de Enfermería, la educación en salud y la organización de los sistemas sanitarios. Se incluyeron artículos científicos, revisiones narrativas y sistemáticas, así como documentos

*Licenciada en Enfermería. Maestranda y Especialista en docencia universitaria (UTN). Docente de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Enfermera jefe Docencia e Investigación IAF.



de organismos internacionales publicados entre 2020 y 2025. La selección de fuentes se orientó a trabajos que abordan la aplicación de inteligencia artificial en salud, el desarrollo de competencias digitales en profesionales sanitarios y los marcos de gobernanza ética.

El análisis se llevó a cabo mediante una estrategia temática, identificando ejes relacionados con la transformación del rol profesional, los desafíos emergentes y las oportunidades para la Enfermería en entornos mediados por tecnologías.

RESULTADOS

La literatura analizada sugiere que la inteligencia artificial está modificando múltiples dimensiones del trabajo de los profesionales de Enfermería a nivel mundial.

- En primer lugar, permite automatizar tareas repetitivas y optimizar procesos asistenciales, lo que contribuye a mejorar la eficiencia y liberar tiempo para el cuidado directo (McCoy et al., 2024).
- En segundo lugar, los trabajos revisados permiten identificar que la IA está transformando los procesos organizacionales del cuidado, influyendo en sistemas de priorización de atención de pacientes, la asignación de recursos y la evaluación de calidad. Esto implica una redistribución del poder de decisión dentro de los sistemas de salud (McCoy et al., 2024).

Sin embargo, la literatura indica que estos sistemas pueden generar riesgos éticos y reproducir inequidades si no se implementan mecanismos adecuados de supervisión, especialmente cuando se basan en datos incompletos o sesgados (OMS, 2024, 2025).

- Otro aspecto relevante es la necesidad de fortalecer las competencias digitales en Enfermería, incluyendo alfabetización en inteligencia artificial, pensamiento computacional y capacidad crítica para interpretar resultados algorítmicos (Feigeriova et al., 2025)
- Por último, hay evidencia que sugiere que la inteligencia artificial generativa comienza a tener un impacto en la investigación en salud, facilitando la síntesis de evidencia y la generación de conocimiento, aunque con limitaciones en la consistencia de los resultados (Rashid et al., 2025).

DISCUSIÓN

La inteligencia artificial no reemplaza la práctica enfermera y probablemente no lo hará en el futuro, pero sí reconfigura su campo de acción, desplazando el foco desde la ejecución de tareas hacia la toma de decisiones, la supervisión y el diseño de procesos.

En este escenario, resulta clave analizar cómo el cuidado se representa en los sistemas digitales. Este enfoque puede comprenderse como una epistemología del cuidado en datos, entendida como el análisis crítico de cómo las prácticas de Enfermería se traducen en variables e indicadores dentro de los modelos algorítmicos.

Si el cuidado no está representado en los datos, no estará presente en las decisiones de la inteligencia artificial. Por eso la Enfermería debe participar en el *upstream* del diseño tecnológico, es decir, en las fases iniciales donde se definen variables, fuentes de datos y criterios de decisión. Esta participación permite validar la representación del cuidado, definir indicadores relevantes y

garantizar que los sistemas reflejen la complejidad del proceso asistencial.

En consecuencia, surge la necesidad de desarrollar funciones de auditoría algorítmica, orientadas a evaluar el desempeño, la transparencia y los posibles sesgos de los sistemas de inteligencia artificial (OMS, 2025).

En este contexto, el liderazgo enfermero implica pasar de la mera adopción de tecnologías a su co-diseño y gobernanza, integrando dimensiones epistemológicas, organizacionales y políticas (Hoelscher et al., 2025). Esto representa un gran desafío para la profesión, especialmente en un escenario caracterizado por alta demanda asistencial y un número insuficiente de estudiantes en formación.

