

# enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 89. Marzo 2004



**Elecciones a Junta Directiva de nuestra Asociación**

**El Consejo General nos invita a participar en el Proyecto NIPE**

**Nuestra próxima cita: Vélez Málaga. Información en páginas centrales**

**Urología: Docencia y formación en los estudios pregrado**



## ENFURO

nº 89 / Enero/Febrero/Marzo 2004  
Segunda Etapa

### JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEU

**Presidenta:** Mercedes Martín Valenciano  
**Vicepresidente:** Ricardo Lequerica Llopis  
**Secretario:** José M. Remírez Suberbiola  
**Tesorero:** Vicente Carrasco Rozalén  
**Secretario de Actas:** Gabriel Belenguer Civera  
**Vocal 1º:** Ascensión Crespo García  
**Vocal 2º:** Helena Guerra Peñagaricano  
**Vocal 3º:** Francisco Estudillo González  
**Vocal 4º:** Luis Alfonso Aparcero Bernet

### REDACCIÓN

**Directora:** Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)  
**Jefe de Redacción:** Francisco Estudillo González  
(Puerto Real-Cádiz)

#### Consejo de Redacción:

Luis Alfonso Aparcero Bernet (Sevilla)  
Vicente Carrasco Rozalén (Madrid)  
Gabriel Belenguer Civera (Xátiva-Valencia)  
Ricardo Lequerica Llopis (Valencia)

#### Consejo Asesor:

Mª Pilar García Maynar (Zaragoza)  
Eduardo Aparcero Rodríguez (Sevilla)  
Asunción Garrido Mora (Elche-Alicante)  
Cecilia Piquer Bosca (Valencia)

#### Nuestra portada:

Veléz Málaga

Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología  
Depósito legal: M-18042-1980  
ISBN: 0210-9476  
Soporte válido S.V.R. 246  
Realización: QAR Comunicación (Madrid)

**ENFURO** - Revista de la Asociación Española de  
Enfermería en Urología (Urología-Andrología e  
Incontinencia Urinaria)

Francisco Silvela, 54 duplicado 2º A  
Teléfono y fax: 91 356 27 95. e-mail: [enfuro@enfuro.net](mailto:enfuro@enfuro.net)  
28028 Madrid

## SUMARIO

- Editorial ..... 5
- Convocatoria de elecciones ..... 6
- Proyecto NIPE ..... 7
- Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria  
Napal Ros, C.; Lara Bueno, C.; Echeandía Valencia, B.;  
Egaña Gorraiz, C.; Lezaún Arrón, R.; Sancho Rey, B.;  
Recalde Yoldi, A. .... 8
- La enfermería en las ureteroileostomias tipo Briker:  
¿Que tenemos que aportar?  
Egea González, S.C.; Perales Martínez, E.; Zomeño  
Delgado, A.; Domínguez Barriales, M. .... 11
- XXVI Congreso Nacional de Enfermería Urológica ..... 18
- Urología, docencia y formación en los estudios de  
Pregrado  
Inés Fernández Fraga ..... 22
- ¿Que sabemos de la gestión del conocimiento?  
M. Sagüillo; B. San José; N. Gómez; N. de la Hoz ..... 29
- Imagen social de la enfermería, un vistazo al espejo público  
M Pedre Seoane; Mª C. Pita Barral; C. Valiño Pazos ..... 32



La Junta Directiva y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas por los autores en sus artículos. ENFURO tiene la propiedad de los artículos que contiene. Cualquier reproducción total o parcial de sus contenidos deberá ser autorizada por su autor y el Consejo de Redacción, haciendo expresa mención de la fuente.

## Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Próximos a comenzar a recibir una nueva remesa de trabajos para publicar, presentamos las normas de publicación por las que se rige ENFURO, y a las que nos debemos atener para darle rigor y prestigio a la misma, basadas en las normas internacionales de Vancouver. Se presenta un extracto, recomendamos la lectura de su totalidad en: [http://www.fisterra.com/recursos\\_web/mbe/vancouver.htm](http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm)

1. La revista ENFURO es el órgano de difusión de la Asociación Española de Enfermería en Urología, y en ella se podrán publicar artículos de opinión, artículos científicos, trabajos de investigación y trabajos presentados a los Congresos Nacionales e Internacionales de la Asociación. Está abierta tanto a los socios como a los que no lo son.

2. **Sistema de revisión por expertos (peer-review).** ENFURO somete la mayoría de los artículos que publica a la evaluación de revisores-asesores, expertos en la materia, y que no forman parte del Consejo Editorial de la revista. Éstos figuran en los créditos y recibirán los artículos para su análisis y evaluación. Podrán variar a criterio del Consejo.

El Consejo de Redacción priorizará la publicación de aquellos artículos relacionados con la urología, andrología e incontinencia urinaria y de contenidos eminentemente enfermeros. No se excluyen, en principio, los relacionados con otras especialidades de enfermería.

3. **Artículos en disquete o e-mail.** Los artículos y trabajos se enviarán en soporte electrónico (en disquete o CD) o por e-mail, en procesador de texto Word versiones 97 - 2000. Al presentar los disquetes, los autores deben:

- Cerciorarse de que se ha incluido una sola versión del artículo en el disquete.
- Incluir en el disquete solamente la versión última del artículo.
- Especificar claramente el nombre del archivo.
- Etiquetar el disquete con el formato y nombre del fichero.
- Enviar para revisión y cotejo una copia impresa en papel.

El material se enviará por correo postal (preferentemente certificado) a:

**Francisco Estudillo González. C/ Profesor Antonio Ramos, 4-6°. San Fernando (Cádiz).** Correo electrónico: [pacoestudillo@ono.com](mailto:pacoestudillo@ono.com)

4. **Encabezamiento: título y autores**

- a) El título del artículo debe ser conciso, pero informativo.
- b) El nombre de cada uno de los autores, acompañado de su grado académico más alto y su afiliación institucional.
- c) El nombre del departamento o departamentos e institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
- d) El nombre y la dirección del autor responsable de la correspondencia.

Cada autor deberá haber participado en grado suficiente

para asumir la responsabilidad pública del contenido del trabajo.

El director/a de la revista podrá solicitar a los autores que describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. El resto de personas que contribuyan al trabajo y que no sean los autores deben citarse en la sección de agradecimientos.

5. **Resumen y palabras clave.** Se incluirá un resumen (que no excederá de las 150 palabras). En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Haciendo hincapié en lo más novedoso o de mayor importancia.

Se identificarán de tres a cinco palabras clave que faciliten a los documentalistas el análisis documental del artículo y que se publicarán junto con el resumen.

6. **Método IMRYD y extensión:**

- Introducción.
- Métodos.
- Resultados.
- Discusión.

La extensión máxima del trabajo será de 10 folios, interlineado sencillo y letra fuente tamaño 12.

7. **Referencias bibliográficas.** Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto.

8. **Ilustraciones (figuras).** Las imágenes, fotos, dibujos, tablas, etc., que deban incluirse en los trabajos, se deberán enviar preferentemente en disquetes o CD o por e-mail, escaneadas a alta resolución.

En caso de ser imposible el escaneado, se enviarán junto con el disquete del texto por vía postal.

Conviene indicar el pie de foto que se prefiere para la ilustración, y las aclaraciones que la conecten con el desarrollo del texto.

9. **Abreviaturas y símbolos.** Utilice únicamente abreviaturas normalizadas. Evite las abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.

10. El Consejo de Redacción y la AEEU no se hacen responsables de las opiniones ni de los resultados obtenidos en los trabajos. La alusión y/o fotografías de personas y entidades debe estar controlada por el autor/es, con el compromiso de haber respetado la privacidad, imagen y confidencialidad de los interesados.

## EDITORIAL

## 2004 • Año Electoral

**N**OS hallamos inmersos en un nuevo periodo electoral. Además de haberse producido elecciones al Gobierno de la nación, tenemos a la vista las de nuestra Asociación, primeras de esta nueva etapa que serán en la modalidad de listas cerradas. Quiere decir esto que habrán de presentarse equipos de gobierno ya formados. Desde estas líneas os animamos a todos aquellos de vosotros que tengan inquietudes y ganas de trabajar a que forméis un equipo y presentadlo a estos comicios, ya que para que todo esto siga funcionando, necesitamos todos de vuestra participación y, por qué no, de un relevo, y quizás la entrada de aire fresco y nuevas ideas que mantengan la vitalidad y entusiasmo que la actual Junta ha tratado de poner. Se ha realizado una renovación profunda a todos los niveles de la Asociación, pero sin duda queda mucho por hacer y sois todos vosotros los responsables de esa continuidad. ▼

## Asociación Española de Enfermería en Urología

Les ruego reciban esta solicitud de admisión como socio/a de la Asociación Española de Enfermería en Urología, con derecho a recibir la revista ENFURO y todos los demás reflejados en los estatutos vigentes.

NOMBRE Y APELLIDOS.....

Asociación

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... CP..... TELÉFONO.....

Española de

CORREO ELECTRÓNICO.....

Enfermería

Solicita la admisión como socio de la Asociación (**Asociación Española de Enfermería en Urología**) por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La cuota de socio anual es por un importe de 48,08 euros mediante pago en cuenta corriente.

en Urología

BANCO/CAJA:..... OFICINA.....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la Asociación Española de Enfermería en Urología

Fecha:

Firma



**Asociación Española de Enfermería en Urología.**  
**Francisco Silvela, 54 duplicado 2º A. 28028 Madrid. Tel.: 91 356 27 95. Fax: 91 356 27 95**  
**e-mail: enfuro@terra.es Web: www.enfuro.com**

# Convocatoria de

## Elecciones

**D**URANTE el transcurso del próximo congreso en Vélez-Málaga, celebraremos elecciones a la Junta Directiva de nuestra Asociación; con la aprobación por el Ministerio del Interior de la reforma de nuestros estatutos, estas elecciones tienen algunas variaciones sustanciales con respecto a las celebradas hasta ahora, también en el número de cargos que compondrán la nueva junta, como podéis comprobar en el artículo 16, que reproducimos a continuación.

### ARTÍCULO 16

La Junta Directiva regirá la Asociación como delegada de la Asamblea General, que es el órgano supremo de gobierno. Estará compuesta por:

- Un Presidente.
- Un Vicepresidente.
- Un Secretario General.
- Un Tesorero.
- Tres Vocales numerados.

Por motivos de operatividad, es conveniente, aunque no imprescindible, que el Secretario General resida en el lugar donde tiene su sede la Asociación.

Así mismo, también varía el modo de presentar la candidatura, ya que ésta será formando parte de una lista cerrada y completa y no de forma individual como se hacía hasta ahora; tanto esto como los plazos de la convocatoria vienen recogidos en el artículo 17 de los nuevos estatutos, que pasamos a reproducir:

### ARTÍCULO 17

- a) Los cargos de la Junta Directiva serán elegidos por la Asamblea General Ordinaria entre los socios numerarios, con una antigüedad mínima en la Asociación de un año, teniendo cada periodo una duración de cuatro años.
- b) Igualmente serán electores todos los socios numerarios, independientemente de su antigüedad, y que consten en el censo electoral.
- c) El sistema de votación será de listas cerradas. Los candidatos podrán presentarse dentro de una candidatura con lista única y consensuada. Será elegida la lista más votada.
- d) Al acercarse el periodo de renovación de cargos, la Junta Directiva anunciará a los socios el inicio del proceso de elecciones con al menos 3 meses de antelación, iniciándose entonces la admisión de listas.
- e) Un mes antes de la asamblea de elecciones se cerrará el plazo de aceptación de candidaturas.
- f) En la convocatoria de asamblea se incluirán las listas candidatas para conocimiento de todos los socios electores.
- g) Es condición indispensable para aceptar una lista a candidata el que esté completa. No se admitirán listas con vacantes para posterior cumplimentación.
- h) La Junta que presida en cada momento la Asociación establecerá las normas y modalidades de voto, siendo éstas anunciadas con la debida antelación para general conocimiento.

De la convocatoria de estas elecciones, así como de las fechas y plazos concretos, tendréis cumplida información a través de carta personalizada, así como en el próximo número de la revista. ▼

# Proyecto NIPE

**El Consejo General de Enfermería invita a la AEEU a participar en la 2ª fase del NIPE (Normalización de Intervenciones para la Práctica de Enfermería), al igual que al resto de sociedades científicas enfermeras.**

## REQUERIMIENTOS DEL CONSEJO A LA AEEU

1. Participar en la redacción, diseño y descripción de actividades de las intervenciones enfermeras relacionadas con la urología basadas en la clasificación del NIC del grupo de Iowa.

Este grupo, como sabéis, ha elaborado una taxonomía de intervenciones enfermeras (NIC, CIE en español) en base a la taxonomía diagnóstica de la NANDA. Ya está editada la tercera edición.

El Consejo pretende «traducir» y aplicar a nuestro entorno esta taxonomía para hacerla, por una parte, asequible y asimilable a nuestra praxis profesional y, por otra parte, convertirla en norma de referencia de la práctica enfermera implantable en todo el Estado, avalada por el Ministerio de Sanidad e impulsada con los desarrollos oportunos por el Consejo Interterritorial (que es el órgano que aglutina a todos los consejeros de Salud de las distintas comunidades autónomas).

2. Para poner en marcha esta ingente labor, pide a las asociaciones que formen un GRUPO DE EXPERTOS (al que llamamos GRUPO MONITOR), el cual debe tener un coordinador nombrado por nosotros y estar compuesto de 7/8 miembros.

Piden que este grupo monitor sea capaz y tenga conocimiento de:

- El proceso enfermero en sus cinco fases.
- Los patrones funcionales de Valoración de Marjory Gordon, ya que en éstos se basa el NIPE para la Valoración Inicial del estado de salud (1ª fase del proceso enfermero).
- Manejo de la taxonomía diagnóstica y juicio diagnóstico NANDA.
- Manejo de las clasificaciones NIC (= CIE) y de la NOC (= CRE), referentes a intervenciones y criterios de resultados, del grupo de Iowa.
- Manejo de técnicas de grupo: Grupos nominales, Técnica Delphi, Brinstorming, etc.
- Manejo de bases documentales, búsquedas bibliográficas y Enfermería basada en la evidencia (EBE).
- Ser capaz de generar otras personas para adherirse al proyecto, en el grupo de panelistas (que se explica más adelante).

Este grupo monitor tiene dos funciones claras:

A) Generar un grupo de panelistas expertos en cada una de las intervenciones que se van a ir proponiendo. Este grupo de panelistas deben ser en número de 30/40 y estar especialmente relacionados con la intervención propuesta, bien por la práctica asistencial, bien por trabajos publicados, investigaciones, etc.

Una vez seleccionadas estas personas, se enviarán al Consejo para que éste los valide y vean si se adaptan o no a un perfil que ellos mismos confeccionarán.

Este grupo de panelistas será sometido a una técnica Delphi que, mediante cuestionarios, decidirá el nombre final de la intervención, la descripción y la lista de actividades o acciones de cuidados que requiere.

El grupo monitor evaluará la marcha de los trabajos y evaluará los cuestionarios que emita el grupo de panelistas.

B) El grupo monitor, y de forma paralela, llevará a cabo una búsqueda bibliográfica sobre temas relacionados con la intervención de que se trate, de manera que mediante manejo de bases documentales y bibliográficas se obtenga la evidencia científica que refrende el diseño de la intervención que se trate en cada momento.

