

# TRABAJO FIN DE GRADO



## UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

### FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Importancia del consentimiento informado en pacientes  
quirúrgicos. Papel de Enfermería.

Autor: Ester Calvo del Real

Directora: Dña. Nerea Ruiz González

Murcia, a 1 de abril de 2020.







# TRABAJO FIN DE GRADO



## UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

### FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Importancia del consentimiento informado en pacientes  
quirúrgicos. Papel de Enfermería.

Autor: Ester Calvo del Real

Directora: Dña. Nerea Ruiz González

Murcia, a 1 de abril de 2020.



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO  
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

|  |                                 |                                   |  |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| <b>ALUMNO</b>  |                                 | <b>CURSO ACADÉMICO: 2019/2020</b> |  |
| Apellidos: Calvo del Real  |                                 | Nombre: Ester                     |  |
| DNI: 77654680X   | Titulación: Grado de Enfermería |                                   |  |
| Título del trabajo: Importancia del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos.<br>Papel de Enfermería. |                                 |                                   |  |
|  |                                 |                                   |  |
|  |                                 |                                   |  |

El Prof/a. Dña. Nerea Ruiz González como Director(s)/Tutor(s)<sup>(1)</sup> del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 1 de abril de 2020

Fdo.: Nerea Ruiz González

<sup>(1)</sup> Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.





## **AGRADECIMIENTOS.**

A mis padres, por ser lo más importante de mi vida, por criarme y educarme, convirtiéndome en lo que soy ahora. Por vuestros consejos y apoyo recibido durante estos 4 años, sobre todo en los momentos más difíciles. Por ser los principales promotores de mí futuro, por confiar y creer en mí hasta el final. Sin vosotros, sin vuestra lucha, nunca podría haber cumplido mi mayor sueño, el de ser enfermera para poder cuidar a los demás. Siempre estaré en deuda con vosotros.

A mi hermano, por su amor incondicional, y ánimos. Gracias por intentar sacarme siempre una sonrisa en los momentos de estrés y nerviosismo. Por esa tranquilidad que siempre me has transmitido.

A mi novio, Borja. No tengo palabras para poder agradecerte todo lo que has hecho por mí durante estos 4 años. Gracias por estar siempre a mi lado y ayudarme a cumplir mi sueño. Por tus chistes malos en momentos de agobio y nuestros “croquis” tan perfectos. Muchas gracias de corazón.

A todos los profesores de la carrera, por enseñarme a amar a la Enfermería. Por vuestros conocimientos y esfuerzos para convertirnos en los mejores profesionales. Muchas gracias especialmente a mi directora de TFG Nerea Ruiz González, por su ayuda, dedicación y disponibilidad en todo momento. Gracias tanto a los pacientes tratados durante mis prácticas como a los tutores, por sus fuerzas para continuar con mi propósito y aprendizaje. Gracias.



## **LISTADO DE ABREVIATURAS.**

A.C: Antes de Cristo.

ACP: Auscultación Cardiopulmonar.

AMC: Alergias Medicamentosas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

AMP: Ampolla.

CC: Centímetros cúbicos.

CI: Consentimiento Informado.

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras.

CM: Centímetros.

DxE: Diagnóstico de Enfermería.

DxEp: Diagnóstico principal de Enfermería.

FC: Frecuencia Cardiaca.

H: Hora,

IMC: Índice de Masa Corporal.

IV: Intravenoso.

KG: Kilogramos.

LPM: Latidos por minuto.

MG: Miligramos.

ML: mililitros.

MMHG: Milímetros de mercurio.

MMSS: Miembros superiores.

M/P: Manifestado por.



NC: Normocoloreada.

NH: Normohidratada.

NIC: Intervenciones.

NOC: Resultados.

NOCp: NOC principal.

PA: Puntuación Alcanzada.

PC: Problema de Colaboración.

PD: Puntuación Diana.

PI: Puntuación Inicial

RC: Riesgo de Complicación.

R/C: Relacionado con.

RCp: Riesgo de Complicación Principal.

REG: Regular Estado General.

RPM: Respiraciones Por Minuto.

SATO2: Saturación de Oxígeno.

SG: Suero Glucosado.

SMS: Servicio Murciano de Salud.

TA: Tensión Arterial.



## ÍNDICE

|  |              |
|--|--------------|
| <b>RESUMEN .....</b>   | <b>XXV</b>   |
| <b>ABSTRACT.....</b>   | <b>XXVII</b> |
| <b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>                                     | <b>29</b>    |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>   | <b>33</b>    |
| <b>2.1. Objetivo General .....</b>                               | <b>33</b>    |
| <b>2.2. Objetivos Específicos .....</b>                          | <b>33</b>    |
| <b>3. MARCO TEÓRICO .....</b>                                    | <b>35</b>    |
| <b>3.1. Consentimiento informado.....</b>                        | <b>35</b>    |
| <i>3.1.1. Fundamentos históricos .....</i>                       | <i>35</i>    |
| <i>3.1.2. Definición.....</i>                                    | <i>36</i>    |
| <i>3.1.3. Contenido mínimo del consentimiento informado.....</i> | <i>36</i>    |
| <i>3.1.4. Información del consentimiento informado.....</i>      | <i>38</i>    |
| <i>3.1.4.1. Características de la información .....</i>          | <i>38</i>    |
| <i>3.1.4.2. Quién debe otorgar la información del CI.....</i>    | <i>41</i>    |
| <i>3.1.4.3. A quién va dirigida la información del CI .....</i>  | <i>42</i>    |
| <i>3.1.5. Beneficios del consentimiento informado .....</i>      | <i>43</i>    |
| <b>3.2. Fundamentos del consentimiento informado.....</b>        | <b>44</b>    |
| <i>3.2.1. Fundamento ético.....</i>                              | <i>44</i>    |





|   |           |
|---|-----------|
| 3.2.1.1. Principios de la bioética.....   | 44        |
| 3.2.1.1.1. Principio de Autonomía .....   | 44        |
| 3.2.1.1.2. Principio de No Maleficencia .....   | 45        |
| 3.2.1.1.3. Principio de Justicia.....   | 45        |
| 3.2.1.1.4. Principio de Beneficencia .....  | 45        |
| 3.2.2. Fundamento legal.....  | 46        |
| 3.2.2.1. Ley General de Sanidad.....  | 46        |
| 3.2.2.2. Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina .....   | 46        |
| 3.2.2.3. Ley 41/2002 del 14 de noviembre .....  | 48        |
| <b>3.3. Complicaciones del consentimiento informado .....</b>   | <b>49</b> |
| 3.3.1. Excepciones.....   | 49        |
| 3.3.2. Complicaciones en un paciente quirúrgico .....   | 50        |
| <b>3.4 Competencias de Enfermería en el consentimiento informado .....</b>  | <b>52</b> |
| 3.4.1. Código Deontológico .....  | 53        |
| 3.4.1.1. Definición y funciones.....  | 53        |
| 3.4.1.2 Código Deontológico de Enfermería .....   | 54        |
| 3.4.1.2.1 Código Deontológico del Consejo Internacional de enfermeras (CIE)<br>para la Profesión de Enfermería..... | 54        |
| 3.4.1.2.2 Código Deontológico de la Enfermería española .....   | 56        |
| <b>4. METODOLOGÍA .....</b>   | <b>59</b> |
| 4.1. Diseño .....   | 59        |
| 4.2. Sujeto del estudio. ....   | 59        |
| 4.3. Ámbito y Periodo del estudio .....   | 59        |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>4.4. Procedimiento de recogida de información</b> .....  | 60        |
| 4.4.1. <i>Fuente de información</i> .....   | 60        |
| 4.4.2. <i>Procedimiento de información</i> .....  | 60        |
| 4.4.3. <i>Procesamiento de los datos</i> .....  | 61        |
| <b>5. RESULTADOS</b> .....  | <b>63</b> |
| <b>5.1 Descripción del caso</b> .....   | 63        |
| <b>5.2. Valoración del caso</b> .....   | 64        |
| <b>5.3. Diagnóstico de Enfermería</b> .....   | 67        |
| 5.3.1 <i>Priorización del Diagnóstico de Enfermería. Obtención del DxE principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA</i> ..... | 72        |
| 5.3.2. <i>Justificación del DxE principal</i> .....   | 73        |
| <b>5.4 Problema de colaboración (CP) / Riesgo de complicación (RC)</b> .....  | 75        |
| 5.4.1 <i>Priorización del riesgo de complicación principal</i> .....  | 76        |
| 5.4.2. <i>Justificación del RC Principal</i> .....  | 77        |
| <b>5.5 Planificación</b> .....  | 78        |
| 5.5.1 <i>Planificación del DxEp</i> .....   | 78        |
| 5.5.1.1 <i>Resultados (NOC)</i> .....   | 78        |
| 5.5.1.2. <i>Intervenciones (NIC)</i> .....  | 81        |
| 5.5.2. <i>Planificación del RCp</i> .....   | 83        |
| 5.5.2.1. <i>Resultados (NOC)</i> .....  | 83        |
| 5.5.2.2. <i>Intervenciones (NIC)</i> .....  | 86        |
| <b>5.6 Ejecución</b> .....  | 89        |
| 5.6.1. <i>Cronograma de intervenciones / actividades</i> .....  | 95        |