CONCLUSIÓN

La inteligencia artificial está transformando los sistemas de salud en general, particularmente redefiniendo el rol de la Enfermería.

El concepto de Enfermería 5.0 permite comprender esta transformación como una convergencia

entre tecnología y cuidado humanizado. En este escenario, la participación activa en el diseño, implementación y evaluación de sistemas de IA resulta fundamental para garantizar prácticas seguras, equitativas y centradas en la persona.

Lejos de sustituir a los profesionales, la inteligencia artificial abre nuevas oportunidades para el liderazgo enfermero en la gobernanza de datos, la auditoría de algoritmos y el desarrollo de modelos de atención innovadores. El desafío está en que los profesionales de enfermería asuman este rol estratégico a pesar de las altas exigencias de formación.

En nuestro país, esto implica navegar un contexto complejo marcado por los elevados costos educativos, la escasez de estudiantes en las aulas y una alta demanda asistencial que tensiona aún más la capacidad de formación. A ello se suma una demanda laboral que no siempre reconoce la especialización y la falta de incentivos económicos. Solo superando estas barreras estructurales podremos construir el futuro digital de los sistemas de salud.

Referencias

- 1). Deguchi, A., Hirai, C., Matsuoka, H., Nakano, T., Oshima, K., Tai, M., & Tani, S. (2020). What is *Society 5.0*? A people-centric super-smart society. Springer. doi.org
- 2). El Arab, R. A., Al Moosa, O. A., Abuadas, F. H., & Somerville, J. (2025). The role of artificial intelligence in nursing education and practice: An overview. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e69881. doi.org
- 3). Feigerlova, E., Hani, H., & Hothersall-Davies, E. (2025). A systematic review of the impact of artificial intelligence on educational outcomes in health professions education. *BMC Medical Education*, 25(1), 129. doi.org
- 4). Hoelscher, S. H., Bodin, S. M., Chapa, D. W., & Booth, R. G. (2025). N.U.R.S.E.S. embracing artificial intelligence: A guide to artificial intelligence literacy for the nursing profession. *Nursing Outlook*, 73(4), 102219. doi.org
- 5). McCoy, L. G., Ng, F. Y., Sauer, C. M., & Celi, L. A. (2024). Understanding and training for the impact of large language models and artificial intelligence in healthcare practice: A narrative review. *BMC Medical Education*, 24(1), 1096.
- 6). Organización Mundial de la Salud (2024) *WHO releases AI ethics and governance guidance for large multi-modal models*. <https://www.who.int/news/item/18-01-2024-who-releases-ai-ethics-and-governance-guidance-for-large-multi-modal-models>.
- 7). Organización Mundial de la Salud. (2025) *Artificial intelligence is reshaping health systems: State of readiness across the WHO European Region*. Regional Office for Europe. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/383509>
- 8). Rashid, M. A., Cleland, J., & Gill, J. S. (2025). Role of generative artificial intelligence in assisting systematic review process in health research: A systematic review. *Value in Health*, 28(2), 245-256. doi.org [1, 2, 3, 4]

Simulación clínica y diversidad sexual y de género: una estrategia para fortalecer la competencia cultural en el pregrado de Enfermería

Rosana Elisabet Firpo*

RESUMEN

La incorporación de contenido sobre diversidad sexogenéricas amplía el concepto de competencias profesionalizantes más allá del enfoque en habilidades técnicas.

En este artículo se propone un módulo para el aprendizaje significativo desde la Simulación Clínica a partir del enfoque pedagógico del Aprendizaje Pleno de Perkins.

PALABRAS CLAVE

Simulación clínica, aprendizaje pleno, competencia cultural, LGBTQ+, cuidado enfermero

ABSTRACT

The inclusion of gender and sexual diversity content broadens the concept of professional competencies beyond a focus on technical skills.

This article presents a module for meaningful learning through clinical simulation is proposed, based on Perkins' whole learning pedagogical approach.

