



# Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial  
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

1<sup>er</sup> Semestre 2008, Vol. 6, N<sup>o</sup>. 12

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- Conocimientos e influencia de la Bioética en la tarea asistencial de los profesionales de Enfermería
- Innovaciones educativas en torno a la implantación de planes de cuidados estandarizados en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA): a propósito de una experiencia
- Consulta de Enfermería y adolescencia

## ARTÍCULO ESPECIAL

- Diseño de un nuevo registro de cuidados de Enfermería de la Unidad de Anestesia Reanimación y Terapia del dolor del Hospital General Universitario de Alicante

## ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

- Objeción de conciencia. Información Clínica y Enfermera Responsable. El derecho a la intimidad

## BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

## AGENDA DE ENFERMERÍA

## ENFERMERÍA EN LA RED

#### DIRECTOR:

José Antonio Ávila Olivares

#### SUBDIRECTOR:

Francisco Pareja Llorens

#### COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: Elena Ferrer Hernández

Elena Andina Díaz

Mª Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

Mª Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

#### COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Vicenta Coso Pardos

Juan A. González Sabaté

Carmen Chasco Parramon

Carmen Mihi Hornos

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Mª Ángeles Aparici Navarro

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

Mª del Mar Ortiz Vela

Silvia Campos Soler

Mª Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

#### COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Manuel Ribera Mella

Juan Caballero García

Pedro J.Homero Arnue

#### RELACIONES INTERNACIONALES

Asunción Marroquí Rodríguez

Mª José Muñoz Reig

#### ILUSTRACIONES

María Hidalgo Sánchez

Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud

Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdic

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

#### SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

C/ Xàbia, 4<sup>a</sup>- 3<sup>a</sup> pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

#### ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007 Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

#### EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

#### TARIFA 2 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: 6 euros

# SUMARIO

EDITORIAL ..... 3

NORMAS DE PUBLICACIÓN ..... 4

## ARTÍCULOS ORIGINALES

Conocimientos e influencia de la Bioética en la tarea asistencial de los profesionales de Enfermería ..... 5

*Mª Eugenia Gordo Casañ, Mª Elena Ferrer Hernández, Mª Jesús Luzán González, Mª Isabel Castelló López, Alonso Vela Briz, José Antonio Ávila Olivares, Pilar Pérez Rodríguez, Antonio Verdú Rico*

Innovaciones educativas en torno a la implantación de planes de cuidados estandarizados en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA): a propósito de una experiencia ..... 13  
*Manuela Domingo Pozo, M. Ángel Fernández Molina, Francisco Vicente Blanes Compañ*

Consulta de Enfermería y adolescencia ..... 19  
*Adela Alonso Gallegos, Mª Soledad Arenas del Pozo, Manuel Simón-Talero Marín*

## ARTÍCULO ESPECIAL

Diseño de un nuevo registro de cuidados de Enfermería de la Unidad de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) ..... 32  
*María Torres Figueiras, M.C. Prieto Pagán, N. Torregrosa Marco, S. Cánovas Jávega, S. Fuentes García, Y. Roch Lapuente, M.J. Rubio Martínez, S. Balboa.*

## ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

Objeción de conciencia. Información Clínica y Enfermera Responsable. El derecho a la intimidad ..... 40  
*Javier Sánchez Caro*

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA ..... 47

AGENDA DE ENFERMERÍA ..... 48

ENFERMERÍA EN LA RED ..... 49

Maquetación e Impresión: Gráficas Estilo, Alicante

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS

El pasado 13 de Mayo de 2008 fue un día muy importante, profesionalmente hablando, para la enfermería valenciana. Un grupo de enfermeras y enfermeros de nuestra autonomía habían conseguido aunar en unos Protocolos de Actuación los Procedimientos más comunes de la práctica Enfermera. La Conselleria de Sanidad los plasmaba en dos textos: “*Guía de Actuación en Enfermería: Manual de Procedimientos*” y “*Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería en Atención Primaria*”, siendo presentados públicamente en un acto multitudinario organizado a tal fin.

Estas dos obras son una imprescindible herramienta de trabajo que deben ser consultadas por los profesionales de Enfermería, pues no en vano recogen lo que podemos considerar como la buena praxis de la actuación clínica de Enfermería, conformando una gran parte de la *lex artis* de nuestra profesión, entendiéndose ésta como la diligencia profesional que toda Enfermera/o debe observar en el desarrollo diario de su trabajo, debiendo ser un compromiso profesional para ofrecer la máxima calidad en la atención que Enfermería presta a los usuarios de la sanidad valenciana.

En la editorial de esta Revista, Pilar Ripoll, Enfermera y Directora General de Calidad y Atención al Usuario de la Conselleria de Sanidad, ha querido compartir con la Enfermería Valenciana la importancia que tienen los dos Manuales señalados.

José Antonio Ávila  
Director



En los últimos años estamos asistiendo a grandes transformaciones hacia nuevos modelos sociales a causa de los vertiginosos cambios culturales, políticos, económicos, demográficos, sanitarios y tecnológicos que interactúan entre sí.

Los cambios afectan a todos los ámbitos de la sociedad y de forma muy significativa a las profesiones sanitarias.

En este contexto, los profesionales de enfermería tratamos de dar respuesta cada vez más y mejor, al perfil del ciudadano de hoy, más formado e informado y por tanto con mayores expectativas y al entorno sociosanitario, donde la inmigración, el envejecimiento de la población y el aumento de las patologías crónicas son los factores más significativos.

La enfermería de hoy debe asumir, entre otros, los siguientes desafíos:

- Orientar los cuidados enfermeros hacia la independencia y autonomía de las personas.
- Desarrollar la investigación y contribuir a generar conocimiento aplicable a la práctica.
- Dotarse de métodos reflexivos y críticos para actualizar los conocimientos.
- Mejorar la calidad y avanzar hacia la excelencia.
- Fomentar la seguridad de los pacientes y de los propios profesionales.
- Garantizar la prestación de cuidados en el momento y lugar adecuados.
- Respetar y proteger el medio ambiente.
- Utilizar los recursos con criterios de eficiencia.
- Mejorar la imagen social del colectivo, haciendo visible y convincente su práctica.
- Potenciar el trabajo interdisciplinar desde una clara identificación de las competencias enfermeras.

- Fortalecer la asunción de los valores profesionales de carácter humanista.
- Prestar cuidados en base a modelos y métodos que aúnen la evidencia científica y la experiencia profesional.
- Reducir la variabilidad de la asistencia.

En esta línea y en el marco de los objetivos estratégicos de la Agencia Valenciana de Salud, nacen la Segunda Edición del Manual de Procedimientos de Actuación de Enfermería en Atención Especializada y la Primera Edición del Manual de Procedimientos en Atención Primaria.

Uno y otro recogen los procedimientos más habituales de la práctica enfermera así como aquellos que por la naturaleza del problema a tratar, puedan tener un mayor impacto tanto en el individuo, como en la familia o en el sistema sanitario.

Ambos manuales son fruto del consenso y el compromiso constante de la Enfermería Valenciana por proporcionar unos cuidados acordes con las necesidades y expectativas de los ciudadanos y avalados por la mejor evidencia que aporta la investigación sobre el cuidado individualizado de los pacientes.

Su uso y aplicación mejorará la calidad de los cuidados prestados al dotar a los profesionales de un instrumento que permite conocer la atención que se ha de ofrecer, como llevarla a cabo y medir los resultados.

Gracias a estas guías además de reducir la variabilidad de la asistencia, posibilitamos un nivel equitativo de cuidados a todos los ciudadanos al tener sistematizados los procedimientos más comunes en toda la red sanitaria de nuestra comunidad.

Pilar Ripoll Feliu  
Directora General de Calidad y Atención al Paciente

**L**a revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación.

Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina.

Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos.

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista.

No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo.

El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

### ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

- En general la extensión máxima de los trabajos no debe exceder 15 folios a doble espacio con letra Times o Arial. Tamaño 12 puntos. En el procesador de textos Word de Microsoft.
- La extensión máxima del trabajo será de 12 folios para originales y revisiones y 4 folios para cartas al director.
- Se admiten un máximo de 5 ilustraciones separadas y numeradas a parte del texto.
- Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
- Se enviarán al comité editorial 3 copias impresas y un disquette de 3'5 o CD.
- Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho
- El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.
- Cada sección del trabajo ha de comenzar con una nueva página.

- En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia y e-mail.
- En la segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras.

No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

- 1.- Si se trata de un artículo original:
  - Introducción: propósito estudio y justificación.
  - Material y métodos, Sujetos y métodos.
  - Resultados.
  - Discusión.
  - Bibliografía.
- 2.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:
  - Introducción.
  - Desarrollo del tema a analizar.
  - Conclusiones del análisis.
  - Bibliografía empleada.
- 3.- Carta al director:
 

Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados y así como los autores responder.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de puntuación si lo hubiere.

- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

### ILUSTRACIONES, FIGURAS Y TABLAS

Se entenderán como figuras las fotografías y las gráficas o esquemas. Ambos elementos irán numerados de forma correlativa y conjunta como figuras.

- 4.1. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9x 12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para poder obtener así buenas reproducciones. Las fotografías se reproducirán en blanco y negro. No obstante, previo acuerdo económico con la editorial se admiten ilustraciones en color, caso en el que se recomienda el envío de diapositivas. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor, con una fecha se señalará la parte superior, debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Se presentará por separado, dentro de un sobre y los pies de las misas deben ir mecanografiados en hoja aparte.
- 4.2. Las gráficas se dibujarán con tinta china negra, cuidando que el formato de las mismas sea de 9x12 cm. o un múltiplo. Se tendrán en cuenta las mismas normas del apartado 4.1. para las fotografías,
- 4.3. Tablas. Se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones; las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente.



# Conocimientos e influencia de la bioética en la tarea asistencial de los profesionales de Enfermería

**Autores:** M<sup>a</sup> Eugenia Gordo Casañ, María Elena Ferrer Hernández, M<sup>a</sup> Jesús Luzán González, M<sup>a</sup> Isabel Castelló López, Alonso Vela Briz, José Antonio Ávila Olivares, Pilar Pérez Rodríguez; Antonio Verdú Rico. *Grupo de Trabajo de Bioética y Deontología de Enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)*

eugegordo@gmail.com

## Culture and gender in nursing management

### ABSTRACT

*Nursing Code of Conduct defines deontology as "the duties by which nurses are to conduct their nursing practice". As a result, bioethics and deontology must lead nursing practice, therefore, a deeper and responsible knowledge of these disciplines becomes necessary.*

*Nursing ethical discourse should be achieved from our own profession through a conscious, methodological, clear and objective approach. It is a nursing responsibility to distinguish between the professional help that can be provided and the one that should be provided. It is also necessary to develop our specific contribution in the complex health framework as well as operationalize nursing care as a professional offer.*

*The purpose of this study was to assess the level of nursing interest and involvement in professional bioethics and deontology.*

### Methodology

*A quantitative, descriptive, cross-sectional study was undertaken during 2007. Through a structured questionnaire, information from several Health Departments from the Comunidad Valenciana was gathered on certain variables related to nursing interest and involvement in bioethical issues.*

### Results

*A total amount of 1200 questionnaires were distributed, from which 1051 were answered. Of those surveyed, 87,77% were aware about the Code of Conduct existence, though 63,65% had never read it. 90,67% considered that nursing practice involved difficult bioethical decisions. One of the main ethical dilemmas about which nurses were more concern was carrying out unnecessary procedures (30,69%). Nearly half of the respondents were also aware of the existence of the Bioethics Committee. However, most*

*of them were unable to specify when they were created and never contacted them when encountering bioethical dilemmas.*

### Conclusion

*Younger nurses had greater knowledge of the Code of Conduct. This could be explained from the fact that present nursing studies curricula includes this as a subject. We considered necessary a deeper knowledge of the nursing code of conduct as well as its review and adaptation to the present social and health reality of our community. It is also of main importance that Bioethics Committees provide information about their existence, functions and general role in the Health Departments of the Comunidad Valenciana*

### Key words

*Nursing, bioethics committees, code of conduct, ethical dilemmas*

## Bioethical knowledge and influence in nursing practice

### RESUMEN

Nuestro Código Deontológico define la Deontología como "el conjunto de deberes en los que los profesionales de Enfermería han de inspirar su conducta".

La Bioética y la Deontología deben de ser, por tanto, los conductores de la tarea asistencial de todo profesional de Enfermería, por lo que deberíamos plantearnos un profundo y responsable conocimiento de esta ciencia.

El discurso ético de la enfermera debe realizarse desde la propia profesión, de forma consciente, metodológica, clara y objetivable. Discernir sobre la ayuda profesional que podemos y debemos llevar a cabo, materializar nuestra aportación específica en el complejo marco sanitario e instrumentalizar el cuidado como una oferta profesional constituye una responsabilidad de las enfermeras. El objetivo general del estudio es conocer, cual es el nivel de interés y la implicación de la Enfermería en la Bioética y la Deontología Profesional.

### Método

Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. Realizado en el transcurso del año 2007. A través de un cuestionario estructurado se recogen determinadas variables relacionadas con el interés e implicación en los temas de Bioética de las enfermeras que trabajan en los diferentes Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.

### Resultados

El total de cuestionarios repartidos fue de 1.200. La muestra se obtuvo a través de los cuestionarios recogidos y comprende un total de 1.051 enfermeras/os. El 82,77% de los encuestados conoce la existencia del Código Deontológico y el 63,65% reconoce no haberlo leído. El 90,67% consideran que la tarea de enfermería implica decisiones comprometidas con la bioética. Uno de los dilemas éticos que más le preocupa a la enfermería es en relación a la realización de pruebas innecesarias (30,69%). Aproximadamente la mitad de los encuestados conoce la existencia de los Comités de Bioética Asistencial (CBA), aunque

la mayoría no sabe cuando se creó ni se dirigen a él en caso de conflicto o duda en temas de Bioética.

### Conclusiones

El tramo de edad más joven tiene un mayor conocimiento de nuestro Código Deontológico, interpretando este dato como consecuencia de los actuales planes de estudio de la carrera que incluyen esta materia. Consideramos necesario mayor conocimiento del Código Deontológico de la Enfermería así como la revisión y adaptación del mismo a la actual realidad socio sanitaria que se vive en nuestra Comunidad. Es necesario que los Comités de Bioética Asistencial, realicen una labor de divulgación sobre su existencia, su funcionamiento, su capacidad de asesoramiento y su participación en el funcionamiento de los distintos Departamentos de Salud de la C. Valenciana.

### Palabras clave

Enfermería; Comités de Bioética Asistencial; Código Deontológico; Dilemas éticos.

### INTRODUCCIÓN

Bioética proviene del griego bio: vida y etos: costumbre, carácter, esto es, la disciplina que estudia los aspectos morales de la vida y su desarrollo, el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y los cuidados de la salud. La Bioética tiende un puente entre la cultura de las ciencias y de las humanidades, con el propósito de asegurar la especie humana y mejorar la calidad de vida;

dicha conducta es examinada a la luz de los valores y los principios morales. La Bioética, no hace otra cosa que reconocer la dignidad y el valor que el ser humano tiene por el hecho de serlo y los derechos inherentes que le acompañan.

El término Bioética fue utilizado inicialmente por el oncólogo norteamericano Van Ressenlaer Potter en su artículo publicado en 1970, quien explica por qué empleó esa palabra:... "elegí bio para representar al

conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivientes, y elegí ética para representar el conocimiento de valores humanos".

La Bioética trata en definitiva de resaltar los valores humanos de la vida, sin reducirla exclusivamente al aspecto sensitivo. La Bioética como tal, dibujada en el Código Deontológico, entra con derecho propio en la profesión de Enfermería española en el año 1989, mediante la resolución 32/89 con la que se ordenan el ejercicio y la profesión de Enfermería en España con carácter obligatorio.

La Bioética por tanto, esta contenida en la Deontología de los profesionales que trabajan con la vida de los individuos.

La Deontología mostrará el sentido último, profundamente humano de nuestra profesión, dejando a la conciencia individual de cada profesional responsable, el construir modelos de conducta para la resolución de los problemas, que se puedan presentar en las diversas situaciones concretas de su día a día.

A las enfermeras se nos plantea, como necesidad fundamental, argumentar lo bueno y lo malo no en función de una determinada patología y posibilidades terapéuticas biológicas y técnicas, sino en función de la/s persona/as objeto de nuestro trabajo. El discurso ético de la enfermera debe realizarse desde la propia profesión, de forma consciente, metodológica, clara y objetiva. Discernir sobre la ayuda profesional que podemos y debemos llevar a cabo, materializar nuestra aportación específica en el complejo marco sanitario e instrumentalizar el cuidado como una oferta profesional, constituye una responsabilidad de las enfermeras.

En nuestra práctica diaria, las enfermeras a veces estamos enfrentadas a conflictos de valores y a dilemas éticos. ¿Cuáles son los problemas esenciales que debemos afrontar?, ¿estamos preparadas eficazmente para resolver esos conflictos?, ¿es la Enfermería consciente de su compromiso?, ¿conoce las reglas generales de la ética que debe aplicar a su trabajo profesional?, ¿se cuestiona sus decisiones profesionales desde el marco de la Deontología?, ¿existe reflexión personal sobre el modo de conducirse en la propia tarea asistencial?

Son muchos los interrogantes que podemos plantearnos, y en ese sentido decidimos realizar este trabajo de investigación, con el fin de ofrecer un diagnóstico

acerca del sentir, la preocupación e interés de los temas éticos que tiene la Enfermería.

En la revisión bibliográfica, apenas encontramos literatura sobre el tema, en lo que se refiere a la Sanidad en España. Existe algún estudio en el que se cuestiona el conocimiento y actitudes más frecuentes de los profesionales de enfermería en la ciudad de Jaén, respecto a la ética profesional, el código deontológico y las instituciones de resolución de conflictos éticos y deontológicos. En el segundo plano, el estudio trata sobre la percepción de estos problemas éticos por parte de los pacientes de hospitales públicos de la ciudad de Jaén.

En otros países, principalmente sudamericanos, hay abundante documentación en Bioética, encontrando que gran parte de las tesis de la Licenciatura en Enfermería versan sobre temas de Bioética y Deontología profesional. A través de estos trabajos de investigación se aprecia una amplia formación e información ética en la Enfermería Sudamericana.

Las enfermeras estamos obligadas a examinar con atención los dilemas impuestos por los progresos de la tecnología, por los cambios en la manera de cuidar y no hemos recibido la formación y preparación para ello. Nuestro deber es buscar los elementos que nos ayuden a estar mejor informadas y que nos permitan razonar teniendo en cuenta conceptos éticos, conociendo los principios y teorías éticos, así como los diferentes modelos de toma de decisiones.

Una profesión científicamente madura es aquella que tiene bien cimentados y asumidos los principios que la rigen. Creemos que este análisis de los conocimientos en Bioética, puede hacernos avanzar colectivamente hacia esa madurez profesional que deseamos.

## OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es conocer cuál es el nivel de interés y la implicación de la Enfermería en la Bioética y la Deontología Profesional.

Como objetivos específicos nos planteamos:

- Medir el grado de conocimiento que tienen las enfermeras acerca de los Comités de Bioética Asistencial en el Departamento de Salud donde trabajan.

## ■ Investigación & Cuidados

- Medir el grado de conocimiento que tiene las enfermeras sobre el Código Deontológico de la Enfermería.
- Conocer la frecuencia con la que los profesionales de enfermería se cuestionan dilemas de bioética en la práctica asistencial diaria.
- Conocer qué vías utilizan para resolver esos dilemas.
- Establecer un ranking de los dilemas éticos más cuestionados por la Enfermería de la Comunidad Valenciana.

### MÉTODO

Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. Se realizó en el transcurso del año 2007. La población en estudio corresponde a enfermeras y enfermeros que trabajan en los diferentes Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana. Se solicitaron los permisos pertinentes a los diferentes Gerentes de dichos Departamentos para la distribución de los cuestionarios y la distribución se realizó a través de los departamentos de Docencia.

Para la recogida de datos se utilizó como instrumento de medida un Cuestionario estructurado y breve para facilitar la participación. (Anexo I)

Se realizó una prueba piloto para evaluar la validez de criterio y de constructo, del cuestionario, eliminándose los ítems que no discriminaban. La fiabilidad del cuestionario se evaluó con el parámetro alpha de Cronbach.

Consta de 13 ítems de preguntas cerradas con dos o más opciones de respuesta. Se incluyen datos de filiación para poder estratificar los resultados por zonas geográficas, edad, centro de trabajo etc. aunque se mantiene el carácter anónimo de los participantes.

Las variables que nos propusimos en el estudio son nominales cualitativas que se operativizan mediante los diferentes ítems del cuestionario:

- V1: “Interés por la Bioética”. Es una variable que trataremos de medir conociendo cual es la implicación, o el deseo de implicación, de los profesionales en cuestiones de Deontología y ética profesional. Se valorará a través del último ítem del Cuestionario.
- V2 “Conocimiento de la existencia del Comité de

Bioética Asistencial”, se trata de una variable dicotómica que se plantea en los dos primeros ítems del cuestionario.