|   |            |
|---|------------|
| <b>5.7. Evaluación</b> .....                          | 96         |
| 5.7.1. <i>Evaluación del resultado del DxEp</i> ..... | 96         |
| 5.7.2. <i>Evaluación del resultado del RCp</i> .....  | 98         |
| <b>6. DISCUSIÓN</b> .....                             | <b>101</b> |
| 6.1. Limitaciones .....                               | 104        |
| <b>7. CONCLUSIONES</b> .....                          | <b>105</b> |
| <b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....            | <b>107</b> |
| <b>9. ANEXOS</b> .....                                | <b>115</b> |
| 9.1. Anexo I. consentimiento informado.....           | 115        |



## **ÍNDICE DE FIGURAS.**

Figura 1. Red de razonamiento clínico de los diagnósticos de Enfermería..... 72

Figura 2. Red de razonamiento clínico de los riesgos de complicación ..... 76

## **ÍNDICE DE TABLAS.**

Tabla 1. Estudio de incumplimientos sobre el contenido mínimo del CI..... 38

Tabla 2. Estudio de incumplimientos sobre la comprensión del CI. .... 40

Tabla 3. Artículos encontrados en la evidencia científica..... 62

## **ÍNDICE DE CUADROS.**

Cuadro 1. Teniendo en cuenta nuestro DxEp, obtenemos la puntuación del NOCp según escala Likert ..... 79

Cuadro 2. Adjuntamos los indicadores con la puntuación del NOCp según escala Likert ..... 80

Cuadro 3. Adjunto la puntuación del NOCp de mi RCp según escala Likert.... 85

Cuadro 4. Puntuación de los indicadores del NOCp según escala Likert ..... 86

Cuadro 5. Cronograma de intervenciones / actividades..... 95

Cuadro 6. Puntuación del NOCp según escala Likert ..... 96

Cuadro 7. Puntuación de los indicadores del NOCp según escala Likert ..... 97

Cuadro 8. Puntuación del NOCp de mi RCp según escala Likert ..... 98

Cuadro 9. Puntuación de los indicadores del NOCp según escala Likert ..... 99

## **ÍNDICE DE GRÁFICAS.**

Gráfica 1. Opinión de pacientes quirúrgicos sobre la información otorgada a cerca del CI por parte de los profesionales sanitarios..... 41

Gráfica 2. Opinión de los pacientes sobre el contenido del CI.. ..... 41





**RESUMEN.**

**Introducción y Objetivos:** El consentimiento informado, contemplado en la Ley Básica de Autonomía del Paciente, recoge el consentimiento del paciente a ser sometido a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, después de haber recibido una información adecuada. Se favorece la participación activa del paciente en la toma de decisiones, generando una serie de beneficios, tanto en el proceso prequirúrgico como en el postquirúrgico. Por el contrario, la falta de información afecta negativamente al paciente durante su proceso asistencial. El objetivo principal de este trabajo es, reconocer la importancia del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos. **Metodología:** Se realizó una investigación cualitativa, tipo Estudio de Caso, cuyo sujeto fue una mujer de 78 años que acudió al servicio de Urgencias de un hospital de la Región de Murcia, debido a una fractura en la muñeca derecha, producida por una caída. **Resultados:** Tras la realización del plan de cuidados, se identificó como diagnóstico enfermero principal (00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p disminución de la amplitud de movimientos. **Discusión y limitaciones:** Numerosos estudios coinciden en afirmar que el papel de Enfermería es fundamental en el consentimiento informado, ya que garantiza la participación directa del paciente, junto con los profesionales sanitarios, en su proceso asistencial. Por lo tanto, es importante que Enfermería continúe formándose, con la finalidad de adquirir mejores habilidades técnicas y humanas. La principal limitación fue la falta de tiempo para reunir la información necesaria. **Conclusiones:** Gracias a la utilización del consentimiento informado y a la participación activa del paciente junto con los profesionales sanitarios, se puede evitar la falta de información, y por consiguiente las posibles complicaciones asociadas.

**Descriptor:** Consentimiento Informado, Enfermería, Información, Toma de Decisiones y Derechos del Paciente.



**ABSTRACT.**

**Introduction and objectives:** Informed consent, covered by the Basic Law of Patient Autonomy, gathers a patient's consent towards being subjected to any diagnostic or therapeutical procedure, after having received adequate information about this. The patient's active participation in making decisions is promoted, generating a series of benefits, in the pre-surgical and post-surgical procedure. On the other hand, the lack of information negatively affects the patient during his treatment process. This study's main objective is, acknowledging the importance of informed consent regarding surgical patients.

**Methodology:** a qualitative research, case study type, was carried out, the subject of this study was a 78-year-old woman who came to the emergency service of a hospital in Murcia, due to a wrist fracture caused after falling.

**Results:** After carrying out a care plan, (00085) deterioration of physical movility r/t pain m/b decrease of movement amplitude was identified as the main nursing diagnose. **Discussion and limitations:** Various studies show that the figure of the nurse is essential regarding informed consent, because it guarantees the active participation of patients, along with the healthcare professionals, during their treatment process. Therefore, it is important for nurses to keep training themselves in order to acquire better technical and human skills. The main limitation was the lack of time to gather all the necessary information. **Conclusions:** Thanks to the use of the informed consent and the active participation of the patient along with the healthcare professionals, it is possible to avoid the lack of information, and therefore, possible related complications.

**Keywords:** Informed Consent, Nursing, Information, Decision Taking and Patient's Rights.



## 1. INTRODUCCIÓN.

Antes de comenzar el trabajo, es importante definir el principal concepto que será objeto de estudio a lo largo de éste: consentimiento informado (CI).

Según Cadenas: “El consentimiento informado supone, la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (2018, p. 207).

Son muchos los beneficios que nos aporta el CI, tanto a nivel profesional como a los pacientes. Contempla y considera el Derecho de Autonomía que poseen los usuarios, necesario para que puedan tomar sus propias decisiones. Hace partícipe al paciente en su proceso asistencial, participando junto con los profesionales sanitarios en asumir riesgos y responsabilidades. Hace que mejore la relación entre el enfermo y el facultativo. El paciente podrá entender la información que se le ha dado para el procedimiento quirúrgico, por lo que quedará más complacido con la atención recibida. Esto dará lugar, a que no muestre solo interés por los resultados esperados de dicha operación, sino que valore todo el proceso realizado (Vera, 2016).

El CI cobra tal importancia que, en noviembre de 2002 se dicta la ley 41/2002 recogida en el Boletín Oficial del Estado Español (BOE). En ella, se recogen las obligaciones y derechos de los pacientes, dándoles importancia a la autonomía que presentan tanto, en la documentación clínica como en la información (Cadenas, 2018).

Este reconocimiento supuso un cambio radical en la sanidad, pues años atrás, solo se centraba en prestar servicios dirigidos por los sanitarios, sin tener en cuenta al paciente. Esto provocaba, el incumplimiento de uno de los pilares fundamentales de la bioética: el Principio de Autonomía. En la actualidad, todos los servicios que prestan las organizaciones sanitarias, se centran en el paciente, siendo éste su principal eje de preocupación. Consecuentemente, se marca como objetivo el poder responder de forma satisfactoria, a todas aquellas expectativas que presentan los pacientes (Simón et ál., 2007).