## RECURSOS

El Consejo no se puede hacer cargo de la financiación de los desplazamientos que origine el grupo monitor para llevar a cabo las reuniones (aconseja la territorialización para evitar desplazamiento). En todo caso se desplazarían ellos a requerimiento del grupo.

Como mucho puede aportar soporte logístico para envíos postales, asesoramiento y tutela del grupo, tratamiento de los datos que se le envíen, y en algún caso su propia sede para reuniones.

Nos ponen una asesora (Srt. Beatriz) para dudas que nos surjan.

La Junta de la AEEU ha decidido no desvincularse de este proyecto para que la voz de nuestra Asociación se pueda oír en el Consejo y en el desarrollo de las mencionadas intervenciones enfermeras. Para ello pide la colaboración de los socios para que os integréis en el grupo monitor o como expertos en los grupos de trabajo.

Si así es vuestro deseo, podéis contactar con José Luis Aranda Vizcaíno, socio de Madrid, colaborador de esta Asociación y que la Junta ha designado como coordinador de este proyecto, en los teléfonos 627 51 97 71 y 91 326 29 62. ▼

### PARA MÁS INFORMACIÓN PODÉIS CONSULTAR EN:

- [www.nipe.enfermundi.com](http://www.nipe.enfermundi.com) (página del propio proyecto).
- [http://www.terra.es/personal/duenas/home\\_.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/home_.htm) (página de metodología y proceso enfermero), aporta además una lista de asociaciones y sociedades enfermeras.
- <http://www.ub.es/aentde/> (página de la Asociación Española de Normalización, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería).
- <http://www.es-emoji.com/enfermeria-actual/> (página de metodología enfermera, proceso enfermero y uso de patrones funcionales de Marjory Gordon).

NAPAL ROS, CARMEN; LARA BUENO, CRUZ; ECHEANDÍA VALENCIA, BENIGNO; EGAÑA GORRAIZ, CRISTINA; LEZAÚN ARRÓN, ROSA; SANCHO REY, BLANCA; RECALDE YOLDI, ASUN.

# Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria

## RESUMEN

En este trabajo se hace un repaso sobre lo que ha sido en el pasado la incontinencia urinaria y cómo se afronta y afecta a la vida de las pacientes en la actualidad, así como las soluciones que se les ofrecen tanto de rehabilitación como quirúrgicas (TVT). Para conocer la eficacia de esta técnica y la satisfacción de las pacientes, realizan un estudio descriptivo y de evaluación utilizando como herramienta un cuestionario de 14 preguntas durante un periodo determinado. A la vista de éstos se nos presentan unos resultados interesantes y además se nos da unas pinceladas de cuál será el tratamiento futuro de esta patología, que parece irá encaminado hacia la prevención.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria femenina, cinta vaginal libre de tensión (TVT), rehabilitación suelo pélvico, grado de satisfacción.

**SUMMARY:** In this work a review becomes on which it has been in the past the urinary incontinencia and as it confronts and it affects to the life of the patients at the present time, as well as the solutions that offer so much to them of rehabilitation as surgical (TVT), to know the effectiveness this technique and the satisfaction of the patients make a descriptive study and of evaluation using as tool a questionnaire of 14 questions during a period of certain time. At sight of these interesting results appear to us and in addition to as it will be the future treatment of this pathology that seems wrath directed towards the prevention.

**Key words:** Feminine urinary Incontinence, vaginal tension tape free (TVT), Rehabilitation pelvic ground, degree of satisfaction.

## INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema de salud que afecta a un importante número de mujeres con gran repercusión en su bienestar físico, psicológico y social, así como económico.

Por trivial que pueda parecer, la incontinencia urinaria de esfuerzo tiene unos efectos tremendos para quienes la padecen. Necesitan llevar compresas absorbentes; dejan de realizar deportes o de bailar; en algunos casos rehuyen las relaciones sexuales por temor a tener un escape de orina; van reduciendo sus actividades y vida social.

Para solucionar este problema contamos con dos medidas terapéuticas: La fisioterapia, que mejora la tonicidad de la musculatura del suelo pélvico y ayuda a recobrar su función fisiológica, y las diferentes técnicas quirúrgicas. En la fisioterapia es fundamental la colaboración de la paciente y su total motivación, ya que el tratamiento no sólo lo efectúa el profesional.

### Pasado de la incontinencia

En general se aceptaba como otro problema más de la vida y no se creía que fuera precisa asistencia médica, o en otros casos, al ser de naturaleza tan íntima, se tiende a esconderlo con lo que disminuye paulatinamente sus actividades y vida social, teniendo como resultado un deterioro de su seguridad y autoestima.

Un elevado porcentaje de estas personas nunca buscaron ayuda de un profesional o han tardado varios años en hacerlo, como consecuencia nos encontramos actualmente un grado de incontinencia tan elevado que la única solución pasa por la intervención quirúrgica.

### Presente de la incontinencia

Con la incorporación de la mujer a la vida laboral y social se ha creado la necesidad de encontrar soluciones a este problema de salud. Por lo general nos encontramos que son pacientes jóvenes que mantienen conservado el tono muscular del suelo pélvico y en las que la primera opción ha de ser la rehabilitación del tono muscular del periné.

Hasta hace poco, la edad, el parto, la obesidad y el estreñimiento eran los factores de riesgo en la IUE femenina. Últimamente, el deporte entra a formar parte de estos factores de riesgo, siendo candidatas a este síntoma un alto porcentaje de atletas jóvenes y físicamente saludables.

Quizá la práctica deportiva regular ha sido, junto con la incorporación de la mujer al mundo laboral, la gran revolución del siglo XX. En este acceso de la mujer al deporte no se han tenido en cuenta aspectos de la biología o la biomecánica de la mujer. Aparece una nueva patología, que poco tiene que ver con las típicas del aparato locomotor; la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer deportista.

Estudios epidemiológicos manifiestan la prevalencia de la IUE relacionada con la práctica deportiva de la mujer y, en

los últimos años, nos amplían el perfil de IUE: «Mujer joven, nulípara, físicamente activa y saludable y/o deportista de élite». Padecen IU con una prevalencia entre el 8 al 40%.

Cuando el problema es tan grave que no es efectiva la rehabilitación, la solución es quirúrgica. En nuestro centro la técnica de elección es la TVT desarrollada por el Dr. Ulmsten, mediante la cual se coloca una malla de polipropileno por vía vaginal, por debajo de la uretra sin fijación ni tensión sobre ella, consiguiendo así la creación de un ligamento y el fortalecimiento del suelo pélvico.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Para conocer la eficacia de la técnica y la satisfacción de las pacientes hemos realizado un estudio descriptivo y de evaluación utilizando como herramienta un cuestionario de 14 preguntas basado en el «Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida del paciente» (Potenziani 99). Para el presente trabajo, de las 14 preguntas, hemos valorado 8:

- Seis para ver la eficacia de la técnica:
  - Pregunta uno, valora la incontinencia en general.
  - Pregunta dos, valora incontinencia en reposo y/o acostada y/o sentada.
  - Preguntas tres, cuatro y cinco, valoran incontinencia de esfuerzo.
  - Pregunta seis, valora si hay urgencia miccional.
- 1. *¿Presenta incontinencia urinaria?*
- 2. *¿Presenta incontinencia urinaria en reposo y/o acostada y/o sentada?*
- 3. *¿Presenta incontinencia urinaria mientras tose, estornuda o se ríe?*
- 4. *¿Presenta incontinencia urinaria mientras hace esfuerzos, ejercicios, aeróbicos o multifuerza?*
- 5. *¿Presenta incontinencia urinaria mientras realiza su actividad sexual?*
- 6. *¿Presenta a veces ganas fuertes de orinar y no le da tiempo a llegar al baño?*
- Dos para comprobar la satisfacción de las pacientes:
  - 13. *¿Si conoce a algún familiar con este problema, le aconsejaría someterse a este tipo de cirugía?*
  - 14. *¿Está satisfecha de los resultados de la intervención?*

- El período del estudio abarca de agosto de 1998 a enero de 2003, enviando el mencionado cuestionario a 236 pacientes intervenidas de TVT en nuestro centro y realizando una valoración estadística de los resultados obtenidos.
- Revisión de las historias clínicas.
- Consulta bibliográfica.
- Asesoramiento del equipo multidisciplinar del Servicio de Urología.

## LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ES UN PROBLEMA DE SALUD QUE AFECTA A UN IMPORTANTE NÚMERO DE MUJERES CON GRAN REPERCUSIÓN EN SU BIENESTAR FÍSICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL, ASÍ COMO ECONÓMICO

#### OBJETIVOS

- VALORAR la eficacia de la técnica (TVT).
- CONOCER la satisfacción de las pacientes intervenidas.
- DESTACAR el papel de la enfermería en la prevención y corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

#### RESULTADOS

- Número de casos. Hemos recibido 174 encuestas de las 236 enviadas. De ellas son válidas para el estudio 164 (69,49%), teniendo que anular por diferentes motivos 10 (4,24%):
  - Fallecimiento (1).
  - Error en envío (1).
  - Dirección incorrecta (1).
  - Mal contestada (1).
  - Intervenidas por ginecología con colocación de TVT, sin incontinencia previa (6).
- Estudio por edad.

La media de edad de la población estudiada es de 61,3 años, con una desviación estándar de 11,62. El rango de edad está entre 33

y 86 años.

Media de edad: 61,5

Desviación estándar: 11,6.

Rango de edad: 33-86.

- El período estudiado abarca desde agosto de 1998 a enero de 2003.
- Se considera que la técnica ha sido eficaz cuando la continencia es completa o existe incontinencia mínima debida a urgencia miccional. Ésta alcanza el 67,68% de las encuestadas, presentando incontinencia por urgencia un 7,93%.
- Comparando por edad; la eficacia en las pacientes  $\leq$  61 años es del 48,65% y en las pacientes  $\geq$  62 años es del 51,35%.
- Un 39,63% de las pacientes mantienen algún tipo de incontinencia (de reposo, de esfuerzo y/o por urgencia). El 17,07% de las pacientes presentan incontinencia mixta (de reposo, de esfuerzo y de urgencia).
- El 86,88% están muy satisfechas con el resultado de la intervención y el 2,49% sólo parcialmente y el 10,63% nada satisfechas.
- De las pacientes que presentan incontinencia tras la intervención, un 72,31 % están satisfechas.

#### CONCLUSIONES

- El concepto de la IU va cambiando con el paso de los años. En el pasado se consideraba algo normal. En el presente se va dando una toma de conciencia y una búsqueda de soluciones. En general, el tratamiento es qui-



rúrgico, pues aún no se actúa lo suficiente en la prevención, en la que se ha de incidir a partir de ahora.

- Con respecto a la intervención TVT:
  - La satisfacción de las pacientes es superior a la eficacia de la técnica, lo que nos hace ver que proporciona una mejoría significativa en la calidad de vida.
  - En un análisis por edad se observa que la eficacia no tiene diferencias significativas por encima o por debajo de la media de edad.
- Dado que la eficacia de la cirugía no es muy elevada, se debe incidir en la prevención, que pasa por una buena información. Ésta debe canalizarse desde los centros de salud, puesto que son la puerta de entrada al Sistema de Salud.

### Futuro de la incontinencia

En el futuro, las actuaciones deberían ir encaminadas a la prevención, en la que es fundamental el papel de la enfermería. La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema muy extendido entre las mujeres adultas, se habla de 4 de cada 10. Más que suficiente para que se considere un trastorno de tal prevalencia como para que sea incluido en los protocolos de actuación de Atención Primaria.

Al ser un problema de naturaleza tan íntima, conlleva dificultades a la hora de detectar los casos, ya que hay muy pocas mujeres que vayan a su médico de familia a consultar directamente su problema.

Tendremos que ser los profesionales de AP los que ayudemos a estas mujeres a salir de su aislamiento.

La IU es susceptible de tratamiento y cura para la mayoría de las pacientes. Las opciones no invasivas y de bajo riesgo deben ser consideradas como la primera línea de tratamiento para proporcionar resultados con calidad de vida.

Entendemos por terapia conservadora aquel tratamiento que puede evitar o posponer una cirugía o mejorar el resultado obtenido después de la misma.

### Factores de riesgo

- Según el tipo de actividad profesional; es evidente que para resolver la disfunción no vamos a poder decirle a la paciente que cambie de trabajo, pero sí tendremos que recomendarle una serie de pautas para minimizar sus efectos sobre el periné.
- La edad; situación que tampoco se puede elegir o cambiar, seamos razonables a la hora de aconsejar la práctica de un deporte a una mujer, tenga la edad que tenga, pero con más cuidado si se halla en periodo pre o posmenopáusicos. Dada la influencia que tiene el nivel de estrógenos para el buen funcionamiento de las estructuras blandas de la pelvis, podría existir la indicación de terapia hormonal sustitutiva para aquellas pacientes con IU o prolapso ya antes de la menopausia.
- El estreñimiento; muy importante por su gran incidencia, no tanto en el ritmo o frecuencia como sí en la

mecánica evacuatoria que es casi siempre altamente lesionante.

- Alteraciones morfológicas; la hiperlordosis lumbar, es un elemento de riesgo para el periné que conviene corregir desde edades tempranas, para evitar la sobrecarga del periné anterior, agudizada por los esfuerzos.
- La obesidad; conviene destacar los trastornos alimentarios que producen aumentos y pérdidas de peso de forma brusca, y que también debilitan sensiblemente los tejidos de colágeno pélvicos, no teniendo éstos la capacidad de los músculos estriados de poderse trabajar y por tanto recuperar.
- Alteración congénita del colágeno; conviene detectarlo cuanto antes. En la adolescencia puede intuirse en aquellas chicas que tienen tendencia a los esguinces recidivantes o aquellas llamativamente elásticas sin entrenamiento especial para ello.
- Afecciones respiratorias; son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad y se originan principalmente por alergias y tabaquismo. Ambos problemas causan síntomas (estornudos y tos) reiterados, lo cual perjudica a medio y largo plazo al suelo pélvico.
- El deporte; es conveniente que todos los profesionales de la salud seamos capaces de asesorar convenientemente a una mujer sobre el ejercicio más adecuado a cada momento de su vida, así como a aquellos padres/madres que nos pidan información sobre la práctica deportiva más indicada para que inicien sus hijas.

### Tratamiento fisioterápico

Tiene como objetivo la restauración de una estática pélvica equilibrada y la continencia urinaria y anal. Hay una amplia gama de técnicas:

- Ejercicios de Kegel.
- Técnicas manuales de reforzamiento del suelo pélvico.
- Electroestimulación funcional.
- Biofeedback.
- Dispositivos intravaginales.
- Técnicas comportamentales.

Cabe señalar que la terapia física del suelo pélvico debe considerarse no sólo como tratamiento, sino como prevención de la IU; la aplicación sistemática durante el embarazo y el puerperio evitaría la inmensa mayoría de las veces la aparición de los síntomas. ▼

### BIBLIOGRAFÍA

- Robles García, J.E. «Incontinencia urinaria».
- Revista de la Asociación Española de Urología, 53,1 (9-13), 2000 «TVT (cinta libre de tensión), nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo».
- Smith-Germain. «Enfermería médico-quirúrgica».
- Manual de enfermería.