KEYWORDS

Clinical simulation, whole learning, cultural competence. LGBTQ+, Nursing care

*Docente-investigadora. Licenciada en Enfermería. Magister en Gamificación y Recursos digitales. Jubilada

ANTECEDENTES

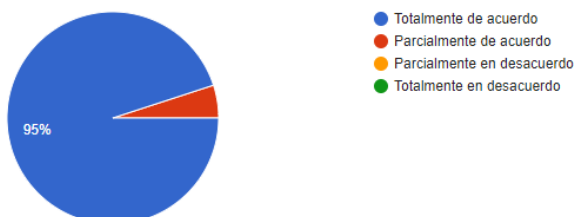
El caso clínico que se presenta en este artículo (una pareja transgénero que acude al control prenatal) forma parte de una experiencia basada en simulación que se desarrolló con estudiantes de la Universidad de Hurlingham en el año 2023 y se presentó en el marco del VII Congreso Chileno de Simulación Clínica [1].

Los estudiantes recibieron un módulo de aprendizaje para la Zona 0 a través de la plataforma

Classroom y equipamiento de bajo costo para poner en práctica sus competencias profesionalizantes y realizaron la valoración de la experiencia (ver gráfico). El escenario (derivado del caso clínico) se desarrolla en un centro de salud; las habilidades procedimentales consisten en medir la altura uterina, realizar las maniobras de Leopold y auscultar la frecuencia cardíaca fetal.

El desarrollo del caso clínico contribuye a una mirada integral del cuidado enfermero
20 respuestas

Gráfico 1: Respuesta de los/as estudiantes de la Universidad de Hurlingham que participaron de la experiencia en el año 2023 sobre Simulación de bajo costo y Zona 0



Caso Clínico Alexis y Karen

CUIDADOS EN EL CONTROL PRENATAL

EMPEZAR



Portadas de cada uno de los componentes del módulo desde la plataforma Classroom: caso clínico, clase interactiva, gamificación y propuesta de Debriefing a través de la plataforma Genial.ly

En este punto, coincidimos con Mena Rodríguez et al. cuando afirman que “la atención a personas trans no sólo requiere un enfoque técnico sino que debe integrar una dimensión afectiva e intelectual que permita comprender la diversidad de experiencias y necesidades” (2025:12). En vista de lo cual se consideraron los dominios cognitivo y relacional: el primero en cuanto a elaborar el plan de cuidados y el segundo en lo que hace al trato personalizado por ejemplo al referirse a la pareja por el nombre social [2].

Rodríguez Arrastia et al (2020), entre otros, advierten que las personas del colectivo LGBTQ+ encuentran barreras como el estigma y la discriminación en el acceso a la atención sanitaria, por lo cual evitan acudir a la consulta, muchas veces por la falta de formación y experiencia de los profesionales de la salud. De allí la relevancia de que, desde la formación de pregrado, se incorpore contenido LGBTQ+ en los planes de estudio de Enfermería.

EL CASO DE LA RESOLUCIÓN 0620/15 DE LAS TÉCNICATURAS DE ENFERMERÍA

La bibliografía consultada (Oates et al, 2025; Priddle et al, 2023, Mena Rodríguez et al, 2025) pone de manifiesto la escasa presencia de contenido LGBTQ+ en los planes de estudio y que, cuando está presente, habitualmente se lo aborda de manera superficial o en relación a contextos de patologización. En la Provincia de Entre Ríos, la Resolución 620/15 es un claro ejemplo de la tensión entre la ausencia de contenido LGBTQ+ y el refuerzo de la fragmentación biomédica. Dicha resolución presenta limitaciones para responder a las demandas actuales de la profesión en el siglo XXI. En principio se presenta una contradicción, ya que en al menos cinco espacios formativos se enumeran las actividades vitales correspondientes al modelo de Roper et al. (1983), pero la materia de primer año “Cuidados de Enfermería” se basa en los patrones de Gordon. Por caso: el patrón IX corresponde a la sexualidad y la reproducción, siendo los contenidos mínimos: “número de hijo; abortos; trastorno en relaciones sexuales; mujer: uso de anticonceptivos; “monar-

quía” [sic]; última menstruación; menopausia; revisiones periódicas; autoexamen de mama; hombre: problemas de próstata” (CGE, 2015: 28).