A pesar de los beneficios y la importancia que hemos podido comprobar que se le otorga al CI, todavía encontramos deficiencias en lo referido a la información proporcionada en el momento previo a su entrega. Sobre todo, cuando hablamos del CI antes de la realización de una intervención quirúrgica, tal y como le sucedió al sujeto de nuestro estudio (Calle-Urra et ál., 2013).

En 2002, se llevaron a cabo varios estudios, a nivel nacional, con los que se pudieron observar la calidad del CI y los altos niveles de cumplimiento en nuestros hospitales: un 98,9% de los hospitales públicos y privados utilizan el CI. Todo esto demuestra la importancia y la extensión que tiene este documento oficial (Maíllo et ál., 2002).

En la Región de Murcia, en 2013, se ha podido comprobar que más del 90% de los CI, en relación, tanto a las contraindicaciones como a las consecuencias de la intervención, presentan defectos, y en más del 60% se incumplían los apartados sobre si el paciente había entendido el consentimiento, la posibilidad de revocación y la falta de entrega de una copia del documento (Calle-Urra et ál., 2013).

En 2007, se llevó a cabo un estudio sobre el bienestar de los pacientes. Estos afirmaban, que cuando la información que recibían del CI era la adecuada, su nivel de bienestar era satisfactorio, pero aun así, seguían teniendo muchas dudas sin resolver por parte de los profesionales médicos. Surgiendo así el interrogante de *¿Cuál es la función de Enfermería en el CI?* (Simón et ál., 2007).

Efectivamente, Enfermería es también responsable de que los pacientes reciban la información necesaria sobre su proceso asistencial. Por ello, se requiere una participación conjunta, entre los profesionales médicos y enfermeros, que permita mejorar esa falta de información, y que los pacientes reciban una asistencia sanitaria óptima, disminuyendo el nivel de ansiedad y estrés, y haciendo que los pacientes afronten mejor su intervención quirúrgica y su recuperación (García, 2009).

Este trabajo tiene como objetivo proporcionar la información suficiente para demostrar la importancia que tiene el profesional de Enfermería ante el CI.

Enfermería participa en las fases de concienciación y preparación de los pacientes, ya sea previo a un procedimiento quirúrgico, a la realización de técnicas invasivas o terapias. Es responsable del bienestar del paciente en su esfera biopsicosocial. Por ello, es importante que el profesional de Enfermería conozca el CI. De esta manera, el nivel de satisfacción del paciente aumentará, mejorando los resultados desde el ingreso hasta los cuidados al alta de Enfermería, cumplimentando así las expectativas tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes (Bautista et ál., 2017).





## **2. OBJETIVOS.**

### **2.1. Objetivo General.**

- Reconocer la importancia del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos.

### **2.2. Objetivos Específicos.**

- Conocer el significado del consentimiento informado y analizar su contenido.
- Probar cómo la falta de información afecta negativamente a pacientes quirúrgicos.
- Analizar el fundamento ético y legal del consentimiento informado.
- Describir las competencias de Enfermería en el consentimiento informado, teniendo en cuenta el código deontológico de Enfermería.
- Elaborar un plan de cuidados sobre un paciente sometido a una intervención quirúrgica por fractura de radio distal y que además manifiesta no tener información suficiente a cerca de la intervención quirúrgica a la que se le va a someter. Para ello, nos basaremos en los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis), resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification).



### **3. MARCO TEÓRICO.**

#### **3.1. Consentimiento informado.**

##### *3.1.1. Fundamentos históricos.*

Desde la antigüedad, se ha defendido el derecho a vivir como uno de los principales cimientos de la humanidad. En el siglo XVIII a.C., en el reino de Hammurabi, en Mesopotamia, se instauraban las primeras leyes contra la mala praxis médica, estableciendo así las responsabilidades jurídicas que poseía el médico ante el paciente, dando lugar a las leyes basadas en la moral y en la objetividad. Seguidamente, en el siglo V a.C. aparece la época de Hipócrates de Cos, en Grecia, con el Juramento Hipocrático “Primum non nocere” (primero no hacer daño). Este principio ético, surgió ante la necesidad de un documento que regulara los efectos indeseables de las intervenciones, produciendo así la iatrogenia. Con ello, el paciente pasa a ser el principal beneficiario, sin olvidar que el médico seguiría tomando las decisiones, sin tener en cuenta a éste. Esto ocasionó que paulatinamente, surgiera la beneficencia paternalista. Por lo tanto, el médico poseía la autoridad suficiente para elegir por ellos; “todo es para el paciente, pero sin el paciente” (Lilián y Oscar, 2014).

Con el paso de los años, gracias al desarrollo de la humanidad, empiezan a surgir los primeros acontecimientos históricos más relevantes sobre el CI, siendo uno de ellos, durante la Revolución Francesa, en 1789. Se reconoció por primera vez, al individuo, su condición de ser persona, proporcionándole así dignidad, autoestima y respeto en la relación médico-paciente. Con el trascurso del tiempo, nace el respeto tanto de los deberes como de los derechos de cada persona, ya que comienzan a decidir libremente su gobierno. Construyen concepciones democráticas en dichas relaciones, surgiendo así la idea, de un consentimiento libre e informado para cada individuo (Menéndez, 2013).

Por último, tras finalizar la II Guerra Mundial, comienza la utilización del término CI. En primer lugar, con el Código Nuremberg, que regulaba la utilización del éste, previo a cualquiera investigación que se hiciese con seres humanos. Más tarde, con la Declaración de Helsinki, en la que se explica que

una vez que el individuo hubiese comprendido la información otorgada por el facultativo, referente a la investigación, se le debe proporcionar el CI por escrito (Lilián y Oscar, 2014).

### 3.1.2. *Definición.*

El CI debe entenderse como el documento clave que garantiza la protección del individuo, en el ámbito sanitario. Tiene en cuenta y respeta los derechos de la persona, siendo estos la dignidad, la libertad y la autonomía del paciente. Proporciona así, las indicaciones pertinentes en los riesgos y beneficios que pueden ocasionar las intervenciones a las que serán sometidos, ofreciéndoles una mayor tranquilidad. Esto permitirá, que el paciente sea más colaborador con el profesional sanitario, ya que se sentirá atendido en su esfera biopsicosocial y facilitará la toma de decisiones (González y Alerm, 2016).

De manera más específica, según Cadenas, en el artículo 3 de la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, de sus derechos y obligaciones, lo define como: “El consentimiento informado supone, la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (2018, p. 207).

### 3.1.3. *Contenido mínimo del consentimiento informado.*

Según García (2016), el contenido mínimo del CI recoge los siguientes datos (Anexo 1):

- Datos identificativos:
  - Centro y unidad hospitalaria.
  - Profesional que informa.
  - Paciente o representante (legal, de hecho o familiar).
  - Procedimiento a realizar.

- Datos de la documentación clínica:
  - Explicar en qué consiste el procedimiento y cómo se lleva a cabo, (Naturaleza y descripción de la intervención).
  - Explicar para qué se hace el procedimiento, es decir, la finalidad.
  - Los beneficios que se pretende obtener de la intervención.
  - Diferentes opciones que pueden surgir a la intervención (alternativas).
  - Problemas que pueden aparecer relacionados con la realización o no de la intervención.
  - Riesgos asociados a la intervención propuesta al paciente, y a los conocimientos técnicos que posean los profesionales sanitarios que la lleven a cabo.
  - Contraindicaciones.
  
- Afirmaciones y firmas:
  - Comprensión adecuada de la información otorgada.
  - Revocación del CI en cualquier momento.
  - Obtención de una copia del CI.
  - Lugar de la intervención.
  - Fecha de la intervención.
  - Firma de todos los profesionales sanitarios involucrados y del paciente, o de su representante legal.

En 2013, se llevó a cabo un estudio en los hospitales generales del Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que se analizaba el número de incumplimientos relacionados con el contenido que debía tener el CI, según Calle-Urra et ál. (2013):

- En la primera tabla, se puede observar el porcentaje de incumplimiento relacionado con los datos de la intervención a la que va a ser sometido el paciente. Cabe destacar que, en un 99,2% del total de los hospitales, no aparece en el CI el apartado de contraindicaciones (criterio C13). Del mismo modo, en un 91,3% de los hospitales, las consecuencias del procedimiento (criterio C10), no venían recogidas en el CI. Por todo ello,

creemos necesario que los profesionales sanitarios deben profundizar aún más, en el contenido mínimo del CI, proporcionando así, una mejor asistencia sanitaria. Esto generará una disminución del número de incumplimientos, favoreciendo así la autonomía del paciente. Al facilitarle toda la información existente, el paciente podrá tomar las mejores decisiones con respecto a su estado de salud, aumentando así su satisfacción.