EGEA GONZÁLEZ, S.C.; PERALES MARTÍNEZ, E.; ZOMEÑO DELGADO, A.; DOMÍNGUEZ BARRIALES, M.  
DUEs. Servicio Urología. Fundación Hospital Alcorcón

# La enfermería en el preoperatorio de las ureteroileostomías tipo Bricker: ¿qué tenemos que aportar?

## RESUMEN

Comparar los dos métodos de preparación intestinal utilizados en nuestro servicio (Fosfosoda® y Solución Evacuante Bohm®) tanto en eficacia como en seguridad, así como en tolerancia y comodidad por parte del paciente. Para ello realizamos un ensayo clínico preliminar, prospectivo, aleatorio y simple ciego, realizado entre el 16 de octubre de 2001 y el 14 de junio de 2002.

**Palabras clave:** Ureteroileostomía, Bricker; limpieza de colon, preparación intestinal, Fosfato de sodio, Fosfosoda®, Polietilenglicol, Solución Evacuante Bohm®, lavado anterógrado de colon.

**SUMMARY:** To as much compare both used methods of intestinal preparation in our service (Fosfosoda® and Solucion Evacuante Bohm®) in effectiveness as in security, as well as in tolerance and comfort on the part of the patient. For it we made a preliminary Test clinical, prospectivo, random and simple blind person, made between the 16 of October of 2001 and the 14 of June of the 2002.

**Key words:** Ureteroileostomía, Bricker; Cleaning of colon, intestinal Preparation, sodium Phosphate, Fosfosoda®, Polietilenglicol, Solution Evacuante Bohm®, washed of colon.

## INTRODUCCIÓN

Se denomina derivación urinaria a la alteración total o parcial del recorrido normal de la orina.

Existen diversas causas que pueden llevar a una derivación urinaria: Tumoraes, vejiga neurógena, obstructivas, congénitas y traumáticas.

La clasificación más común de las derivaciones urinarias se presenta según sean continentes o no continentes (19):

### 1. CONTINENTES:

- A) Ortotópicas: Para la eliminación y eteriorización de la orina se utiliza la vía normal o uretra (ureteroileo-ouretostomías).
- B) Heterotópicas: Se utilizan vías alternativas a la uretra como el tubo digestivo o la piel (ureterosigmoidostomías, urostomías continentes).

### 2. NO CONTINENTES:

- A) Heterotópicas:
  - Mediante sonda o catéter (nefrostomías y tallas suprapúbicas).
  - Con estoma mucocutáneo: Ureteroileostomías cutáneas (Bricker).

Para la realización de nuestro trabajo nos centramos en las ureteroileostomías cutáneas, las cuales consisten en aislar una porción de íleon para crear un conducto ileal al que se abocarán ambos uréteres. El extremo proximal de esta por-

ción de íleon se cierra y el distal es llevado a piel para formar un estoma mucocutáneo. Este tipo de cirugía tiene una antigüedad de 151 años (20) y es la derivación urinaria más frecuente realizada en Europa (19).

La primera descripción de esta intervención quirúrgica data del año 1935 descrita por Seiffert (20) y a partir de ese momento, laseudovejiga formada a partir de una porción de íleon fue popularizada con el nombre de Bricker.

La manipulación quirúrgica del colon es considerada por los urólogos y cirujanos como una práctica de riesgo ya que, al interrumpir la integridad de la mucosa intestinal, predispone la salida de microorganismos aumentando el riesgo de infección intra-abdominal y del sitio operatorio. Además, la presencia de materia fecal intraluminal durante la cirugía es considerada como un factor mecánico que puede poner en riesgo la realización de una anastomosis segura.

Debido a estos conceptos, se consideró necesaria la preparación preoperatoria del colon utilizando antibióticos y la preparación mecánica, con el propósito de lograr tres objetivos:

- Disminuir la concentración bacteriana y así reducir las tasas de infección.
- Eliminar la mayor cantidad de material sólido y líquido disminuyendo la posibilidad de dehiscencia de anastomosis secundaria a un aumento de la presión intraluminal.
- Facilitar la manipulación del colon durante el procedimiento.

Existen varios métodos para lograr una adecuada preparación de colon. En la actualidad, el sistema más idóneo es el lavado oral anterógrado, pues se consigue con él una mejor limpieza del colon y acorta el tiempo de preparación (1).

Desde el punto de vista del paciente es interesante contar con su comodidad. La ingestión de un volumen superior a 3 litros de líquido en un tiempo relativamente limitado supone una amenaza a dicha comodidad. En la guía clínica de Cirugía Colorrectal editada en el año 2000 (1), acepta la administración de Fosfosoda® como el sistema más idóneo para la limpieza anterógrada de colon por la facilidad de su empleo y de la monitorización del paciente.

Actualmente, en nuestro centro son usados de forma habitual e indiferentemente Fosfosoda® y Solución Evacuante Bohm®.

El objetivo principal de este estudio es comparar los dos métodos de preparación intestinal utilizados en nuestro centro (Fosfosoda® y Solución Evacuante Bohm®) tanto en eficacia como en seguridad, así como en tolerancia y comodidad por parte del paciente.

No es función de la enfermería pautar el método con el que llevaremos a cabo dicha preparación, pero sí es nuestro el trato más directo con los pacientes; de ahí el origen de nuestro estudio.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Ensayo clínico preliminar para el posterior desarrollo de nuestro estudio final.

Entre el 16 de octubre de 2001 y el 14 de junio del 2002 recogimos un total de 46 casos de pacientes aleatorizados prospectivamente para la limpieza colo-rectal.

Los pacientes incluidos en la muestra fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios:

### a) Criterios de inclusión:

Fueron incluidos en nuestro estudio todos los pacientes que:

- Ingresaron en el servicio de Hospitalización de Cirugía General o de Urología de la Fundación Hospital Alcorcón para ser sometidos a intervención quirúrgica programada que precisó preparación anterógrada intestinal.
- La hora de comienzo de la preparación no excedió las 12 h de la mañana del día previo a la cirugía.
- La preparación constó de 16 sobres de Solución Evacuante Bohm® ó 2 frascos de Fosfosoda®, más 1 g de Eritromicina y 1 g de Neomicina a las 13, 14 y 23 h (protocolo establecido por la unidad de Cirugía General ampliable al resto de cirugías que precisaran dicha preparación).
- Llevó dieta líquida sin residuos 24 h antes de la cirugía.

### b) Criterios de exclusión:

Fueron excluidos de nuestro estudio todos los pacientes que:

- No cumplieron los criterios de inclusión.
- Que precisaron enemas de limpieza previamente a la

**EXISTEN VARIOS  
MÉTODOS PARA  
LOGRAR  
UNA  
ADECUADA  
PREPARACIÓN DE  
COLON. EN LA  
ACTUALIDAD, EL  
SISTEMA  
MÁS IDÓNEO  
ES EL  
LAVADO ORAL  
ANTERÓGRADO,  
PUES SE  
CONSIGUE  
CON ÉL  
UNA MEJOR  
LIMPIEZA  
DEL COLON Y  
ACORTA  
EL TIEMPO  
DE PREPARACIÓN**

cirugía por preparación defec-  
tuosa.

- Con patología asociada que contraindicó el empleo de estos métodos (insuficiencia renal grave, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad intestinal inflamatoria aguda).
- Que no toleró el preparado.
- Con inadecuado nivel de hidratación o ausencia de colaboración.
- Con sospecha de oclusión o pseudo-oclusión intestinal.

Una vez incluidos en el estudio fueron aleatorizados prospectivamente según el número de historia clínica, siendo preparados con Fosfosoda® todos aquellos cuyo número fuera impar y con Solución Evacuante Bohm® aquellos cuyo número fuera par.

A los pacientes que preparamos con Fosfosoda® recomendamos la toma de la primera dosis antes de las 11 h, disuelta en un vaso de agua fría o zumo, con una ingesta mínima de 1,5 l de líquido hasta la segunda dosis que se tomaría a las 18 h, seguido de abundantes líquidos hasta las 24 h del mismo día.

A los pacientes preparados con la Solución Evacuante Bohm® recomendamos comenzar con los 16 sobres antes de las 11 h del día previo a la cirugía, cada uno disuelto en un vaso de agua lo que implica una ingesta mínima de 4 l de líquido hasta las 24 h.

Para ambos grupos redactamos y entregamos las instrucciones escritas para que con su lectura se consi-

guiera una correcta administración de ambos preparados.

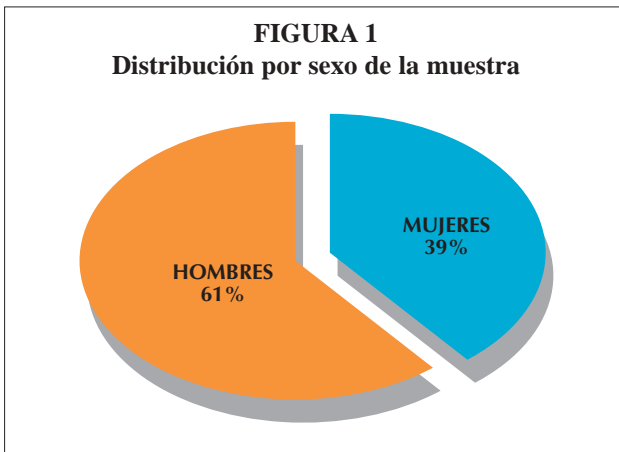
Utilizando el cuestionario adjunto, objetivamos el cumplimiento de las instrucciones y la tolerancia del producto por parte de los pacientes, la valoración de la calidad de la limpieza por parte del equipo de Enfermería justo antes de bajar a quirófano y la valoración de la limpieza de colon intraoperatoria por parte de los cirujanos.

## RESULTADOS

Desde la apertura de nuestro centro, 18 pacientes han sido intervenidos de cistectomía radical con derivación tipo Bricker, 15 han sido varones y 3 mujeres, con una edad media de 67,44 años (D.E. 6,37).

De los 46 pacientes incluidos en el presente estudio, 28 (61%) fueron varones y 18 (39%) mujeres. Estos grupos presentan una edad media de 63 años (D.E. 17,66).

**FIGURA 1**  
Distribución por sexo de la muestra



El análisis de las intervenciones realizadas durante el 16 de octubre de 2001 y el 14 de junio de 2002 que precisaron la preparación mecánica colónica es expuesta a continuación en la Tabla 1. Las más numerosas fueron las sigmoidectomías (Tabla 1), que constituyeron el 29% del total de las intervenciones. Sólo 3 pacientes fueron intervenidos durante este período de ureteroileostomía con derivación tipo Bricker.

**TABLA 1**  
Intervenciones quirúrgicas que precisaron preparación mecánica colónica

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Nº DE CASOS (%)
Ureteroileostomía (Bricker)	3 (7)
Hemicolectomía derecha	6 (13)
Hemicolectomía izquierda	2 (4)
Hemicolectomía dcha. ampliada	1 (2)
Hemicolectomía izda. ampliada	0 (0)
Sigmoidectomía	13 (29)
Resección anterior baja	2 (4)
Resección anterior	2 (4)
Amputación abdomoperineal	8 (17)
Reconstrucción Hartman	3 (7)
Otros	6 (13)

*Un total de 22 (48%) pacientes fueron finalmente preparados con Fosfosoda® y 24 (52%) con Solución Evacuante Bohm®.*

De los 22 pacientes preparados con Fosfosoda®, un 23% no la toleró, llegando a incumplir su correcta administración al vomitar el producto, un 67% no refirió ningún tipo de sintomatología, un 5% tuvo náuseas sin llegar al vómito o refirió debilidad (Tabla 2).

De los 24 pacientes preparados con la Solución Evacuante Bohm®, un 58% no refirió ningún tipo de sintomatología durante la administración de la misma, un 8% manifiesta molestias recto-anales, un 13% refiere dolor cólico-retortijones, el mismo tanto por ciento que presentó náuseas y tan

sólo un 8% no toleró la total administración del producto (Tabla 2).

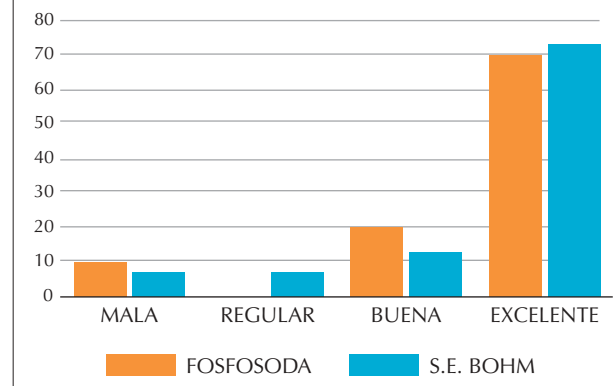
**TABLA 2**  
Valoración por parte del paciente de la Fosfosoda® y de la Solución Evacuante Bohm®.

	Fosfosoda (n=22)	S.E. Bohm (n=24)
Preparación no tolerada	5 (23)	2 (8)
No síntomas	15 (67)	14 (58)
Náuseas	1 (5)	3 (13)
Debilidad	1 (5)	0 (0)
Cólicos-retortijones	0 (0)	3 (13)
Molestias recto-anales	0 (0)	2 (8)

En términos absolutos, la tolerancia de la Solución Evacuante Bohm® fue mucho mejor que con la Fosfosoda®, ya que tan sólo un 8% no toleró el producto frente al 23% de la Fosfosoda®.

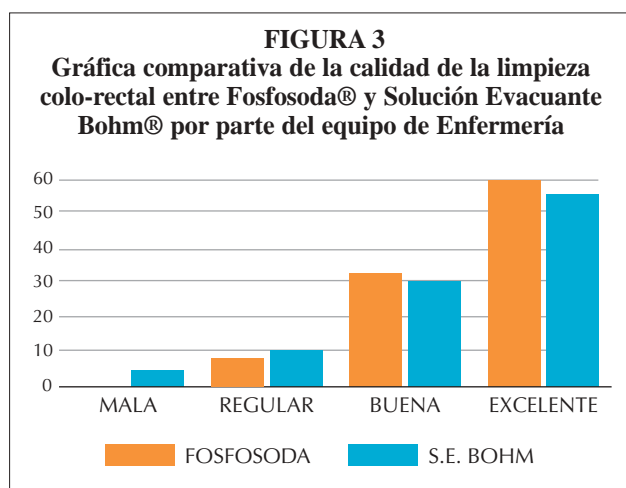
La valoración global de la limpieza del colon realizada por los cirujanos, desconocedores de la solución administrada, reveló que la Solución Evacuante Bohm® fue calificada de «excelente» en un 73% (Figura 2) de los casos frente al 70% de los casos de la Fosfosoda® (Figura 2).

**FIGURA 2**  
Gráfica comparativa de la calidad de la limpieza colo-rectal entre Fosfosoda® y Solución Evacuante Bohm® por parte de cirujanos



Frente a la opinión de los cirujanos, el equipo de enfermería valora la preparación con Fosfosoda® de «excelente» o «buena» en un 93% de los casos (Figura 3) frente al 85% de la Solución Evacuante Bohm® (Figura 3).

Es importante tener en cuenta que ni en la valoración por parte de los cirujanos ni en la del equipo de Enfermería, fueron incluidos aquellos pacientes que por la no tolerancia del producto se excluyeron del estudio.



## DISCUSIÓN

La preparación preoperatoria del intestino se introdujo como una maniobra habitual para reducir el riesgo de infecciones y mejorar el manejo intraoperatorio del colon (1). Actualmente ésta se realiza en dos formas:

1. Mediante la preparación mecánica utilizando diversas soluciones.
2. Administrando antibióticos por vía oral.

Con la preparación mecánica se busca disminuir el número de bacterias presentes en la luz intestinal antes de la cirugía, mientras que con el uso de antibióticos disminuir la concentración intraluminal de bacterias y alcanzar el nivel adecuado de éstos en los tejidos para contrarrestar cualquier contaminación durante el acto quirúrgico.