- V3 “Conocimiento del Código Deontológico de la Enfermería”. Se pulsará con dos ítems (3,4) que hacen referencia a la existencia y lectura del Código Deontológico de la Enfermería Española
- V4 “Frecuencia con la que se plantean dilemas éticos”. Valoraremos esta variable con cuatro ítems del cuestionario (5,6,7,8) en relación a los dos últimos años del ejercicio profesional. Trataremos de identificar la frecuencia con la que se plantean cuestiones éticas en la práctica y con que frecuencia las comentan con otros colegas o personas ajenas a la profesión. Este aspecto nos facilita valorar cuál es el grado de sensibilidad que se tiene hacia la propia ética profesional y hasta que punto se implica la conciencia.
- V5 “Vías que se utilizan para resolver dilemas éticos”. Exploraremos esta variable a través del ítem nº 9 del cuestionario.
- V6 “Establecer un ranking de los dilemas éticos más cuestionados por la Enfermería de la Comunidad Valenciana”, para la que se plantea el ítem nº 10, con diversas opciones de respuesta.

Además se contemplaron las variables: sexo, edad, lugar de trabajo, años de experiencia.

### *Tratamiento de los datos*

En el proceso de registro de los datos obtenidos de los cuestionarios, se diseñó una base de datos relacional, utilizando para ello la herramienta ofimática Access. Los datos de esta base se trataron de forma cuantitativa, utilizando aquellos valores estadísticos necesarios para la correlación de los distintos ítems y análisis posterior.

Todos los participantes que cumplimentaron el cuestionario lo hicieron de forma voluntaria y anónima, conociendo previamente los fines de nuestro estudio.

### RESULTADOS

El trabajo se realizó durante los meses de Abril y Mayo de 2007, repartiendo los cuestionarios entre los



enfermeros de la Comunidad Valenciana, a través de los responsables de docencia de cada Departamento de Salud de la Comunidad y recogidos después por los miembros del grupo de trabajo.

El total de cuestionarios repartidos fue de 1.200. La muestra obtenida para el análisis de los datos, a través de los cuestionarios recogidos, comprende un total de 1.051 enfermeros/as que trabajan en las provincias de Valencia, Alicante y Castellón. (Gráfica 1).

- Según el sexo: 790 (75%) enfermeras y 261 (24,8%) enfermeros.
- Las edades oscilan entre 20 y 64 años
- El promedio de experiencia:
  - Mujeres 14,74 años
  - Hombres 18,34 años

El tramo mayoritario corresponde:

- Por sexo, mujeres entre 20 y 30 años (23,12%)
- Por edad, al grupo entre 41 y 50 años (31,20%)

Las enfermeras/os participantes realizan su actividad profesional en:

- Asistencia Hospitalaria (67,93%)
- Atención Primaria (21,31%)
- Docencia (0,19%)
- Otros (10,57)

Respecto a las preguntas formuladas en el cuestionario obtenemos los siguientes datos:

#### **Conocimiento de la existencia del Comité de Bioética Asistencial**

- Conocen su existencia el 42,3%, siendo el grupo de 41 a 50 años el que más lo conoce.
- No conocen cuándo se fundó ni desde cuándo está funcionando el 84,49%.

#### **Respecto al Código Deontológico de la Enfermería Española**

- Conoce su existencia el 82,77%, siendo en el tramo de edad de (41-50 años, 66,57%) donde se da el porcentaje más alto.
- El 63,65% reconoce no haberlo leído, siendo los profesionales jóvenes (20 a 30 años, 60,44%) quienes más lo han leído.

#### **Decisiones comprometidas con la Bioética**

- El 90,67% considera que la tarea de enfermería implica decisiones comprometidas con la Bioética, siendo el grupo entre 41 y 50 años quienes lo consideran de forma mayoritaria.
- El 84,96% ha reflexionado sobre planteamientos éticos más de 2 veces en los 2 últimos años.
- El 83,82% lo ha comentado con otros compañeros en más de 2 ocasiones.
- Al 81,82% sus compañeros le han planteado cuestiones relacionadas con la ética en los dos últimos años, no existiendo diferencias significativas en los diferentes tramos de edad.

#### **Los problemas éticos se consultan**

- Con los propios compañeros (60,04%)
- Con la supervisora (20,08%)
- Con expertos en Bioética (3,4%)
- Solo el 2,4% acude al Comité de Bioética Asistencial

#### **Dilemas éticos que más se plantean las enfermeras y enfermeros de nuestra comunidad**

- La realización de pruebas innecesarias es el tema que más preocupa (30,69%)
- La eutanasia activa o pasiva (18,25%)
- La aplicación de sedación a enfermos terminales (14,65%)
- Los problemas relacionados con el consentimiento informado (14,56%)

#### **Forman parte de algún Comité de Bioética Asistencial**

- El 3,52% de los encuestados forman parte de algún Comité de Bioética Asistencial (CBA) o grupos relacionados con los derechos humanos.
- Siendo el 19,02% los que no participan ni forman parte en estos grupos o CBA, pero le gustaría participar en ellos.

#### **CONCLUSIONES**

La muestra esta representada mayoritariamente por enfermeras, con una edad relativamente joven y con una experiencia profesional suficiente.

La mayoría de los cuestionarios fueron contestados por enfermeras que trabajan en hospitales.

### *Comité de Bioética Asistencial (CBA)*

Aproximadamente la mitad de los encuestados conoce la existencia de los CBA, aunque la mayoría no sabe cuándo se creó ni se dirigen a él en caso de conflicto o duda en temas de bioética.

### *Código Deontológico*

Aunque un alto porcentaje de los encuestados conoce su existencia, la mayoría reconoce no haberlo leído.

### *Planteamientos éticos*

La totalidad de los encuestados consideran que las actividades de Enfermería implican un planteamiento ético, reconociendo haberse planteado estos temas y haberlos comentado con los compañeros o con la supervisora. Sin embargo llama la atención que sólo una minoría haya consultado con expertos o con el CBA de su Departamento.

### *Temas que más preocupan*

El ensañamiento terapéutico junto con la eutanasia, son los temas que más se repiten, seguido de la sedación al paciente terminal y el consentimiento informado, lo que nos hace pensar que son los temas relacionados con una muerte digna los que más preocupan a los profesionales de Enfermería. Es significativo que sólo una minoría se plantee los problemas relacionados con el principio de la vida.

### *Pertenencia a comités bioéticos o asociaciones con fines humanitarios*

Sólo una minoría pertenece a algún tipo de comité, pero hay un porcentaje importante que desearía estar dentro.

## **DISCUSIÓN**

### *Sobre los Comités de Bioética Asistencial*

Suponemos que, en general, no se ha dado demasiada difusión al funcionamiento de dichos comités o que esta difusión no se ha sabido transmitir al colectivo de enfermería.

Es necesario que los Comités de Bioética Asistencial, realicen una labor de divulgación sobre su existencia, su funcionamiento, su capacidad de asesora-

ramiento y su participación en el funcionamiento de los distintos Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.

### *Sobre el Código Deontológico*

Es significativo que sea el tramo de edad más joven, el que tiene un mayor conocimiento de nuestro código, interpretamos que quizá sea debido a que en los actuales planes de estudio de la carrera lo incluyen.

Asimismo, consideramos necesario mayor conocimiento del Código Deontológico de la Enfermería así como la revisión y adaptación del mismo a la actual realidad socio sanitaria que se vive en nuestra Comunidad.

### *Planteamientos más usuales*

Llama la atención los cuestionamientos sobre puntos cuyas decisiones finales no son competencia directa de enfermería, quizá por no estar directamente implicada en las responsabilidades que de ellas se derivan.

## **REFLEXIÓN FINAL**

Este trabajo no constituye un estudio exhaustivo, pretende ser más bien, una aproximación a la realidad donde los profesionales de enfermería vivimos en relación con la Bioética y acercarnos en el contexto donde aparecen los dilemas y toma de decisiones en temas éticos y donde la enfermera cobra relevancia al ser participe en la relación que establece con el enfermo y la familia.

Sería de gran utilidad plantear la situación a los Gerentes para que tomen conciencia de la importancia del tema y que brinden formación sobre los principios y comportamientos bioéticos de los profesionales de Enfermería, mediante cursos, foros de discusión. Esto permitiría garantizar valoraciones de los factores humanos que determinan la vida de las personas en el proceso de salud y/o enfermedad. Ayudaría a crear una identidad ética que permitiera al profesional identificar, enfrentar y resolver nuevos dilemas, ya que estos van surgiendo en el ejercicio de la práctica y se ven enfrentados a exigencias que involucran al paciente y la humanización de la asistencia sanitaria.

Las enfermeras debemos tomar decisiones y llevar

a cabo acciones individuales y colectivas para que los derechos de los enfermos y de las enfermeras se conviertan en realidad, creando contextos de cuidados en los que los valores de ambos sean partes necesarias e imprescindibles para el proceso de toma de decisiones.

Creemos que es fundamental fomentar la participación de las Enfermeras/os en los Comités o Grupos Éticos desde las instituciones: Conselleria de Sanitat, Colegios Profesionales, etc.

### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Acosta D y Caro E. Intervención de Enfermería en el consentimiento informado. Autoras: Enfermeras. Profesor tutor: Francisco León Correa. Escuela de Enfermería Univ. Diego Portales. Tesis defendida en 2006.
- Antón P. Enfermería. Ética y legislación en enfermería, Masson, Barcelona 2000.
- Bellver V. et al. La Bioética y la clínica. Una aproximación desde la práctica diaria. EVES Conselleria de Sanitat, Comunidad Valenciana 2005.
- Castillo A y Rojas L. Opiniones y expectativas que tienen, en relación al morir dignamente, los adultos mayores hospitalizados en el Hospital Clínico San Borja. Autoras: Enfermeras. Profesora: Dra. Alejandrina Arratia. Escuela de Enfermería Universidad Católica de Chile. Tesis defendida 2005.
- Ciccone, Lino. Bioética: Historia Principios Cuestiones. Ed Pellicano, Madrid 2005.
- "Código Deontológico de la Enfermería Española" Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA pag. 9. 1989.
- Escalona C y González V. Enfrentamiento de la muerte de un paciente desde el punto de vista de la enfermera. Autoras: Enfermeras. Profesor tutor: Francisco León Correa. Escuela de Enfermería, Universidad Diego Portales. Tesis defendida en 2006.
- Gracia D. Fundamentos de Bioética. (p. 575-577) Eudema, Madrid 1989.
- Najle LR y Muñoz AM. Vivencias de enfermeras clínicas frente al fenómeno de la muerte de sus pacientes en un hospital público. Autoras: Enfermeras. Profesora: Dra. Luz Angélica Muñoz. Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile. Tesis defendida 2004.
- Porra J, Díaz I, y Cordero G. Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería. Rev Cubana Enfermer, Mayo-ago. 2001, vol.17, 2: 132-138.
- Reyes M, Rios M, y Hidalgo de Paz A. Exploración de conocimientos bioéticos en el personal de enfermería del Hospital Clínicoquirúrgico de Cienfuegos. Rev Cubana Enfermer, ene.-jun. 1997, vol.13, 1: 20-24.
- Suárez O, y Artilles A. Dominio de conocimientos generales de bioética en el hospital rural San Blas. Rev Cubana Enfermer, ene.-abr. 2004, vol.20, 1:1-1.
- Tirado Darder, Juan José et al. – Bioética en el cuidado de los ancianos – Incluido en "BIOÉTICA Y CIENCIA" – Ed. UCV – (2006)

### ANEXO I CUESTIONARIO

1. ¿Sabe si existe un Comité de Bioética en su Departamento de Salud?  
SÍ NO
2. Podría decir cuándo fue constituido  
2007    2006    2005  
2004    antes de 2004    No lo sé
3. ¿Sabe si existe un Código de Deontología de la Enfermería Española?  
SÍ NO
4. ¿Lo ha leído? SÍ NO
5. ¿Cree que la tarea asistencial de Enfermería puede implicar la toma de decisiones comprometidas con la Bioética? SÍ NO
6. Con que frecuencia se ha planteado interiormente, cuestiones éticas en el desarrollo de su tarea asistencial, durante los dos últimos años  
Nunca    Una vez  
Dos veces    Más de dos veces
7. Con que frecuencia ha comentado con otros colegas, cuestiones éticas de su tarea asistencial, durante los dos últimos años  
Nunca    Una vez  
Dos veces    Más de dos veces
8. ¿Algún colega de su trabajo le ha planteado cuestiones de ética, referidas al trabajo que realizan, en los dos últimos años?  
SÍ NO
9. Cuando ha tenido un dilema ético lo ha consultado con:  
El Comité de mi Departamento de Salud  
La supervisora  
Otros colegas  
Expertos fuera de mi trabajo  
Nadie  
Nunca he tenido dilemas éticos

## ■ Investigación & Cuidados

**10.** Señale los tipos de dilemas éticos que más se ha planteado en su trabajo en dos últimos años:

- Relacionados con el comienzo de la vida
- Cuando aplico la sedación a los pacientes terminales
- En el tema del consentimiento informado
- En relación al ensañamiento terapéutico con pruebas innecesarias
- En lo referente a la eutanasia activa o pasiva
- Otros
- No he tenido ningún dilema

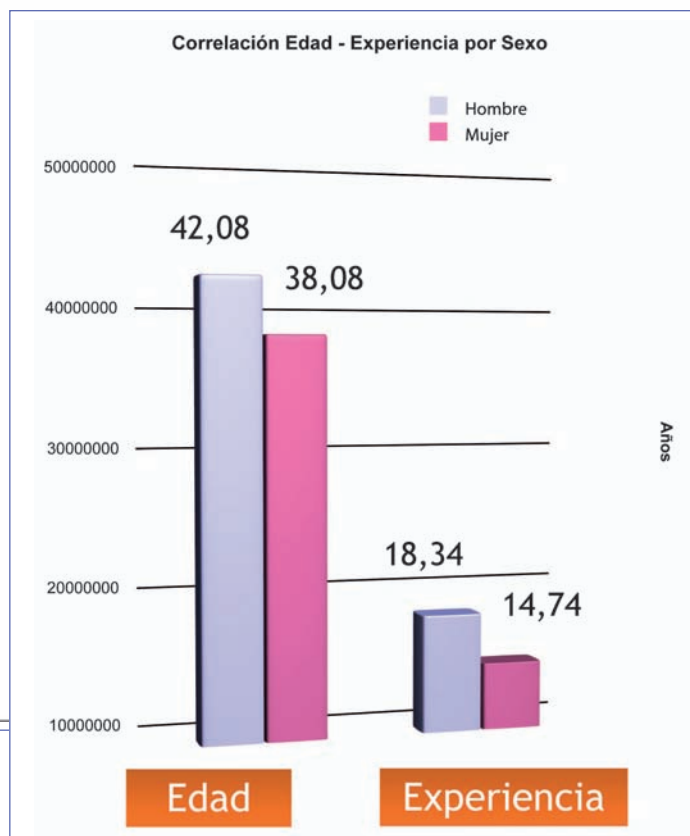
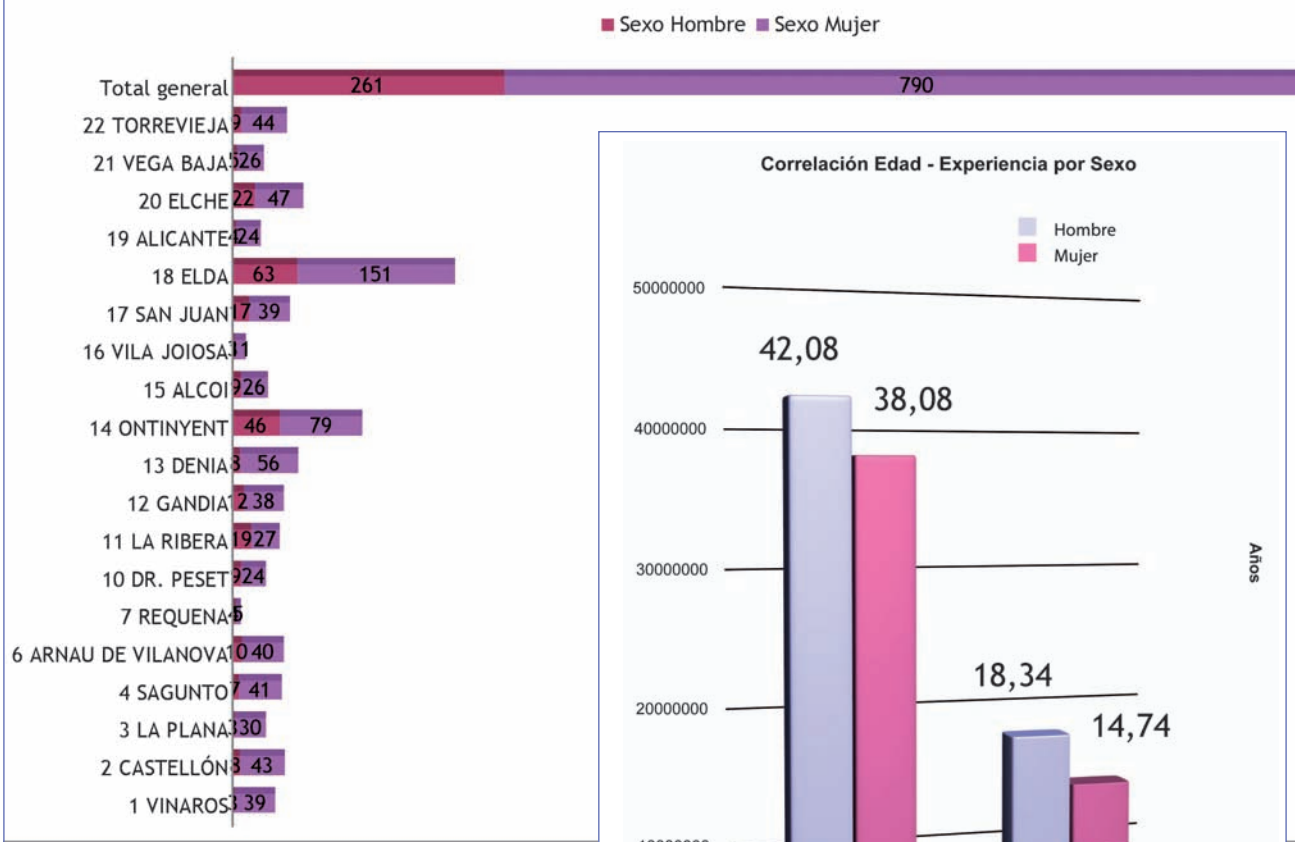
**11.** ¿Forma parte de algún Comité de Ética o Bioética relativo a los Derechos Humanos dentro o fuera de la sanidad?

- SÍ
- NO
- NO, pero me gustaría

### DATOS DE FILIACIÓN

- Año nacimiento:
- Edad:
- Sexo:
- Experiencia:
- Provincia a la que pertenece:  
Castellón    Valencia    Alicante
- Actualmente ejerce la profesión en:  
Asistencia hospitalaria  
Atención Primaria  
No ejerzo

### Participación por Departamento y Sexo





# Innovaciones educativas en torno a la implantación de planes de cuidados estandarizados en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA): a propósito de una experiencia

**Autores:** Manuela Domingo Pozo (\*\*\*) Miguel Ángel Fernández Molina (\*), Francisco Vicente Blanes Compañ (\*\*)  
 (\*) Director de Enfermería HGUA y profesor asociado del departamento de enfermería de la Universidad de Alicante. (\*\*) Adjunto de enfermería HGUA. (\*\*\*) Enfermera Unidad Planes de Cuidados y profesora asociada Departamento de enfermería de la Universidad de Alicante

domingo\_man@gva.es

## Educative innovations related to implementation of standardized nursing care plans at Hospital General Universitario de Alicante (HGUA): regarding an experience

### ABSTRACT

**Objective:** To present experience at HGUA, training nurses in nursing methodology and standardized nursing plans (using NANDA-NIC-NOC) based on an interactive application for resolving practical cases with computer and internal net.

**Methodology:** Workshop groups of 15 nurses were formed (within working hours). The course took place in HGUA computer science classroom. Each one of the nurses following the course first received basic knowledge regarding the structure and methodology with which standardized nursing plans are developed within HGUA (3 hours). They then resolved 6 practical cases using an interactive application which

guides the student throughout the process (9 hours). Before starting training, nurses' knowledge is assessed with an initial test on the PC (Excel sheet) that reports to the student the result achieved when they finish. The same test is performed at the end of the training comparing these results. The interactive application sets out the case and afterwards requests that the nurse choose the nursing diagnosis, intervention and outcome from HGUA data base connected to the training application. After resolving the case the results of every nurse are compared with the proposed outcome given by the lecturer. The overall length of the educative intervention is 12 hours, 9 of which are nurses' interactive work with PC.

**Results:** The number of nurses trained was 68, the number of groups was 5. 20 hours of training in 2005 were reduced to 12 hours in 2007. Results following teaching assessment will be presented on the poster.

**Conclusions:** Usage of computer tools during teaching process makes learning more agile and is more cost effective (12 training hours) compared to previous classic training strategy which required 20 hours of training for those nurses trained in 2005 to acquire knowledge and capacities necessary for working with standardized plans in their units.

**Key words:** Multimedia Technologies Multimedia, Nursing Process.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Presentar la experiencia del HGUA en la formación a las enfermeras en metodología enfermera y planes de cuidados estandarizados (utilizando NANDA-NIC-NOC) a través de una aplicación interactiva de resolución de casos prácticos a través del ordenador y por red interna.