Otros espacios curriculares, como Aspectos Psicosociales, Salud Comunitaria y Enfermería de la madre, el niño y el adolescente, mencionan “nuevas configuraciones familiares” y en Derechos Humanos, “Salud y género”.

Los contenidos mínimos se traducen en planificaciones desde el marco del biologismo, las patologías o procedimientos aislados del cuidado. Es decir, a la ausencia de contenido LGBTQ+ se suma, en palabras de Priddle et al., “un marco biomédico vinculado a ideologías binarias y esencialistas” (2023: 7).

LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO OPCIÓN VÁLIDA PARA INCORPORAR LA COMPETENCIA CULTURAL EN LOS PLANES DE ESTUDIO

Señalan Oates et al. que “las disparidades de la atención en salud relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género se abordan de forma inconsistente en la formación de Enfermería, lo que limita la sensibilidad cultural” (2025: 1). Esto tiene un impacto indudable en el cuidado y desde los diferentes modelos disciplinares se toma nota de la situación. Por ejemplo, siguiendo el Modelo de Roper et al., el contenido LGBTQ+ puede incorporarse en la actividad vital de *expresión de la sexualidad* o a través del componente de la *individualidad de la vida* en lo que respecta a cómo experimentar la sexualidad.

El concepto de **competencia cultural** –afín a otros como cuidado étnico o cultural o culturalmente congruente– remite en primera instancia a contextos donde se trata con personas de diferentes culturas por causa de las migraciones. Sharifi et al. (2019) la definen como un “proceso dinámico y evolutivo consistente en adquirir la capacidad de brindar atención segura y de calidad a personas de diferentes culturas” (citado por Herrera Herrera, 2023:300).

Resulta pertinente afirmar, en coincidencia con Grinberg y Nissim, que “la competencia cultural es esencial en la atención sanitaria para garan-

tizar una atención equitativa para todos los pacientes” (2025: 1). Según estas autoras, la misma se adquiere a través de la formación académica y la experiencia clínica. No obstante, como se señaló antes, la formación académica actual brinda pocas oportunidades de tomar contacto con contenido LGBTQ+ y la experiencia clínica también es restrictiva. Oates et al. (2025) y Priddle et al. (2023) hacen notar la poca preparación del profesorado para impartir estos conocimientos.

En base a lo expuesto, corresponde (como docentes-investigadores) indagar estrategias de aprendizaje que permitan a educadores y estudiantes por igual adquirir competencias profesionalizantes que conjuguen lo cognitivo, lo relacional y lo procedimental para prestar atención a las necesidades de esta población.

Si bien Grinberg y Nissim (2025) consideran que aún no está bien documentado que la simulación clínica pueda mejorar la competencia cultural, sí indican que los docentes deberían pensar en el Aprendizaje Basado en Simulación como una alternativa.

Por su parte, Byrne (2020) reconoce la simulación clínica como una estrategia eficaz al momento de evaluar la competencia cultural en estudiantes de Enfermería del pregrado sobre todo si se incluye a pacientes simulados.

PROPUESTA DESDE EL APRENDIZAJE PLENO COMO ENFOQUE PEDAGÓGICO PARA SOSTENER LA EXPERIENCIA BASADA EN SIMULACIÓN

El diseño utilizado para la modalidad trabaja a partir de un estudio de caso, tal como se propone desde Firpo, Trisca y Arguello (2020) ya que se coincide con Mena Rodríguez et al (2025) en que se presenta una narrativa análoga a una situación real y esta narrativa está asociada al aprendizaje significativo.