En la actualidad, el sistema más idóneo para la preparación mecánica de colon es el lavado anterógrado, pues se consigue con él una mejor limpieza del mismo que con el lavado retrógrado (2).

Para una preparación mecánica ideal se valoran muchos aspectos (1), entre ellos, y los que nosotros hemos tenido más en cuenta desde el punto de vista del equipo de Enfermería, son: Una fácil administración, segura, eficaz, bien tolerada por los pacientes, costo-efectiva y que tenga mínimos efectos secundarios.

Según nuestro estudio, de los pacientes preparados con Fosfosoda®, un 67% no refirió ningún tipo de sintomatología frente al 58% de la Solución Evacuante Bohm®. En un estudio previo, se demuestra que la tolerancia de los pacientes a la Fosfosoda® fue superior a la Solución Evacuante Bohm®: Menos dificultad para beber el preparado (17 frente al 32%), menos dolor abdominal (12 frente al 22%) respectivamente (1).

Ambas soluciones demostraron ser eficaces en la limpieza intestinal previa a la cirugía. Respecto a la calidad de la limpieza, los cirujanos calificaron la preparación colo-rectal intraoperatoria con Fosfosoda® como excelente o buena en un 90% de los casos frente al 86% de la Solución Evacuante Bohm®. La enfermería calificó de excelente o buena el 93% de los casos preparados con Fosfosoda® y el 85% de los preparados con Solución Evacuante Bohm®. Es impor-

**ES FUNCIÓN DE ENFERMERÍA, EXPLICAR EL MECANISMO DE ACCIÓN, LA FUNCIÓN Y LA INSTRUCCIÓN PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE AMBOS PRODUCTOS. POR ELLO, Y POR NUESTRO DESEO DE UNIFICAR CRITERIOS COMO CUÁNDO TOMAR LOS PREPARADOS O CON QUÉ DEBEN TOMARSE, REDACTAMOS INSTRUCCIONES ESCRITAS PARA ACLARAR LAS DUDAS DE LOS PACIENTES**

tante tener en cuenta que el equipo de Enfermería valora la parte distal del intestino a pesar de tratarse de lavados anterógrados. En base a esta observación, se decide la necesidad de administrar enemas de limpieza.

La eficacia del producto está relacionada directamente con una correcta administración del mismo.

Ambos productos son laxantes salinos. La alta osmolaridad de los compuestos en los laxantes salinos atrae agua a la luz intestinal. La acumulación de líquidos altera la consistencia de las heces, distiende el intestino e induce el movimiento peristáltico, pudiendo presentarse cólicos.

Es función de Enfermería, explicar el mecanismo de acción, la función y la instrucción para la correcta administración de ambos productos. Por ello, y por nuestro deseo de unificar criterios como cuándo tomar los preparados o con qué deben tomarse, redactamos instrucciones escritas para aclarar las dudas de los pacientes.

Una de las conclusiones más destacadas extraídas de nuestro estudio es que la Fosfosoda® debe comenzarse a primera hora de la mañana (8 h). Se diluirá el producto en un vaso de agua o zumo frío debiendo ingerirse a pequeños sorbos a lo largo de 20 minutos. El segundo frasco debe distanciarse lo máximo posible del primero para arrastrar los últimos restos de heces que puedan quedar en el intestino (separar unas 12 h entre ambos).

La Solución Evacuante Bohm® debe comenzarse a primera hora de la mañana (8 h). Así conseguimos que el paciente no precise la ingesta de un vaso de agua con el producto cada 15 minutos como viene indicado en el prospecto, sino que distanciamos las tomas facilitando su tolerancia y consiguiendo una terminación más temprana, que permita el descanso nocturno. Estudios previos, como el llevado a cabo por Church (17), han llegado a la misma conclusión.

Es importante tomar una cantidad de líquido adecuado durante el protocolo de Fosfosoda® y Solución Evacuante Bohm® para evitar deshidrataciones y conseguir una buena efectividad del producto.

Un dato a tener en cuenta es que el paciente ingresa en nuestro hospital a las 8 h del día previo a la cirugía.

Con este estudio hemos intentado sembrar las bases para el posterior desarrollo de un ensayo clínico que nos permita

**CUESTIONARIO DEL PACIENTE****Etiqueta**EDAD:  SEXO: M  H **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:**

- 1  HEMICOLECTOMÍA DERECHA
- 2  HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA
- 3  HEMICOLECTOMÍA DERECHA AMPLIADA
- 4  HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA AMPLIADA
- 5  SIGMOIDECTOMÍA
- 6  RESECCIÓN ANTERIOR
- 7  RESECCIÓN AMPLIADA BAJA
- 8  AMPUTACIÓN ABDOMINOPERITONEAL
- 9  RECONSTRUCCIÓN DE HARTMAN
- 10  URETEROILEOSTOMÍA TIPO BRICKER

FECHA DE LA CIRUGÍA: **PRODUCTO UTILIZADO EN LA PREPARACIÓN DE COLON:**

- 1  FOSFOSODA
- 2  SOLUCIÓN BOHM

**VALORACIÓN DE LA TOLERANCIA AL PRODUCTO POR PARTE DEL PACIENTE:**

- 1  NO SÍNTOMAS
- 2  NÁUSEAS
- 3  PESADEZ-FLATULENCIAS
- 4  DOLOR CÓLICO-RETORTIJONES
- 5  DEBILIDAD
- 6  MOLESTIAS RECTO-ANALES

**VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA POR PARTE DE ENFERMERÍA:**

- 1  MALA (HECES SÓLIDAS EN COLON)
- 2  REGULAR (HECES LÍQUIDAS)
- 3  BUENA (RESTOS DE HECES LÍQUIDAS)
- 4  EXCELENTE (SIN RESIDUO FECAL)

**VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA POR PARTE DE CIRUJANOS:**

- 1  MALA (HECES SÓLIDAS EN COLON)
- 2  REGULAR (HECES LÍQUIDAS)
- 3  BUENA (RESTOS DE HECES LÍQUIDAS)
- 4  EXCELENTE (SIN RESIDUO FECAL)

**MOTIVO POR EL QUE EL PACIENTE ES EXCLUIDO DEL ESTUDIO:**

	SÍ	NO
FALTA DE COLABORACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREPARACIÓN NO TOLERADA (VÓMITOS POR INTOLERANCIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NECESIDAD DE ENEMAS DE LIMPIEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA POR GÉRMENES COLÓNICOS*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO COMENZAR LA PREPARACIÓN A LA HORA INDICADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASIGNACIÓN NO ALEATORIA AL ESTUDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

esclarecer cuál de estos dos productos, Fosfosoda® o Solución Evacuante Bohm®, resulta más eficaz, cómodo y seguro, tanto para el paciente como para el equipo de enfermería y cirujanos.

## CONCLUSIONES

- El grado de limpieza del colon fue similar con ambos productos.
- La tolerancia en términos absolutos fue mejor para la Solución Evacuante Bohm®.
- Respecto al grado de comodidad en la ingestión del producto fue mejor con la Fosfosoda® debido al menor volumen de líquido requerido en la administración de la misma comparado con la Solución Evacuante Bohm®.
- Cuanto más tiempo cuentan los pacientes para la total digestión del producto, tanto mejor es su preparación.
- La preparación mecánica del colon debe comenzarse desde primera hora del día previo a la cirugía, ya que de este modo será más cómoda la total absorción del producto y podrá descansar mejor la noche previa a la cirugía (aspecto que consideramos de vital importancia en el preoperatorio).
- Consideramos la importancia de beber abundantes líquidos (agua, zumo, infusiones, caldos, etc.) durante el proceso de preparación con ambos productos para una mejor limpieza del colon y evitando, así, una deshidratación del paciente. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Oliveira L. Wexler SD. Daniel N. DeMarta D. Weiss EG. Nogueiras JJ. Berntein M. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: a prospective, randomized, surgeon-blinded trial comparing sodium phosphate and polyethylene glycol-based oral lavage solutions. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 585-591.
- Lledó Matoses S. Cirugía Colorrectal (guía clínica). Arán, 2000.
- Canard JM. Lapuelle J. Allouche S. Fleet Phospho Soda: a step towards a better acceptability of colonic preparations before colonoscopy. A randomized comparative multicentric study versus polyethylene glycol. Poster of distinction. Brussels, 2000 8 th UEGW.
- Momblan D. Lacy AM. Irunzun R. Delgado S. Riera E. García Valdecasas JC. Estrada O. Pera M. González X. Visa J. Lavado anterógrado en cirugía colorrectal. Estudio comparativo entre Nap y PEG. XXIII Congreso Nacional de Cirugía. 68, 2000 Nov.
- Bujanda L. Muñoz C. Sánchez A. Iriondo C. Ramos F. Sánchez Llona B. Alkiza ME. Tolerancia y limpieza del colon con dos preparaciones. Polietilenglicol o fosfato sódico. *Gastroenterología y Hepatología*. 24(1):9-12, 2001 Jan.
- Young CJ. Simpson RR. King DW. Lubowski DZ. Oral sodium phosphate solution is a superior colonoscopy preparation to polyethylene glycol with bisacodyl. *Diseases of the Colon & Rectum*. 43(11): 1568-71, 2000 Nov.
- Peltrault C. Pontette F. Pillon M. Monier JM. Dumont O. Prospective randomized single blind trial comparing oral sodium phosphate with polyethylene glycol for colonoscopy preparation. *Gastroenterol Clin Biol*. 25: 29-34, 2001.
- Lee J. McCallion K. Acheson AG. Irwin ST. A prospective randomized study comparing polyethylene glycol and sodium phosphate or cleaning solutions for colonoscopy. *Ulster med*. 68: 68-72, 1999.
- Viñas J. Gaverrell A. Torres S. Fermiñán A. Iglesias E. Shonemberger JA. Pérez-Holanda S. Pelayo A. De Lafuente MC. Rivas MC. Pérez L. Tolerancia y efectividad del lavado anterógrado de colon con Fosfosoda. Estudio prospectivo de 30 casos. *Cir. Esp*. 63: 336-339, 1998.
- Unal S. Dogan UB. Ozturk Z. Cindoruk M. A randomized prospective trial comparing 45 and 90-ml oral sodium phosphate with X-Pre the preparation of patients for colonoscopy. *Acta Gastroenterol Belg*. 61: 281-284, 1998 Jul-Sep.
- Kolts BE. Lyles WE. Achem SR. Burton L. Geller MacMath T. A comparison of the effectiveness and patient tolerance of oral sodium phosphate, castor oil and standard electrolyte lavage for colonoscopy or sigmoidoscopy preparation. *Am J Gastroenterol*; 88(8): 1218-23, 1993 Aug.
- Chinton AP. O'Sullivan M. Cox MA. Loft DE. Nwo CU. A blinded, randomized comparison of a novel low-dose, triple regimen with fleet phospho-soda study of colon cleanliness, speed and success colonoscopy. *Endoscopy*. 32: 37-41, 2000 Jan.
- Normas generales de funcionamiento. Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Fundación Hospital Alcorcón.
- Marshall JB. Pineda JJ. Barthel JS. King PD. Prospective, randomized trial comparing sodium phosphate solution with polyethylene glycol-electrolyte lavage for colonoscopy preparation. *Gastrointest Endosc*. 39(5): 631-4, 1993 Sep-Oct.
- Church JM. Effectiveness of polyethylene glycol antegrade gut lavage bowel preparation for colonoscopy-timing is the key! *Dis Colon Rectum*. 41: 1223-5, 1998.
- Arezzo A. Prospective randomized trial comparing bowel cleaning preparations for colonoscopy. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 10(4): 215-7, 2000 Aug.
- Ferguson KH. McNeil JJ. Morey AF. Mechanical and antibiotic bowel preparation for urinary diversion surgery. *Journal of Urology*. 167(6):2352-6, 2002 Jun.
- Alcocer Pérez-España A. Barbacil Millán S. Castaño González I. García Moreto JM. Manual sobre derivaciones urinarias. Coloplast Productos Médicos, S.A. Madrid 2001.
- Madersbacher S., Möhrle K., Burkhard F. and Studer, U. E.: Long-term voiding pattern of patients with ileal orthotopic bladder substitutes. *J Urol*, 167: 2052, 2002.
- Hautmann R. E. and Paiss, T.: Does the option of the ileal neobladder stimulate patient and physician decision towards earlier cystectomy? *J Urol*, 159: 1845, 1998.

La eficacia de  
nuestros sistemas  
de protección,  
apaga cualquier  
chispa de  
inseguridad.



Todo paciente urostomizado arde de  
deseo en evitar la mínima fuga y/o  
movimiento involuntario. **CONSECURA  
URO y URODRESS CONVEX.**  
Dos sistemas con una seguridad in-  
combustible.



**ConSecura<sup>®</sup> Uro**

**URODRESS<sup>®</sup>**  
**CONVEX**

 **ConvaTec**  
Grupo Bristol-Myers Squibb  
**Siempre a tu lado**

Constitución, 1, 3<sup>º</sup> 08960 Sant Just Desvern (Barcelona)  
[www.convatec.com](http://www.convatec.com)







# 26 Congreso Nacional de Enfermería Urológica

Vélez-Málaga 2004

## Presentación

*«Gracias sean dadas a Dios, señores, que a tan buena parte nos ha conducido! Porque si yo no me engaño, la tierra que pisamos es la de Vélez Málaga»*

MIGUEL DE CERVANTES. «EL QUIJOTE»

Estimados el compañeros:

Lo que en el año 2002 en Huelva fue una aventura en la que nos embarcamos unos cuantos malagueños de Vélez-Málaga, enfermeros del Hospital Comarcal de la Axarquía, hoy es una lucha continua contra reloj para llegar al «puerto» del 26 Congreso Nacional de Enfermería Urológica, que, en representación de la AEEU, nos hemos marcado como meta de nuestra organización.

Aunque en «paños menores» todavía, el equipo que formamos, y el cual tengo el orgullo de capitanear, está con toda la maquinaria bien engrasada y atando cabos y colocando cada vez más piezas al puzzle del programa definitivo del Congreso.

En el apartado de contenidos creo que puedo jactarme ya, a día de hoy, de que mis compañeros del comité científico están cerrando un programa al que no le falta nada de las últimas tendencias actuales de la enfermería, en el que van a participar profesionales punteros en estos campos y con el que esperamos dar respuesta a la demanda actual de los compañeros que acuden habitualmente a esta reunión anual de la urología.

No queremos que la parte «lúdica» vaya a la zaga, y, en ese sentido, vamos en la línea de dar a conocer lo mejor que ofrece nuestra comarca de la Axarquía al turista y al viajero, queriendo daros una semblanza lo más completa posible de la gastronomía, los paisajes, los pueblos blancos y las costumbres de unas personas generosas y hospitalarias, siempre gozosas de enriquecerse recibiendo gentes de todos los rincones de esta piel de toro tan rica y variada que es España.

Desde el mismo corazón de la Costa del Sol, llenos de ilusión y deseosos de que nos desbordéis con vuestras solicitudes, os invitamos, desde ya, a que pongáis la proa hacia el Mediterráneo, ese mar azul que os abre sus brazos como siempre y especialmente en los últimos días de octubre de 2004, donde un puñado de veleños, enfermeros por más señas, estarán encantados de componer gracias a la aportación de cada una de vuestras notas, la sinfonía del 26 Congreso de la AEEU.