**Metodología:** Se configuran grupos de trabajo de enfermeras compuestos por 15 enfermeras (dentro del horario laboral), el curso se realiza en el aula de informática del HGUA. Cada una de las enfermeras que realizan el curso, tras unas nociones básicas de la estructura y metodología con la que se construyen los planes estandarizados del HGUA (3 horas), resuelven 6 casos prácticos a través de una aplicación interactiva que guía al alumno en todo momento (9

horas). Antes de iniciar la formación se realiza la evaluación de conocimientos de las enfermeras a través de un test inicial en el ordenador (hoja Excel) que le dice al alumno el resultado obtenido al finalizar. Se realiza este mismo test al final de la formación comparando así los resultados obtenidos. La aplicación interactiva plantea el caso y después solicita a la enfermera que elija los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y resultados enfermeros de la base de datos del HGUA conectada a la aplicación docente. Tras la resolución del caso se comparan los resultados de cada una de las enfermeras con la resolución propuesta por el docente. En total la intervención educativa tiene una duración de 12 horas, de las cuáles 9 son de trabajo interactivo con el ordenador por parte de las enfermeras.

**Resultados:** N° de enfermeras formadas 68, n° de grupos realizados 5. Se reduce de 20 horas de formación en el año 2005 a 12 horas en el 2007. Se presentará en el póster resultados obtenidos de la evaluación docente.

**Conclusiones:** La aplicación de herramientas informáticas en el proceso de enseñanza aprendizaje es más ágil y resulta más costo efectiva (12 horas formativas) que la anterior estrategia docente clásica en la que se precisaron 20 horas de formación para que las enfermeras formadas en el año 2005 adquirieran los conocimientos y habilidades necesarios para trabajar con los planes estandarizados de sus unidades.

**Palabras clave:** aplicaciones multimedia, Proceso Enfermero

**INTRODUCCIÓN**

Los planes de cuidados estandarizados se están implantando a lo largo y ancho de la geografía española. Así la División de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) consciente de este proceso crea en el año 2002 la Comisión de Planes de Cuidados para iniciar la implantación de planes de cuidados estandarizados en el HGUA y preparar al profesional para escenarios futuros. Más tarde creará la Unidad Planes de Cuidados.

Durante el año 2005 se implanta en el HGUA un programa de formación en metodología enfermera para impulsar el proyecto de la Dirección de Enfermería sobre implantación de planes de cuidados estandarizados. Dicha formación es acreditada con 4,3 créditos por la Comisión de formación continuada de la Comunidad Valenciana. En el año 2007 se modifica el programa de formación en metodología enfermera planteándose nuevas estrategias docentes basadas en la

resolución de casos prácticos utilizando el razonamiento clínico de la enfermera como motor de base para la adquisición de habilidades y cambio de actitudes en torno a el proceso enfermero y su aplicación a la práctica.

Así se aplican como innovaciones educativas con respecto al anterior programa formativo, el manejo de aplicativos informáticos que conducen a la enfermera en su proceso de resolución de casos prácticos. Aplicando el modelo AREA del Dr. Pesut, las enfermeras llegan a las cuestiones clave del caso y luego planifican su resolución a través de los instrumentos docentes informáticos.

**OBJETIVO**

Presentar la experiencia del HGUA en la formación a las enfermeras en metodología enfermera y planes de cuidados estandarizados (utilizando NANDA-NIC-NOC) a través de una aplicación interactiva de resolu-

ción de casos prácticos a través del ordenador y por red interna.

## METODOLOGÍA

Se configuran grupos de trabajo de enfermeras compuestos por 10-15 enfermeras (dentro del horario laboral), el curso se realiza en el aula de informática del HGUA. Cada una de las enfermeras que realizan el curso, tras unas nociones básicas de la estructura y metodología con la que se construyen los planes estandarizados del HGUA (3 horas), resuelven 6 casos prácticos a través de una aplicación interactiva que guía al alumno en todo momento (9 horas). Antes de iniciar la formación se realiza la evaluación de conocimientos de las enfermeras a través de un test inicial en el ordenador (hoja Excel- ANEXO I) que le dice al alumno el resultado obtenido al finalizar. Se realiza este mismo test al final de la formación comparando así los resultados obtenidos. Se introducen los datos en una base de datos de SPSS 12.0 y se aplica pruebas no paramétricas de contraste de hipótesis para muestras relacionadas y estadística descriptiva.

La aplicación interactiva plantea el caso y después solicita a la enfermera que elija los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y resultados enfermeros de la base de datos del HGUA conectada a la aplicación docente. Tras la resolución del caso se comparan los resultados de cada una de las enfermeras con la resolución propuesta por el docente. En total la intervención educativa tiene una duración de 12 horas, de las cuáles 9 son de trabajo interactivo con el ordenador por parte de las enfermeras.

Se realiza también una evaluación cualitativa del curso preguntando a las enfermeras su opinión sobre él mismo, sobre la metodología docente y los contenidos. Las enfermeras respondían en un folio en blanco. Se transcriben todas las respuestas obtenidas y se categorizan.

## RESULTADOS

Nº de enfermeras formadas 68, nº de grupos realizados 5. Programa de formación de 12 horas. 15 unidades formadas en total desde el año 2005. La media de años trabajados como enfermeras del grupo es de 12,4 años.

Resultados obtenidos en el test inicial/final: de las 68 enfermeras que realizan la actividad formativa, 41 de ellas realizan el test al inicio y al final. Las pérdidas se deben a que llegaban tarde y ya se había realizado el test inicial. N= 41. En todos los casos ha habido cambios en las puntuaciones iniciales y finales excepto en 1 caso en los que la enfermera puntuaba 100% de respuestas correctas al inicio y al final. La media de puntuación en el test inicial es de 50,16 s= 32,91, la media en el test final es de 90,24 con s= 13,26. Se aplica como contraste de hipótesis la prueba de t de student para muestras relacionadas tiene un valor de  $t= 6,561$  con una  $p<0,05$  a un intervalo de confianza de 95%. Por lo que podemos afirmar la aceptación de la hipótesis nula, existen diferencias significativas en el test inicial y final en los conocimientos adquiridos por lo que la adquisición de conocimientos y habilidades a través de la resolución de casos prácticos produce cambios en las enfermeras.

**Tabla 1:**  
**Puntuaciones obtenidas en el pre y post**

PUNTUACIONES TEST INICIAL (%)	PUNTUACIONES TEST FINAL (%)
No pasado (<50%)	100
No pasado (<50%)	75
No pasado (<50%)	62,5
No pasado (<50%)	75
No pasado (<50%)	75
No pasado (<50%)	87,5
No pasado (<50%)	75
No pasado (<50%)	87,5
No pasado (<50%)	87,5
No pasado (<50%)	50
No pasado (<50%)	87,5
50	75
62,5	100
67,4	87,5
65	100
62,5	87,5
75	100
87,5	100
62	75

62,5	100
50	100
62,5	100
62,5	100
62,5	100
75	100
75	100
75	100
62,5	100
62,5	100
62,5	100
62,5	100
87,5	100
87,5	100
87,5	100
87,5	100
87,5	100
50	87,5
50	87,5
100	100
50	100
62,5	100
Media inicial: 1750/41	Media final: 3712,5 /41
50,16 % aciertos	90,248% aciertos

En cuanto al análisis cualitativo, se les preguntaba a las enfermeras que en un hoja expresarán su evaluación del curso, la mayoría de las enfermeras opina “curso eminentemente práctico, esclarecedor y dinámico”, “Me ha gustado mucho el método utilizado, es necesario que empecemos a familiarizarnos con el entorno informático”. Entre las dificultades de la implantación de esta metodología en la práctica una enfermera afirma: “el reto: creer en ellos”. Muchas de las enfermeras piden que las habilidades adquiridas durante el curso “... sería que en poco tiempo y antes de olvidarlo, nos pusiéramos en planta a trabajar con él y como lo hemos hecho en el curso, con ordenadores”, otra enfermera afirma “deberíamos empezar pronto a utilizarlo”, otra compañera “... creo que este curso debe realizarse lo más cercano a la implantación por que si transcurre mucho tiempo se olvida lo aprendido”.

En cuanto a la forma de desarrollar el curso en general, las enfermeras creen que ha sido satisfactorio “Pienso que se deberían hacer más cursos como este

(prácticos) y no como se hace por ahí con tanta teoría y clases magistrales e intentar involucrar a las personas para iniciar los planes de cuidados contando con la opinión del personal de la planta, o sea que se cuenten con ellos”.

## DISCUSIÓN

La aplicación de herramientas informáticas en el proceso de enseñanza aprendizaje es más ágil y resulta más costo efectiva (12 horas formativas) que la anterior estrategia docente clásica en la que se precisaron 20 horas de formación para que las enfermeras formadas en el año 2005 adquirieran los conocimientos y habilidades necesarios para trabajar con los planes estandarizados de sus unidades. En la evaluación docente del programa de formación a enfermeras en metodología de cuidados del año 2005 se analizó los conocimientos, actitudes y creencias de las enfermeras del HGUA hacia el proceso de enfermería y la implantación de planes de cuidados estandarizados. Este estudio pone de manifiesto, como en las variables de conocimientos, la formación acerca del proceso enfermero facilita la adopción y cambio de conocimientos, creencias y actitudes para la introducción de esta metodología en la práctica. Pero a la vista de los resultados obtenidos en adquisición de conocimientos y habilidades en torno al proceso enfermero, con el programa de innovación educativa realizado este año, la intervención educativa en este trabajo aquí presentada ha resultado demostrar ser más efectiva en términos de coste-efectividad. puesto que se reduce en 8 horas de formación y los resultados en el pre y postest son estadísticamente significativos y mejores que los obtenidos en el anterior programa de formación. La experiencia de resolución de casos prácticos con una herramienta interactiva y ayudándonos de la informática ha facilitado el proceso de adquisición de conocimientos y habilidades en torno a la aplicación práctica de los planes de cuidados y las taxonomías NANDA-NIC-NOC. Las enfermeras han visto que es posible y real el trabajar así.

## CONCLUSIONES FINALES

- La formación acerca del proceso enfermero utilizando el método de resolución de casos prácticos



mediante aplicativos informáticos, facilita la adopción y cambio de conocimientos, creencias y actitudes para la introducción de esta metodología en la práctica.

- La supervisión continua, el apoyo de un experto, ayuda en la elaboración de los planes de cuidados son estrategias fundamentales para la introducción del proceso enfermero en la práctica.
- Conocer el punto de vista y las creencias de las enfermeras sobre el proceso enfermero y su utilidad en la práctica es fundamental si se quiere alcanzar tasas de implantación aceptables.

## BIBLIOGRAFÍA

- Domingo Pozo M, Fernández Molina MA, Blanes Compañ F, Gómez Robles FJ. Evaluación de la formación en metodología enfermera en el Hospital General Universitario de Alicante: actitudes, creencias y conocimientos de las enfermeras. En prensa.
- Domingo M, Gómez FJ, Ballesta F et al. Opinión de las enfermeras del HGUA sobre la implantación de planes de cuidados. Comunicación presentada en las IX Jornadas de Enfermería del HGUA. Alicante noviembre 2003 pp: 273-274.
- FROMETA MATOS, Mirna, ALBA IGARZA, Maricela, MOMBLANCH GARCIA, Dayamí et al. Modo de actuación en proceso de enfermería. Rev Cubana Enfermer, Mayo-ago. 2000, vol.16, no.2, p.101-105. ISSN 0864-0319.
- García Sánchez F, Roncero Roncero A, Pulido de la Torre MD, García Pliego A. Experiencia de implantación del proceso enfermero en el área de atención primaria de Ciudad Real. Enfermería Comunitaria 2005;1(2):32-36.
- Gómez Robles, J; Domingo Pozo,M; Gabaldón Bravo, EM; Terrés Ruiz,C; Torres Figueiras,M; Fernández Molina, MA;. Terminología utilizada por las enfermeras del Hospital General de Alicante en la hoja de cuidados de enfermería. Index Enferm. 2003;40-41:16-19.
- Görel Hansebo, Mona Kihlgren y Gunnar Ljunggren .Review of nursing documentation in nursing home wards- changes after intervention for individualized care. Journal of Advanced Nursing. 1999. Vol. 29 (6): 1462-1473.
- Hernández Rivás A, De Andrés Gimeno B, Caamaño Vaz C, Solís Muñoz M, García López F. Análisis del grado de aplicación del proceso de cuidados enfermero en las unidades de hospitalización de un hospital de atención especializada. Libro ponencias. VIII Encuentro de investigación en Enfermería. Madrid 2004.
- Sánchez Linares, A; Sans Penon, C. Protocolizar las actividades de enfermería. Rev Rol Enf. 2001. Vol 24(1): 67-74.
- Serrano Sastre, R. Et al. "Estandarizar los cuidados. Cuando lo hecho es válido". Rev. Rol Enf. 1997. n° 227-228, julio-agosto.
- Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (II). Rev. Rol Enf 2002; 25(5):328-330.
- Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (IV). Rev. Rol Enf 2002; 25(10):650-652.
- Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (y V). Rev. Rol Enf 2002; 25(11):774-778.
- Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). Rev. Rol Enf 2002; 25(4):254-256.
- Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (III). Rev. Rol Enf 2002; 25(6):408-410.
- Zaragoza A. Introducción del proceso de enfermería en una unidad de hospitalización de un hospital universitario: una investigación acción. Tesis doctoral de la Universidad de Navarra. 2004.

## ANEXO

### TEST SOBRE EL PROCESO ENFERMERO

Situación Laboral: Fijo Eventual

#### 1. ¿Qué es un plan de cuidados estandarizado?

El proceso enfermero

Un documento escrito organizado a través del proceso enfermero que contiene los problemas más frecuentes de enfermería, en una situación determinada junto con las intervenciones y resultados enfermeros generales.

Es el PAE

Todas son correctas

#### 2. El P.A.E. consta de:

Cinco etapas

Tres etapas

Cuatro etapas

Dos etapas

#### 3. La tercera etapa del P.A.E se corresponde con:

Valoración

Diagnóstico

Evaluación

Planificación

#### 4. Los tipos de planes de cuidados en enfermería pueden ser:

Individuales

Protocolizados

Individualizados y estandarizados

Todas las opciones son correctas

**5. "Un juicio clínico que se hace de una familia, individuo o comunidad sobre sus respuestas a los problemas reales o potenciales de salud o procesos vitales. Ofrece la base para la selección de las intervenciones de enfermería para alcanzar resultados de los cuales enfermería es responsable", se corresponde con el concepto de:**

Evaluación de la valoración

Ejecución

Diagnóstico de enfermería

Evaluación

**6. La elaboración del plan de cuidados escrito antes de realizar las actividades al paciente, ¿en qué etapa del proceso se realiza?**

Ejecución

Valoración.

Diagnóstico

Evaluación

Planificación

**7. ¿Y el registro de las actividades realizadas?**

Ejecución

Valoración.

Evaluación

Planificación

**8. ¿Qué significa NIC y NOC?**

Clasificación de diagnósticos de enfermería

Clasificación de Intervenciones y de resultados de Enfermería

Diagnósticos NANDA

Son modelos de Enfermería

# Consulta de Enfermería y adolescencia

**Autores:** Adela Alonso Gallegos, M<sup>a</sup> Soledad Arenas del Pozo, Manuel Simón-Talero Marín.  
Centro de Salud de la Florida (Alicante)

alonso\_ade@gva.es

## A nursing clinic and adolescence

### ABSTRACT

It has been detected in primary care nursing clinics that adolescence is a period of time in which teenagers are highly exposed to sexually transmitted diseases, smoking, alcohol and substance abuse, unwanted pregnancies, disordered eating, hygiene and physical activity behaviour, intentional and non-intentional accidents. These behaviours are all related with future health problems.

**Aim:** find the incidence of these risky behaviours among adolescents with the purpose of developing preventive interventions.

**Material and Methods:** the target population is the group of adolescents aged 15 to 21 assigned to a same nurse (277) in a certain pri-

mary care centre. A sample will be chosen including all the adolescents attending the nursing clinic undertaking their School Health Examination and also those recruited through phone calls. Each year those children aged 16 to 18 will be called, 66 were called in 2006.

A "Handbook of adolescent health care" was developed for the study bringing together Gordon's nursing functional patterns, NANDA diagnostics (2005-2006 edition), Nursing Interventions Classification (4th edition) with adolescent preventive activities, and the Nursing Outcomes Classification (3rd edition).

**Results:** of the total sample of 277, 25 were interviewed (9.02%); 11 of them through phone calls. The following diagnostics were detected:

altered nutrition more than body requirements, altered nutrition less than body requirements related to body image disturbance, sedentary lifestyle, altered health maintenance related to smoking and altered sexuality patterns.

**Conclusions:** using the handbook in the nursing clinic several risks and health problems were detected, allowing us to put into practice preventive interventions. It has been shown that is a positive experience to maintain the nursing clinic until the adolescent stage. Besides, the project was accepted by the general population and medical staff collaboration was satisfactory.

**Key words:** adolescence, primary prevention, nursing, clinic.

### RESUMEN

En la consulta de enfermería en Atención Primaria se detecta que la adolescencia es una etapa de alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual; consumo habitual de tabaco, alcohol y drogas; embarazos no deseados; hábitos insalubres de alimentación, higiene y actividad física; y accidentes

intencionados y no intencionados; que se relacionan con problemas de salud futuros.

**Objetivo:** Conocer la incidencia de estos riesgos en los adolescentes con el propósito de aplicar intervenciones preventivas.

**Material y métodos:** La población

objeto del proyecto son los adolescentes de 15 a 21 años de los dos cupos médicos asignados a la enfermera (277). Entrarán todos los adolescentes que acudan a la consulta de enfermería por derivación médica y para la realización del Examen de Salud Escolar, pero también por captación activa mediante llamada telefónica. Cada año se llamará a

los adolescentes de 16 y 18 años; en el año 2006 han sido 66.

Se ha elaborado un “Manual de Atención al Adolescente” para desarrollar las visitas: La valoración de enfermería por patrones de Marjory Gordon, diagnósticos NANDA (edición 2005-2006), la planificación mediante Intervenciones NIC (4ª edición) con actividades preventivas en la adolescencia y los resultados de la clasificación NOC (3ª edición).

**Resultados:** De los 277 adolescentes se han visto 25 (9,02%); 11 por capacitación activa. Detectándose los siguientes diagnósticos: desequilibrio nutricional por exceso, desequilibrio nutricional por defecto r/c trastorno de la imagen corporal, sedentarismo, mantenimiento inefectivo de la salud r/c hábito tabáquico, y patrón sexual inefectivo.

**Conclusiones:** En la consulta enfermera mediante la utilización del manual se han detectado riesgos y

problemas de salud en la adolescencia aplicándose intervenciones preventivas. Se demuestra que es positivo ampliar la consulta de enfermería a la etapa adolescente. Además, el proyecto ha sido bien aceptado por la población y los profesionales médicos que han colaborado satisfactoriamente.

**Palabras clave:** Adolescencia, prevención primaria, enfermería, consulta.

## 1. INTRODUCCIÓN

“El adolescente es un individuo impaciente por asumir los privilegios de la edad adulta. El sujeto necesita consolidar su identidad y expresar sus deseos de autonomía respecto a los adultos, por lo que las experiencias en el grupo de amigos adquieren un relieve muy especial; además, está cognitivamente preparado para rebatir las normas y creencias inculcadas en la niñez; siente una cierta invulnerabilidad frente a los peligros que puede acarrearle las conductas desviadas y un cierto desinterés frente a las consecuencias que puedan reportarle a largo plazo. Todo ello crea una situación de vulnerabilidad ante la que los profesionales sanitarios no podemos cerrar los ojos”. Luengo Martín et al.

En la 109ª Reunión de la OMS en diciembre del año 2000, con el título “Salud de los niños y los adolescentes”, se analizaron las siguientes realidades:

- Los índices más elevados de nuevas infecciones de transmisión sexual siguen correspondiendo a los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 24 años; más del 40% de todas las nuevas infecciones por el VIH durante el 2000 se dieron en este grupo de edad.

- Consumo habitual de sustancias, en especial el tabaco y alcohol.
- Adopción de hábitos insalubres de alimentación y actividad física que pueden proseguir en la edad adulta.

- Problemas de salud reproductiva, que son la principal causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años.
- Traumatismos intencionados y no intencionados, que se cobran muchas vidas cada año.

La OMS insiste en la necesidad de trabajar promoviendo la salud y el desarrollo de los adolescentes, con los siguientes objetivos:

- Conseguir que los adolescentes adquieran la información exacta sobre sus necesidades de salud.
- Ayudarles a desarrollar aquellas habilidades que se necesitan para evitar las conductas de riesgo.
- Ofrecerles asesoramiento, especialmente durante las situaciones de crisis.
- Hacer que tengan un fácil acceso a los servicios de salud.
- Conseguir que vivan en un entorno seguro y de apoyo.

Los adolescentes frecuentan poco el sistema sanitario pero además hay barreras que dificultan el acceso:

- Barreras externas:
  - Nuestro sistema no ofrece garantías sobre el respeto de la confidencialidad del adolescente en la consulta.
  - Los adolescentes demanda un tipo de consulta sin



prisas, accesible y próxima, que les permita expresar sus problemas y temores.