El caso clínico contextualizado corresponde al Primer Principio del Aprendizaje Pleno: jugar el juego completo; el recorte del escenario lleva al Segundo Principio: desarrollar una versión para principiantes. Expresamente, considerar las competencias culturales remite al Quinto Principio:

Descubrir el juego oculto. Según Perkins, “los estudiantes pasan la mayor parte del tiempo jugando/practicando los juegos superficiales. Ser realmente bueno en el juego completo significa aprender también los juegos por debajo de la superficie, capas, dimensiones y perspectivas (...)” (2016:168). El autor considera que esto es lo que marca la diferencia en la comprensión y el desempeño.

La bibliografía (Priddle et al, 2023) menciona también que la competencia cultural adquirida a través después de una intervención educativa suele disminuir con el paso del tiempo. En ese sentido, la actividad se enmarca desde un modelo disciplinar (Roper, Logan y Tierney, 1993) que permite reflexionar sobre las condiciones de vida –en el caso puntual, de las personas transgénero– a través de las actividades cotidianas o la individualidad de la vida.

RETOS DESDE LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN

Oates et al., si bien se muestran favorables a la Simulación Clínica para fortalecer las competencias culturales, mencionan que hay estudios que “han demostrado mejoras en los resultados de aprendizaje incluyendo el juicio clínico, la autoconfianza y la autoeficacia en relación con las habilidades de comunicación” (2025: 1) y específicamente indican el objetivo de la comunicación empática para el escenario. De hecho, la empatía es uno de los puntos que se seleccionaron para el *Debriefing Plus Delta* (ver imagen).

En síntesis, para que la simulación clínica sea exitosa en cuanto a promover la competencia cultural, se entiende que debe reunir algunos requisitos:

- contar con un enfoque pedagógico
- incluir un modelo disciplinar en el diseño de los escenarios

Además, debe considerar que “para que el cuidado de Enfermería sea verdaderamente integral, es fundamental la combinación de habilidades técnicas, sensibilidad efectiva y conocimientos

sólidos sobre la diversidad de género” (Mena Rodríguez, 2025: 12).

Conjugar los tres dominios del aprendizaje por competencias es un punto crítico que contrasta con la orientación que se pretende dar en la actualidad desde el enfoque en habilidades técnicas. Como observa Perkins: “existen perspectivas educativas que procuran despertar la conciencia dormida del ciudadano a los juegos ocultos del poder (que) impregnan la sociedad (y) diseñar proyectos para que los alumnos estudien otras realidades” (2016: 189). El Modelo Médico Hegemónico impregna los currículos de Enfermería basados en la fragmentación desde lo biológico, las técnicas y las patologías. Enseñar a CUIDAR requiere estrategias capaces de develar este juego oculto; las instituciones y políticas educativas deberían tomar nota.

Principios del Aprendizaje Pleno de David Perkins:

SIETE PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE:

- JUGAR EL JUEGO COMPLETO
- LOGRAR QUE VALGA LA PENA JUGAR EL JUEGO
- TRABAJAR SOBRE LAS PARTES DIFÍCILES
- JUGAR DE VISITANTE
- DESCUBRIR EL JUEGO OCULTO
- APRENDER DEL EQUIPO... Y DE LOS OTROS
- APRENDER EL JUEGO DEL APRENDIZAJE