**Tabla 1:** Estudio de incumplimientos sobre el contenido mínimo del CI.

| Criterio   | H1   | H2   | H3   | H4   | H5   | H6   | H7   | H8   | H9   | TOTAL  |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|
| C7. El nombre del procedimiento a realizar debe aparecer claramente identificado   | 2,8  | 2,3  | 8,8  | 0,9  | 0    | 0,9  | 5,1  | 0,6  | 0,7  | 3,4*   |
| C8. Debe aparecer la naturaleza y descripción del procedimiento a realizar         | 14,7 | 33,6 | 22,2 | 71,3 | 85,3 | 62,3 | 82,1 | 17,6 | 60,4 | 38,5*  |
| C9. Debe aparecer la finalidad del procedimiento                                   | 17,5 | 47,4 | 50,4 | 89,6 | 70,6 | 78,3 | 87,2 | 93,9 | 64,2 | 60,0*  |
| C10. Deben aparecer las consecuencias relevantes o de importancia                  | 99,3 | 80,3 | 87,7 | 91,3 | 97,1 | 97,2 | 100  | 100  | 96,3 | 91,3*  |
| C11. Deben figurar los riesgos probables en condiciones normales o riesgos típicos | 11,9 | 33,6 | 12,0 | 62,6 | 52,9 | 42,5 | 71,8 | 24,8 | 49,3 | 31,5*  |
| C12. Debe contener espacios para anotar los riesgos personalizados de importancia  | 20,3 | 21,1 | 66,7 | 9,6  | 1,5  | 51,9 | 5,1  | 9,1  | 48,5 | 33,4*  |
| C13. Deben aparecer las contraindicaciones   | 100  | 99,3 | 97,4 | 100  | 100  | 99,1 | 100  | 100  | 100  | 99,2** |
| C14. Deben aparecer las alternativas al procedimiento                              | 24,5 | 42,8 | 72,9 | 87,0 | 70,6 | 75,5 | 94,9 | 76,4 | 55,2 | 62,2*  |

\* Estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ).  
 \*\* Estadísticamente significativo ( $p = 0,019$ ).

Fuente: Calle-Urra et ál. (2013).

### 3.1.4. Información del consentimiento informado.

#### 3.1.4.1. Características de la información.

La información que se otorga al paciente deberá ser adecuada, continuada, entendible y clara, ya que esta información repercutirá en su toma de decisiones. Por lo tanto, el paciente deberá elegir libremente su decisión final. Algunas de las características del CI, se detallan a continuación según García (2016):

- La información deberá ser proporcionada de una forma comprensible: el profesional sanitario, al encontrarse en un ámbito científico, adquiere un lenguaje específico, siendo éste poco comprensible para los pacientes.

Por lo tanto, no deberá utilizar una terminología técnica, sino un lenguaje adaptado tanto a su cultura como a su nivel intelectual y edad.

- La información deberá ser sincera y completa, eliminando así cualquier mendacidad. Se otorgará una copia al paciente de su CI.
- La información deberá ser apropiada, ya que se deberá de tener en cuenta las particularidades del paciente y la cantidad de información que quiere saber.

Según Cadenas (2018), el CI generalmente se proporciona de forma verbal al paciente, quedando constancia en la historia clínica del mismo. No obstante, el artículo 8 de la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, de sus derechos y obligaciones, recoge que, para aquellos procedimientos más complicados, se deberá proporcionar al paciente el CI por escrito, siendo estos: intervención quirúrgica, procedimientos invasivos o que supongan un riesgo, o aquellos que tengan una consecuencia negativa al paciente.

Siguiendo con el estudio anterior, la siguiente tabla muestra el porcentaje de incumplimiento en lo referido a los datos sobre el entendimiento del CI, la revocación de éste, la entrega de copia, y la autorización para poder realizar la intervención. Tan sólo en un 10,7% del total de hospitales, se recogió la información sobre el consentimiento del paciente o representante legal, para poder realizar la intervención (criterio C18). Por el contrario, observamos que en un 63,7% del total de los hospitales, no aparece la declaración sobre si el paciente ha entendido la información dada y resuelto sus dudas (criterio C15). Aun no siendo el criterio con más incumplimientos, vemos la necesidad de destacarlo debido a la importancia que presenta en nuestro trabajo. Este número de incumplimientos, da lugar a que el paciente no pueda otorgar su Derecho de Autonomía. Por lo tanto, la falta y la no comprensión de la información o las dudas no resueltas por los profesionales sanitarios, perjudican directamente a los pacientes en todo su proceso asistencial, dando lugar a demandas contra los profesionales sanitarios (Calle-Urra et ál., 2013).

**Tabla 2:** Estudio de incumplimientos sobre la comprensión del CI.

| Criterio   | H1   | H2   | H3   | H4   | H5  | H6   | H7   | H8   | H9   | TOTAL |
|--|------|------|------|------|-----|------|------|------|------|-------|
| C15. Debe figurar la declaración por parte del paciente de haber comprendido adecuadamente la información y de haber aclarado todas las dudas planteadas | 89,5 | 21,1 | 91,2 | 17,4 | 100 | 76,4 | 92,3 | 67,9 | 59,0 | 63,7* |
| C16. Debe figurar la declaración de que conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, sin expresión de la causa de revocación    | 86,7 | 20,1 | 17,1 | 16,5 | 0   | 45,3 | 2,6  | 0    | 0    | 22,0* |
| C17. Debe aparecer un espacio para la revocación del consentimiento en el caso que el paciente lo considere necesario                                    | 92,3 | 0,7  | 1,7  | 55,7 | 0   | 50,9 | 2,6  | 0    | 0    | 18,2* |
| C18. Debe figurar la expresión del paciente o de su representante legal de que da su consentimiento para someterse al procedimiento                      | 0,7  | 0,7  | 16,2 | 1,7  | 100 | 20,8 | 0    | 0    | 0    | 10,7* |
| C19. Debe aparecer una expresión referida a la entrega de una copia del documento al paciente  | 97,9 | 98,7 | 52,4 | 100  | 100 | 99,1 | 100  | 98,8 | 100  | 87,6* |

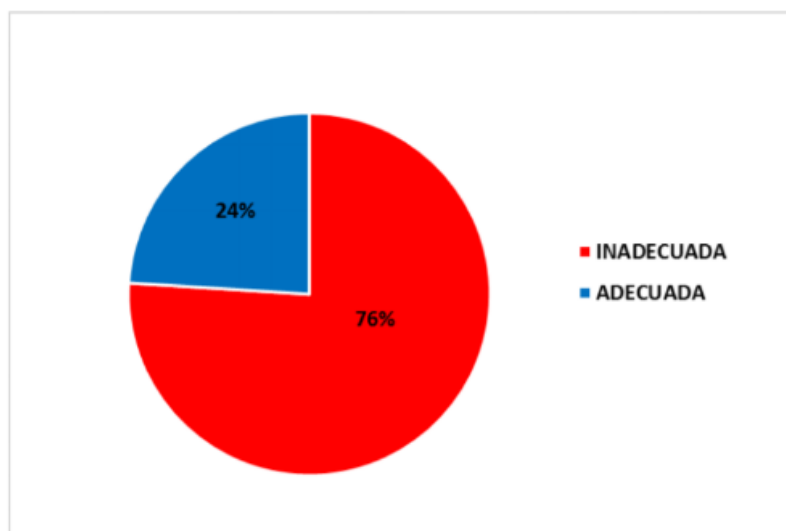
\* Estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ).

*Fuente:* Calle-Urra et ál. (2013).