- Barreras internas:
  - El pensamiento mágico que domina la etapa de la adolescencia, parece que ser joven significa estar sano.
  - La amenaza para su autoestima que supone el hecho de reconocer la posibilidad de que exista algún problema en su salud física o mental.
  - La falta de información sobre los recursos sanitarios donde puedan acudir: Desinterés del adolescente y escasa difusión desde el medio sanitario.

El Ministerio de Sanidad y Consumo en el Real Decreto 1231/2001 en el Artículo 53, recuerda la Misión de Enfermería: “Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. El enfermero (...) ha adquirido los conocimientos (...) del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos”.

La Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias: “Corresponde a los Diplomados Universitarios de Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

Por todo ello, los profesionales que trabajamos en Atención Primaria de Salud debemos facilitar y promover el acceso del adolescente a la consulta con el objetivo fundamental de la prevención, sin olvidar el tratamiento y seguimiento, en el caso de detectar algún problema.

El proyecto que aquí se presenta pretende que la consulta de enfermería sea una consulta que favorezca y facilite el acceso de los adolescentes al sistema sanitario, ya que habitualmente el porcentaje atendido es bajo. Por ello, en este proyecto, el adolescente de 15 a 21 años puede pedir cita directamente, el médico puede derivarlo por cualquier problema de salud o para la realización de los exámenes de salud escolar, pero además el profesional de enfermería realiza captación

activa mediante citación telefónica de los adolescentes de 16 y 18 años de los cupos asignados a su cargo, para continuar realizando los exámenes de salud bianuales y de esa forma favorecer la aplicación de medidas preventivas, según aconsejan sociedades científicas, como el grupo de trabajo Previnfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y el Grupo de Trabajo del Adolescente de la Sociedad Castellano y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (SCLMFyC).

## 2. SUJETOS

Este proyecto va dirigido a los 277 adolescentes entre 15 y 21 años de un total de 3.095 usuarios (sin contabilizar el número de usuarios no asignados del Centro), que corresponden a los dos cupos médicos que se atienden en la consulta de enfermería, lo que supone el 8,9%.

## 3. MATERIAL Y MÉTODOS

- Elaboramos un Manual de Atención al Adolescente, utilizando el Proceso Enfermero, que según lo define Rosalinda Alfaro (1986) es: “El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado de brindar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia, grupo) o procesos vitales/alteraciones de salud reales o potenciales”.
- Etapas del Proceso de Atención de Enfermería, en el Manual de Atención al Adolescente:
  - Valoración: Se han utilizado los “Patrones Funcionales de Marjory Gordon”. Que es el sistema de valoración de enfermería más extendido en el territorio español y permite una valoración integral e integrada. Se han seleccionado preguntas de 9 patrones.
  - Diagnósticos de Enfermería: Se ha utilizado “Los Diagnósticos Enfermeros NANDA 2005-2006”. Se han seleccionado 24 diagnósticos prevalentes en el adolescente.
  - Planificación: Se han utilizado las “Intervenciones NIC”, cuarta edición. Se han seleccionado 17 intervenciones

## ■ Investigación & Cuidados

- Ejecución: Se han seleccionado 25 actividades basadas en actividades preventivas en la adolescencia.
- Evaluación: Se han utilizado los “Resultados NOC”, tercera edición. Se han seleccionado 2 resultados con 19 indicadores.
- Se utilizan las actividades preventivas en la infancia y adolescencia del grupo de trabajo PREVIN-FAD de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
- Para realizar las llamadas telefónicas se obtienen los listados de los adolescentes de 16 y 18 años asignados en los dos cupos médicos. En total 66.
- Para las citaciones se reservan los huecos de las 13,30 y 14 horas.
- Elaboramos hojas de educación para la salud para entregar a los adolescentes sobre los siguientes aspectos: alimentación saludable, beneficios del ejercicio físico, salud buco-dental, protección solar, prevención de hábitos tóxicos, prevención de accidentes, sexualidad saludable.

### 4. DESARROLLO CONCEPTUAL:

#### A) VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

##### • 1º Patrón Percepción Control de la Salud:

- Valoración Vacunación:
  - DTP y POLIO 5 dosis
  - TV 2 dosis
  - Hepatitis 3 dosis
  - Meningitis Meningococo C 1 dosis.
- Valoración hábitos tóxicos: Tabaco, alcohol y drogas:
  - Tabaco:
    - ¿Quién fuma en tu casa?, ¿Y en tu grupo de amigos?
    - ¿Qué opinas?
    - ¿Has fumado en alguna ocasión?
    - ¿Fumas diariamente? ¿Cuántos cigarrillos?
  - Alcohol:
    - ¿En tu casa o en tu grupo de amigos se consumen bebidas con alcohol?, ¿Cuáles?
    - ¿Tomas bebidas con alcohol? ¿Cuáles?
    - ¿En casa? ¿El fin de semana?

¿Qué piensas?

¿Has ido en coche o en moto con alguien que haya bebido?

La OMS recomienda la abstinencia completa de alcohol en los jóvenes menores de 18 años, puesto que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede ser menor cuanto más tarde sea la incorporación del joven al consumo.

- Otras Drogas:

¿Conoce a alguien que consuma? ¿En tu grupo?

¿Has tenido contacto con otras drogas? ¿cuáles?

¿Quieres hacer alguna pregunta sobre estos temas?

##### • Valoración de la higiene personal.

- ¿Cada cuanto te duchas?

- Valorar higiene oídos, pies...

- Prestar atención a tatuajes y piercing

##### • Valoración del riesgo de accidentes.

- ¿Haces algún deporte, como bicicleta, patines...?

- ¿Llevas protecciones?

- ¿Tienes moto? ¿Llevas casco?

- ¿Sabes nadar?

##### • 2º Patrón Nutricional-Metabólico:

##### • Somatometría

- Peso, talla e IMC.

##### • Toma de Presión Arterial.

##### • Valoración hábito alimentario.

- Valoración de los distintos nutrientes: leche, fruta, verdura, pescado, legumbres...

- Valoración de comida “basura”

- ¿Haces o has hecho algún tipo de dieta? ¿De qué tipo?

- ¿Conoces a alguien con problemas de anorexia y bulimia?

- ¿Qué opinas?

##### • Detección de familias portadoras de formas hereditarias de hiperlipidemias aterogénicas.

##### • Realización de analítica básica de sangre.

- Teniendo en cuenta que los límites aceptables de colesterol total es menor de 170 y de colesterol LDL menor de 110.

##### • Exploración bucodental:

- Frecuencia de la higiene bucal

- Presencia de sarro, flemones, abscesos, gingivitis, caries, mordida cruzada, mordida anterior, diastemas y frenillo, maloclusiones y apiñamientos.
- Valoración Exposición Solar:
  - Valorar el tipo de piel:
    - Piel tipo I (se quema siempre y no se broncea nunca)
    - Piel tipo II (se quema siempre y se broncea poco)
    - Piel tipo III (a veces se quema y siempre se broncea)
    - Piel tipo IV-VI (no se suele quemar; V y VI piel oscura o negra)
- **3º Patrón de eliminación:**
  - Valoración de patrón de eliminación urinario y fecal
- **4º Patrón Actividad-Ejercicio:**
- Valoración del ejercicio físico:
  - ¿Practicas algún deporte? ¿Cuál?
  - ¿Cuánto tiempo le dedicas?
  - ¿Conoces los beneficios de realizar ejercicio físico?
  - ¿Qué haces los fines de semana?
  - ¿Sales en grupo o pareja?
- Prueba de tuberculina sólo en adolescentes de riesgo:
  - Hijos de portadores de VIH y adictos a drogas por vía parenteral.
  - Niños pertenecientes a grupos marginales.
  - Niños de familias con un nivel socioeconómico muy bajo.
  - Niños procedentes de países donde la TBC es endémica: Asia, Oriente Próximo, África, Latinoamérica, Europa del Este, Rusia.
- **5º Patrón del Sueño-descanso:**
  - Valoración del hábito del sueño:
    - Número de horas de descanso
- **6º Patrón Cognitivo-perceptivo:**
  - Exploración de la agudeza visual:
    - Mediante optotipos.
    - El control de la agudeza visual se realizará colocando al niño a una distancia de 5 metros. Se rea-

- liza con los ojos abiertos, pero uno de ellos tapado con un papel sin presionar. Primero se verificara la agudeza visual de un ojo y luego del otro.
- Exploración de la agudeza auditiva.
  - Test del susurro.
- **8º Patrón Rol-Relaciones:**
- Detección de situaciones de riesgo psicosocial:
  - Antecedentes de trastornos psiquiátricos o de adicciones.
  - Antecedentes de negligencia, abuso o maltrato en cualquier miembro de la familia.
  - Pobreza.
  - Marginalidad.
  - Madres adolescentes.
- Valoración de la dinámica familiar:
  - Comunicación, tareas del hogar, estudios,...
- Valoración del rendimiento escolar/laboral:
  - ¿Qué curso haces?
  - ¿Te han quedado asignaturas?
  - ¿Querrás seguir estudiando?
  - ¿En qué estás trabajando?
  - ¿Te gusta tu trabajo?
- **9º Patrón Sexualidad Reproducción:**
- Valoración de la sexualidad propiamente dicha, del riesgo de embarazo no deseado y del riesgo de enfermedades de transmisión sexual.
  - ¿Has recibido información sobre anticonceptivos?
  - ¿Cuáles conoces?
  - ¿Y sobre enfermedades de transmisión sexual?
  - ¿Cuáles te suenan?
  - ¿Has tenido relaciones sexuales? ¿Qué método has utilizado?
- **10º Patrón Adaptación tolerancia al estrés:**
  - ¿Con quién hablas cuando las cosas no van bien?
  - ¿Te sientes triste o deprimido con frecuencia?
  - ¿Tanto como para haber pensado en suicidarte?

Para la valoración de los hábitos tóxicos y de la sexualidad se pide a los padres o acompañantes de los adolescentes que se salgan para que el adolescente hable con más libertad.

## ■ Investigación & Cuidados

Esta valoración se completa con la exploración física del médico de los aparatos cardiorrespiratorio y locomotor, así como la valoración de la analítica de sangre solicitada.

### b) DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

De la clasificación de la NANDA 2005-2006 se seleccionan aquellos diagnósticos que se van a utilizar más frecuentemente en el adolescente, junto con la etiqueta se aporta la definición, pero para poder diagnosticar es necesario tener en cuenta las características definitorias y factores relacionados.

- 00084: Conductas generadoras de salud:
    - Búsqueda activa (en una persona con una salud estable) de formas de modificar los hábitos sanitarios personales o el entorno para alcanzar un más alto nivel de salud.
  - 00099: Mantenimiento inefectivo de la salud:
    - Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.
  - 00168: Sedentarismo:
    - Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.
  - 00082: Manejo efectivo del régimen terapéutico:
    - El patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.
  - 00078: Manejo inefectivo del régimen terapéutico
    - Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.
  - 00002: Desequilibrio nutricional por defecto:
    - Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
  - 00001: Desequilibrio nutricional por exceso:
    - Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.
  - 00011: Estreñimiento:
    - Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.
  - 00048: Deterioro de la dentición:
    - Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura.
  - 00122: Trastorno de la percepción sensorial (auditiva, visual...):
    - Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada de los mismos.
  - 00052: Deterioro de la interacción social:
    - Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.
  - 00060: Interrupción de los procesos familiares:
    - Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.
  - 00065: Patrón sexual inefectivo:
    - Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.
- A continuación señalamos varios diagnósticos médicos y posibles repuestas humanas, en los adolescentes:
- Ansiedades / fobias escolares:
    - 00146: Ansiedad relacionada con trastorno de la autoestima, cambios en el ambiente, miedo a la separación y a las reacciones negativas (de los compañeros, familia).
    - 00069: Afrontamiento ineficaz relacionado con técnicas inadecuadas de solución de problemas y negación del problema.
    - 00120: Baja autoestima situacional relacionado con las reacciones negativas de los compañeros, las deficiencias mentales subjetivas y las expectativas irrealistas en cuanto al rendimiento.
  - Asma:
    - 00031: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con broncoespasmo y secreciones respiratorias.
    - 00148: Temor relacionado con la disnea y las recurrencias.
    - 00078: Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con conocimientos insuficientes de la enfermedad, los peligros ambientales (tabaco,

- alergenos, tiempo ambiental), la prevención de la infección, fisioterapia, los signos y síntomas de las complicaciones, el tratamiento farmacológico, las necesidades de líquidos, la modificación de la conducta y el registro diario del FEM.
- Trastornos convulsivos:
    - 00035: Riesgo de lesión relacionado con movimientos incontrolados de la convulsión.
    - 00146: Ansiedad relacionada con la vergüenza y el temor a las crisis convulsivas.
    - 00069: Afrontamiento ineficaz con las restricciones, la sobreprotección y la indulgencia parental.
    - 00078: Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con conocimiento insuficiente de la enfermedad y sus causas, el tratamiento farmacológico, el tratamiento durante las convulsiones y los peligros ambientales (agua, conducir, alturas).
  - Obesidad:
    - 00001: Desequilibrio nutrición por exceso.
    - 00069: Afrontamiento ineficaz relacionado con el abundante consumo de alimentos como respuesta al estrés.
    - 00099: Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con la necesidad de un programa de ejercicios, el consejo dietético y la modificación de la conducta.
    - 00118: Trastorno de la imagen corporal relacionado con los sentimientos de degradación personal y la reacción de los demás (compañeros, familia, otras personas) ante la obesidad.
    - 00060: Interrupción de los procesos familiares relacionado con las respuestas hacia el tratamiento de adelgazamiento y sus efectos sobre la relación entre padres e hijos.
    - 00052: Deterioro de la interacción social relacionado con la incapacidad para iniciar y mantener relaciones secundaria a los sentimientos de vergüenza y a las reacciones negativas de los demás.
    - 00078: Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con conocimiento insuficiente de la enfermedad, la etiología, la evolución, los riesgos, los tratamientos disponibles, los patrones constructivos de alimentación y los grupos de autoayuda.
  - Escoliosis:

- 00085: Deterioro de la movilidad física relacionado con restricción del movimiento secundario al corsé o por la lesión .
- 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con irritación mecánica por el corsé.
- 00155: Riesgo de caídas relacionado con la limitación del movimiento.
- 00078: Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con conocimiento insuficiente de la enfermedad, el tratamiento, los ejercicios, los peligros ambientales, el cuidado de los dispositivos y los cuidados de seguimiento.
- Dismenorrea:
  - 00132: Dolor agudo relacionado con información insuficiente sobre las medidas de bienestar, la fisiología de la menstruación y el tratamiento dietético.

### c) RESULTADOS DE ENFERMERÍA:

Dependiendo de la valoración y los diagnósticos de enfermería detectados seleccionamos un resultado que reflejará la situación del adolescente y nos guiará en la elección de las intervenciones de enfermería, así como su progreso. En el caso de la prevención en el adolescente sugerimos la utilización de dos resultados con sus indicadores.

- 1602: Conducta de fomento de la salud:
  - Definición: Acciones personales para mantener o aumentar el bienestar.
  - Escala Likert:
 

Nunca demostrado	1
Raramente demostrado	2
A veces demostrado	3
Frecuentemente demostrado	4
Siempre demostrado	5
  - Indicadores:
    - 1602.01: Utiliza conductas para evitar los riesgos.
    - 1602.04: Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.
    - 160205: Utiliza conductas efectivas de disminución de estrés.
    - 1602.12: Obtiene inmunizaciones recomen-



## ■ Investigación & Cuidados

- dadas.
- 1602.13: Obtiene screenings de salud recomendables.
- 1602.14: Sigue una dieta sana.
- 1602.16: Utiliza un programa de ejercicio eficaz.
- 1602.18: Evita el mal uso del alcohol.
- 1602.19: Evita el uso del tabaco.
- 1602.20: Evita el uso de drogas.
- 0109: Desarrollo infantil: Adolescencia.
    - Definición: Metas en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial entre los 12 y los 17 años.
    - Escala likert:
 

Nunca demostrado	.....1
Raramente demostrado	.....2
A veces demostrado	.....3
Frecuentemente demostrado	.....4
Siempre demostrado	.....5
    - Indicadores:
      - 0109.01: Practica hábitos higiénicos.
      - 0109.02: Describe el desarrollo sexual.
      - 0109.04: Utiliza habilidades de interacción social.
      - 0109.05: Utiliza habilidades de resolución de conflictos.
      - 0109.09: Practica conductas sexuales responsables.
      - 0109.10: Evita el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
      - 0109.12: Manifiesta niveles progresivos de autonomía.
      - 0109.13: Describe esquemas de valores personales.
      - 0109.16: Rinde en la escuela a nivel de su capacidad.

### d) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Las intervenciones de enfermería que se han seleccionado expresan la conducta que se desea en el adolescente teniendo en cuenta las distintas actividades preventivas en esta etapa de la vida.

#### **1º Patrón Percepción control de la Salud:**

- 4490: Ayuda para dejar de fumar:
  - 4490.04: Aconsejar al fumador de forma clara y

consistente dejar de fumar.

- Recomendaciones PAPPS:
  - Criterio de definición: Se considera que una persona es fumadora cuando ha fumado tabaco habitualmente (cada día), en cualquier grado, durante por lo menos el último mes.
  - Detección: En el adolescente se debe preguntar a partir de los 10 años.
  - Ofrecer consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas llevadas a cabo en la consulta y en aquellas que se desarrollen en grupos de promoción de hábitos saludables, así como en las consultas que se hagan específicamente por problemas de salud. Informar sobre cómo el tabaco afecta negativamente al aspecto físico y el rendimiento deportivo.
- 4500: Prevención del consumo de sustancias nocivas:
  - 4500.99: Aconsejar al individuo a no consumir alcohol, tabaco y/o drogas eligiendo un estilo de vida saludable.
    - Recomendaciones PAPPS:
      - Criterio de definición: Se ha definido como consumo excesivo aquella cantidad de alcohol que pueda comportar un riesgo para la salud. Las evidencias epidemiológicas sitúan el límite de riesgo en cifras equivalentes a 30-40 g/día para los varones y en 20-30 g/día para las mujeres.
      - Detección: Para conocer el hábito alcohólico de cualquier persona a partir de los 14 años, sin límite superior de edad, se recomienda realizar, por lo menos cada dos años, una entrevista semiestructurada.
      - Consejo: La recomendación preventiva con el fin de evitar el consumo excesivo de alcohol debe hacerse desde la edad escolar, en todas las visitas que se realicen por problemas de salud o visitas preventivas.
- 6530: Manejo de la inmunización/vacunación:
  - 6530.25: Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada en un centro de atención sanitario y proporcionar las inmunizaciones si se preci-

sa.

## 2º Patrón Nutricional Metabólico:

- 6520: Análisis de la situación Sanitaria:
  - 6520.14: Medir la PA, peso, talla, IMC, niveles de colesterol.
- 1120: Manejo de la nutrición:
  - 1100.04: Fomentar la ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y estilo de vida.
  - 1100.09: Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
    - Recomendación PAPPS:
      - Justificación: La dieta es un determinante importante de la enfermedad cardiovascular de base aterosclerótica, y sus excesos y desequilibrios se asocian a las principales causas de muerte. Se ha comprobado que una dieta pobre en grasas saturadas y rica en frutas y verduras puede proteger de la enfermedad isquémica del corazón. Las frutas y verduras son ricas en antioxidantes y existe una evidencia creciente de que la modificación oxidativa de lipoproteínas en la pared arterial desempeña un papel importante en la formación de lesiones ateroscleróticas (Canadian Task Force, 1994)
      - Consejos:
        - El grupo de cereales, arroz, pasta, pan o patatas debe ser de consumo diario de 4 a 6 raciones.
        - Tres raciones de fruta al día.
        - Dos raciones de verduras, siendo preferible que una de ellas en forma cruda.
        - Dos a cuatro raciones de lácteos al día.
        - Se recomienda que durante la semana consume más pescado que carne.
        - Tres o cuatro huevos semanales.
        - Dos o más raciones de legumbres a la semana.
        - El consumo de bollería industrial moderado.
        - Limitar la sal añadida a la preparación de los alimentos.
        - Limitar el consumo de grasa de origen animal y favorecer el consumo de aceite de

oliva, preferentemente virgen.

- 1720: Fomentar la salud bucodental:
  - 1720.01: Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina.
    - Recomendación PAPPS:
      - Recomendar el uso de colutorios diariamente (0,05% fluoruro sódico) o semanalmente (0,2%).
      - Aconsejar el cepillado dental después de las comidas y al acostarse con una pasta dentífrica que contenga entre 1000 y 1450 ppm de flúor.
      - Educación sanitaria sobre los alimentos cariogénos.
      - Derivación al odontólogo: Si presentan caries en piezas definitivas, o 4 o más en dentición primaria, hipoplasias de esmaltes y las maloclusiones que persistan en la pubertad.
- 8272: Fomentar el desarrollo: adolescente:
  - 8272.07: Fomentar la higiene personal.
    - Recomendación PAPPS:
      - Ofrecer consejos de fotoprotección solar:
        - Piel tipo I (se quema siempre y no se broncea nunca: Evitar la exposición al sol al mediodía y ropa protectora. Fotoprotector resistente al agua (15 o >) diariamente en verano y también caso de protección.
        - Piel tipo II (se quema siempre y se broncea poco): Minimizar la exposición solar al mediodía y ropa protectora. Fotoprotector (15 o >) si hay exposición.
        - Piel tipo III (a veces se quema y siempre se broncea): En exposición intensa igual que tipo II: En exposición moderada (fotoprotector 10 - 15).
        - Piel tipo IV-VI (no se suele quemar; V y VI piel oscura o negra: No necesita protección habitualmente.