Recibid un abrazo fuerte en mi nombre y el de mis compañeros, que esperamos compartirlo en directo el año que viene en Vélez-Málaga

PEDRO ALCÁNTARA CAMPOS  
DIRECTOR TÉCNICO

## PROGRAMA PRELIMINAR

### ❖ MIÉRCOLES, 20 DE OCTUBRE

16,00-19,00: Entrega documentación científica.  
19,00: Inauguración oficial.  
19,30: Conferencia inaugural.  
21,30: Cóctel de bienvenida.

### ❖ JUEVES, 21 DE OCTUBRE

9,00: Presentación de comunicaciones orales.  
10,30: Debate.  
11,00: Descanso-Café.  
11,30: Mesa redonda.  
13,00: Debate.  
14,30: Comida de trabajo.  
16,30: Actividades culturales-recreativas.

### ❖ VIERNES, 22 DE OCTUBRE

9,00: Presentación de comunicaciones orales.  
10,30: Debate.  
11,00: Descanso-Café.  
11,30: Mesa redonda.  
13,00: Debate.  
14,30: Comida de trabajo.  
16,30: Actividades culturales-recreativas.

### ❖ SÁBADO, 23 DE OCTUBRE

9,00: Presentación de comunicaciones orales.  
10,00: Debate.  
10,30: Descanso-Café.  
11,00: Defensa de póster.  
12,00: Conferencia de clausura.  
13,30: Clausura y entrega de diplomas.  
13,45: Presentación del 27 Congreso.  
14,30: Comida de trabajo.  
17,00: Asamblea General Socios de la AEEU.  
21,00: Cena de gala.



## Intervenciones en Enfermería Urológica

Vélez-Málaga, 20, 21, 22 y 23 de octubre de 2004

**FECHA LÍMITE DE PRESENTACIÓN DE RESÚMENES: 15 DE JULIO DE 2004**

Primer comunicante: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Dirección del centro: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Dirección personal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Autores: \_\_\_\_\_

**RESUMEN:** \_\_\_\_\_

Tipo comunicación:  Oral  Póster  Vídeo/Soporte  LCD  Diapositivas  Transparencia

## NORMAS PARA EL ENVÍO Y PRESENTACIÓN DE RESÚMENES

### INFORMACIÓN GENERAL

1. La fecha límite para la presentación de resúmenes será el día 15 de julio de 2004.
2. Los resúmenes deberán enviarse a la Secretaría Técnica, ser transcritos con el procesador de textos Microsoft Word, en cualquier versión, utilizando letra Times New Roman de tamaño 10.
3. Los resúmenes serán de trabajos originales, no habiendo sido publicados ni presentados a congresos o jornadas. No incluirán abreviaturas ni referencias bibliográficas.
4. El cuerpo del resumen constará de: Título en mayúsculas y negrita; Palabras clave; Introducción con Tema, Propósito y Objetivo; Material y Métodos utilizados; Resultados; Conclusiones y/o Discusión.
5. Los autores constarán con la inicial del nombre y apellidos completos hasta un máximo de seis, subrayando el apellido de quien presente la comunicación, que deberá estar inscrito necesariamente en el Congreso.
6. Deberá enviarse original y cinco copias a la Secretaría Científica. En ellas no figurarán nombres de autores, dirección ni centro de trabajo.

### PRESENTACIÓN DE PÓSTER

1. Tendrán un tamaño máximo de 80 cm de ancho y 120 cm de alto.
2. El título será legible a 1,5 metros de distancia. Los caracteres serán gruesos y negros.
3. Seguirán la siguiente distribución:
  - a) Introducción y Objetivos.
  - b) Material y Método.
  - c) Resultados.
  - d) Conclusiones y/o Discusión. En las horas de discusión de póster se facilitará a los asistentes cualquier aclaración o documentación acerca de los mismos.

### REVISIÓN DE LOS TRABAJOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

1. Todos los resúmenes enviados en fecha serán entregados al Comité Científico, quien los revisará desconociendo la identidad de los autores y su procedencia.
2. Las comunicaciones que se ajustan a las normas de presentación serán calificadas según su calidad científica, siendo admitidas para presentación oral, póster, o no admitidas.
3. Si el resumen es aceptado deberá formalizarse la inscripción, al menos, de uno de los firmantes.
4. El Comité comunicará por correo o e-mail la fecha y hora de exposición a cada uno de los comunicantes admitidos.

### NORMAS GENERALES PARA TODOS LOS COMUNICANTES

1. El tiempo de exposición para las comunicaciones orales será de 10 minutos.
2. El autor que presente la comunicación representará al resto de autores en la mesa redonda. Es requisito indispensable la entrega en papel del original completo del trabajo al retirar la documentación, salvo que se haya enviado con carácter previo.
3. Se elaborará un libro de ponencias y comunicaciones en formato papel. Los autores podrán enviar el texto completo de su comunicación, incluyendo bibliografía, a la Secretaría Científica.
4. De los trabajos seleccionados, el Comité Científico enviará una copia a la Asociación Española de Enfermería en Urología para su posible publicación en la revista de la Asociación, ENFURO.
5. El Comité Científico seleccionará la mejor comunicación oral y póster, otorgando sendos premios.

**ENVÍO POR E-MAIL:** El trabajo original debe ser enviado a una de las siguientes direcciones:

*velezdosmilcuatro@enfuro.net*

*velezdosmilcuatro@sssa.net*

#### RESERVADO PARA USO DE LA SECRETARÍA TÉCNICA

Abstract nº

Observaciones:

Fecha de recepción:

Oral

Póster

Vídeo

Presentación:

Día:

Hora:

Sala:



## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

### CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

CUOTAS	Hasta el 31/7/2004	Posterior al 31-7-2004
• Asociados	330 euros*	360 euros*
• No asociados	360 euros*	410 euros*
• Estudiantes	180 euros*	210 euros*
• Acompañantes	240 euros*	270 euros*

### FORMA DE PAGO\*\*

Transferencia bancaria a la siguiente cuenta: 26 Congreso Nacional de Urología: CCC: 2103-0192-72-0550001779

Enviar debidamente cumplimentado a:

26 Congreso AEEU. Hospital Comarcal Axarquía. 29740 Torre del Mar. Málaga. e-mail: [velezdosmilcuatro@sssa.net](mailto:velezdosmilcuatro@sssa.net) y [velezdosmilcuatro@enfuro.net](mailto:velezdosmilcuatro@enfuro.net). Fax: 9951 067 009

\* GASTOS DE CANCELACIÓN: Entre el 15 y el 30 de septiembre de 2004: 50%. A partir del 1 de octubre de 2004: 100%

\*\* Sólo serán aceptadas las inscripciones acompañadas del pago correspondiente. Los reembolsos se realizarán una vez finalizado el congreso.



## BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

### HOTELES

HOTEL	Habitación doble	Doble uso individual
• HUSA Mainake****	89 euros*	78 euros*
• VINCI Proamar****	99 euros*	77 euros*
• OTASA Torreomar****	75 euros*	63 euros*

HOTEL: \_\_\_\_\_  Doble  Individual Llegada: \_\_\_\_\_ Salida: \_\_\_\_\_  
 PRECIO: \_\_\_\_\_ x Habitaciones x Noches = \_\_\_\_\_ euros.

\* GASTOS DE CANCELACIÓN: Entre el 15 y el 30 de septiembre de 2004: 50%. A partir del 1 de octubre de 2004: 100%

OTROS HOTELES: Consultar categoría y precios a Marsans: 952 214 909

### FORMA DE PAGO\*\*

Transferencia bancaria a la siguiente cuenta: Viajes Marsans: CCC: 0081-0300-68-0001329642

Enviar debidamente cumplimentado a:

26 Congreso AEEU. Hospital Comarcal Axarquía. 29740 Torre del Mar. Málaga. e-mail: [velezdosmilcuatro@sssa.net](mailto:velezdosmilcuatro@sssa.net) y [velezdosmilcuatro@enfuro.net](mailto:velezdosmilcuatro@enfuro.net). Fax: 9951 067 009

\* Los precios arriba indicados incluyen el IVA (7%) y son por habitación y noche. Las reservas están sujetas a disponibilidad.

\*\* Sólo serán aceptadas las inscripciones acompañadas del pago correspondiente. Los reembolsos se realizarán una vez finalizado el congreso.

INÉS FERNÁNDEZ FRAGA

Profesora Titular de Enfermería Medicoquirúrgica. Escuela de Enfermería Juan Canalejo. A Coruña

# Urología, docencia y formación en los estudios de Pregrado

## Ponencia presentada al XXV Congreso de nuestra Asociación

CON esta ponencia nos hemos propuesto dar a conocer cómo se contemplan en los planes de estudios los contenidos para capacitar a los alumnos, futuros profesionales, en la atención a pacientes con problemas de eliminación, y en particular en la eliminación urinaria.

Como todos sabemos, tanto el sistema de enseñanza como las necesidades de aprendizaje de los estudiantes han variado sustancialmente, debido, fundamentalmente, a los cambios que se han producido en el sistema de valores de nuestra sociedad en las últimas décadas y que han provocado modificaciones en el ámbito sanitario. Así, podemos comprobar que se ha producido una evolución en tres aspectos muy interrelacionados: cambios en la concepción de la salud/enfermedad, un sentido creciente de autonomía profesional y un cambio en el objeto de compromiso profesional, desde el médico hacia el paciente/usuario (1,2).

Durante muchos años, el valor más buscado desde las profesiones sanitarias con respecto al binomio salud/enfermedad era la ausencia de enfermedad; se consideraba al hombre como una suma de partes, en él se podía separar la dimensión biológica de la psicológica, cultural y espiritual. La enfermedad tenía su origen en agentes patógenos que eran subsidiarios de ser tratados de forma independiente. El tratamiento era igual, independientemente de las características individuales de cada persona.

En este contexto, la enfermería se sitúa detrás de la intervención médica, ayudándole en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La labor de la enfermera y su formación se valora desde su capacidad técnica para la realización y seguimiento de los tratamientos médicos. El núcleo central de la relación enfermera-enfermo son los tratamientos que ella administra y la ayuda que proporciona al médico.

La introducción en el discurso sanitario del concepto de salud como sinónimo de bienestar, considerada como un fenómeno multidimensional y un proceso esencialmente dinámico con fluctuaciones continuas, múltiples e independientes, ha supuesto un cambio importante en la orientación, contenidos y estrategias del trabajo y la formación de la enfer-

**LA INTRODUCCIÓN EN EL DISCURSO SANITARIO DEL CONCEPTO DE SALUD COMO SINÓNIMO DE BIENESTAR, CONSIDERADA COMO UN FENÓMENO MULTIDIMENSIONAL Y UN PROCESO ESENCIALMENTE DINÁMICO CON FLUCTUACIONES CONTINUAS, MÚLTIPLES E INDEPENDIENTES, HA SUPUESTO UN CAMBIO IMPORTANTE EN LA ORIENTACIÓN, CONTENIDOS Y ESTRATEGIAS DEL TRABAJO Y LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERA**

mera. El contenido de su actividad deja de estar centrado en la asistencia al médico y se extiende a la ayuda a las personas en su vida cotidiana: ayuda a la recuperación de la salud, a la promoción o mantenimiento de los hábitos de vida saludables o a vivir con dignidad. En esta participación activa, las decisiones se tomarán a través de la relación enfermera-enfermo; la enfermera con sus conocimientos y experiencia, y el enfermo con sus vivencias, expectativas y recursos (3).

La enfermería para adaptarse a esta nueva concepción siente la necesidad de ampliar su cuerpo de conocimientos y modificar también su perfil profesional. En este sentido, en el desarrollo histórico de la actividad de cuidar personas se han venido realizando esfuerzos por definir un cuerpo propio de conocimientos de base científica que la orienten y den sentido. Esos esfuerzos han cristalizado en la producción de diversos modelos conceptuales o teorías del cuidado que explican el qué, cómo y para qué de la Enfermería. El conjunto de esos modelos o teorías constituyen el marco teórico de la Enfermería. En definitiva, esos marcos o cuadros conceptuales nos ayudan a analizar, comprender e interpretar la acción de la enfermera ya en la asistencia, en la docencia, en la gestión o en la investigación.

De igual manera, los marcos teóricos también tienen su utilidad para diferenciar la Enfermería, entendida como disciplina académica o teórica, del resto de las disciplinas relacionadas con la salud, identificando la contribución única, específica y particular de la Enfermería a la aten-

ción de la persona, es decir, delimitando su espacio de intervención y responsabilidad profesional (4).

Entendemos por Enfermería la profesión que proporciona cuidados. Consideramos que el objetivo de estos cuidados es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia, o a morir de forma digna. Su rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta para que logre su independencia (hacer con ella); y así, hacer posible el máximo desarrollo de su potencial mediante la utilización de sus recursos internos y externos.

Estas definiciones están claramente influidas por el modelo de Virginia Henderson; modelo que nuestro centro, la Escuela Universitaria de Enfermería Juan Canalejo, ha adoptado como guía para el aprendizaje, basándose en las siguientes razones:

- Es uno de los modelos conceptuales más conocidos. La definición de la función propia de Enfermería que dio Virginia Henderson fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Se ha adoptado en numerosas escuelas de Enfermería y centros de cuidados.
- Resulta coherente con nuestros valores culturales y explica los conceptos mediante una terminología de fácil comprensión.
- Su construcción teórica es muy abierta, permite adaptarla a las variantes culturales y esenciales específicas de cada entorno y situación de cuidados.
- Incluye también, como parte de la actuación de la enfermera, el papel de colaboración con otros profesionales de la salud; siendo éste un aspecto importante del ejercicio profesional en nuestro país.
- Da una imagen de unicidad de la persona.
- Reconoce que la persona posee un potencial de cambio.
- Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable.
- Propone el método de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero como metodología adecuada para llevarlo a la práctica.
- Permite utilizar la taxonomía diagnóstica de North American Nursing Diagnostic Association (NANDA) para formular los problemas identificados (5).

Entendemos que la adopción de este modelo no se debe contemplar en ningún momento como un cuerpo rígido de conocimientos, pues de este modo se transformaría en un

**ENTENDEMOS  
POR ENFERMERÍA  
LA PROFESIÓN  
QUE  
PROPORCIONA  
CUIDADOS.  
CONSIDERAMOS  
QUE EL OBJETIVO  
DE ESTOS  
CUIDADOS ES  
AYUDAR  
A LA PERSONA A  
AUMENTAR,  
MANTENER O  
RECUPERAR  
EL MÁXIMO  
NIVEL DE  
DESARROLLO  
DE SU  
POTENCIAL  
PARA  
ALCANZAR SU  
INDEPENDENCIA,  
O A MORIR  
DE FORMA  
DIGNA**

instrumento reductor, sino que, por el contrario, debe nutrirse de diferentes conocimientos para enriquecerse.

Una vez propuesto el conjunto de concepciones que van a delimitar los principios fundamentales de nuestra disciplina, nos hemos planteado el tipo de profesional que debemos formar y dotarlo de una preparación adecuada para servir a la sociedad y realizarse en su profesión.