BIBLIOGRAFÍA

- 1). Byrne, D. (2020). “Evaluating cultural competence in undergraduate nursing students using standardized patients”, en *Teaching and Learning in Nursing* V15, (1); 57-60. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.08.010>
- 2). Firpo, R. Trisca, J. Arguello E. (2020). *Simulación Clínica y Aprendizaje Pleno. Un enfoque pedagógico para el acto de cuidar (con orientación al pregrado en Enfermería)*. Editorial Dunken: Argentina.
- 3). Grinberg, K. Nissim, S. (2025). “Cultural competences among nursing students: exploring differences across academic stages”, en *BMC Nursing* 24; 640. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03246-y>
- 4). Herrera Herrera, J.L. Llorente Pérez, Y.J. Oyola, López E. (2023). “Conocimientos y competencia cultural en Enfermería”, en *Salud(i)Ciencia* 25; 299-302. <http://www.dx.doi.org/10.21840/siic/173385> Disponible en www.siicsalud.com
- 5). Mena Rodríguez, C. Bernal Silva, M. Uribe Torres, C. (2025). “Competencias culturales en Enfermería para una atención afirmativa e integral a personas trans”, en *Ciencia y Enfermería* Vol 31 (4); 1-17. <https://doi.org/10.29393/CE31-4CECM30004> disponible en www.scielo.cl
- 6). Mitchell, A. (2025). “Using forum theatre in Nursing Simulations”, en *British Journal of Nursing* V34 (4); 248-249. <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0305>
- 7). Oates, V. McWeeney, D. Hickey, M. (2025). “Improved baccalaureate nursing students’ cultural sensitivity with LGBTQIA+ patients using theater students as standardized patients”, en *Clinical Simulation in Nursing* 107. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101804>
- 8). Perkins, D. (2016). *El Aprendizaje Pleno. Principios de la enseñanza para transformar la educación*. Paidós: Argentina.
- 9). Priddle, T. Crawford, T. Power, T. (2023). “The inclusion and representation of LGTBQI+ content in undergraduate nurse education. A scoping review”, en *Nurse Education today* 124. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105771>
- 10). Provincia de Entre Ríos. Consejo General de Educación. Resolución 0620/15
- 11). Rodríguez Arrastia, M. Molina, G. Roper Padilla, C. Romero López, A. (2020). “Paciente transgénero: acercando la realidad a través de la Simulación en Ciencias de la Salud”. Conferencia en las Jornadas de innovación docente y experiencias profesionales en la Universidad de Almería. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15455.53927>
- 12). Roper, N. Logan, W. Tierney, A. (1993). *Modelo de Enfermería. Basado en el modelo de vida*. 3ra edición. Interamericana-McGraw-Hill: México.
- 13). Saldivia, D. Trisca, J. Lynn, J. Firpo, R. (2023). “Simulación de bajo costo y zona cero. Innovación para un aprendizaje significativo en Enfermería y Obstetricia”, en *Revista Chilena de Enfermería. Suplemento VII Congreso Chileno de Simulación Clínica*; 44. Disponible en <https://revistachilenaenfermeria.uchile.cl>

Cuidados paliativos: ¿existe un proceso de enseñanza-aprendizaje que no se está llevando a cabo?

Débora Gago*

Para fines del 2020, la Organización Mundial de la Salud estimaba que 40 millones de personas por año necesitaban cuidados paliativos, pero sólo el 14% los recibía (1). Este fenómeno es multicausal pero entre los obstáculos que lo explican cabe mencionar: las reglamentaciones excesivamente restrictivas al uso de opioides, la falta de formación y de concientización sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud, la escasa accesibilidad a programas de cuidados de esta índole, entre otras.

En nuestro país, la definición de cuidados paliativos del Programa Nacional de Cuidados Paliativos de la República Argentina, explica que es “la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores” (2). Resulta por ello imprescindible que el equipo tratante aumente sus competencias y sensibilidad para brindar un tratamiento oportuno a fin de lograr aliviar el dolor brindando al paciente, el tratamiento adecuado con acceso a la medicación opioide adecuada a su necesidad, poniendo énfasis en la prevención del sufrimiento y, tal como se mencionó antes, mejorando la calidad de vida.