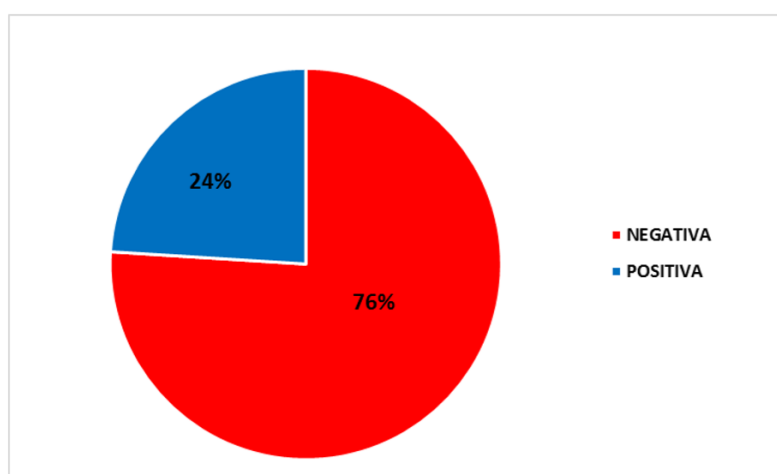
Podríamos concluir que la no existencia de un único modelo de CI, dificulta el cumplimiento de los criterios que se han evaluado en el anterior estudio. Asimismo, es importante señalar la necesidad de que los profesionales sanitarios conozcan qué es el CI y cuáles son sus obligaciones sobre él; para así garantizar que este se transmite de manera clara y que la información es totalmente completa (Calle-Urra et ál., 2013).

A continuación, se muestran dos gráficas sobre un estudio llevado a cabo en un hospital peruano, en el que se recogen la percepción que tenían los pacientes sobre el CI (Mayta, 2017).





**Gráfico 1:** Opini3n de pacientes quir3rgicos sobre la informaci3n otorgada a cerca del CI por parte de los profesionales sanitarios. Fuente: Mayta (2017).



**Gráfico 2:** Opini3n de los pacientes sobre el contenido del CI. Fuente: Mayta (2017).

### 3.1.4.2. Qui3n debe otorgar la informaci3n del CI.

El profesional sanitario que vaya a ser el encargado de la realizaci3n del procedimiento, ser3 el responsable de comunicar toda la informaci3n necesaria al paciente. Aun as3, cualquier profesional que participe en su actividad asistencial, estar3 obligado, a no solo realizarlo correctamente, sino a informarle de forma adecuada (Cadenas, 2018).

Por ello, desde el inicio de su proceso asistencial, cada paciente tiene asignado un m3dico y un enfermero, quienes garantizar3n su asistencia

sanitaria, el seguimiento y la información necesaria que deberá recibir el paciente (García et ál., 2019).

### *3.1.4.3. A quién va dirigida la información del CI.*

Principalmente, es el paciente quien debe obtener dicha información. También podrá permitir que sean terceras personas quienes reciban la información del paciente. Si éste no está preparado para la toma de decisiones, los familiares o personas vinculadas a él podrán obtener el CI.

Existen algunas situaciones en las cuales el paciente está exento de recibir dicha información, según Cadenas (2018):

- Será preferentemente el cónyuge o los familiares de primer grado, quienes decidan por el paciente si éste presenta alguna incapacidad en su toma de decisiones.
- Si el paciente está incapacitado legalmente, será su representante legal quien tome las decisiones. Sin embargo, si el facultativo considera que el incapacitado presenta madurez, podrá otorgarle la información y tener en cuenta su opinión.
- Si el paciente es menor de edad y no comprende la información. El CI lo firmará su representante legal. No obstante, si el menor tiene 12 años se escuchará su opinión.
- En situaciones de urgencia, si el paciente presenta 16 años, se tendrá en cuenta la opinión de los padres para la toma de decisiones.
- Si la toma de decisión del representante legal del paciente es perjudicial para éste, se comunicará a las autoridades, teniendo en cuenta las leyes civiles.

### 3.1.5. Beneficios del consentimiento informado.

El CI es reconocido en las legislaciones de todos los países ya que respeta al paciente como persona, sobre todo, en su toma de decisiones, pero también le proporciona una serie de beneficios. Según Vera (2016), destacaríamos los siguientes:

- Promueve la autonomía y libertad de los pacientes.
- Facilita el pensamiento racional de los pacientes ante la toma de decisiones.
- Protege a todos los sujetos que estén participando en un experimento.
- Evita el engaño, la imposición de cualquier profesional sanitario al paciente y la desconfianza hacia ellos.
- Tranquiliza al paciente ante la intervención o procedimiento a realizar, gracias a la comprensión del mismo.
- Hace participe al paciente o a los familiares en su proceso asistencial, compartiendo responsabilidades junto a los profesionales sanitarios, mejorando así la relación paciente-profesional.
- El paciente reconoce todo el proceso de su procedimiento, desde el inicio, evaluando la información obtenida hasta su fin, evitando que sólo se oriente en base a los resultados.
- Incrementa la seguridad en el paciente, ya sea en los profesionales sanitarios, como en su intervención, tratando así por completo su esfera biopsicosocial.

Gracias al CI, se elimina el intento de manipulación de la información. Algunas de las formas en las que los profesionales sanitarios pueden influir en las tomas de decisiones del paciente, son: de manera directa, ya sea

falsificando u ocultando información al paciente, o de manera indirecta, a través gestos, reacciones o incluso con el tono de voz, confundiéndolo psicológicamente. Por último, eliminamos cualquier intento de coacción al paciente, por parte del profesional sanitario, ya sea utilizando amenazas o a través del daño, incumpliendo gravemente los principios bioéticos. Por todo ello, el CI permite que el paciente pueda tomar las decisiones de manera libre y voluntaria; evitando así que los profesionales sanitarios puedan influir en la respuesta de éste (Vera, 2016).

### **3.2. Fundamentos del consentimiento informado.**

#### *3.2.1. Fundamento ético.*

En 1978, el Congreso de los Estados Unidos, elaboró el Informe de Belmont, relacionado con la práctica médica en investigación, cuyo fin era proteger y salvaguardar los derechos de los individuos. Un año más tarde, debido a los conflictos que se seguían originando en el momento de la toma de decisiones, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de los pacientes, Beauchamp y Childress redactaron los cuatro principios clásicos de la bioética. Estos principios, se basaron en el Informe de Belmont, como orientación y solución ante las dificultades que se encontraban a dicho problema (Almada, 2017).

##### *3.2.1.1. Principios de la bioética.*

###### *3.2.1.1.1. Principio de Autonomía.*

Se trata de unos de los principios fundamentales en los que se apoya el CI, ya que otorga al paciente el derecho a elegir de manera libre, decidiendo sobre su propia salud y respetando sus valores (Gómez, 2016).

Anteriormente, era el médico quien decidía por el paciente, surgiendo en muchos casos, abusos de poder. Estos actos violaban los derechos más importantes de los individuos, como son la libertad y la integridad. Con el desarrollo de la sociedad y el Principio de Autonomía recogido en el CI, el paciente tiene derecho a estar informado sobre su salud y poder recibir toda la información relacionada con cualquier intervención o procedimiento que se le

vaya a realizar; aceptándolo o negándose a recibir cualquier tratamiento propuesto o incluso, elegir uno diferente (Robalino, 2018; Menéndez, 2013).

#### *3.2.1.1.2. Principio de No Maleficencia.*

Se basa primordialmente, en no infligir daño de forma intencionada, tanto físico como psicológico al paciente, así como realizar perjuicio a la hora de la realización de intervenciones (Briceño et ál., 2018).

Este principio, lo podemos encontrar en la ética médica tradicional, dentro del Principio Hipocrático “*Primum non nocere*” (lo primero es no hacer daño). En la balanza de los beneficios y los riesgos, siempre deberá primar los primeros, pues el profesional sanitario está obligado a realizar los mejores cuidados al paciente. No obstante, el profesional sanitario podrá utilizar la objeción de conciencia, si la posición moral de éste, no es compartida con el paciente, y tendrá la obligación moral de remitirlo a otro profesional sanitario (Gómez, 2016).

#### *3.2.1.1.3. Principio de Justicia.*

Este principio propone el cumplimiento de la igualdad, la imparcialidad y la planificación para la comunidad; sin distinciones de edad, etnia o raza. Por ello, las intervenciones se clasificarán por orden de prioridad, primando aquellas que sean vitales para la salud del individuo. Así mismo, los recursos sanitarios ofrecidos a la comunidad deben ser siempre equitativos, evitando las desigualdades que puedan producirse en sanidad y ofreciendo la mayor satisfacción a las necesidades de los individuos (Gómez, 2016).