Partiendo de la idea de que no existe un perfil único de profesional, ya que éste depende, entre otros aspectos: del modelo de sociedad, el desarrollo de la misma, las características de la población, su distribución geográfica o el modelo sanitario; hemos definido el perfil de enfermeras/os que pretende formar esta escuela como:

- Un profesional con capacidad para responder a las necesidades de cuidado de la salud de las personas y su entorno de vida, con calidad científica, técnica y humana.
- Un profesional que posea los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para establecer relaciones interpersonales eficaces con los usuarios de los Servicios de Salud, sus familias y el equipo de trabajo, y para realizar con destreza los procedimientos y técnicas propias de enfermería.
- Un profesional con capacidad para valorar y reflexionar sobre los cambios sociales, educativos y del sistema de salud.
- Un profesional con capacidad de respuesta ante los nuevos retos de la profesión.
- Un profesional con capacidad para construir y contribuir al crecimiento profesional asentado en el conocimiento enfermero con un referente moral y filosófico, basándose en el rigor de la investigación, la reflexión, el debate conceptual y la comunicación a través de la escritura y literatura enfermera (6).

Como ya hemos dicho anteriormente, nuestra escuela, al igual que las instituciones asistenciales de nuestro entorno y la casi totalidad de nuestra comunidad autónoma, ha adoptado el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Para esta autora, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales de orden biológico, psicológico, sociocultural y espiritual. Entendiendo por necesidad fundamental todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar (5). La finalidad de la atención de enfermería nunca son las propias acciones de cuidados, sino el grado de satisfacción de las necesidades.

La necesidad de eliminación es una de estas catorce nece-

sidades fundamentales contempladas en el modelo de Henderson, tan importante para el buen funcionamiento del organismo como la ingestión y la asimilación de los alimentos. Mediante la intervención de diversos órganos y sistemas, el ser humano, al igual que el resto de los organismos vivos, se ve en la necesidad de excretar las sustancias nocivas e inútiles que se producen durante el metabolismo: a través del aparato urinario en forma de orina, del tracto intestinal en forma de heces; el aire espirado a través de los pulmones y por la piel en forma de sudor. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada (7).

Como vemos, la necesidad de eliminación comprende más aspectos que la eliminación urinaria, pero en este caso, y dado el objetivo de esta ponencia, nos referiremos solamente a ésta.

Sabemos que la eliminación urinaria es fundamental como actividad vital. Los riñones son un mecanismo de equilibrio homeostático, imprescindible para nuestro organismo; por ejemplo, cuando la función de eliminación de agua y sustancias disueltas en forma de sudor está parcialmente destruida, como ocurre en los pacientes quemados, los riñones pueden efectuar una compensación. Manteniendo activas durante la enfermedad las funciones de riñones e intestino, a fin de eliminar los productos de desecho, el paciente tendrá mayores posibilidades de curación. El estreñimiento puede causar molestias e incluso lesiones, pero cuando los riñones dejan de funcionar el paciente requiere cuidados especiales (diálisis) que de no producirse abocarían a la muerte en unas cuantas horas o pocos días.

Aunque el proceso de eliminación normal se suele considerar una función puramente fisiológica, está sujeta a la influencia de factores de tipo biológicos, emocionales y socioculturales, que es necesario tener en cuenta cuando se procede a valorar la eliminación en un determinado paciente.

Entre los factores de tipo biológico que más pueden influir están la edad, la alimentación, la actividad física, el horario y los medicamentos.

Los factores de tipo emocional, sobre todo los desencadenantes de estrés como ansiedad, cólera, miedo, producen modificaciones en esta necesidad.

También se debe de tener en cuenta la influencia de los factores socioculturales como las normas sociales y el estilo de vida. La proximidad anatómica de los genitales y de los órganos de la eliminación tiende a confundir las funciones sexuales con las excretoras; esto puede provocar inhibiciones y tabúes en determinadas culturas, que hacen difícil a los pacientes hablar de estos problemas. Asimismo, cada sociedad establece normas referentes a la eliminación aprendidas desde la infancia, con el fin de respetar la intimidad de las personas, la higiene y la salubridad de los lugares públicos (7, 8).

Intentaremos, después de esta introducción, dar una visión de cómo se lleva a cabo el programa de formación Pregrado

**LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN ES UNA DE ESTAS CATORCE NECESIDADES FUNDAMENTALES CONTEMPLADAS EN EL MODELO HENDERSON, TAN IMPORTANTE PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL ORGANISMO COMO LA INGESTIÓN Y LA ASIMILACIÓN DE LOS ALIMENTOS. SABEMOS QUE LA ELIMINACIÓN URINARIA ES FUNDAMENTAL COMO ACTIVIDAD VITAL. LOS RIÑONES SON UN MECANISMO DE EQUILIBRIO HOMEOSTÁTICO, IMPRESCINDIBLE PARA NUESTRO ORGANISMO**

para capacitar a nuestros alumnos, futuros profesionales de Enfermería, en la atención a personas con problemas de eliminación urinaria. Para ello extraeremos del plan de estudios de nuestra escuela, publicado en resolución de 12 de marzo de 1998, BOE nº 77 de 31 de marzo de 1998 (9), los contenidos relativos a la eliminación urinaria.

En el programa de primer curso los contenidos que se imparten en las distintas asignaturas, son aquellos que tienen que ver con el individuo sano.

Desde esta perspectiva, es enfocado el tema del aparato génito-urinario en la asignatura ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL CUERPO HUMANO, cuyo propósito es el aprendizaje del desarrollo, estructura, morfología y función del ser humano sano, como base para la comprensión ulterior de las desviaciones patológicas.

Con la asignatura ENFERMERÍA COMUNITARIA I se pretende familiarizar al alumno en los aspectos relacionados con el campo de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, adquiriendo conocimientos científicos y técnicos básicos en Microbiología y Parasitología que le permitirá comprender –tanto en relación al individuo como a la comunidad– la importancia de los microorganismos en el equilibrio salud-enfermedad.

En la asignatura CIENCIAS PSICOSOCIALES APLICADAS se pretende que el alumno adquiera conocimientos básicos sobre los principios de la Psicología tanto general como evolutiva, sus trastornos más importantes, así como las bases de una Psicología social y del enfermar humano, abordando tam-

bien las relaciones con las que los profesionales de la salud nos vamos a encontrar.

Consta de cuatro unidades didácticas: Fundamentos de las ciencias psicosociales, Funciones psíquicas y sus alteraciones, La conducta social y Psicología del enfermar humano.

No es necesario ahondar sobre el peso que pueda tener la formación en esta asignatura en la relación con el paciente, en el caso del que aquí tratamos con problemas urológicos. Algún autor (Cibanal) llega a decir que es en el primer contacto con el paciente donde nos jugamos la futura relación y por lo tanto su aceptación de la enfermedad, adherencia al tratamiento... En definitiva, su calidad de vida.

La finalidad de la asignatura CUIDADOS BÁSICOS DE

ENFERMERÍA es preparar al alumno para que sea capaz de atender a las necesidades básicas de las personas utilizando el proceso de enfermería y orientando sus acciones para que el hombre desarrolle y alcance el máximo nivel de independencia.

Esta asignatura se compone de dos unidades didácticas:

En Procedimientos Básicos de Enfermería se incluyen temas como prevención y control de la infección, recogida de muestras, sondaje vesical...

Y en Cuidados de Enfermería en las necesidades básicas del ser humano, el alumno aprende la implicación de cada necesidad en el desarrollo personal humano, los factores que le influyen, aspectos que se deben contemplar en la valoración y los problemas que con más frecuencia se presentan.

En segundo y tercer curso, los contenidos están enfocados hacia procesos patológicos físicos y psíquicos que ocurren en el individuo y la comunidad, centrándose más el tercer curso en las distintas etapas de desarrollo y en las situaciones especiales.

La asignatura BASES FISIOPATOLÓGICAS tiene como propósito que el alumno conozca las alteraciones que se producen cuando fallan los mecanismos de compensación fisiológicos y las manifestaciones en determinadas situaciones patológicas. En la unidad tres se tratan los temas relacionados con el sistema renal.

A través de los contenidos de ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA I y II se pretende que el alumno conozca e identifique las alteraciones que pueden ocurrir en el individuo en su proceso de enfermar y las consecuencias de las mismas a nivel personal, familiar y comunitario; que aplique y evalúe los cuidados de enfermería específicos a cada situación de forma lógica y racional, y los adapte a cualquier ámbito de su actuación profesional.

Entre los contenidos que se desarrollan en esta asignatura y que están más directamente relacionados con la eliminación urinaria, son los incluidos en la unidad didáctica: Atención de enfermería a pacientes con alteraciones nefro/uroológicas; donde se tratan los aspectos específicos del cuidado a estos pacientes. Así como los incluidos en Atención de enfermería perioperatoria.

Como complemento a estas dos asignaturas, en el programa de segundo y tercer curso se ofertan como optativas y de libre elección PLANES DE CUIDADOS: ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA I y II, donde el alumno, a través del estudio de casos, se instruye en la elaboración de planes de cuidados, utilizando como marco conceptual el modelo de Virginia Henderson e integrando los conocimientos que adquiere en las distintas asignaturas.

**EN EL PROGRAMA DE PRIMER CURSO LOS CONTENIDOS QUE SE IMPARTEN EN LAS DISTINTAS ASIGNATURAS, SON AQUELLOS QUE TIENEN QUE VER CON EL INDIVIDUO SANO. EN SEGUNDO Y TERCER CURSO, LOS CONTENIDOS ESTÁN ENFOCADOS HACIA PROCESOS PATOLÓGICOS FÍSICOS Y PSÍQUICOS QUE OCURREN EN EL INDIVIDUO Y LA COMUNIDAD, CENTRÁNDOSE MÁS EL TERCER CURSO EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE DESARROLLO Y EN LAS SITUACIONES ESPECIALES**

En ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO, el alumno aprende a identificar los problemas más frecuentes en la práctica del cuidado intensivo y sus consecuencias a nivel personal y familiar, para así aplicar y evaluar los cuidados de enfermería que las necesidades del paciente requieran. Entre los problemas más frecuentes que pueden presentar los pacientes críticos están las infecciones nosocomiales y, entre ellas, la urinaria, que se aborda en Planificación de cuidados para la prevención de la infección nosocomial. En el tema El paciente politraumatizado se tratan los aspectos relacionados con la valoración y planificación de cuidados en pacientes con traumatismos abdominales.

A todos nos llamaría la atención un profesional de enfermería que no supiese, pongo por caso, los efectos terapéuticos y colaterales de un diurético. Los conocimientos necesarios para la integración de la terapia medicamentosa en los cuidados de enfermería son adquiridos por el alumno a través del aprendizaje de la asignatura FARMACOLOGÍA, donde se tratan, entre otros, los aspectos relativos a la administración del medicamento y monitorización del paciente.

El aprendizaje que capacita al alumno para prestar cuidados nutricionales y dietéticos en pacientes con problemas de salud, entre los que se incluyen los de la eliminación urinaria, se realiza con la asignatura NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.

En HIGIENE HOSPITALARIA se prepara al alumno de enfermería en el conocimiento de los conceptos básicos de todas aquellas medidas destinadas a disminuir y evitar las infecciones que los pacientes puedan adquirir en el medio hospitalario (higiene y mantenimiento de material, control medioambiental...), así como a prevenir las posibles infecciones que ellos mismos puedan adquirir como consecuencia de su trabajo.

La mujer en periodo de gestación va a sufrir una serie de modificaciones para adaptarse su organismo a la nueva situación. Los conocimientos sobre estos cambios y problemas específicos que pueden presentarse en el embarazo, los que pueden surgir durante el parto y puerperio, así como la planificación de los cuidados, son adquiridos en la asignatura ENFERMERÍA MATERNAL, en la que se incluyen también los cuidados sobre atención inmediata al recién nacido en la sala de partos y durante las primeras cuarenta y ocho horas.

En su crecimiento, los niños presentan una serie de peculiaridades propias de su etapa de desarrollo debido a factores anatomofisiológicos; así, la composición líquida de su cuerpo es superior a la de los adultos, y por ello eliminan un



volumen de orina proporcionalmente más elevado. Además, como tienen la vejiga más pequeña, necesitan orinar un mayor número de veces. La edad afecta no sólo al volumen y la frecuencia de la eliminación, sino también a su control: los niños son incapaces de controlar los esfínteres hasta que no se ha producido la maduración del sistema neuromuscular, y esto se produce entre los 2 y 3 años.

La preparación del alumno para prestar cuidados de enfermería al niño se lleva a cabo con la asignatura ENFERMERÍA INFANTIL. Algunos temas que se incluyen son: Atención de enfermería en el desarrollo del niño, donde se trata, entre otros aspectos, el control de esfínteres. Obtención de muestras, como la de orina. Problemas del aparato urinario, donde se abordan sus alteraciones fundamentales y la intervención de enfermería.

La incontinencia urinaria es una complicación que con frecuencia se presenta entre la población anciana; además, las personas mayores suelen orinar con mayor frecuencia, puesto que con el envejecimiento, la vejiga urinaria pierde fuerza y capacidad funcional. Esto se hace más evidente en el hombre que tiene hipertrofia prostática. Estos contenidos están incluidos en la asignatura ENFERMERÍA GERIÁTRICA.

Como dijimos previamente, el objetivo de los cuidados de enfermería es también ayudar a la persona a morir de forma digna. La asignatura CUIDADOS DE ENFERMERÍA CONTINUOS Y PALIATIVOS tiene como meta la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes sobre la problemática bio-psico-social y espiritual del individuo enfermo, en situación de enfermedad avanzada y terminal; conocimientos que capacitarán al alumno para ofrecer al enfermo y su familia un cuidado integral.

ENFERMERÍA COMUNITARIA II y III incluyen aspectos de salud y enfermedad de los individuos como parte integrante de una comunidad. Así, podemos destacar temas como Epidemiología, Enfermería Comunitaria y Educación Sanitaria.

Toda intervención en el terreno de la salud debe ser realizada dentro de un marco legal y normativo; además, es preciso tener una base de conocimientos éticos que nos permitan afrontar determinadas situaciones a lo largo de nuestra vida profesional. En este sentido, la asignatura LEGISLACIÓN Y ÉTICA PROFESIONAL desarrolla sus contenidos con el propósito de conseguir este fin.

El conocimiento de los recursos a nuestra disposición: materiales, organizativos o humanos, es un requerimiento necesario para poder prestar un servicio de calidad de forma eficiente. Con ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA se pretende, teniendo en cuenta el medio socioeconómico en el que se desarrolla la actividad, poner al alcance del alumno los métodos y técnicas utilizados por las ciencias administrativas, con el fin de capacitarlo para traba-

**TODA INTERVENCIÓN  
EN EL  
TERRENO DE  
LA SALUD  
DEBE SER  
REALIZADA  
DENTRO DE  
UN MARCO  
LEGAL Y  
NORMATIVO;  
ADEMÁS, ES  
PRECISO TENER UNA  
BASE DE  
CONOCIMIENTOS  
ÉTICOS QUE NOS  
PERMITAN AFRONTAR  
DETERMINADAS  
SITUACIONES  
A LO LARGO DE  
NUESTRA VIDA  
PROFESIONAL**

jar dentro de una organización, incrementando así el desarrollo personal, profesional y de la institución o sistema. La unidad didáctica V incluye temas relacionados con el Control de calidad en los servicios de enfermería.

Dado que la profesión de enfermería es una ciencia aplicada, requiere la adquisición de conocimientos teóricos que puedan ser llevados a la práctica. Así, es evidente que los programas no pueden limitarse a conocimientos teóricos; es esencial en nuestra disciplina asegurar unas experiencias prácticas para que el alumno integre en ese terreno los conocimientos adquiridos en el aula. La práctica clínica es el aspecto de la formación en cuidados de enfermería mediante la cual el estudiante aprende, dentro de un equipo y en contacto directo con una persona y/o una colectividad sana/enferma, a valorar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados globales necesarios (6).