En lo que respecta a estos cuidados, no se debe perder el eje de los aspectos éticos que se ponen en juego. Recordemos que es primordial que todos los pacientes posean equidad para acceder a este tipo de cuidados, respetar la diversidad –entendiendo que existen diversas culturas y opiniones al respecto del tema–, respetar la autonomía de las personas en relación a su voluntad de decidir sobre los tratamientos a recibir, el tratamiento debe poder sostenerse en el tiempo y los procesos deben ser de calidad garantizando la seguridad del paciente.

Estudios publicados en 2024 acerca de los desafíos que atraviesa América Latina en relación a este tema (3), mencionan: la integración de los cuidados paliativos en los sistemas de salud, las políticas públicas y la financiación, la resistencia terapéutica, el acceso a los servicios, las determinantes sociales, la medicina tradicional arraigada, el nivel de alfabetización en salud y la limitada formación del personal asistencial.

Tanto la población como el equipo de salud debemos comenzar a tomar conciencia de la importancia de incorporar el concepto de cuidado paliativo dentro de nuestra dinámica diaria.

Podríamos pensar en un proceso de enseñanza-aprendizaje tanto para el sujeto con derecho de

* Lic. en Enfermería - Coord. Docente CSI. Prof. Universitaria. Mg. en Gerenciamiento de Servicios de Enfermería - Docente UMAI. Doctoranda en Ciencias de la Salud

atención como para su entorno y para el equipo de salud. Este proceso es un sistema interactivo y dinámico que conecta a los expertos con aquellos que están dispuestos a incorporar nuevos conocimientos y, sobre todo, a comprenderlos. Esta transferencia y adquisición de conocimientos, habilidades y valores debe darse en un entorno de respeto y comprensión dado que el tema en sí requiere de una contextualización en cuanto al proceso de salud y enfermedad que se esté atravesando como de la cultura propia de cada una de las partes.

Desde el punto de vista del paciente y su entorno, las estrategias para transmitir este conocimiento deben ser seleccionadas con empatía ya que el abordaje debe ser oportuno y transmitido en un lenguaje comprensible. Es probable que quien recibe esta información requiera de un tiempo de reflexión, sobre todo si no posee el concepto con anterioridad.

Para el equipo de salud ocurre algo similar. La estrategia seleccionada dependerá del equipo al cual nos estamos dirigiendo así como del conocimiento y la práctica previa que se tenga con respecto a este cuidado. El objetivo principal debe estar centrado en brindar una atención segura.

Otras estrategias a considerar en los equipos de salud se relacionan con la capacidad de poder evaluar sus propias necesidades. La presencia de un equipo de cuidados paliativos es fundamental para mejorar la calidad de atención integral, pero no debe olvidarse la importancia de la valoración de Enfermería en tiempo y forma oportuna.

Tal vez el mayor desafío no sea sólo ampliar el acceso a los cuidados paliativos, sino también transformar la manera en que comprendemos el cuidado dentro de los sistemas de salud. Enseñar y aprender sobre cuidados paliativos implica mucho



más que incorporar conocimientos técnicos: requiere desarrollar sensibilidad, escucha activa y capacidad de acompañar el sufrimiento humano desde una mirada integral y respetuosa. En este sentido, cada encuentro entre el equipo de salud, el paciente y su entorno puede convertirse en una oportunidad de aprendizaje mutuo.

Resulta necesario preguntarnos entonces si realmente estamos formando profesionales preparados para abordar el sufrimiento, la comunicación difícil y el final de la vida con humanidad, ética y seguridad. Tal vez, reconocer esta necesidad sea el primer paso para construir una cultura sanitaria donde cuidar también signifique aliviar, acompañar y dignificar.

REFERENCIAS

- (1). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- (2). <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/programa-paliativos>
- (3). Pergolizzi, J.Jr.; Le Quang, JAK.; Wagner, M.; Varrassi, G.(2024) Challenges in Palliative Care in Latin America: A Narrative Review. Cureus, 20;16(5):e60698. doi: 10.7759/cureus.60698. PMID: 38899235; PMCID: PMC11186623.<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11186623/>

¡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/>