## 3º Patrón Eliminación:

- 0450: Manejo del estreñimiento:
  - 0450.16: Instruir al paciente/familia sobre la relación entre la dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos

para el estreñimiento.

#### 4º Patrón Actividad Ejercicio:

- 0200: Fomento del ejercicio:
  - 0200.10: Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicio en su rutina semanal.
  - 0200.13: Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
  - Recomendaciones PAPPS:
- Justificación:
  - La actividad física, así como la forma física derivada de ella, está inversamente relacionada con la mortalidad en varones y mujeres.
  - Las personas más activas o más en forma tienen tasas de mortalidad que son un 25% más bajas que las menos activas. Expresado de forma diferenciada, entre las personas de mediana edad, se pueden ganar aproximadamente dos años de vida de media por ser físicamente activo (Lee et al., 1996).
  - En algunos estudios se ha observado que la actividad física de tiempo libre se asocia con una reducción de la mortalidad, aun teniendo en cuenta factores genéticos y familiares (Kujala et al., 1998), y que pequeñas mejoras en la forma física se relaciona con una disminución del riesgo de mortalidad en varones y mujeres de mediana edad (Erikssen et al., 1998).
- Consejo: Siempre que exista la posibilidad, por cualquier motivo de consulta se debe seguir las siguientes consideraciones:
  - Valorar si realizan algún tipo de actividad física o deporte con regularidad, qué tipo, cuántas veces a la semana y durante cuánto tiempo cada vez. Valorando si reúnen las siguientes características: 3 o más veces a la semana, durante 30 minutos o más por sesión y con una intensidad de moderado a intenso, ya que son las condiciones necesarias para producir beneficios en la salud.

- 8272: Fomentar el desarrollo: adolescente:
  - 8272.14: Impulsar la seguridad en la conducción.
  - 8272.19: Promover las respuestas no violentas para la resolución de conflictos.
  - Informar sobre: Seguridad en el automóvil, seguridad vial, prevención de incendios en el hogar, seguridad en piscinas, seguridad en bicicletas, patines..., prevención de intoxicaciones...
  - Proporcionar el teléfono de urgencias toxicológicas: 915620420.

#### 5º Patrón Sueño Descanso:

- 1850: Mejorar el sueño:
  - 1850.18: Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.

#### 8º Patrón Rol Relaciones:

- 8272: Fomentar el desarrollo: adolescente:
  - 8272.15: Facilitar las habilidades de toma de decisiones.
  - 8272.16: Promover las habilidades comunicativas.
  - 8272.17: Fomentar las habilidades de asertividad.
  - 8272.20: Promover el desarrollo y el mantenimiento de las relaciones sociales.
  - 8272.21: Favorecer las participación en las actividades escolares, extraescolares y de la comunidad.

#### 9º Patrón Sexualidad Reproducción:

- 5622: Enseñanza: sexo seguro:
  - 5622.02: Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de natalidad efectivo, según cada caso.
  - 5622.09: Fomentar el uso de preservativo, si procede.
- Recomendación PAPPS:
  - Se recomendará el uso de preservativos para las relaciones y se informará de los factores de riesgo de adquirir una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS).
- Métodos anticonceptivos en la adolescencia (Federación Internacional de ginecólogos y obste-

tras. FIGO):

- Preferentes: Preservativo y contracepción hormonal (no lo estamos recomendando en nuestras consultas, porque no evita las ETS).
- Aceptables: Diafragma, esponja, espermicidas, anticonceptivos inyectables.
- Poco recomendables: DIU, anticoncepción quirúrgica, métodos naturales.
- De emergencia: Anticoncepción hormonal.

• 7160: Preservación de la fertilidad:

- 7160.06: Obtener muestras para realizar cultivos del cérvix uterino, cuando proceda.

### 10º Patrón Adaptación tolerancia al estrés:

- 5230: Aumentar el afrontamiento.
- 5230.16: Fomentar el dominio gradual de la situación.
- 5230.27: Favorecer situaciones que fomente la autonomía del paciente.
- 5820: Disminución de la ansiedad.
- 5820.18: Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- 5820.23: Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- 4340: Entrenamiento de la asertividad.
- 4340.06: Promover la expresión de pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos.
- 4340.12: Ayudar en la práctica de habilidades de conversación y sociales.
- 5400: Potenciación de la autoestima.
- 5400.04: Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- 5400.11: Mostrar confianza en el paciente para controlar una situación.
- 5400.16: Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía.
- 5100: Potenciación de la socialización.
- 5100.03: Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- 5100.04: Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

## 5. RESULTADOS

En 6 meses, la enfermera ha atendido a 679 usuarios que supone un 21,93% del total de los usuarios de los dos cupos médicos (3095). En la consulta de enfermería se han atendido 632 (20,42% del total de usuarios) y 47 en domicilio (1,51% del total de usuarios).

De los 632 usuarios, 25 han sido adolescentes, que suponen 3,95% del total de los atendidos en consulta de enfermería; o dicho de otra manera, el 9,02% del total de adolescentes de los dos cupos médicos, que recordamos que son 277.

De los 25 adolescentes, 5 han venido derivados de la consulta médica por algún problema de salud, 9 para la realización de exámenes de salud escolar y 11 han sido citados telefónicamente por la enfermera ofreciendo una visita para prevención en la adolescencia. 19 de estos 25 forman parte de la muestra de los 66 adolescentes de 16 y 18 años de los dos cupos médicos. Aún quedan 47 de la muestra que se citarán en el primer año del proyecto, lo cual supone entre 1 y 2 visitas semanales. De esta manera, en el primer año ya habremos incrementado el porcentaje de adolescentes atendidos en consulta de enfermería como mínimo del 9,02% al 25,99%

En dos años se habrá valorado a todos los adolescentes de 16, 17, 18 y 19 años. Los de 15 años estarán valorados pues a los 14 años el equipo de pediatría les realizó el examen de salud. Quizá habría que articular una visita más a los 20 años para cerrar la etapa de la adolescencia.

Resultados de los 25 adolescentes atendidos en la consulta de enfermería desde marzo a agosto de 2006:

### a.- Distribución por sexo:

Sexo	Mujer	Hombre	Total
	11	14	25

### b.- Distribución por edades:

Edad	15	16	17	18	19	20	21	Total
	2	13	1	6	1	1	1	25

**c.-Distribución por derivación:**

- 5 son derivados de la consulta médica:
  - 1 es diabético, para recoger las agujas de insulina y, como es tratado en hospital, no quiere cita programada.
  - 4 para valorar alimentación por índice de masa corporal elevado e iniciar cambios de hábitos alimentarios.
    - 2 piden cita y no acuden.
    - 2 son atendidos en consulta:
      - 1 viene 2 visitas y logramos que reduzca 0,33 de IMC e inicie ejercicio físico y abandona en la 3ª visita incluso realizando llamada telefónica.
      - 1 en 6 visitas de mayo a agosto reduce IMC de 35,39 a 30 y además realiza ejercicio físico. También se le deriva al especialista por disminución de la agudeza visual y auditiva.
- 9 son derivados para realización de Examen de Salud Escolar: Todas estas visitas se realizan antes de julio del 2006, donde el manual y la forma de desarrollar la consulta todavía no esta muy definida y el registro en la historia es menos minucioso, por lo tanto detectamos menos problemas.
  - 7 corresponden a 16 y 18 años y coinciden con los adolescentes de los listados del proyecto.
  - En un caso encontramos un Mantenimiento Inefectivo de la Salud relacionado con el consumo diario de 10 cigarrillos/día. Se aconseja dejar de fumar, se ofrece la consulta de enfermería como medio y se le da información por escrito. De momento no quiere seguimiento.
  - En otro caso encontramos un Deterioro Nutricional por Defecto con índice de masa corporal del 19,79 relacionado con un trastorno de la imagen corporal, “me miro al espejo y estoy gorda y fea”, y hábitos alimentarios incorrectos. Ofrecemos seguimiento y está de acuerdo en acudir a la consulta. En 4 visitas desde junio a agosto ha pasado a tener un IMC de 20, pues han mejorado algo sus hábitos alimentarios, pero con-

tinuamos seguimiento por el Trastorno de Imagen Corporal trabajando autoestima, asertividad, comunicación...

- 11 son por captación activa por llamada telefónica de la enfermera:
  - En la valoración encontramos:
    - 4 con disminución de la agudeza visual.
      - Realizamos derivación al oftalmólogo.
    - 4 con Deterioro de la dentición.
      - Recordamos consejos de salud bucodental.
      - Realizamos derivación al odontólogo por caries y mala oclusión.
    - 3 Patrón sexual inefectivo r/c mantenimiento de relaciones sexuales y déficit de conocimientos sobre funcionamiento del servicio de planificación familiar:
      - Se les proporciona consejos para una sexualidad saludable.
      - Realizamos derivación a planificación familiar.
      - Se les ofrece la consulta para que acudan con la pareja para cualquier tipo de asesoramiento.
    - 1 Mantenimiento infeectivo de la Salud r/c no tener completo el ciclo de vacunación de hepatitis B.
      - Se realiza la vacunación en la misma consulta.
    - 1 Riesgo de estreñimiento.
      - Se le proporcionan consejos.
    - 2 Sedentarismo.
      - Se les proporciona consejos.
    - 2 Desequilibrio nutricional por exceso manifestado en IMC de 29,32 y 30,73 y r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.
      - Se les motiva y proporciona cita para septiembre a fin de reducir el IMC y mejorar los hábitos alimenticios.

**6. CONCLUSIONES**

- a.- El Manual de Atención al Adolescente que se ha



elaborado es adecuado porque con la valoración por Patrones Funcionales basada en actividades preventivas en la Adolescencia se pueden detectar diagnósticos de enfermería que se solucionan mediante derivación, educación o seguimiento en la propia consulta de enfermería.

- b.- Actualmente, la consulta de enfermería atiende a un mayor porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas realizando sobre todo cuidados de curación, rehabilitación y prevención secundaria. Pero con este estudio se demuestra que es necesario que la consulta de enfermería también sea proveedora de cuidados de fomento y prevención primaria en usuarios adolescentes, aunque no tengan patologías crónicas.
- c.- Los dos médicos que trabajan con la enfermera han aceptado el proyecto de forma integral, apoyando y colaborando activamente en el mismo, mediante la exploración física, valoración de pruebas analíticas y realizando las derivaciones necesarias a los espe-

cialistas.

- d.- El proyecto es bien aceptado por la población dada la participación de todos los citados, así como su colaboración activa en la consulta, tanto de los padres o tutores, como de los propios adolescentes.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Carpenito, L. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. McGraw-Hill, 9ª edición. Madrid. 2003.
- Grupo de trabajo Previnfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Semfyc, 2004
- Guía de Atención al Adolescente en Atención Primaria de Salud. SCLMFyC, 2004.
- Guía de Prevención Cardiovascular en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2003.
- McCloskey Dochterman, J. Bulechek, Gloria M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier, 4ª edición. Madrid. 2005.
- Manual de los Exámenes de Salud escolar. G.V. 2003.
- Marjory Gordon. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. Harcourt Brace de España. Madrid. 1999.
- Moorhead, S. Jonson, M Maas, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier, 3ª edición. Madrid. 2005.
- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y

# Diseño de un nuevo registro de cuidados de Enfermería de la unidad de Anestesia Reanimación y Terapia del dolor del Hospital General Universitario de Alicante (H.G.U.A.)

Premio CECOVA al mejor Trabajo presentado por la Enfermería de la Comunidad Valenciana en el Primer Symposium Internacional de Expertos en Enfermería de Cuidados Críticos, Anestesia y Reanimación (Valencia 2007)

**Autores:** Torres Figueiras M.; Prieto Pagán M.C., Torregrosa Marco N., Cánovas Jávega, S.\*; Fuentes García, S., Roch Lapuente, Y.; Rubio Martínez, M.J.\*; Balboa, S.

\*Enfermeras asistenciales. Servicio de Anestesia, Reanimación y terapia del dolor del Hospital General Universitario de Alicante.

mtf2@alu.ua.es

## Designing a new nursing record system in the anaesthesia & recovery, and pain management units in H.G.U.A

### ABSTRACT

The special needs of post-operative patients make necessary a specific nursing record system able to represent all the complex procedures carried out by nursing professionals. These records should be the result of adapting both, patient and unit needs. The aim of this study is to modify the present nursing record chart used in the recovery unit of the Hospital General Universitario de

Alicante (H.G.U.E), and adapt it to patients needs. A literature review was carried out using the main databases, and record charts from different autonomous communities were gathered. Then, using a focus group, a comparative study was carried out between all the charts found in the literature and the one used in our recovery unit. As a result, a new record system was obtained which reflects all nursing care delivered to

critically ill patients, including specific procedures. The implementation of this new record clearly describes acute care nursing practice, which have a high impact in the improvement and quality of the care provided.

**Key words:** record, critically ill patient, charts, recovery, post-operative patients, critical care.

### RESUMEN

Las características de los pacientes críticos post-quirúrgicos, requieren un sistema de registro de cuidados específico en el que queden reflejados todo el complejo proceso de cuidados llevado a cabo por los profesionales de enfermería. Estos registros se deben adaptar tanto a las necesidades del pacien-

te como a las del servicio en el que se encuentran. El objetivo del siguiente proyecto es modificar la actual gráfica de registro de la unidad de Reanimación del Hospital General Universitario de Alicante y adecuarla a las necesidades de los pacientes ingresados en dicha unidad. Para ello, en primer lugar se realizó una extensa búsqueda

bibliográfica en las principales bases de datos, se recopilieron gráficas de registro de diversas comunidades autónomas y posteriormente se realizó, a través de un grupo de discusión, un estudio comparativo entre todas los registros encontrados y la gráfica actual del servicio de reanimación. El resultado fue un nuevo sistema de registro en el que

quedan reflejados todos los cuidados administrados al paciente crítico, incluyendo toda una serie de procedimientos específicos. Mediante la puesta en marcha de este docu-

mento queda patente el trabajo realizado por los profesionales de enfermería de la unidad repercutiendo de manera directa, esta recogida de información en la mejora y

calidad de los cuidados.

**Palabras clave:** registros, paciente crítico, gráficas, reanimación, pacientes postquirúrgicos, cuidados críticos.

## INTRODUCCIÓN

Los sistemas de registro enfermero constituyen el instrumento de apoyo e información más valioso para el desarrollo de la actividad enfermera. Éstos deben ser considerados como una herramienta básica para prestar una atención de calidad<sup>1,2</sup> y una continuidad en los cuidados.

Tanto en el ámbito nacional como en el internacional existen numerosos estudios centrados en la documentación de enfermería refiriéndose sobre todo a variables como el nivel de cumplimentación<sup>1,3</sup>, y cuidados registrados<sup>4</sup>, pero sin embargo estos estudios son más numerosos en unidades de hospitalización siendo mucho más escasos en el ámbito de los cuidados críticos<sup>1,2</sup>.

Así encontramos estudios, pero no referidos o centrados en registros, sino en los cuidados que las enfermeras proporcionan a los pacientes y sus respuestas ante determinadas situaciones fisiológicas, con lo que podríamos afirmar, una vez consultada la bibliografía, que existe un vacío a nivel de estudios de documentación de enfermería en el ámbito de los cuidados críticos<sup>5,6</sup>.

Por el contrario en la Comunidad Valenciana existe una gran variedad de gráficas de registro en cuidados críticos, hasta el punto que cada hospital tiene la suya propia, pero en casi ninguna aparecen documentos de cómo se llegó al consenso o al diseño para la realización de dichos registros.

Los pacientes de las unidades de cuidados críticos postquirúrgicos tienen unas características concretas que los diferencian obviamente de los pacientes que ingresan en hospitalización.

La definición de un paciente crítico pasa necesariamente por definir aspectos objetivos y subjetivos de muy difícil interpretación. Podemos decir que son pacientes, con alteraciones casi siempre agudas o reagudizadas, que determinan un daño que va desde la limitación funcional variable de uno o más órganos

hasta la muerte, siempre y cuando el tratamiento o la propia naturaleza no lo vuelvan a su estado "normal"<sup>7,8</sup>.

La magnitud de la agresión que impone la cirugía y la anestesia es variable, la duración e intensidad de las mismas, particularidades de ellas, la habilidad del equipo quirúrgico y las condiciones del paciente son los principales determinantes de las consecuencias sobre el paciente. En función de tales variables las respuestas que se observan en los enfermos ofrecen un amplio abanico de posibilidades.<sup>8,9</sup>

Debe tenerse presente que todo lo acontecido durante la cirugía repercutirá sobre la evolución posterior y que tal impacto en las primeras horas del postoperatorio, podrá alcanzar gran dimensión en el caso de los enfermos críticos.<sup>8,9</sup>

Así vemos que los efectos de la repercusión de la cirugía y la anestesia no terminan con la extubación del paciente, sino que comienza un complejo proceso de cuidados que deberán llevar a cabo los profesionales de enfermería del área de cuidados críticos.

Sin embargo estos cuidados pueden variar y verse aumentados cuando surge cualquier complicación en el postoperatorio inmediato<sup>10</sup>. Esto conlleva una mayor demanda de técnicas y procedimientos específicos. El estado crítico, y en ocasiones crónico, de estos pacientes nos obliga a replantearnos constantemente, la necesidad de un mayor número de cuidados así como su registro.

Estos procedimientos tienen que ser reflejados en una documentación que se adecúe a esta gran variabilidad de cuidados y situaciones concretas del paciente.<sup>11,12,13</sup>

La unidad de Anestesia y Reanimación del H.G.U.A. adquirió el compromiso dentro de los objetivos fijados por la unidad de diseñar un sistema de registro de cuidados que sustituyera al anterior en uso; que se adaptara de una forma más real y con recursos más actualizados a las características de nuestros

## ■ Investigación & Cuidados

pacientes y nuestro ámbito. Por tanto el objetivo del siguiente trabajo es modificar la actual gráfica de registro y adecuarla a las necesidades de los pacientes críticos posquirúrgicos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo del nuevo registro se formó un grupo de expertos compuesto por 8 enfermeras clínicas con las siguientes características: tener al menos 5 años de experiencia en el cuidado de pacientes críticos, desarrollo de su actividad en el servicio de reanimación.

En primer lugar se realizó una extensa búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos Cinalh, Cuiden y en PubMed, debido a la precariedad de documentos existentes se contactó con los diferentes servicios de anestesia y reanimación de la comunidad valenciana, Castilla la Mancha y Cataluña, para que nos proporcionaran sus gráficas de registro, estos hospitales fueron:

Hospital “Vega Baja” de Orihuela, Hospital Universitari d’Elx, Hospital Universitari “La Fe”, Hospital de Elda, Hospital Clínic Universitari Valencia, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Hospital Universitari Clínic Barcelona, Hospital General Universitario de Alicante.

Mediante una técnica cualitativa de consenso (grupo de discusión) formado por los profesionales arriba citados se realizó un estudio comparativo entre las gráficas de dichos hospitales y la gráfica actual del servicio de anestesia y reanimación del H.G.U.A. Se elaboró una lista de procedimientos y cuidados que actualmente se realizaban pero que no contaban con una ubicación específica en la gráfica. Los resultados fueron los siguientes:

- pruebas diagnósticas
- catéteres
- bacteriología
- heridas quirúrgicas
- úlceras por presión
- parámetros ventilatorios
- procedimientos de enfermería (fisioterapia respiratoria, higiene, cambios posturales, férulas antirrotatorias...)
- escalas (sedación, neurológicas, úlceras por presión...)

Una vez llegado a este punto se acordó utilizar como referencia para la elaboración de los procedimientos, la “guía de actuación de enfermería: manual de procedimientos” vigente en la Comunidad Valenciana<sup>14</sup>.

Se confeccionó el nuevo registro de cuidados quedando reflejadas las siguientes variables (ver Anexo 1).

### Datos Identificativos:

Todos los datos identificativos se recogerán en la etiqueta del paciente localizada en la parte superior de la gráfica, se transcribirán al preparar la del día siguiente, que será habitualmente en el turno de tarde.

### Constantes Vitales:

Las constantes vitales se cumplimentarán con los colores que aparecen en la gráfica. Tensión arterial (verde), temperatura (rojo), frecuencia cardiaca (azul), presión venosa central (morado), frecuencia respiratoria (negro).

### Pérdidas:

Las pérdidas insensibles, fiebre, sudor e intubación se contabilizarán según el protocolo de balance hídrico ya instaurado en la unidad.

El número de días sin defecar se empezará a registrar a partir del cuarto día de estancia en la unidad; este apartado se transcribirá al final del turno de la noche.

En cuanto a los drenajes se especificará el tipo de drenaje que lleve el paciente. Para indicar su retirada se anotará en color rojo y con el símbolo >> o //.

El volumen ultrafiltrado se registrará el inicio y fin de la diálisis con estos símbolos < >, especificando en el centro el volumen de ultrafiltrado. Ej: < 1500 >

### Administrados:

El ítem agua endógena se contabilizará según se indica en el protocolo de balance hídrico siendo 300 ml para 24 horas.