#### *3.2.1.1.4. Principio de Beneficencia.*

Este principio viene recogido en los Principios Hipocráticos. Se centra en garantizar el bien, evitando hacer daño. El profesional sanitario deberá buscar los procedimientos más adecuados al paciente, para que puedan ser seguros y eficaces (Mora, 2015).

Siguiendo el modelo paternalista que se encontraba antiguamente en la relación médico-paciente, los sanitarios elegían su forma de hacer el bien, sin valorar la opinión del paciente, quedando a un lado su consentimiento.

Conforme avanzamos, no sólo se tiene en cuenta su libertad, sino el tener como objetivo principal, hacer el bien al paciente, estableciéndose el Principio de Beneficencia como subordinado al de autonomía. No se podrá realizar el bien si con ello tenemos que hacer primeramente el mal. Siempre se les ofrecerá el CI a aquellas personas que, para poder hacer un bien a la sociedad, tengan que someterse a riesgos de experimentación (Gómez, 2016).

### *3.2.2. Fundamento legal.*

El respeto a la autonomía del paciente está muy presente en el sistema legislativo español, por ello, el incumplimiento por parte del profesional sanitario a este derecho del paciente, será sancionado tanto moral como legalmente. Por consiguiente, tanto el paciente como los profesionales sanitarios, serán responsables de las consecuencias obtenidas en los procedimientos médicos y/o enfermeros (Guerra, 2016).

#### *3.2.2.1. Ley General de Sanidad.*

En la Ley 14/1986, el CI aparece como un derecho, por primera vez en España, en la Ley General de Sanidad, el 25 de abril de 1986. Esta ley propone regular las acciones, para posibilitar el derecho que tienen los ciudadanos a la protección de su salud y permitir una atención sanitaria de calidad. Promueve el derecho a que la información entregada al paciente como a sus familiares, deberá de ser real, en todo su proceso asistencial, teniendo en cuenta que ésta podrá ser verbal o escrita. Por otro lado, reafirma la libertad de los pacientes a la hora de elegir las opciones que le proporciona el médico para cualquier intervención, ya que tienen derecho a participar en la toma de decisiones junto con los profesionales sanitarios (Morales y Daza, 2017).

#### *3.2.2.2. Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina.*

El 4 de abril de 1997, se firmó en Oviedo, un Convenio que garantizaba la protección de los derechos y dignidad de todos los seres humanos, en el ámbito biológico y médico. Algunos de los artículos recogidos en este convenio, hacen referencia al CI, observando así su importancia legal según, de Montalvo (2013):

- Artículo 5:
  - Sin el CI del paciente, no se podrá realizar ninguna intervención relacionada en el ámbito sanitario, teniendo en cuenta que éste deberá de ser firmado de forma libre.
  - El paciente podrá retroceder, eliminando así su consentimiento en el periodo de tiempo que quiera.
  
- Artículo 6:
  - Proteger a los individuos que no puedan manifestar su consentimiento debido a sus capacidades, ya sea un menor o una persona mayor de edad. Por lo tanto, se deberá de obtener una autorización del representante legal.
  
- Artículo 7:
  - Proteger a aquellos individuos que presentan alteraciones mentales. En estos casos existe la excepción de no otorgar el CI al paciente, si su salud corre peligro, por lo que hay que realizarle una intervención inmediata.
  
- Artículo 8:
  - En las situaciones de urgencia que no se pueda llevar acabo el CI, se podrá realizar las intervenciones propuestas para beneficiar la salud del paciente.
  
- Artículo 16:
  - En caso de experimento científico, el CI deberá ser otorgado por escrito al voluntario. Éste podrá ser eliminado cuando el paciente lo desee.
  
- Artículo 17:
  - Sólo se podrá realizar un experimento a un individuo sin su CI si los beneficios superan a los perjuicios.

- Aunque el propio experimento no necesite otorgar el CI, el paciente tiene derecho a recibirlo para obtener toda la información referente a ello.
  - Por último, solo se podrá realizar el experimento con la autorización de un representante legal.
- Artículo 19:
    - Para las donaciones de órganos se requerirá del CI por escrito. Aquellas personas con alteraciones mentales podrán donar sin CI, excepcionalmente, si no se encuentra un donante que sea compatible; si quien recibe la donación es hermano/a; si la donación salvará la vida; si hay autorización del representante; y si el donante no rechaza la donación.

Amo (2017), subraya la importancia del Convenio de Oviedo, tanto ética como jurídicamente. Pues, aún 20 años después de su firma, es imprescindible su vigencia para poder así garantizar la dignidad del individuo. Por lo tanto, el CI, se confiere como un documento irremplazable y necesario, tanto por su importancia ética como legal en el paciente. No obstante, Berian y Morantinos (2018), afirman que requiere de algunas modificaciones para su correcto abordaje en la actualidad.

### *3.2.2.3. Ley 41/2002 del 14 de noviembre.*

La Ley 41/2002, regula la autonomía de los pacientes, es decir, sus derechos y obligaciones, tanto a nivel de información en las instituciones sanitarias como en la documentación clínica (Garcerán, 2017).

Esta ley complementa la información otorgada en la Ley General de Sanidad, cobrando fuerza el derecho que presentan los pacientes a su autonomía. Asimismo, también refuerza puntos a destacar del Convenio de Oviedo de 1997, como las voluntades anticipadas, el derecho a la autonomía, el derecho a la intimidad, el derecho a participar en la toma de decisiones junto a los sanitarios, el derecho a negarse ante un tratamiento impuesto, o la edad que deben de tener los adolescentes para ser protagonistas en el proceso de toma de decisión (Cárcar, 2017).



### 3.3. Complicaciones del consentimiento informado.

#### 3.3.1. Excepciones.

Son varios los autores como Vera (2016) y López y Vega (2017), que coinciden en afirmar que, para poder realizar algún procedimiento o intervención, es imprescindible que el paciente firme previamente el CI. Sin embargo, existen algunas excepciones en las cuales no es necesario otorgar dicho consentimiento. Estas excepciones deben ser entendidas rigurosamente. Según García (2016), aquellos casos en los que no hace falta obtener el CI son los siguientes:

- Situaciones de emergencia en las que prima el tiempo: cuando la firma del consentimiento informado supondría perder tiempo, aumentando el riesgo en la salud del paciente. En estos casos, no es necesario otorgar el CI previamente.
- Situaciones donde está en riesgo la salud de terceros o la salud pública: cuando la salud de la sociedad esté en peligro, no será necesario otorgar el CI para realizar cuarentenas, vacunaciones, tratamientos, hospitalizaciones o procedimientos diagnósticos. Puede llevarse a cabo a través de una orden judicial o legal.
- Situaciones de hallazgo médico: cuando existe la probabilidad de corregir un problema de salud, cuyo descubrimiento o hallazgo sea inesperado, por ejemplo, durante la realización del procedimiento programado.
- Renuncia del paciente a la información: en cualquier momento, el paciente puede renunciar a su derecho a estar informado, por lo que se tendrá que respetar su voluntad, haciendo que conste dicha renuncia en un documento.

- Derecho a la necesidad terapéutica: cuando a juicio del profesional sanitario, otorgar la información al paciente sea pernicioso para él. El sanitario, dejará constancia en la historia clínica de las circunstancias.

### 3.3.2. *Complicaciones en un paciente quirúrgico.*

Los cuidados sanitarios deben cubrir las necesidades del paciente a nivel biopsicosocial, es decir, atender las cuatro esferas principales del ser humano: física, psicológica, social y espiritual; y no solamente centrarse en la enfermedad. Por ello, los profesionales sanitarios y el paciente, deben establecer una relación de colaboración y complicidad, garantizando así una asistencia sanitaria de calidad (Bagés et ál., 2015).

La falta de información, es una de las principales causas de complicaciones durante la estancia hospitalaria, o incluso al alta. Estas complicaciones, dependen de varios factores, como la edad del paciente, el sexo, tipo de intervención, etc., pudiendo afectar de manera más o menos grave al paciente. Por ello, una de las principales labores de Enfermería, es informar al paciente durante todo su proceso asistencial, garantizando así su bienestar y disminuyendo la ansiedad, miedo, u otras complicaciones que pueden provocar en el paciente un sentimiento de soledad y de falta de apoyo por parte de los profesionales (Bagés et ál., 2015).