En este recorrido por el programa formativo de los tres cursos, sólo hemos citado aquellas asignaturas que como ya habíamos dicho contribuyen directamente a capacitar al alumno en el aspecto que hoy es objeto de debate. Pero, en segundo plano, somos conscientes de haber dejado otras materias que contribuyen a la formación del futuro profesional. Ya que, como hemos podido ver, sería reduccionista formar al alumno solamente a través de un aprendizaje lineal. La capacitación tiene que llevarse a cabo desde las distintas asignaturas, es decir, a través de un aprendizaje transversal, puesto que todas aportan una serie de conocimientos imprescindibles para el buen desempeño de la profesión.

Hasta aquí, nos hemos centrado en la formación actual del alumno, tomando como referente el plan de estudios de nuestro Centro. Somos conscientes de que los planes de estudios de otras escuelas no varían de forma substancial, al estar sujetos a directrices generales. Pero, como todos sabemos, las sociedades son un ente en constante reorganización, y la formación superior no puede quedarse al margen.

Desde 1998 se ha iniciado en Europa un proceso para promover la CONVERGENCIA ENTRE LOS SISTEMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR, refrendado por los ministros de cada país miembro de la unión, con la firma en 1999 de la DECLARACIÓN DE BOLONIA.

Con esta declaración se insta a los Estados miembros a

desarrollar e implantar las siguientes actuaciones:

- Adoptar un sistema de titulaciones comprensible y comparable para promover las oportunidades de trabajo y la competitividad internacional de los sistemas educativos superiores europeos mediante, entre otros mecanismos, la introducción de un suplemento europeo al título.
- Establecer un sistema de titulaciones basado en dos niveles principales. La titulación del primer nivel será pertinente para el mercado de trabajo europeo, ofreciendo un nivel de cualificación apropiado. El segundo nivel, que requerirá haber superado el primero, ha de conducir a titulaciones de postgrado, tipo master y/o doctorado.
- Establecer un sistema común de créditos para fomentar la comparabilidad de los estudios y promover la movilidad de los estudiantes y titulados (Sistema de Transferencia de Créditos Europeo)
- Fomentar la movilidad, con especial atención al acceso a los estudios de otras universidades europeas y a las diferentes oportunidades de formación y servicios relacionados.
- Impulsar la cooperación europea para garantizar la calidad y para desarrollar unos criterios y unas metodologías comparables.
- Promover la dimensión europea de la educación superior y en particular el desarrollo curricular, la cooperación institucional, esquemas de movilidad y programas integrados de estudios, de formación y de investigación.

Posteriormente, en el Comunicado de Praga (2001) se introducen algunas líneas adicionales:

- El aprendizaje a lo largo de la vida como elemento esencial para alcanzar una mayor competitividad europea, para mejorar la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida.
- El rol activo de las universidades, de las instituciones de educación superior y de los estudiantes en el desarrollo del proceso de convergencia.
- La promoción del atractivo del Espacio Europeo de Educación Superior mediante el desarrollo de sistemas de garantía de calidad y de mecanismos de certificación y de acreditación (11).

En este nuevo marco de educación superior, somos conscientes de que las modificaciones que se van a producir no se limitarán a meros cambios normativos. Así, entre otras, cabría destacar que el proceso de formación se basará en función del aprendizaje y no de la enseñanza, como hasta ahora se venía realizando. Esto va a significar también un

**CREEMOS  
IMPORTANTE  
DESTACAR  
QUE EN ESTE NUEVO  
MARCO DE  
ENSEÑANZA  
SUPERIOR  
NO APAREZCA  
REFLEJADA LA  
TITULACIÓN DE  
DIPLOMADO, LO QUE  
CONSIDERAMOS VA A  
TENER  
UNAS  
REPERCUSIONES  
IMPORTANTES PARA  
NUESTRA  
PROFESIÓN, DADO EL  
TIEMPO QUE SE  
LLEVA SOLICITANDO  
UN SEGUNDO CICLO  
PARA ENFERMERÍA.  
OJALÁ SEA ÉSTA LA  
OPORTUNIDAD QUE  
TANTO HEMOS  
ANSIADO**

enorme reto tanto para el alumno como para el profesor, puesto que las metodologías de enseñanza-aprendizaje deben cambiar; el alumno será el que organice su aprendizaje y los profesores serán los responsables de la programación, dirección y orientación del alumno.

Los créditos de los nuevos planes de estudios se contabilizarán no solamente en base a las horas de clase impartidas; en este cómputo se tendrá en cuenta también el promedio de horas que tiene que dedicar el alumno para adquirir los conocimientos necesarios.

Por último, creemos importante destacar que en este nuevo marco de enseñanza superior no aparezca reflejada la titulación de diplomado, lo que consideramos va a tener unas repercusiones importantes para nuestra profesión, dado el tiempo que se lleva solicitando un segundo ciclo para Enfermería. Ojalá sea ésta la oportunidad que tanto hemos ansiado. ▼

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Vielva Asejo J. El código deontológico de la enfermería española: reflexiones a los once años de su aprobación. *Rev. Rol* 2000; 23 (7-8): 513-514.
2. Antón Almera P. Ética y legislación en enfermería. Barcelona: Massón; 2000.
3. Espejo Arias M. D., Castilla García A. Bioética en las ciencias de la salud: Jaén. Asociación Alcalá; 2001.
4. Medina J.L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1998.
5. Luis Rodrigo M. T., Fernández Ferrín C., Navarro Gómez M.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 1998.
6. Plan Docente. Escuela Universitaria de Enfermería Juan Canalejo. A Coruña. Curso 2002-2003.
7. Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana 1993.
8. Force Sanmartín E., Oto Cavero, I. Enfermería Médico-Quirúrgica: Necesidad de nutrición. Necesidad de eliminación. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
9. Resolución de 12 de enero de 1998, homologación del plan de estudios conducente al título oficial de Diplomado en Enfermería, Escuela Universitaria de Enfermería «Juan Canalejo» (Boletín Oficial del Estado nº 77, de 31- 3- 98).
10. Cibanal Juan L., Arce Sánchez M.C., Carballal Balsa M.C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Madrid: Elsevier España; 2003.
11. La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Documento-Marco. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Febrero 2003.

MILAGROS SAGÜILLO (ENFERMERA), BLANCA SAN JOSÉ (BIBLIOTECARIA), NATIVIDAD GÓMEZ (ENFERMERA), NOEMÍ DE LA HOZ (ENFERMERA)  
Hospital de Móstoles (Madrid)

# ¿Qué sabemos de la gestión del conocimiento?

## RESUMEN

La gestión del conocimiento en los últimos años se nos presenta como una novedad. Nos encontramos en la era de la economía mundial<sup>1</sup> denominada del «Conocimiento». En esta era el factor humano, la innovación, las tecnologías de la información y la cooperación juegan un papel fundamental para ofrecer recursos ilimitados. Ya que la capacidad humana para crear conocimiento es infinita.

**Palabras clave:** Gestión del conocimiento, conocimiento, capital intelectual, activos tangibles e intangibles, gestión sanitaria, hospitales.

**Key words:** Management of the knowledge, knowledge, intellectual capital, tangible and intangible assets, sanitary management, hospitals.

## OBJETIVO

Conocer la importancia del capital intelectual en la gestión del conocimiento.

## MATERIAL Y MÉTODO

Observación documental (revisión bibliográfica).

## DEFINICIÓN

La gestión del conocimiento en una organización consiste en la producción, distribución, almacenamiento, evaluación, disponibilidad, transferencia y puesta en práctica del conocimiento. Este conocimiento sería el resultado tanto de la información proveniente del exterior como de la creada por los propios componentes de la organización.

Sveiby<sup>2</sup> (1998) afirma que el conocimiento debería tener cuatro características:

1. Tácito, porque los conceptos cambian y se adaptan a la luz de las experiencias de los individuos.
2. Orientada a la acción, porque poseen cualidad dinámica de generar nuevos conocimientos y superar los antiguos.
3. Sustentado por reglas, porque las creencias de patrones en el cerebro con el paso del tiempo permiten actuar con rapidez y eficacia, de forma automática en situaciones inconcebibles.
4. En constante cambio, porque el conocimiento puede ser distribuido, criticado y aumentado.

Hay tres palabras protagonistas en la sociedad del conocimiento: aprendizaje, conocimiento e información. Que han derivado en:

- **El aprendizaje organizativo**, que es la clave para que las personas y la organización puedan ser más inteligentes, memorizando y transformando información en conocimiento.
- **Gestión del conocimiento** es la capacidad de una organización para generar valor basándose en las personas y en una gestión eficaz del capital intelectual. Se distinguen entre conocimiento explícito (el que puede ser

articulado en un lenguaje formal y transmitido entre los individuos) y conocimiento tácito (conocimiento personal, la propia experiencia de los individuos y que compete a factores intangibles tales como creencia personal, perspectivas y valores).

- **Capital intelectual**, se compone de capital humano (personas), capital estructural (estructura organizativa) y capital relacional (sinergias). El capital intelectual es un activo intangible que se contraponen a los tangibles, formados por elementos físicos y dinero.

**El capital humano** referido a las personas está formado por valores, creencias, sentimientos, conocimientos, experiencias, habilidades, comportamientos, conductas, capacidades..., de las personas que trabajan en la organización.

**El capital estructural** sostiene al capital humano, hace referencia a la estructura organizativa y nos permite acondicionar, organizar y distribuir los frutos del pensamiento individual-colectivo con el fin de compartir y transmitir el conocimiento. Es importante señalar que, al contrario del capital humano, el capital estructural es propiedad de la empresa y se queda en ella cuando el profesional la deja por alguna razón.

**El capital relacional** se entiende como el valor de las relaciones de la empresa con las personas que se negocia y entre las personas de la organización.

## GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LOS HOSPITALES

En sanidad, el fin de la gestión de conocimiento sería mejorar la calidad asistencial, la equidad en la provisión de servicios, y la eficiencia en la gestión y, como una meta final, aumentar el nivel de salud de los ciudadanos.

Los hospitales son organizaciones que aplican, comparten y crean conocimiento de forma colectiva y sistemática, creando un valor para la organización, para las personas y para la sociedad.

El desafío de la gestión del conocimiento en el ámbito sanitario es triple:

1. **Gestión del conocimiento explícito**, haciéndolo más accesible desde un punto de vista funcional, físico e intelectual.
2. **Gestión del conocimiento generado** durante la práctica, convirtiéndolo en capacidad de acción.

### 3. Gestión de la información del y para el paciente.

La gestión del conocimiento necesita para transformar conocimiento tácito en explícito grandes dosis de gestión de información, la forma de recolectar, gestionar y usar la información determina el éxito de una empresa. Optimizar el flujo de información y la interacción entre personas, de forma que la información específica llegue a la gente adecuada en el momento adecuado, es vital para mejorar el aprovechamiento de las capacidades intelectuales de los empleados.

Pero la gestión del conocimiento es dar sobre todo capacidad para la acción, y en ese aspecto todavía hay mucho que hacer en la organización del conocimiento. El reto sigue siendo poner la información donde se necesita. La información debe estar ubicada en el puesto de trabajo, allí donde se toman las decisiones y la información debe ser tan accesible que sea más fácil utilizarla que soslayarla.

#### RESULTADOS

El futuro de la gestión del conocimiento es difícil de precisar y está abierto a debate. Está comprobado que hay una serie de elementos que modifican y evolucionan las concepciones de las organizaciones, como son: velocidad de cambios, innovación, uso de nuevas tecnologías, cultura del aprendizaje...

Se han empezado a valorar los valores intangibles de la empresas y no solamente sus valores tangibles. Los hospitales como empresas deben sacar su valor de la suma de los valores tangibles e intangibles.

El capital humano es una parte del capital intelectual, en cuanto al conocimiento (explícito o tácito) que poseen las personas y su capacidad para generarlo y de aprender.

Las inversión en capital humano produce un retorno en relación con la inversión efectuada, se obtiene:

1. Satisfacción de la tarea profesional.
2. Desarrollo profesional dentro de la organización –aprendizaje–.
3. Reconocimiento de la actividad realizada dentro de la organización.
4. Recompensas monetarias de alguna manera.

Actualmente se están planteando auditorías de capital intelectual que examinan todos los activos inmateriales de la organización y documentar su existencia, su estado actual y valor. Para ello se crean «Cuadros de Mando integral» que recogen indicadores de gestión del conocimiento, los cuadros de mando son la herramienta que sirve para seguir la evolución de la organización en el tiempo y además que sirve para tomar decisiones.

Los indicadores de gestión que se emplean en los cuadros

**LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN UNA ORGANIZACIÓN CONSISTE EN LA PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN, ALMACENAMIENTO, EVALUACIÓN, DISPONIBILIDAD, TRANSFERENCIA Y PUESTA EN PRÁCTICA DEL CONOCIMIENTO. ESTE CONOCIMIENTO SERÍA EL RESULTADO TANTO DE LA INFORMACIÓN PROVENIENTE DEL EXTERIOR COMO DE LA CREADA POR LOS PROPIOS COMPONENTES DE LA ORGANIZACIÓN. EL FUTURO DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO ES DIFÍCIL DE PRECISAR Y ESTA ABIERTO A DEBATE**

de mando tienen como misión informar de los resultados, medirlos, facilitar la definición de objetivos y mostrar las desviaciones. Los tipos de indicadores de gestión del conocimiento se clasifican en tres tipos: indicadores de capital humano (valores, creencias, conductas, participación, capacidad...), indicadores de capital estructural (cultura corporativa, estructura organizativa...) e indicadores de capital relacional (entorno social, alianzas...).

#### CONCLUSIONES

La gestión del conocimiento es un arma estratégica para la dirección de las organizaciones.

La sanidad es un sujeto de desarrollo de conocimiento, una de las desventajas que frena a los profesionales de los beneficios que se obtiene no son financieros sino intangibles, como formación, ahorro de tiempo..., valores no muy rentables, pero que sí son auténticos indicadores de calidad.

La gestión del conocimiento es clave para abordar la competencia en los mercados y la calidad y eficacia de las organizaciones, por ello los hospitales deben asumir su liderazgo en la gestión del conocimiento en sus propios centros. Desarrollando como factores clave la formación, investigación y docencia. Todo el mundo debe concienciarse que ir a trabajar es ir a aprender.

Una corporación es como un árbol<sup>3</sup>, hay una parte visible y tangible (el fruto) y otra intangible (las raíces); si sólo nos preocupamos por el fruto, el árbol puede morir.

Para que el árbol crezca y continúe dando frutos, las raíces deben estar sanas y nutridas. ▼

#### BIBLIOGRAFÍA

- Bravo R. La gestión del conocimiento en medicina: a la búsqueda de la información perdida. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/n3/colab.html> (Consultado 25-6-2003).
- Burke P. Historia social del conocimiento: de Gutenberg a Diderot. Editorial Paidós, 2002.
- Casabona R. Gestión del conocimiento en los hospitales. *Todo Hospital* 2002; 184: 106-110.
- Edvinsson L. Intellectual capital at Skandia AFS. The Foundation for Performance Measurement. Stockholm, Suecia; 1999.
- La Página del Experto: Noëlle Ramírez entrevista a Ángel Saiz, «La gestión del conocimiento». Boletín del Grupo de trabajo de

- gestión del conocimiento 2003, 10 [http://www.sedic.es/gt\\_gestionconocimiento\\_boletinkm.htm](http://www.sedic.es/gt_gestionconocimiento_boletinkm.htm) (Consultado 25-6-2003).
- Lamo de Espinosa E, González García JM. La sociología del conocimiento y de la ciencia. Alianza Editorial, 1994.
  - Las redes del conocimiento son claves como armas de gestión (entrevista a Angel Saiz Carrasco- Presidente de la Sociedad española de documentación e información científica). Martínez Tomás R. Diario Médico, 27 de noviembre, 2002 Pág. 23.
  - Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC. Gestión del conocimiento I. Rev ROL enf 2001; 24 (9): 568-70.
  - Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC. Gestión del conocimiento II. Rev ROL enf 2001; 24 (12): 824-27.