En lo referente a la dieta se reflejará el tipo de dieta que lleva el paciente al final del turno de la noche y los cambios que se realicen durante el día se rellenarán en el hueco de la hora correspondiente. Los símbolos a utilizar son:

ABS – absoluta LQ- líquida SB- semiblanda

BL-blanda

CTE-corriente basal TMX- turmix D- diabética S/S –sin sal

Para el balance acumulado se sumará el balance total de las 7:00h. al del día anterior. Esto se realizará al finalizar el turno de la noche.

**Parámetros ventilatorios:**

Se reflejará todo lo referente a las características de la respiración del paciente. Al inicio del turno de la mañana se rellenarán los parámetros ventilatorios. A lo largo del día, se reflejarán los cambios más significativos, intentando ajustarse a los huecos físicos de la gráfica, alrededor de 2 por turno.

**Pruebas diagnósticas:**

Se cuenta con un primer hueco para Analíticas, Rx, Fibrobroncoscopia, TAC, Niveles de fármacos y Hojas de consulta, marcaremos con una X las pruebas que se realicen. A lo largo del día, especificaremos la hora a la que se lleva a cabo las mismas.

En el apartado de niveles quedará constancia del fármaco y la hora en que se extraen valle y/o pico según farmacia.

Para pruebas que puedan surgir ocasionalmente, contamos con espacios en blanco donde poder anotarlas. Ej: endoscopias, resonancias, ecocardiograma, potenciales evocados etc.

**Bacteriología:**

Señalaremos la hora de recogida y en caso necesario especificaremos cualquier otro dato de interés. Ej: Hemocultivos x 2, punta de catéter yugular derecha, etc.

Como en el apartado anterior, quedan espacios en blanco para otras muestras, así sea LCR, exudado de herida Qx, etc.

**Control de vías:**

En esta tabla, en función de las características del catéter, tubo, traqueo,... se anotará la localización y/o tamaño.

El resto de espacios, en blanco, se utilizarán para cualquier otro catéter, drenaje. Ej: PIC, drenaje torácico.

Queremos hacer hincapié en la necesidad de reflejar los días que llevan insertados los diferentes dispositivos. La transcripción de esta información se hará diariamente y preferiblemente en el turno de tarde. Los cambios que se realicen quedarán registrados de la siguiente manera: Ej: Localización: Yugular derecha / Femoral izquierda. Días: 12 / 1.

**Procedimientos de Enfermería:**

Cada ítem cuenta con dos espacios por turno: el primero para marcar con una “x” cuando se realice y el segundo, para especificar algún dato si se precisa.

	Mañana	Tarde	Noche
Inspirometría	x volumen: 600, insistid		
Clapping	x 2 veces por turno	x	
Aerosoles	x ventolin + atrovent	x 2 veces	
Lavado Bronquial	x 2 veces por turno	x 2 veces por turno	x
Cambio filtro/humidificador	x	x	x
Traqueo-camisa	x	x	x
Traqueo-cánula	x dificultoso		
Presión neumo	x	x	x
Higiene corporal	x		
Cuidados oculares	x SF+aureomicina	x oclusión	x SF
Cuidados bucales	x clorhexidina	x mycostatin	x clorhexidina
Cambio ropa cama	x		x
Rehabilitación	x		
Férulas		x Puestas 17h	x Retiradas 7h
Sillón		x 16h-21h con grua	
Cambios Posturales c/	x DLD 11h	x DS 16h/DLI 20h	x DLD 24h/DS 6h
			x allevin
Lavado vesical			x Permeable
Prevención de UPP	x protección talones		
Mantenimiento de dispositivos de acceso venosos			
Ej. SNG		x Pinzada 18h	x Retirada 24h
Ej. Medios Físicos	x ventilador	x compresas frías	



## ■ Investigación & Cuidados

Ejemplo de uso:

En el apartado de “otros”, en la gráfica, se han incluido dos intervenciones NIC: prevención de úlceras por presión y mantenimiento de accesos venosos periféricos. Éstas se deberán señalar si se realizan dichas intervenciones.

### Heridas quirúrgicas:

En esta tabla se anotará la localización de las heridas quirúrgicas. Se marcará con una “x” si se realiza la cura y se dispone de un espacio para anotar el tratamiento empleado y el aspecto de éstas si fuera necesario por turno.

### Úlceras por presión:

En esta tabla se anotará la localización y estadio de las úlceras por presión. Se marcará con una “x” si se realiza la cura y se dispone de un espacio para anotar el tratamiento empleado y el aspecto de éstas si fuera necesario por turno.

CLASIFICACIÓN UPP
<b>ESTADIO 1</b> (Eritema cutáneo que no palidece con la presión)
<b>ESTADIO 2</b> (Abrasión, ampolla o cráter superficial)
<b>ESTADIO 3</b> (Lesión o necrosis de tejido subcutáneo)
<b>ESTADIO 4</b> (Lesión o necrosis de músculo, hueso o estructura de sostén)

### Escala de sedación:

Se trata de una escala sencilla de siete puntos, para valorar la sedación de los pacientes críticos, que incluye desde la sedación profunda hasta la agitación más extrema se trata de la escala de sedación-agitación de Riker, donde se anotará por turno el número correspondiente al estado de sedación (23-26).

### Escala de Glasgow:

Consiste en tres componentes esenciales del examen neurológico: apertura de ojos, mejor respuesta verbal y mejor respuesta motora. En esta tabla se anotará la puntuación de Glasgow obtenida en la hora en la que se realiza. El horario de la escala se distribuye cada cuatro horas disponiendo de huecos libres para registrar posibles cambios ocurridos entre estos periodos.

Para la puesta en marcha del nuevo documento se realizará una prueba piloto de un mes en cada uno de

los dos boxes con los que cuenta la unidad de reanimación. Una vez remodelado el registro si fuera necesario, se procederá a la presentación de la gráfica en la comisión de historias clínicas del hospital, con el objetivo de implantarla de manera oficial en todo el servicio.

### Resultados

Una vez realizada la prueba piloto durante dos meses, se contabilizan un total de 150 gráficas. Durante este período se rellenaron en cada uno de los dos boxes unas hojas de sugerencias derivadas de la utilización de la gráfica. Una vez superado este período piloto el grupo de discusión se volvió a reunir para proceder a las modificaciones oportunas (Ver Anexo 2, gráfica definitiva).

Éstas fueron:

- Aumentar el espacio gráfico de las constantes vitales.
- Incluir una casilla para balance acumulado.
- Disminuir el tamaño y el contenido dedicado a la respiración, dejando por consenso los ítems de: ventilación espontánea, ventilación mecánica y dentro de esta, modo y Fio2 .
- Incluir en el apartado de vías, catéteres y drenajes el ítem, catéter epidural.
- Incluir en el apartado de pruebas diagnósticas el ítem “troponina”.
- Ampliar el espacio dedicado a las dietas.

Una vez remodelada la gráfica ha sido presentada a la dirección de Enfermería del Hospital Gral. Universitario de Alicante, para que sea remitida a la comisión de historias clínicas para su valoración y posterior implantación.

### DISCUSIÓN

La actuación de enfermería en el ingreso del paciente crítico postquirúrgico, y en las horas siguientes a la intervención es vital para la recuperación y rehabilitación de los mismos, toda la gran variedad y cantidad de procedimientos realizados por los profesionales en este ámbito deben de quedar reflejados de manera adecuada en los registros de estas unidades. La utilización de la anterior gráfica de cuidados no se adecua a los procedimientos realizados por las enfermeras en la unidad ya que no alberga cabida para dejar constancia de nuestro

propio rol, de los procedimientos realizados, lo que dificulta la planificación de los cuidados.

Disponer de un nuevo registro que utilice metodología enfermera y que permita la recogida sistemática de información es fundamental y repercute de manera directa en la mejora y calidad de los cuidados, este nuevo instrumento se adapta a las necesidades sentidas y enunciadas por los miembros del grupo de discusión.

A partir de este registro podemos dar lugar a numerosos estudios que van desde observar los niveles de cumplimentación hasta medir las cargas de trabajo del profesional de enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso González, M. et al. "Valoración de la calidad de las Historias Clínicas". *Gestión Hospitalaria*. 1996. Nº4, 44-50.
- Gutiérrez de Terán Moreno, G. "Aspectos legales de los registros de enfermería". *Enfermería Clínica*. 1993. Vol 3, nº1, 21-24.
- PoloTolosana, A. García Pardos, E.L. Mairal Salinas, M.P. Oliván Esco, A. Les Mancho, L. Viñuales Palomar, E. "Registros: revisión de la documentación clínica de enfermería en un hospital general en el año 1994". *Enfermería Clínica* Vol.7 nUm2. 72-79.1994.
- Capel Bonachera, Y, Soria Albecete, AM. Castillo Lorente, JL. Urrea Gilabert, I. Contreras Rodríguez, AM. Martínez Jiménez, JM. "Plan de cuidados: la otra cara de la gráfica" *Tempus Vitalis*. Revista Internacional del cuidado del paciente crítico. Vol2, num3. 2002.
- Pusajó F., Doglio G., Hernandez M et al *Fisiopatología general de los estados críticos*. Hernandez Editores Bs As. Capítulos 1,2,3, 7,15. 1991.
- American Association of critical-care/Saint Thomas Health System Sedation Expert Panel Members. Consensus Conference on Sedation Assessment. Vol. 24. Nº 2. April 2004. Herrero García, T. et al. "Control de calidad en los registros de Enfermería". *Enfermería Intensiva*. Enero-Marzo 9(1): 10-15.1998.
- Jacobi, J, Pharm, D. Gilles L, F, Douglas, B. Coursin, M.D. Riker, M.D. et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedative and analgesics in critically ill adult. *Critical Care Medical*. Vol30. nº 1, 2002.
- Navarro Arnedo, JM. Orgiler Uranga, P. De Haro Marín, S. Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis. *Enfermería Intensiva*. 16 (2): 62-72. 2005.
- Domingo Pozo, M. Gabaldón Bravo, E.M. Fernández Molina, M.A. Terrés Ruiz, C. Torres Figueiras, M. Gómez Robles, J. Gomis García, L. "Necesidad de integración de metodología cuantitativa y cualitativa en enfermería" *Index de N*. 34. 37-39. Otoño, 2001.
- Fernández Molina, M.A. Gómez Robles, J. Gabaldón Bravo. E.M. Domingo Pozo, M. Torres Figueiras, M. Terrés Ruiz, C. "Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso". *Enfermería Clínica*. Vol 3. Nº 3. 137-145. May-jun 2003.
- Riker R. Picard, J.T. Fraser, G.L. Prospective evaluation of the sedation agitation scale for adult critically ill patients. *Critical Care Medicine*., 27:1325-9, 1999.
- Riker R. Fraser G.L. Simmons. L.E. Wilkins M.L. Validating the sedation agitation scale with bispectral index and visual analog scale in adult ICU patients after cardiac surgery. *Intensive Care Medicine*., 27:853-8. 2001.
- Brand KM, Langley K.A Dork L.A., Levy, H. Confirming the reliability of the sedation agitation scale administered by ICU nurses without experience in its use. *Pharmacotherapy*, 21:431-6. 2001.
- Albaladejo Tello, M. Ballesta López, F.J. Blanes Compañ, F. Cases Alarcón, C. Castell Molina, M. Domingo Pozo, M. Gómez Robles, J. Izquierdo García, N. López Montes, J.L. Payá Pérez, B. Segura Cuenca, M. Torres Figueiras, M. "Guía de actuación de enfermería: manual de procedimientos". Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2003.
- Aparicio Casals, MR et al. "Registros de enfermería en atención primaria: pieza clave para la investigación". *Enfermería científica*. Abr nº133, 11-14. 1993.
- Subirá Invernón, A. Rodríguez Díaz, C. Serrano Calvache, J.A. Camilo Garrido, A. Muñoz Ronda, F. "Diseño de un sistema de registro mediante la aplicación de lenguaje estandarizado para la planificación de cuidados en el paciente crítico". *Tempus vitalis*. Revista internacional del cuidado del paciente crítico. Vol2, num3. 2002.
- Cortés Macías, G. Flores Caballero, L. Roncero del pino, M.A. Bannink H. Castro Gonzalez, J.P. Andrade Muñoz, JM. "Implantación de un programa de control de calidad en cuidados críticos". *Tempus vitalis*. Vol2, num 3. 2002.
- Chamarro Jambrina, C. Analgesia, sedación y bloqueo neuromuscular. *Revista electronica de Medicina intensiva*. Artículo nº C25. Vol.5. Enero 2005.
- Sánchez Peña, J. Sedación del paciente en Reanimación. <http://forcona.org/feea/feea>.
- De Jonge, B. Cook, D. Appere de Vecchi, C. Guyatt, G. Meade, M. Outin, H. Using and understanding sedation scoring systems: A systematic review. *Intensive Care Medicine*., 26:275-85. 2000.
- López Coig, M.L. Perpiñá Galván, J. Cabrero García, J. Richart Martínez, M. "Categorización de los registros escritos de enfermería en la UCI del Hospital General Universitario de Alicante" *Enfermería Intensiva*. Vol6. Nº2 Abril-Jun 1995.
- Serrano Sastre, R. et al. "¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería? El reto de la documentación" *ROL de Enfermería*. 1 Jul-Ago Nº191-92, 33-41. 1994.
- Blanco Rodríguez, JM. et al. "Control de la calidad del registro de valoración de Enfermería al ingreso". *Enfermería Científica*. Jul-Ago, 184-85. 1995
- Amezcu, M. "La calidad en la documentación clínica de Enfermería: del papeleo a los registros para el cuidado". *Index de Enfermería*. Inv, año IV, Nº11, 15-20. 1995.
- Marc Mandell, JD. "Si no se ha registrado es que no se ha valorado". *Nursing*. Mar 1995.





Anexo 2

EVOLUCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MAÑANA	
TARDE	
NOCHE	
FIRMA	

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

	Mañana	Tarde	Noche
Trasconcha			
Clepting			
Aerología			
Control litotriptol			
Cambio Sitofundicador			
Tijeras-cama			
Trabajo-situa			
Fricción neurol			
Higiene corporal			
Cuidados oculares			
Cuidados bucales			
Cambio ropa cama			
Medicación			
Férulas			
Salín			
Cambio Posturales o			
Lirado vesical			
Prevención de UPP			
Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso			

LOCALIZACIÓN	Mañana	Tarde	Noche

ESTADO	LOCALIZACIÓN	Mañana	Tarde	Noche

GLASGOW	HORA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	0	
Despertarse																												
Al hablar																												
Al dolor																												
Al movimiento																												
Confusión																												
Respuesta																												
Respiración																												
Ninguna																												
Obedece órdenes																												
Localiza dolor																												
Reacción retrada																												
anormal																												
Equilibrado																												
Ninguna																												
Brazo Derecho																												
Brazo Izquierdo																												
Pierna Derecha																												
Pierna Izquierda																												
Del lenguaje																												
Del reactivos a la luz																												

**Escala SAS de sedación-agitación (Riker)**

Agitación peligrosa, riesgo de rebalzo de catéteres, tubos, etc.	7
Muy agitado, mueve el tubo, requiere sujeción mecánica	6
Agitado, se calma con instrucciones verbales	5
Tranquilo y cooperador	4
Sedado, responde a estímulos auditivos intenos	3
Muy sedado, requiere apoyo estímulos físicos, no responde a estímulos verbales	2
Estado anestesiado, no responde a estímulos intenos	1

ETIQUETA

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD		DEPARTAMENTO IS (Hospital General Universitario de Alicante)	DIAGNOSTICO INTERVENCIÓN	ALERGIAS	ASLAMIENTO	FECHA	INFORMA
						PESO	TALLA
O P R D E S J K L M N	T.A.	T.C.	T.M.	T.F.	T.S.	ETIQUETA	
	60	25	40	175	200		
	50	20	39	180	180		
	40	15	38	125	160		
	30	10	37	100	180		
	20	5	36	75	100		
	10	0	35	50	70		
	0	-5	34	25	40		
	PARAMETROS VENTILATORIOS						
	VENTILACIÓN ESPONTÁNEA						
	VENTILACIÓN MECÁNICA						
	PRUEBAS DIAGNOSTICAS						
	GASES						
	HEMOGRAMA						
	BG URG						
BG CRD							
COAG URG							
COAG CRD							
COAG HIF							
AC-LACTICO							
TROPONINA T							
ECG							
RX TORAX							
FIBROBR							
TAC							
NIVELES							
H CONSULTA							
BACTERIOLOGIA							
SANGRE							
ORINA							
ESPUTO 47 TEL							
PUNTA CATER							
BALANCE ACUMULADO							
LOCALIZACIÓN UPP							
DIAS							
TET							
TOT							
RNL							
S VESICAL							
VIA CENTRAL							
VIA PERIFERICA							
VIA ARTERIAL							
SWAN-GANZ							
SHELDON							
CAT. EPIDURAL							

Investigación & Cuidados

ARTÍCULO ESPECIAL

**C**on el presente número damos la bienvenida a una nueva sección en la revista que su Consejo de Redacción ha bautizado con el nombre de “Enfermería y Sociedad”. El contenido que se ofrecerá al lector en ella, aunque no se presentará bajo el tradicional formato de trabajo científico, tendrá el rigor y la seriedad necesaria que justifique su publicación.

En esta nueva sección, como su nombre indica, se recogerá aquel material informativo generado por la interacción de nuestra profesión en los diferentes escenarios sociales donde enfermería está presente o se hace visible y siempre desde una visión global y de conjunto o bien individual y particular.

Por ello, dicho material informativo no sólo podrá proceder de miembros del colectivo enfermero o de las entidades que lo vertebran socialmente, sino también de personas e instituciones que, llevando a cabo su labor dentro del contexto sanitario o de cualquier otro, generen información importante y válida como para darla a conocer a la enfermería a través de esta revista.

Para comenzar su andadura, la sección “Enfermería y Sociedad”, recogerá en este número y en sucesivas revistas, las intervenciones de los ponentes que participaron en la I Convención de Enfermería en Alta Mar, evento profesional pionero en España y que tan buen “sabor de boca” dejó a los participantes en la misma.

José Antonio Ávila  
*Director de la revista*

## Objeción de conciencia. Información clínica y enfermera responsable. El derecho a la intimidad

**Autor:** Javier Sánchez Caro

*Director de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria, Consejería de Sanidad. Madrid  
(Conferencia desarrollada en la I Convención de Enfermería en Alta Mar  
Del 30 de junio al 5 de julio de 2008)*

### I

#### OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

##### LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LA ENFERMERA ¿EN QUÉ CONSISTE?¹

La objeción de conciencia consiste en la negativa de un individuo (en nuestro caso de la enfermera), por motivos de conciencia, a someterse a una conducta que en principio sería jurídicamente exigible, ya provenga la obligación directamente de la norma, de un contrato, de un mandato judicial o de una resolución administrativa².

Por lo que se refiere a nuestro derecho interno, la norma básica es la Constitución Española de 1978 donde se proclama el derecho a la objeción de conciencia, si bien en relación con el servicio militar³. El

reconocimiento de esta figura en el ámbito sanitario, sobre la base de aplicar directamente la Carta Magna, ha tenido lugar tan sólo, de momento, en el caso del aborto, donde el Tribunal Constitucional la conectó con el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa⁴. Debido a que posteriormente otro pronunciamiento del citado Tribunal se decantó por exigir una norma legal explícita para aceptar la objeción de conciencia en cada supuesto que se plantee, esto es una ley particular más allá de la propia Constitución⁵, existe actualmente una discusión doctrinal sobre si el caso del aborto debe ser considerado como una excepción singular, o si, por el contrario, podrá admitirse en el futuro una aplicación analógica para otros supuestos de objeción de conciencia que tengan también gran trascendencia ideológica o religiosa (sobre todo aquellos que conectan con el principio y final de la vida)⁶.



Por otro lado, la defensa de este derecho tiene un trato privilegiado con respecto a otros derechos, pues se le aplica el régimen de protección previsto para la salvaguardia de los derechos fundamentales. De esta forma, la Constitución permite a cualquier ciudadano que sienta vulnerado su derecho a la objeción de conciencia, recabar la tutela del mismo ante los Tribunales ordinarios por un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad y, en su caso, a través del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional<sup>7</sup>.

En cualquier caso, aunque el reconocimiento legal explícito de la objeción de conciencia del profesional de enfermería es una cuestión pendiente, no lo es su plasmación en el plano deontológico, donde hace ya tiempo que este derecho tiene su presencia en el código de deontología de la enfermería<sup>8</sup>. De esta manera, en el Código Deontológico de la Enfermería Española, de 1989<sup>9</sup>, se recoge la objeción de conciencia como un derecho propio del ejercicio de la profesión, que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. Asimismo, se establece que el Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna enfermera pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho<sup>10</sup>.

Ahora bien, el reconocimiento de este derecho por los textos deontológicos de la profesión enfermera tiene unos efectos limitados, pues las normas deontológicas, como ya vimos anteriormente, no equivalen a las leyes. Será, por tanto, su inclusión en el futuro dentro normas legales la verdadera garantía de seguridad jurídica para los profesionales en orden a su ejercicio dentro de la actividad sanitaria.