La falta de información o la negativa a ella en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, puede desencadenar una serie de sintomatología a corto plazo, tanto a nivel psicológico como físico. Estos síntomas suelen aparecer, principalmente, en la fase prequirúrgica, cuando el paciente no ha sido informado previamente con claridad por los profesionales sanitarios de su CI. Ante esta situación desconocida, algunos de los síntomas que suelen aparecer son: inseguridad, miedo, nerviosismo y sobre todo ansiedad. Del mismo modo, a nivel físico, puede aparecer: tensión muscular, sudoración, dolor abdominal, respiraciones irregulares e intermitentes, presentimiento de desvanecimiento e incluso taquicardias. Como síntomas motores destacan: la hiperactividad, movimientos del cuerpo tardíos, desordenados, repetitivos y complicaciones en la comunicación verbal, dando lugar a tartamudez entre

otros. Si esta falta de información no se soluciona, y el paciente sigue experimentado estos síntomas, la ansiedad podría descontrolarse, convirtiéndose así en una enfermedad, la cual perjudicaría aún más al paciente (Gutierrez, 2018; Mamani y Mamani, 2018).

Asimismo, si la falta de información persistiera durante meses, los síntomas se agravarían, aumentando los síntomas físicos propios de la intervención, como el dolor, lo que supondría un aumento del tratamiento de la analgesia. Además de otros síntomas a largo plazo, como taquicardias, hipertensión arterial, arritmias y problemas a nivel respiratorio como la disnea (Bagés et ál., 2015; Pérez et ál., 2000).

La falta de comunicación del profesional sanitario hacia los pacientes, es un objetivo a mejorar en todas las especialidades sanitarias, no solamente en el servicio de cirugía. En urgencias, debido a la falta de tiempo, hay un incremento en las incidencias de los efectos adversos y complicaciones, debido principalmente, al déficit de información otorgada al paciente. Esto dará lugar, a que el paciente sea menos receptivo hacia los profesionales sanitarios. Por lo tanto, generará inseguridad en los procedimientos o intervenciones a recibir, pudiendo ocasionar un empeoramiento en el estado de salud del paciente (Mayta, 2017).

En la actualidad, debido a los avances éticos y legales en sanidad, los pacientes solicitan estar más informados sobre su proceso asistencial; reclamando el respeto de sus derechos, así como el derecho a decidir libremente, siendo éste, el principal Derecho de Autonomía. Por lo tanto, es necesario que los profesionales sanitarios estudien e incluyan habilidades comunicativas, para poder abordar de manera más integral al paciente (Povedano et ál., 2016).

Las reclamaciones o quejas impuestas por los pacientes a los profesionales sanitarios, no solo se centran en procedimientos o intervenciones mal realizadas, sino en la percepción que presentan los pacientes ante la

ineptitud relacionada con la habilidad de comunicación. Expresan, que presentarían un estado más apacible con respecto a su enfermedad, al obtener más información sobre ella (Povedano et ál., 2016).

La realización de una visita prequirúrgica al paciente antes de su intervención, supondría un beneficio durante todo su proceso asistencial de enfermedad. Esta visita, otorgaría toda la información referente al procedimiento que se va a realizar, así como los cuidados tanto hospitalarios como al alta, que deberá llevar a cabo para su correcta recuperación. No obstante, para aquellos pacientes, como en nuestro caso, que no pueda recibir dicha visita por una situación de urgencia, igualmente, hay que otorgarle toda la información necesaria, con la finalidad de no causar consecuencias negativas al paciente, como las nombradas anteriormente (Bagés et ál., 2015).

### **3.4 Competencias de Enfermería en el consentimiento informado.**

Según Bautista et ál. (2017), Enfermería tiene un papel fundamental en el CI, tanto a nivel ético como legal. A continuación, se explica por qué Enfermería tiene que conocer y participar en el CI que se otorga al paciente, familiares o allegados:

- Enfermería tiene una labor primordial en el CI, ya que es partícipe, en todas las intervenciones quirúrgicas que se ejecutan a los pacientes. Asimismo, realiza los procedimientos invasivos o no de carácter propio.
- Colabora con otros profesionales de la salud, en la realización de procedimientos invasivos, los cuales requieren otorgar el CI previamente.
- Enfermería lleva a cabo una serie de competencias, referentes a la promoción, educación y prevención de la salud, así como en el control o manejo de los cuidados postquirúrgicos del paciente, mediante el CI.
- Tiene la obligación de atender al bienestar del paciente en todo su proceso asistencial, ya sea pre o postquirúrgicamente, y cuidados al

alta. Enfermería participa en la recuperación del paciente tanto a nivel técnico, científico, ético como humanístico, es decir, en toda su esfera biopsicosocial. Por lo tanto, deberá resolver las inquietudes de los pacientes relacionadas con el CI, ya que debe garantizar su completo bienestar (Carneiro et ál., 2014).

- Para poder valorar que la información del CI, comunicada al paciente, representante legal o allegados, ha sido comprendida, se necesitará la perspectiva de dos criterios: médico y enfermero.
- Debido a que Enfermería está presente, en todo el proceso asistencial del paciente, contestará a cualquier duda planteada por éste. Por lo que, los profesionales de Enfermería tienen el deber de conocer la información del CI, para poder proporcionar aclaraciones.
- El paciente, según la Ley General de Sanidad de 1986, tiene el derecho de poder estar acompañado a la hora de recibir la información. Del mismo modo, el médico también puede ir acompañado de otro profesional sanitario (enfermera), para respaldar dicha información. Por lo tanto, serían tanto el médico como el enfermero quienes valorarían su comprensión.

#### *3.4.1. Código Deontológico.*

##### *3.4.1.1. Definición y funciones.*

El Código Deontológico, recoge los criterios, normas y valores que han de guiar una conducta profesional. Es decir, conforma una serie de deberes que deben ser cumplidos en el desempeño de una profesión, garantizando así su correcta ejecución. En otras palabras, se podría considerar como “la moral profesional”. El Código Deontológico, permite que los profesionales pueden actualizarse, teniendo en cuenta las nuevas reglas o normas que dictan su profesión (Gómez y Marroquín, 2018).

Según Tamayo (2017), las funciones que presenta son principalmente 3:

- Para que las actividades que se ejercen en una profesión sean eficaces, operativas y cumplan las normas instauradas, establece una serie de reglas basadas en el ámbito científico-funcional.
- Gracias al Código Deontológico, Enfermería tiene una serie de orientaciones éticas, que le permiten ofrecer una atención sanitaria de calidad.
- Los colegiados que no cumplan aquello que está exigido en los Códigos Deontológicos, podrán ser sancionados disciplinariamente.

#### *3.4.1.2 Código Deontológico de Enfermería.*

En 1989, gracias al Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería, surgió el primer Código Deontológico para la Enfermería en España. Enfermería adoptó entonces, una ética profesional en la realización de su profesión, dejando a un lado la ética personal (Fernández, 2016).

##### *3.4.1.2.1 Código Deontológico del Consejo Internacional de enfermeras (CIE) para la Profesión de Enfermería.*

Según Mariscal (2016), para poder ejercer esta profesión, es muy importante conocer, primero el Código Deontológico del Consejo Internacional de enfermeras (CIE). Gracias al CIE, se consiguió establecer por primera vez, un código de carácter general para la Enfermería, reconocido internacionalmente en 1953. Algunos de los deberes de Enfermería, fundamentales en el desarrollo de su profesión y recogidos en el Código Deontológicos, son: promoción y restablecimiento de la salud, prevención de enfermedades y mitigar el sufrimiento. Asimismo, es importante destacar 4 normas básicas, recogidas en este Código y que Enfermería debe cumplir:

- La enfermera y las personas:
  - Enfermería será responsable de los pacientes que necesiten sus cuidados, salvaguardando los derechos que presenta cada

persona, cultura, valores y creencias; teniendo en cuenta a parte del paciente, la familia de éste.