- Sierra Bravo R. Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios. Editorial Paraningo, 1985.

#### NOTAS

- <sup>1</sup> Savage en 1991 en la Conferencia de Digital Equipment Corporation.
- <sup>2</sup> Sanguino R. (2003): La gestión del conocimiento. Su importancia como recurso estratégico para la organización.
- <sup>3</sup> Edvinsson L. Intellectual capital at Skandia AFS. The Foundation for Performance Measurement. Stockholm, Suecia; 1999.

## Página web

**E**stá a vuestra disposición nuestra página web. La dirección es [www.enfuro.net](http://www.enfuro.net).

Con una interface mucho más fácil de manejar, en ella encontraréis todo lo relacionado con nuestra Asociación, así como enlaces, manuales a texto completo, etc., que iremos colgando de manera paulatina y con el compromiso por parte de esta Junta Directiva de su actualización de forma periódica.

Como novedad principal encontraréis un apartado que nos parece muy interesante. Una zona restringida para socios donde encontraréis los últimos números de nuestra revista en formato pdf, donde podréis descargar e imprimir lo que os interese, así como otros apartados de interés para socios como estatutos, etc. Para poder acceder a esta zona se os facilitará una clave y número de contraseña por correo.



MIRYAM PEDRE SEOANE, M<sup>a</sup> CARMEN PITA BARRAL, CRISTINA VALIÑO PAZOS  
 Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo

# Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público

## RESUMEN

Leyendo un libro titulado «La dama enfermera» encontramos la definición de la perfecta enfermera, una larga explicación de la que hemos rescatado estas líneas: Discreta en sus relaciones con el enfermo, no agobiándolo con interrogatorios que competen al facultativo; discreta en sus relaciones con los médicos, relaciones que deben ir revestidas de respeto, sin énfasis, de dulzura, sin melosidades que siempre dan lugar a abusos o torcidas interpretaciones. Instruida y observadora, no descuidando ni el menor detalle ni desdénando servicios que repugnen tal vez a su naturaleza delicada. Subordinada en todo a las disposiciones de los médicos, siendo sólo auxiliar, sin extralimitarse jamás, siempre bajo la dirección del médico facultativo, obediente y sumisa a sus órdenes...

**Palabras clave:** Opinión sociedad, tareas enfermería, rol enfermero, autonomía.

**Key words:** Opinion society, tasks infirmary, roll nurse, autonomy.

## OBJETIVOS

Nada más lejos de la imagen que tenemos de nosotras mismas. Pero entonces surgió la duda: ¿y los demás?, ¿cómo nos ven?... Por eso decidimos comenzar un estudio con el objetivo de averiguar qué opina la sociedad actual de nosotras, qué formación académica nos presupone, qué trabajo piensan que realizamos y cómo nos ven de autosuficientes. Diseñamos un estudio observacional de prevalencia a través del cual encuestamos a 157 usuarios del Centro de Salud de Betanzos utilizando un cuestionario con 17 preguntas tipo test de respuesta cerrada, durante el período comprendido entre los meses de enero y junio del año 2003. Dicho cuestionario fue diseñado por el equipo investigador y validado a través de un pretest-prueba piloto.

## RESULTADOS

Una breve descripción de la muestra: edad máxima de 80 años y mínima de 15, con una media de 34; en cuanto al sexo, un 66,9% corresponde a mujeres.

Nos pareció interesante también averiguar si alguna vez habían estado hospitalizados y su actual estado de salud, intuyendo que estos datos podrían guardar relación con un mayor conocimiento de nuestra profesión. Intuición que más tarde pudimos confirmar y que luego comentaré.

Adentrémonos ahora en lo interesante. Para comenzar, una buena noticia, la pregunta de la autocomplacencia. La respuesta que nos merecemos, ¿no? Casi un 70% de la muestra tiene un buen concepto de nuestra profesión, y un generoso 25% nos acerca al sobresaliente.

Y..., ¿qué es lo que más valoran en nosotras? Nos sorprendió que concediesen mayor relevancia a la formación teórico-práctica que a valores humanos ligados tradicionalmente a la enfermería, tales como la paciencia y la amabilidad. Nos sorprendió gratamente por el reconocimiento que supone a nuestra profesión. Al fin valoran en nosotras no sólo virtudes morales y caritativas sino también científicas. Olvidada quedó la actuación ética, que suponemos muchos incluyeron en el concepto de responsabilidad.

En consonancia con los anteriores resultados, en que se concedía especial importancia a nuestra formación, el 85% de la muestra opina que una base científica firme es imprescindible para una atención enfermera de calidad. La mayoría nos reconoce como diplomados, pero existe cierta confusión con respecto a la evolución de nuestros estudios, así como con nuestro actual título universitario, DUE. Las respuestas a esta última pregunta fueron de lo más pintorescas, sólo apuntar que «método anticonceptivo» resultó la más popular.

Les preguntamos también acerca de la formación de diversas enfermeras y no lo tenían muy claro. Aunque la mayoría no establece diferencias, existen porcentajes importantes que establecen un grado académico distinto según puesto de trabajo. Mayor formación en UCI y quirófano, así como para desempeñar tareas de supervisión.

Por curiosidad nada científica y como anécdota para el estudio preguntamos qué se les ocurre cuando piensan en una enfermera y aquí apuntamos algunas de las respuestas más frecuentes: hospital, jeringuilla, fonendoscopio, enfermo, medicinas, uniforme..., y algunas de las más originales: rosa, pelota, monja...

En cuanto a nuestro trabajo, a mayor nivel de estudios más claro tiene que no aseamos, no preparamos comidas, no lim-

piamos habitaciones y no trasladamos pacientes. Así mismo, los usuarios que han estado hospitalizados conocen mejor los límites de nuestras funciones.

A la hora de depositar su confianza en nosotras, lo hacen con más frecuencia en tareas asociadas desde antaño a la enfermera. Un 90% nos confía sus heridas y un 46% su TA, pero tan sólo cerca de un 10% nos pediría ayuda para controlar el estrés o para conseguir un sueño reparador.

¿Y los medios de comunicación? La TV, la radio, los medios escritos..., ¿reflejan enfermeras reales? Un 42% de la muestra piensa que la imagen ofrecida es fiel a la realidad. El 58% restante opina que las enfermeras de carne y hueso somos más..., terrenales.

Intentamos que nos encuadrasen en relación con otras profesiones y los resultados son los siguientes: estamos a la par de las matronas, los fisioterapeutas y los dentistas, y sólo peor considerados que el profesorado. Por debajo de nosotros en la escala de valoración social estarían los peritos, los podólogos y el secretariado.

Pero no todos han sido resultados positivos, también nos hemos encontrado con malas noticias: la población reconoce nuestro papel en el mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud, y eso nos satisface, pero observad en contrapartida nuestro rol preventivo y de promoción de la salud: poco o nada hacemos en cuanto a la prevención y promoción de la salud de los españoles, o por lo menos así nos ven.

Y las relaciones interdisciplinares... Todos defendemos el trabajo en equipo, todos conocemos sus ventajas. La sociedad opina al respecto: casi un 80% nos ve trabajando en equipo con los facultativos, desempeñando tareas dependientes, pero también independientes de los órdenes médicos. Un anarquista 1% nos otorga un poder de decisión total y absoluto en nuestras tareas y un retrógrado 21% coloca al médico como mando supremo de todas nuestras acciones. Aquí os mostramos quién «nos gobierna» a juicio del usuario: para la mayoría, 54%, aún reconociendo nuestra faceta independiente y el trabajo en equipo y demás, finalmente quien nos supervisa y coordina, quien nos organiza y vigila continúa siendo un médico.

## CONCLUSIONES

En resumen, y para finalizar, hemos concretado resultados en las siguientes conclusiones:

Grandes enfermeras como Florence Nightingale o Virginia Henderson han contribuido de forma innegable a que las bases conceptuales y los marcos teóricos de la profesión enfermera de principios del siglo XX hayan evolucionado hasta constituirse la enfermería actual. La sociedad no permanece ajena a este cambio y es testigo, juez y jurado del nuevo rol enfermero. El veredicto que nos otorgan es en general positivo.

Conocen nuestro nivel de estudios, pero los títulos les confunden.

Las tareas más tradicionales son reconocidas perfectamen-

## ALCANZAR UNA IMAGEN DE PROFESIONALIDAD Y AUTONOMÍA ES UN RETO QUE NOS COMPETE A TODOS Y QUE HEMOS DE ASUMIR COMO UN COMPROMISO MÁS

te, pero existen parcelas de nuestra profesión que todavía son desconocidas. El rol preventivo, docente, educador, de promoción..., facetas que el público no identifica como nuestras.

¿Y el médico? Nos ven trabajando en equipo con él, aunque bajo su supervisión. Para algunos es compañero, para otros voz de mando.

En cuanto a la enfermería. Alcanzada la diplomatura caminamos hacia la licenciatura.

Desempeñando funciones no sólo asistenciales sino de investigación, gestoras, docentes, etc., ampliamos día a día nuestro marco de actuación propio.

Formamos equipo de salud con el resto de profesionales sanitarios para garantizar unos cuidados integrales y de calidad.

En definitiva, alcanzar una imagen de profesionalidad y autonomía es un reto que nos compete a todos y que hemos de asumir como un compromiso más dentro de nuestra labor enfermera.

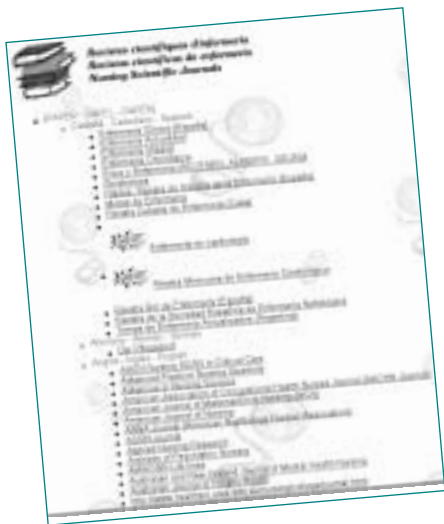
Moraleja: recordemos siempre que la crítica nos juzga en el espectáculo cotidiano. La dificultad, sin duda, es el día a día porque mantener una imagen impecable es duro en la rutina diaria, pero somos artistas con público constante y por supuesto nos debemos a nuestro público. Si la actuación es profesional, rosas rojas nos esperarán en el camerino. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Renedo García P., Canteros Jordana M., Santonja Medina F., Cerezo Sanmartín M., Huertas Moreno J., Iguato Sanz M.A. «Imagen Social de la Enfermería. Encuesta al Usuario». *Revista Rol de Enfermería* 1989; 130: 31-37.
- Casanovas Calvet I., Lázaro Morrón P., Mitjans Galito J., Reixach Frasset M. «Papel de la Enfermera/o desde el punto de vista del usuario». *Enfermería Clínica* 1995; 5: 61-68.
- Vázquez M.A., Casals J.L., Aguilar P., Ramírez M.J., Gómez M.J., Villarín V. «Percepción por el usuario de la imagen de Enfermería». *Enfermería Clínica* 1997; 7: 105-111.
- Lázaro P., Casanovas I., Mitjans J, Reixach M. «Cualidades de la Enfermera/o desde el punto de vista del usuario». *Enfermería Clínica* 1994; 4: 68-72.
- Salvador A.L., López R., Serrano J., Martín E., Salvador J.J. «Imagen del profesional de enfermería en la sociedad actual». *Enfermería Científica* nº 75. Junio 1988.
- Martínez Rierra J.R. «Enfermería: Opina la sociedad». *Enfermería Científica* nº 170-171. Mayo-Junio 1996.
- Cuesta Miguel M.J., Marco Adrián M.J., Muñoz Izquierdo A. «Conocer la opinión de la comunidad para mejorar la atención de Enfermería». *Enfermería Clínica* nº 152-153. Noviembre-Diciembre 1994.
- Donahue M.P. *Historia de la Enfermería*. Barcelona. Ed. Doyma, 1985.
- Latiesa M. *Validez y Fiabilidad de las Observaciones Sociológicas. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial, 1994.

# Algunas direcciones de *internet* para *nuestra profesión*

- **REVISTAS ELECTRÓNICAS DE ENFERMERÍA:**  
[www.readysoft.es/joanenric/revistes.htm](http://www.readysoft.es/joanenric/revistes.htm)
- **REVISTAS EN ENFERMERÍA:**  
Nueva dirección de esta interesante revista de Enfermería y Humanidades.  
[biblio.ucaldas.edu.co/docs/GutEnfermeria.htm](http://biblio.ucaldas.edu.co/docs/GutEnfermeria.htm)



- **ENFERMERÍA: OTROS: REVISTAS Y E-ZINES**  
Enfermería: Revistas Cubanas de Sanidad: Dentro del grupo hay una dedicada específicamente a la Enfermería.  
[www.guiadeenfermeria.com/otros/revistas/](http://www.guiadeenfermeria.com/otros/revistas/)
- **REVISTAS SANITARIAS EN ESPAÑOL: ATENCIÓN PRIMARIA**  
Revistas Sanitarias en Español - Atención Primaria. Atención Primaria, Especialidades, Revistas Internacionales.  
[www.fisterra.com/recursos\\_web/castellano/c\\_revistas.htm](http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_revistas.htm)
- **ACTIVIDADES**  
Destacamos las revistas Enfermería Intensiva, Gerokomos, Revista de la Asociación de Enfermería en Urología, BISEDEN (Enfermería Nefrológica) e Híades.  
[www.index-f.com/6\\_informes.htm](http://www.index-f.com/6_informes.htm)
- **BIBLIOTECA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA**  
En el área de Ciencias de la Salud, principalmente aquellas que abarcan los campos de la Enfermería, Fisioterapia y Podología. Revistas en castellano.  
[www.ucm.es/BUCEM/enf/05001.htm](http://www.ucm.es/BUCEM/enf/05001.htm)



- **ENLACES DE ENFERMERÍA**  
Revistas e Investigación Enfermería: ÍNDICE DE REVISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD (en inglés).  
[www.aibarra.org/enlaces.htm](http://www.aibarra.org/enlaces.htm)
- **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA: TIC EN ENFERMERÍA**  
Científica, de asociaciones profesionales, asimismo incorpora con carácter selectivo artículos de algunas otras revistas de enfermería y boletines.  
[enfe.ua.es/profesores/ferri/tice4.htm](http://enfe.ua.es/profesores/ferri/tice4.htm)
- **ENLACES EN ENFERMERÍA 21**  
Esta página da acceso a 12 revistas de enfermería en inglés. Nurse-Beat: Periódico electrónico de enfermería cardiológica.  
[www.enfermeria21.com/directorio/publicaciones.htm](http://www.enfermeria21.com/directorio/publicaciones.htm)
- **INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA**  
Medline Muy conocida en el campo de la medicina. Incluye revistas de Enfermería. Medline Plus de la National Library of Medicine. Inglés.  
[www.enferpro.com/investigacion.htm](http://www.enferpro.com/investigacion.htm)