## II

### INFORMACIÓN CLÍNICA Y ENFERMERA RESPONSABLE

#### LA OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN CLÍNICA: «EL MÉDICO RESPONSABLE» Y «LA ENFERMERA RESPONSABLE»

Los profesionales de enfermería gozan de una situación privilegiada, por su mayor proximidad y cercanía a los pacientes ingresados y por el tiempo que pasan con ellos (habitualmente muy superior al del médico), para contribuir a paliar determinadas necesidades de estos últimos, tales como la falta de compañía, de comunicación o de apoyo emocional. De ahí también la extraordinaria labor que pueden desempeñar en materia de información clínica, por ejemplo, como colaboradores activos en el proceso de obtención del consentimiento informado<sup>11</sup>.

Sobre la citada labor de información clínica, con-

viene empezar recordando que la ley básica de autonomía del paciente establece que «todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente»<sup>12</sup>. Lo anterior significa que, además de en el médico, en el profesional de enfermería recaen desde luego obligaciones legales en materia de información al paciente.

Hasta tal punto es así lo que se dice que en algunas leyes autonómicas sobre derechos de los pacientes, se ha llegado a acuñar, como figura paralela al «médico responsable» o «médico interlocutor principal del paciente», la del «profesional de enfermería interlocutor del paciente», precisamente para cubrir los aspectos relativos a la información que debe dar la enfermera al paciente, previéndose incluso el deber de asignación a este último cuando sea atendido en un centro hospitalario<sup>13</sup>. De esta forma, tanto en la ley castellano leonesa como en la extremeña se prevé que en todos los centros, servicios o establecimientos debe asignarse a los pacientes un médico, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial, y, en su caso, un enfermero responsable del seguimiento y coordinación de su plan de cuidados que habrá de tener una especial implicación en el proceso de información al paciente<sup>14</sup>.

Así pues, desde la perspectiva enfermera, cada vez quedan más lejos respuestas estereotipadas del tipo «pregúntele al médico» o «yo de eso no le puedo informar». Muy al contrario, las enfermeras hoy día, en la mayoría de servicios sanitarios, tiene un papel más importante en la información que reciben los usuarios y pacientes que antaño<sup>15</sup>.

Bien es cierto, sin embargo, que en sentido estricto el papel del profesional de enfermería en el terreno de la información está referido fundamentalmente a sus cometidos específicos, esto es, a la dirección, evaluación y prestación de los cuidados que precisa el paciente o usuario de las técnicas<sup>16</sup>. De esta manera, podría decirse que su responsabilidad legal en el campo de la información se halla circunscrita a los aspectos citados<sup>17</sup>.

La aseveración anterior quedaría reafirmada por la previsión del Código Deontológico de la Enfermería Española, donde se indica que «la enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado»<sup>18</sup>. Lógicamente, en todo lo referente a la información sobre el diagnóstico y el tratamiento del paciente es el

médico el máximo responsable y a quien el profesional de enfermería debe derivarle a estos efectos.

A modo de conclusión, podríamos decir que la responsabilidad principal de informar incumbe al médico responsable del paciente, sin perjuicio de la que corresponde también al médico que practica la intervención diagnóstica o terapéutica respecto de las especificaciones adecuadas sobre la técnica concreta, y la de otros profesionales sanitarios, tales como los profesionales de enfermería, que pueden y deben participar en el proceso de información clínica del paciente, aunque dentro del ámbito de su función propia en el proceso de atención<sup>19</sup>.

En esta línea interpretativa, la ley básica, sin dejar de reconocer la responsabilidad de informar que recae sobre los profesionales que atienden al paciente durante cada fase del proceso asistencial o le aplican una técnica o un procedimiento concreto, constituye al médico responsable del paciente como garante de este último respecto del cumplimiento de la obligación de información a su favor<sup>20</sup>.

Es decir, se refuerza el protagonismo en esta tarea de dicho facultativo, a quien la propia ley define como el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, dejando a salvo las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales<sup>21</sup>, donde destaca la participación de la enfermera de acuerdo a los términos que se establezcan por el equipo del que forma parte.

### III

#### EL DERECHO A LA INTIMIDAD

El concepto de intimidad puede desdoblarse en diversos planos: podemos hablar de intimidad en sentido estricto, como algo individual, espiritual o psicológico, intrapersonal (nuestras convicciones, ideas, pensamientos, etc.). También de la intimidad corporal o física, que tradicionalmente hace referencia a aquellas partes del cuerpo humano de las que habitualmente se reputa pudor, recato o vergüenza, y que hoy día debe ampliarse a cualquier parte del cuerpo de la que sea posible, por ejemplo, obtener información genética de un individuo. Asimismo, podemos considerar la intimidad en sentido amplio, que equivale a la vida privada, relaciones personales, domicilio personal, etc.

El derecho a la intimidad es un derecho relativamente reciente en nuestro ordenamiento jurídico, pues no en vano la primera vez que se recoge en un texto

constitucional es con motivo de nuestra Carta Magna de 1978, donde se le confiere rango de derecho fundamental dirigido a proteger a la persona frente a cualquier invasión que pueda realizarse en el ámbito de su vida personal y familiar<sup>22</sup>. La idea fundamental que preside el derecho a la intimidad personal es la del acceso limitado, exclusión o separación, y así lo viene recogiendo la jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo que establece que la intimidad es el derecho a tener intacta, desconocida, incontaminada e inviolada la zona íntima, familiar o recoleta del hombre o, dicho de otra manera, que la intimidad por su naturaleza comporta un reducto individual, dotado de pleno contenido jurídico, que ha de preservar de todo tipo de intromisión extraña, cualquiera que pueda ser la legitimidad que acompaña a esta última<sup>23</sup>.

El Tribunal Constitucional va más allá incluso al considerar el citado derecho como un «poder jurídico de imponer a terceros el deber de abstenerse de toda intromisión en la esfera íntima de la persona y la prohibición de hacer uso de lo así conocido»<sup>24</sup>.

El citado tribunal ha dicho también que el atributo más importante de la intimidad, como núcleo central de la personalidad, es la facultad de exclusión de los demás, de abstención de injerencias por parte de otro, tanto en lo que se refiere a la toma de conocimiento intrusiva, como a la divulgación ilegítima de esos datos<sup>25</sup>. Añade dicho tribunal que la intimidad es un ámbito o reducto en el que se veda que otros penetren y que el derecho fundamental a la intimidad tiene por objeto garantizar al individuo un ámbito reservado de su vida, vinculado con el respeto de su dignidad como persona, frente a la acción y el conocimiento de los demás, sean éstos poderes públicos o simples particulares.

En consecuencia, este derecho atribuye a su titular el poder de resguardar ese ámbito reservado, no sólo personal sino también familiar, frente a la divulgación del mismo por terceros, así como de una publicidad no querida. Ahora bien, no se garantiza una intimidad determinada, sino el derecho a poseerla, disponiendo a este fin de un poder jurídico sobre la publicidad de la información relativa al círculo reservado de su persona y su familia, con independencia del contenido de aquello que se desea mantener al abrigo del conocimiento público. Es decir, siempre según el Tribunal Constitucional, lo que se garantiza es el secreto sobre nuestra propia esfera de intimidad y, por tanto, veda que sean los terceros, particulares o poderes públicos, quienes decidan cuáles son las lindes de nuestra vida privada<sup>26</sup>.

El derecho a la intimidad tiene lógicamente su proyección en el ámbito sanitario, y por ello se recoge en distintas normas jurídicas del campo de la salud, de las

que destaca sobre manera la ley básica de autonomía del paciente, donde se hace una doble proclamación en esta materia. Por un lado, se invoca el derecho de los pacientes a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley; y, paralelamente y como garantía de lo anterior, se dispone que los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas y establecerán las normas que se precisen para la finalidad referida<sup>27</sup>. Igualmente, se indica que la persona que elabore o tenga acceso a la información sanitaria está obligada a guardar la reserva debida<sup>28</sup> de lo que se trata a continuación.

### 1. Reserva debida y secreto profesional

La ley general de sanidad reconoce explícitamente el derecho de los pacientes a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboraran con el sistema público<sup>29</sup>.

Evidentemente, el deber de confidencialidad no es exclusivo de los médicos y enfermeras, sino que obliga a todos los profesionales y trabajadores del ámbito sanitario que estén implicados en el proceso asistencial o desarrollen tareas de carácter administrativo. De acuerdo con lo manifestado, la ley básica establece que toda persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida<sup>30</sup>.

Lógicamente, en el caso de los profesionales sanitarios -médicos y enfermeras fundamentalmente- existe una obligación más estricta de reserva, de mayor intensidad que la que rige para el personal de funciones administrativas, y que se deriva de la sujeción al secreto profesional.

En España el secreto profesional tiene su reconocimiento, aunque de forma indirecta, en nuestra Constitución de 1978, cuando dice que «la ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos»<sup>31</sup>.

Ahora bien, lo cierto es que el desarrollo legislativo que anuncia el mencionado precepto constitucional no se ha llegado a producir todavía, lo que ha originado dificultades a la hora de resolver situaciones conflictivas, pues no se sabe con certeza quiénes son, y en qué casos, las personas que se ven afectadas por el secreto profesional.

La mencionada falta de promulgación de la norma de desarrollo, y el hecho de que, en la acepción indicada en la Constitución, se trate de un derecho de los considerados «fundamentales» conduce, sin embargo, a que el citado precepto constitucional pueda ser invo-

cado como directamente aplicable por quienes desean acogerse al mismo en las situaciones que consideran procedentes<sup>32</sup>.

Por otro lado, debe recordarse que nuestro Tribunal Constitucional ha establecido claramente una conexión entre el derecho a la intimidad personal y familiar y el secreto, en el sentido de sostener que el primero garantiza la confidencialidad sobre nuestra propia esfera de intimidad, cuyo respeto constituye también una justificación reforzada para la oponibilidad del propio secreto<sup>33</sup>. Es decir, para el Tribunal, con el secreto se protege no sólo un ámbito de reserva exigido en el ejercicio de la actividad profesional, sino también la esfera de la personalidad garantizada por la Constitución para todos los ciudadanos<sup>34</sup>.

No obstante lo anterior, conviene resaltar que todavía nuestros tribunales no han reconocido el secreto médico ni el secreto enfermero como un derecho subjetivo en sentido estricto de los citados profesionales sanitarios. En concreto, el Tribunal Supremo tiene manifestado que el secreto médico es una modalidad del secreto profesional, un medio para proteger derechos fundamentales, pero no un derecho fundamental en sí mismo. Se trataría, por tanto, de un deber enderezado a evitar intromisiones ilegítimas en el ámbito de protección del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen<sup>35</sup>.

En cualquier caso, algunas Comunidades Autónomas, en su tarea de desarrollo o ampliación de la regulación contenida en la ley básica, han plasmado en sus leyes sobre derechos de los pacientes, algunas concreciones de este derecho a la intimidad, de las que significamos las siguientes<sup>36</sup>:

### 2. Intimidad corporal o física

La ley valenciana se refiere expresamente al derecho a que se preserve la intimidad corporal frente a terceras personas, estableciendo asimismo que la prestación de las atenciones sanitarias se hará respetando los rasgos básicos de la intimidad<sup>37</sup>.

Por su parte, la ley de Castilla y León reconoce igualmente el derecho a la intimidad corporal del paciente, con motivo de las exploraciones, cuidados o actividades de higiene, lo que concierne especialmente a la enfermería que deberá ser respetuosa con estas cuestiones dentro de las posibilidades de actuación que se den en cada caso. Además, ordena que la presencia de profesionales, estudiantes, investigadores u otros usuarios que no colaboren directamente en la realización de las atenciones citadas habrá que ser razonable, debiendo reducirse cuando así lo solicite expresamente el afectado o la persona que corresponda, de forma que las necesidades formativas sean compatibles con

las preferencias personales del paciente<sup>38</sup>.

Esta misma previsión se reproduce en la ley de Extremadura, incluyéndose dentro del ámbito de este derecho a la intimidad del paciente el derecho de este último a conocer la identidad y la misión de los profesionales que intervienen en la atención sanitaria, y el de que se le garantice la posibilidad de limitar la presencia de los citados investigadores, estudiantes u otros profesionales que no tengan una responsabilidad directa en la atención<sup>39</sup>.

### **3. Intimidad como vida privada. Limitaciones a las filmaciones en los centros y derecho de acompañamiento**

En esta afección de la intimidad como vida privada, las leyes extremeña y castellano leonesa reconocen el derecho a que los usuarios de los centros, servicios y establecimientos puedan limitar, en los términos establecidos por la normativa estatal, la grabación y difusión de imágenes mediante fotografías, vídeos u otros medios que permitan su identificación como destinatarios de atenciones sanitarias, debiendo obtenerse para dichas actuaciones, una vez explicados claramente los motivos de su realización y el ámbito de difusión, la previa y expresa autorización del afectado o de su representante<sup>40</sup>.

Las normas citadas enuncian también el deber de los centros de facilitar el acompañamiento de los pacientes por un familiar o persona de su confianza, salvo en los casos en que dicha presencia sea desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria conforme a criterios médicos. Esta previsión se enfatiza en los casos de mujeres en proceso de parto (se facilitará el acceso al padre u otra persona que designe), de menores (estarán acompañados por sus padres, tutores o guardadores) e incapaces (por los responsables de su guarda y protección)<sup>41</sup>, y en los supuestos de enfermos terminales (por familiares y personas vinculadas)<sup>42</sup>.

La norma castellano leonesa llega a afirmar que «se garantizará la disponibilidad de habitaciones individuales cuando las especiales circunstancias del paciente lo precisen» (por ejemplo, enfermos terminales), conforme a lo que reglamentariamente se establezca. Y, al mismo tiempo y como límite de lo anterior, que «el ejercicio de este derecho no podrá suponer un menoscabo del derecho a la asistencia sanitaria de otros usuarios del Sistema»<sup>43</sup>. En términos similares se pronuncia también la ley valenciana al incluir entre los derechos de los pacientes, el de obtener, dentro de las posibilidades presupuestarias de la Consejería de Sanidad, una habitación individual para garantizar la mejora del servicio y el derecho a la intimidad y confidencialidad de cada usuario<sup>44</sup>.

### **4. Intimidad cultural, ideológica, religiosa y sexual**

La Ley extremeña se ocupa de esta faceta de la intimidad cuando prescribe que deberán ser respetados los valores morales y culturales del paciente, así como sus convicciones religiosas y filosóficas, siempre dentro del respeto al ordenamiento jurídico y a las normas de funcionamiento del centro<sup>45</sup>.

A su vez, las leyes extremeña y castellano leonesa obligan a las Administraciones sanitarias de dichas Comunidades a velar porque todos los centros, servicios y establecimientos sometidos a las mismas guarden la debida confidencialidad de los datos referidos a las creencias de sus usuarios, a su filiación, a su opción sexual, al hecho de haber sido objeto de malos tratos y, en general, de cuantos datos o informaciones puedan tener especial relevancia para la salvaguardia de la intimidad personal y familiar<sup>46</sup>.

### **5. Intimidad genética**

La intimidad genética es una variante del derecho general a la intimidad corporal o física, de configuración doctrinal reciente, motivada fundamentalmente por el extraordinario desarrollo que vienen experimentando en los últimos tiempos la medicina e investigación genética.

En este sentido, la posibilidad de conocer, a través del estudio del ADN de un individuo, una predisposición a padecer determinada enfermedad, habla por sí solo de la vulnerabilidad de cualquier persona frente a compañías empleadoras, de seguros de vida, etc., que pudieran disponer de dicha información. Por este motivo, son necesarios esfuerzos legislativos encaminados a la adopción de medidas concretas en este campo.

En esta línea que estamos comentando, conviene significar que las reiteradas leyes extremeña y castellano leonesa dedican un apartado específico a la intimidad genética, cuando manifiestan que los poderes públicos velarán por el respeto a la confidencialidad de la información referida al patrimonio genético y por que dicha información no sea utilizada para ningún tipo de discriminación individual o colectiva<sup>47</sup>.

### **6. Intimidad informática**

La intimidad informática, derivada del derecho fundamental a la protección de datos recogido en nuestra Constitución Española<sup>48</sup>, constituye un derecho necesario para que se preserve la confidencialidad de los datos personales de los usuarios y pacientes recogidos en sistemas informáticos, y para que estos últimos puedan controlarlos debidamente, autorizando los accesos oportunos y disponiendo las medidas de rectificación, cancelación u oposición que deseen.



Por este motivo, tanto en la ley básica como en las leyes autonómicas de derechos de los pacientes se realizan alusiones y remisiones reiteradas a la normativa sobre protección de datos<sup>49</sup>, con especial referencia a la configuración del derecho de acceso por el propio paciente, por los profesionales sanitarios, y por terceros legitimados para ello.

A modo de ejemplo, la ley extremeña establece el derecho de los pacientes a acceder a los datos personales obtenidos en la atención sanitaria y a conocer la información existente en registros o ficheros<sup>50</sup>.

### 7. Límites al derecho a la intimidad

Como ocurre con el resto de derechos integrantes de nuestro ordenamiento jurídico, el derecho a la intimidad no es tampoco un derecho absoluto y tiene sus límites.

Entre ellos, ha de hallarse lógicamente el supuesto de que proceda, con arreglo a la normativa aplicable, comunicar o denunciar casos de abusos, maltratos y vejaciones que afecten a niños, personas mayores, mujeres, personas con enfermedades mentales y personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, que sean atendidas en centros o servicios sanitarios<sup>51</sup>. En estos supuestos se entiende que ha de primar la persecución del delito y la colaboración con la Justicia, por encima del derecho a la intimidad de los pacientes<sup>52</sup>.

### 8. La trascendencia de la vulneración del derecho a la intimidad en el campo penal y civil

Los efectos de la vulneración de este derecho en el campo de la medicina son especialmente importantes, en la medida en que dicha vulneración implica la revelación de datos que pertenecen a la esfera más íntima de la persona, como es el estado de salud de su cuerpo<sup>53</sup>.

Por el motivo anterior, nos detendremos brevemente en la responsabilidad penal que puede originarse como consecuencia de la violación del derecho a la intimidad, toda vez que en el Código Penal vigente se contemplan dos delitos concretos relacionados con esta cuestión.

El primero de ellos concierne directamente a los profesionales sanitarios, y castiga la vulneración de la intimidad del paciente y el paralelo quebrantamiento del deber profesional de sigilo o reserva, con prisión por tiempo de hasta cuatro años e inhabilitación especial por hasta seis años<sup>54</sup>.

Para algún autor, cuando el médico es, al mismo tiempo, funcionario público, dedicado como tal al ejercicio de su profesión en el ámbito público, por ejemplo, un médico de un Servicio de Salud de cualquier Comunidad Autónoma, la revelación del secreto médico supone un injusto que no se agota en el ataque a la

intimidad del paciente, sino que abarca también la infracción de un deber especial que se tiene por razón del oficio o cargo que se desempeña, y por ello debe ser castigada con arreglo a un delito específico, distinto al referido en el párrafo anterior, pero previsto igualmente en el Código Penal<sup>55</sup>.

El segundo supuesto es más genérico en cuanto castiga a cualquier persona que revelare secretos ajenos de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, previendo una pena de prisión por hasta tres años<sup>56</sup>.

Respecto de este delito ha de significarse el posible encuadramiento de aquellas conductas de personas que, sin tener la condición de profesionales sanitarios, realicen labores de tipo administrativo, de apoyo técnico u otras, y vulneraran la intimidad de los pacientes revelando informaciones secretas de estos últimos.

Por último, debe recordarse que para las conductas que supongan una agresión a la intimidad menos grave, de carácter no delictual, los afectados pueden recurrir al ejercicio de las acciones que prevé la ley orgánica sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen, donde se proclama que los citados derechos serán protegidos civilmente frente a todo género de intromisiones ilegítimas, entre las que se encuentran descritas «la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela» y «la captación, reproducción o publicación por fotografía, filme o cualquier otro procedimiento, de la imagen de una persona en lugares o momentos de su vida privada o fuera de ellos»<sup>57</sup>.

No debe olvidarse, sin embargo, que la norma recoge como exclusiones de la ilegitimidad de las intromisiones que contempla, la autorización expresa de la ley y el consentimiento expreso del titular del derecho, que podrá ser revocado<sup>58</sup>.

1 Sánchez-Caro, J. y Abellán, F.: Derechos del Médico en la relación clínica, Fundación Salud 2000 y Ed. Comares, Granada 2006, pp. 120-125.

2 Navarro-Valls, R. y Martínez-Torrón, J.: Las objeciones de conciencia en el Derecho Español y Comparado, Mc. Graw-Hill, Madrid, 1997, pp. 12-15. Los autores distinguen entre objeción de conciencia *secundum legem* (cuando la ley dispensa al sujeto para la acción, o le confiere una alternativa, como son los casos del aborto y, hasta hace algún tiempo, del servicio militar), y opción de conciencia *contra legem*, que consistiría en actuaciones delictuosas o, al menos, contravenciones de la norma legal forzadas por la propia conciencia, pero sin respaldo normativo.

3 Art. 30.2 de la Constitución Española: «La ley fijará las obligaciones militares de los españoles y regulará, con las debidas garantías, la objeción de conciencia, así como las demás causas de exención del servicio militar obligatorio, pudiendo imponer, en su caso, una prestación social sustitutoria»

4 Sentencia del Tribunal Constitucional, 54/1985. V. art. 16.1 de la



- Constitución Española.
- 5 Sentencia del Tribunal Constitucional., 161/1987, fund. Jurídico 3.º, relativa al servicio militar
- 6 Derechos del Médico en la relación clínica, ob. cit., pp. 87-92
- 7 Art. 53.2 de la Constitución Española
- 8 Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989
- 9 Aprobado por el Pleno del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería en España. Madrid, 14 de julio de 1989
- 10 Art. 22 del mencionado Código deontológico
- 11 Feito Grande, L.: Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado, PPC, 2000, p. 205
- 12 Art. 2.6 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 13 Las figuras del «médico interlocutor principal del paciente» y del «profesional de enfermería interlocutor del paciente» están previstas en el borrador del anteproyecto de ley por el que se regulan los derechos y deberes de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid en relación con la salud.
- 14 Art. 21 de la ley 8/2003, de 8 de abril, de las Cortes de Castilla y León, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud; y art. 6 de la ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, de Extremadura. También hay alusiones al «enfermero responsable del enfermo» en el Decreto canario 178/2005, de 26 de julio, sobre historia clínica
- 15 V. Busquets, M. y Cañs, J., capítulo «Participación de la enfermera en el proceso de informar», dentro de la obra La información sanitaria y la participación activa de los usuarios, Fundació Victor Grífols i Lucas, Vol. 13, 1999, pp. 62-64
- 16 Art. 7.2, a) de la mencionada Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- 17 Sin embargo, en alguna especialidad como la reproducción asistida, donde la información ha de comprender una gran cantidad de aspectos médicos, biológicos, psicológicos, éticos, jurídicos, económicos, etc., es habitual que las enfermeras colaboren en los aspectos generales de la información a los pacientes, para realizar aclaraciones o cubrir las posibles lagunas del responsable médico que no ha podido abarcarlo todo.
- 18 Art. 11 del Código Deontológico de la Enfermería Española (1989). V. Sánchez-Caro, J. y Abellán, F., Ética y Deontología Médica, Fundación Salud 2000, 2000, pp. 46-51
- 19 Información y Documentación Clínica. Documento Final del Grupo de Expertos, ob. cit., p. 19.
- 20 Art. 4.3 de la ley básica.
- 21 Art. 3 de la ley básica.
- 22 El art. 18.1 de la Constitución Española dice lo siguiente: «Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen»
- 23 Sentencias del Tribunal Supremo, de 23 de diciembre de 1974 y de 29 de julio de 1989 (Sala 4.ª)
- 24 Sentencias del Tribunal Constitucional núms. 73/1982, de 2 de diciembre; 110/1984, de 26 de noviembre; 89/1987, de 3 de junio; 231/1988, de 2 de diciembre; 197/1991, de 17 de octubre; 134/1999, de 15 de julio; 144/1999, de 22 de julio; y 115/2000, de 10 de mayo
- 25 Sentencia del Tribunal Constitucional de 22 de abril de 1993
- 26 Sentencias del Tribunal Constitucional 73/1982, de 2 de diciembre y 115/2000, de 10 de mayo
- 27 Art. 7 de la ley 41/2002, básica de autonomía del paciente
- 28 Art. 2 de la misma ley
- 29 Art. 10.3 de la Ley General de Sanidad
- 30 Art. 2.7 de la ley básica
- 31 Art. 24.2 de la Constitución Española
- 32 Álvarez-Cienfuegos Suárez, J. M.ª. y López Domínguez, O.: «Secreto médico y confidencialidad de los datos sanitarios». Plan de Formación de Responsabilidad Legal Profesional, unidad didáctica 4, Asociación Española de Derecho Sanitario, 1998.
- 33 Sánchez-Caro, Jesús y Javier: El Médico y la Intimidad, Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2001 (p. 112).
- 34 Sentencia Tribunal Constitucional 115/2000, de 10 de mayo (Sala 2.ª) y Auto Tribunal Constitucional 600/1989, de 11 de diciembre
- 35 Sentencia Tribunal Supremo, Sala 3.ª, de 22 de julio de 1991
- 36 Abellán, F.: «Unidad Didáctica IV. Las normas autonómicas en materia de autonomía del paciente, del derecho de información y documentación clínica. El desarrollo de la ley 41/2002 en las normas autonómicas: la práctica clínica y las normas autonómicas», II Edición del Curso Aspectos Jurídicos de la Relación Médico-Paciente, Organización Médica Colegial, Diario Médico y Fundación Aventus, enero 2006
- 37 Art. 26 de la ley 1/2003 de la Comunidad Valenciana
- 38 Art. 13 de la ley 8/2003 de Castilla y León
- 39 Art. 10.2.a, de la ley 3/2005 de Extremadura
- 40 Art 10.2, e, de la ley de Extremadura y art. 15 de la ley de Castilla y León
- 41 Art. 13 de la ley de Extremadura y art. 14 de la ley de Castilla y León
- 42 Art. 8, apartados c) y d) de la ley citada de Castilla y León
- 43 Disposición adicional primera de la ley 8/2003, de Castilla y León
- 44 Art. 3.9, de la mencionada ley 1/2003, de la Comunidad valenciana
- 45 Art. 10.2, c, de la ley de Extremadura
- 46 Art. 11 de la ley de Castilla y León y art. 12.1 de la ley de Extremadura
- 47 Art. 10 de la ley de Castilla y León y art. 11 de la ley de Extremadura
- 48 Art. 18.4 de la Constitución Española de 1978
- 49 Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal
- 50 Art. 10.2, d, de la ley de Extremadura
- 51 Art. 12 de la ley de Castilla y León
- 52 Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, donde se indica que: «los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante». De esta obligación de denuncia se excluye en el artículo siguiente a los abogados y a los procuradores respecto de las explicaciones de sus clientes, y a los eclesiásticos y ministros de culto en cuanto a las noticias conocidas en el ejercicio de sus funciones. No están excluidos, por el contrario, los profesionales sanitarios.
- 53 López, P., Moya, F., Marimón, S. y Planas, I.: Protección de datos de salud-Criterios y Plan de Seguridad. Ed. Díaz de Santos, 2001, p. 5
- 54 Art. 199.2 del Código Penal de 1995 que prevé, además de pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para ejercer la profesión de 2 a 6 años. Este precepto se refiere expresamente al «profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona».
- 55 Otero González, M.ª. P.: Justicia y Secreto Profesional, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., Madrid, 2001, p. 26. La citada autora se refiere al art. 417.2 del Código Penal que castiga la revelación por una autoridad o funcionario público de secretos e informaciones de un particular, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o cargo, con las penas de prisión de 2 a 4 años, multa de 12 a 18 meses, y suspensión de empleo o cargo público por tiempo de 1 a 3 años.
- 56 El citado artículo 199 del Código Penal, en su apartado 1, contempla este delito estableciendo la pena de prisión de 1 a 3 años y la de multa de 6 a 12 meses. En concreto el tipo es el siguiente: «El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales»
- 57 V. arts. 1 y 7.4º y 5º, de la Ley Orgánica 1/82, de 5 de mayo.
- 58 Art. 2.2 de la ley citada

## LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

*Revisión crítica y guía práctica*  
8.<sup>a</sup> EDICIÓN 2008  
María Teresa Luis Rodrigo  
Editorial Elsevier-Masson

Nueva edición de esta obra que viene publicándose desde 1993, cuyo objetivo es el de seguir difundiendo la labor de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y consolidar un instrumento de trabajo que parta de nuestros valores culturales y de nuestro entorno, y que por consiguiente resulte útil en la práctica diaria. Partiendo de esta premisa, las autoras abordan los cuidados más habituales en nuestro entorno ante un determinado diagnóstico, y formulados en términos lo suficientemente definidos como para ser útiles en la práctica, pero al mismo tiempo lo suficientemente amplios como para ser aplicables desde diversos modelos enfermeros en cualquier entorno. La obra se estructura en dos partes, la primera comprende un resumen de la historia de la NANDA, una revisión

del estado actual de la terminología diagnóstica, además de un breve repaso de los criterios para distinguir los problemas de colaboración de los diagnósticos enfermeros, así como de las directrices para formular los objetivos y planificar las actividades de unos y otros. La segunda parte de la obra incluye los diagnósticos aceptados por la NANDA hasta la decimoséptima conferencia celebrada en el 2006 y publicada en la taxonomía 2007-2008, ordenados alfabéticamente según el concepto diagnóstico. Ofrece al personal de enfermería, tanto a profesionales como a estudiantes, un lenguaje diagnóstico que permite identificar a través de manifestaciones objetivas y subjetivas, el término preciso a partir del cual planificar los cuidados enfermeros.



## DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación 2007-2008

AUTOR/ES: NANDA INTERNATIONAL

Nueva edición 2007-2008 de los diagnósticos enfermeros más difundidos y aceptados a nivel mundial y los que más han contribuido al desarrollo de la profesión, ya que permite detallar un plan de cuidados, definir unos resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para su consecución. La obra se divide en 3 apartados: el primero incluye el contenido tradicional de Diagnósticos enfermeros de la NANDA; en el segundo se describe la estructura y el modo en que se gestó la Taxonomía II y el tercero expone las guías para la presentación de nuevos diagnósticos, el proceso para apelar la decisión del Comité para la revisión de los diagnósticos, el glosario, etc.

### CONTENIDOS:

La actualización de esta clásica obra para estudiantes, clínicos y educadores incluye 25 nuevos diagnósticos y la revisión de 16 diagnósticos, así como un interesante esquema de los diagnósticos contenidos en el NNN (Taxonomy of Nursing Practice) y un índice con el listado completo de diagnósticos en orden alfabético para su rápida localización. Desde su primera edición, esta obra ha contribuido a la creación de un lenguaje enfermero común, primer paso para definir la actividad enfermera, posibilitar el pensamiento crítico e intercambio de opiniones sobre las necesidades del enfermo, y poder detallar un plan de cuidados,

unos resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para su consecución. La obra se divide en 3 apartados: el primero incluye el contenido tradicional de Diagnósticos enfermeros de la NANDA (definiciones y clasificación, con los diagnósticos ordenados alfabéticamente por el concepto diagnóstico); en el segundo apartado se describe la estructura y el modo en que se gestó la Taxonomía II; el tercer apartado expone las guías para la presentación de nuevos diagnósticos, el proceso para apelar la decisión del Comité para la revisión de los diagnósticos, el glosario, etc.



### ÍNDICE:

I. Diagnósticos enfermeros de la NANDA, 2007-2008. Diagnósticos enfermeros de la NANDA con definiciones, características definitorias o factores de riesgo y factores relacionados. II. Taxonomía II, 2007-2008. Historia del desarrollo de la Taxonomía II. Estructura de la Taxonomía II. Definición de los ejes. Construcción de una formulación diagnóstica enfermera. Taxonomía NNN para la práctica enfermera. Diagnósticos enfermeros aceptados para su posterior desarrollo. Nuevo desarrollo de la Taxonomía II. III. Desarrollo enfermeros: aplicaciones y guía para la propuesta de nuevos diagnósticos, 2007-2008.

■ Investigación & Cuidados

**XIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS**

**LUGAR:** Alicante

**FECHA:** 16 y 19 de octubre de 2008

**MÁS INFORMACIÓN:**

[www.congresomatronas2008.es](http://www.congresomatronas2008.es)



**III CONGRESO NACIONAL EQUIPOS DE TERAPIA INTRAVENOSA**

**LUGAR:** Colegio de Médicos de Navarra

**FECHA:** 15, 16 y 17 de octubre de 2008

**MÁS INFORMACIÓN:** [www.asociaciondeenfermeriae-ti.com](http://www.asociaciondeenfermeriae-ti.com)

**XV CONGRESO DE DERECHO SANITARIO**

**LUGAR:** Colegio de Médicos de Madrid

**FECHA:** del 16 al 18 octubre de 2008

**MÁS INFORMACIÓN:** [mcarrasco@siasa.es](mailto:mcarrasco@siasa.es); Tlfno: 914574891 fax: 914581088

**XXX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA**

**LUGAR:** Museos de la Atalaya (Jerez de la Frontera)

**FECHA:** del 21 al 24 de octubre de 2008

**MÁS INFORMACIÓN:** [www.selmaeventos.com](http://www.selmaeventos.com)

**XXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR**

**LUGAR:** Ctro. Evento y Congreso Hospital Santiago (Úbeda-Jaén)

**FECHA:** 22, 23, 24 octubre de 2008

**MÁS INFORMACIÓN:** [www.aseedar-td.ubeda2008.com](http://www.aseedar-td.ubeda2008.com); tlfno.: 902111919

**VII SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (AENTDE)**

**LUGAR:** Universidad Ramón Llull (Barcelona)

**FECHA:** 23 y 24 de octubre de 2008

**MÁS INFORMACIÓN:** [VIIsimposiumAENTDE@salle.-url.edu](mailto:VIIsimposiumAENTDE@salle.-url.edu); Tfno.: 932902399; fax: 932902398

**CONGRESO PROFESIONAL DE FIBROMIALGIA Y FATIGA CRÓNICA**

**LUGAR:** Palacio Exposiciones y Congresos de Madrid

**FECHA:** 24 y 25 de octubre de 2008

**MÁS INFORMACIÓN:** [www.grupoaulamedica.com](http://www.grupoaulamedica.com)

**III JORNADAS DE ENFERMERÍA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

**FECHA:** 7 y 8 de noviembre de 2008

**LUGAR:** Colegio de Enfermería de Valencia

**MÁS INFORMACIÓN:**

Tlfno.: 678 40 53 00; fax: 966

61 52 06; [www.enfermeriadeportiva.es](http://www.enfermeriadeportiva.es)



**XI COLOQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA**

**LUGAR:** Quito (Ecuador)

**FECHA:** 10 al 13 de noviembre de 2008

**MÁS INFORMACIÓN:** [www.asedefe.org](http://www.asedefe.org)

**VII SIMPOSIO NACIONAL ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS**

**LUGAR:** Tarragona

**FECHA:** 12-14 de noviembre de 2008

**MÁS INFORMACIÓN:** Telf.: 937209189; Fax: 937209240; Web: [www.bocentium.com/gne-aupp2008](http://www.bocentium.com/gne-aupp2008); e-mail: [gneaup2008@bocentium.com](mailto:gneaup2008@bocentium.com)

**XX JORNADAS NACIONALES SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA/ ENFERMERAS GESTORAS**

**LUGAR:** Valencia

**FECHA:** 4, 5 y 6 de marzo de 2009

**MÁS INFORMACIÓN:**

[sanicongress@20supervisionenfermeria.com](mailto:sanicongress@20supervisionenfermeria.com);

Tlfno.: 902190848 Fax: 902190850;

[www.20supervisionenfermeria.com](http://www.20supervisionenfermeria.com)



**V CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA OFTALMOLÓGICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

**LUGAR:** Valencia

**FECHA:** 27 y 28 de marzo de 2009

**MÁS INFORMACIÓN:** [aecv@hotmail.com](mailto:aecv@hotmail.com)



<http://www.aentde.com>

**Página Web de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería**

La AENTDE es una asociación sin ánimo de lucro, que se dio a conocer en el I Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería de Barcelona en mayo de 1996, con la idea de agrupar a todos los enfermeros interesados en estudiar y trabajar por un lenguaje común entre los profesionales de Enfermería.

Es una asociación científica, de carácter profesional, que nace con voluntad integradora y agrupa a más de 400 enfermeras, que trabajan con el diagnóstico de enfermería independientemente del sistema de clasificación que utilicen.

Se constituye con el propósito de organizar y fomentar el conocimiento y la utilización de las nomenclaturas enfermeras, como contribución específica al desarrollo del rol propio y de la ciencia enfermera, en beneficio de la salud de los ciudadanos y de los miembros de la Asociación.



**Objetivos**

- Contribuir al desarrollo de una terminología enfermera, que cualifique las aportaciones que las enfermeras realizan a la salud de la población.
- Fomentar y promover entre los profesionales de Enfermería el conocimiento y la utilización de los diagnósticos, intervenciones y resultado enfermeros.
- Colaborar con las organizaciones nacionales e internacionales para promover el intercambio y la investigación sobre diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros.

<http://www.portalcecova.com>

**El CECOVA pone en marcha su comunidad virtual**

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) ha puesto en marcha su portal en Internet ([www.portalcecova.es](http://www.portalcecova.es)). Se trata de un espacio virtual que constituye una auténtica comunidad de la profesión en la Red al que se ha dado forma y se está dotando de contenidos con el fin de que se adapte al máximo a las necesidades y exigencias de los profesionales de Enfermería.

Con la puesta en marcha de este portal, desde del CECOVA queremos que los profesionales de Enfermería tengan al alcance de su mano información actualizada sobre lo que acontece en su ámbito profesional, además de disponer de todo un conjunto de servicios y productos a los que podrán acceder de forma sencilla y exclusiva.

El portal dispone de un apartado específico destinado a formación a través del cual se ha puesto a disposición de Enfermería una completa oferta formativa on-line.



ENFERMERÍA EN LA RED



# Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

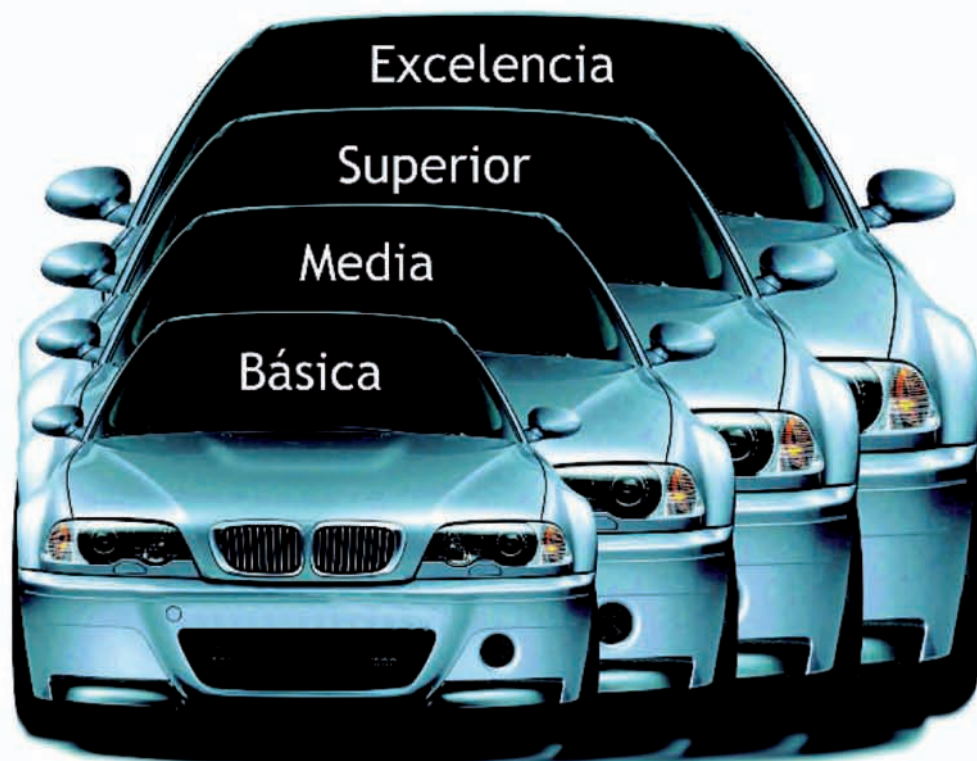


(Suscripción a la revista)

Quienes estén interesados en recibir de forma periódica esta revista, deben cumplimentar el Boletín de Suscripción mediante el formulario que encontrarán en [www.portalcecova.es](http://www.portalcecova.es)



# Ahora decide usted...



Nadie conoce mejor que usted sus necesidades, por eso, en A.M.A. le ofrecemos **4 modalidades** de seguros para su Automóvil.

## Ahora, además, premiamos su fidelidad

Ponemos a su disposición un servicio de **Asistencia Jurídica Telefónica Especializada**, de manera totalmente gratuita para consultas en los ámbitos **personal** y **profesional**

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

**91 572 44 22**



### 40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- A.M.A. Alicante **965 204 300** alicante@amaseguros.com
- A.M.A. Castellón **964 233 513** castellon@amaseguros.com
- A.M.A. Valencia **963 940 822** valencia@amaseguros.com
- A través de internet: **www.amaseguros.com**



# Tecnolnicio: las vitaminas que le ayudan a iniciar su propio negocio



Tecnolnicio es un crédito con el que podrá financiar todos los gastos iniciales de su actividad profesional, que le cubre hasta el **100% de la inversión** y que podrá pagar **en un plazo máximo de cinco años**.

Aproveche, una vez más, las **ventajas exclusivas** que TecnoCredit le ofrece **solo por formar parte del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)**.

## TecnoCredit le dejará un buen sabor de boca

Llévese este exprimidor Kenwood de regalo<sup>(1)</sup> al hacerse cliente de TecnoCredit.



**Infórmese** en cualquier oficina SabadellAtlántico o Solbank, llamando al **902 323 555** o en **tecnocredit.com**

(1) Promoción válida hasta finalizar existencias (500 uds.), por la apertura de una TecnoCuenta con un saldo mínimo de 300 €.