- Una vez proporcionado el CI al paciente, Enfermería tendrá el deber de transmitir la información completa, continuada y real.
- Deberá cumplir el secreto profesional ante sus pacientes.
- Con respecto a la comunidad, priorizará en el cuidado de las personas más vulnerables, así como la protección del medio ambiente.
- Defenderá que los recursos y el acceso a los cuidados, sean distribuidos de manera equitativa y justa para la sociedad.
- Deberá mostrar sus valores a los usuarios, como el respeto, la confianza o la compasión.
- La enfermera y la práctica:
  - Enfermería tendrá el deber de ir formándose continuamente debido a los avances científicos-técnicos, como mantener un buen estado de salud, para una correcta realización de sus actividades.
  - Podrá aceptar o delegar responsabilidades a otras personas para evaluar sus competencias.
  - Enfermería deberá fomentar una buena imagen de su profesión.
  - Se asegurará que las nuevas tecnologías sean seguras y beneficiosas para el paciente.

- La enfermera y la profesión:
  - Enfermería tendrá en cuenta tanto la práctica clínica como la gestión. Igualmente, para que la profesión pueda avanzar y mejorar, tendrá en cuenta la investigación y la formación de profesionales enfermeros.
  - Fomentará el desarrollo de valores para los profesionales de Enfermería, oponiéndose a los no éticos.
  - Deberá proporcionar unas condiciones de trabajo seguras y equitativas, para la correcta realización de la profesión.
- La enfermera y sus compañeros de trabajo:
  - Enfermería mantendrá una acorde relación tanto con sus compañeros de trabajo, como con aquellos que pertenezcan a otros sectores, ofreciendo su ayuda y apoyo.
  - Protegerá la salud del usuario, familia o comunidad, cuando otro individuo atente sobre ésta perjudicándola.

#### *3.4.1.2.2 Código Deontológico de la Enfermería española.*

El 14 de julio de 1989, el Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería en España, aprobó el Código Deontológico de la Enfermería española, surgiendo como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de la profesión enfermera pudiera plantear. Este Código, consta de 13 capítulos dedicados a la sociedad, al ejercicio de la profesión y por último a la Enfermería y el ser humano (Marzá, 2005).

Según Murillo (2012), los capítulos 2 y 3 del Código Deontológico de la Enfermería española, referencian las obligaciones que presentan los profesionales de Enfermería, la relación intrínseca con el ser humano y los derechos tanto de las enfermeras como de los usuarios. A continuación, se exponen algunos de los artículos relacionados con el CI y recogidos en estos capítulos:



- El capítulo 2, contempla la profesión enfermera, el individuo y los deberes que presentan los profesionales de Enfermería:
  - Artículo 6: una de las funciones principales que están obligados los profesionales de Enfermería a cumplir es, a respetar la libertad que presentan todos los pacientes en la elección de aquello que puede repercutir en su salud.
  - Artículo 7: para la realización de cualquier procedimiento, se deberá de obtener el consentimiento del usuario previamente a ésta. Asimismo, se reconocerá los derechos morales que presentan los pacientes para elegir de forma libre y homologada, ya que lo manifestarán en su elección.
  - Artículo 9: Enfermería tendrá el deber de garantizar el respeto al Derecho de Autonomía del paciente, ya que el CI deberá ser obtenido de forma libre y voluntaria, sin ningún tipo de coacción externa. De suceder, el profesional de Enfermería deberá de comunicarlo tanto al Colegio Profesional como a las autoridades de sanidad.
  - Artículo 10: la enfermera tendrá la obligación de mantener informado al paciente en todo su proceso asistencial, utilizando las medidas adecuadas para la correcta comprensión del paciente.
  - Artículo 11: teniendo en cuenta el artículo 10, la información otorgada al paciente siempre será veraz. Cuando ésta supere las competencias del profesional enfermero, se podrá remitir a otro profesional.

- El capítulo 3, recoge los derechos de los pacientes y los profesionales enfermeros:
  - Artículo 17: para los pacientes que estén a cargo de una enfermera, sólo podrán participar en estudios científicos, cuando el paciente, familiar o responsable legal firme previamente el CI.

## **4. METODOLOGÍA.**

### **4.1. Diseño.**

Con el fin de dar respuesta a nuestros objetivos, se ha diseñado una investigación cualitativa. Según Herrera, este tipo de investigaciones “extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos” (2017, p. 7).

El instrumento metodológico utilizado para la realización de este trabajo, ha sido un Estudio de Caso. Este tipo de estudio, se enfoca en un individuo o varios en un periodo de tiempo, con la finalidad de adquirir la máxima y completa información posible sobre el objeto de estudio (Fuentes, 2019).

Además, se realiza una revisión bibliográfica ya que examinamos los artículos existentes relacionados con nuestro caso, para obtener la información adecuada que permita su elaboración (Pabón y Delgado, 2019).

### **4.2. Sujeto del estudio.**

El sujeto de estudio es una mujer de 78 años que acude a la puerta de urgencias tras una caída accidental. Durante el triaje, se aprecia que tiene un traumatismo en la muñeca del brazo derecho. Se procede a tomarle las constantes y se observa que la paciente presenta dolor, deformidad y edema en la muñeca. Se le realiza una radiografía donde se verifica que tiene una fractura de radio distal y estiloides cubital. Al final de la tarde, se ingresa en la planta de traumatología para tratamiento quirúrgico urgente, ya que va a ser operada al día siguiente.

### **4.3. Ámbito y Periodo del estudio.**

El estudio se realizó en el servicio de Urgencias de un hospital de la Región de Murcia. La recogida de los datos se llevó a cabo durante el periodo de prácticas del 4 de septiembre al 27 de octubre de 2019. El análisis de la información y la elaboración del trabajo, se realizó desde el 28 de octubre hasta el 22 de marzo.

#### **4.4. Procedimiento de recogida de información.**

##### *4.4.1. Fuente de información.*

Los instrumentos utilizados para obtener la información de nuestra paciente, han sido los siguientes:

- Valoración de Enfermería.
- Historia Clínica.
- Pruebas diagnósticas.
- Examen físico de la paciente.
- Observación directa de la paciente.
- Registros de evolución médica y enfermera.
- Revisión bibliográfica en bases de datos como: Dialnet, SciELO y ScienceDirect.
- Los descriptores utilizados en español fueron: Consentimiento Informado, Enfermería, Información, Atención de Enfermería, Bioética, Comunicación en Salud, Toma de Decisiones y Derechos del Paciente. En inglés: Informed Consent, Nursing, Information, Nursing Care, Bioethics, Health Communication, Decision Making y Patient Rights.

##### *4.4.2. Procedimiento de información.*

Este estudio fue autorizado por la propia paciente, guardando siempre la confidencialidad de los datos y su privacidad, así como por los profesionales de Enfermería. Durante todo el proceso, se han respetado los acuerdos de la declaración de Helsinki y el Código Deontológico de Enfermería Española, capítulo XI: La investigación enfermera.

Tras la autorización, la obtención de la información se realizó en tres fases:

- Primero, se realizó la revisión de la historia clínica de la paciente, obteniendo datos de interés como: edad, motivo de consulta, alergias medicamentosas, antecedentes personales y familiares,

exploración física, valores de las constantes vitales, diagnóstico médico principal, tratamiento prescrito, pruebas diagnósticas...

- En la segunda fase, se le realizó la valoración de Enfermería, utilizando el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, a través de una entrevista. Tras determinar qué patrones estaban alterados, identificamos los diagnósticos de Enfermería para la elaboración del plan de cuidados.
- Finalmente, teniendo en cuenta las bases de datos mencionadas anteriormente, se realizó una revisión de la evidencia científica, obteniendo la información necesaria para conseguir nuestros objetivos. Se limitó la búsqueda a artículos con máximo 6 años de antigüedad, aunque en ocasiones, se ha sobrepasado dicho límite por falta de información. Los idiomas establecidos para la búsqueda de los artículos fueron el español y el inglés.

#### *4.4.3. Procesamiento de los datos.*

Los datos han sido analizados y organizados en base a la Metodología Enfermera. Tras la valoración del paciente, utilizando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se seleccionó el diagnóstico principal, mediante la realización de una red de razonamiento crítico basada en el modelo AREA del Dr. Pesut. Seguidamente, y utilizando la taxonomía NANDA, se seleccionaron los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y las complicaciones potenciales de Lynda Carpenito.

Por último, se realizó un análisis de los artículos encontrados en la revisión de la evidencia científica, clasificándolos en la siguiente tabla:

**Tabla 3:** Artículos encontrados en la evidencia científica.

| <b>BASES DE DATOS Y METABUSCADORES</b> | <b>ARTÍCULOS ENCONTRADOS</b> | <b>ARTÍCULOS UTILIZADOS</b> |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Dialnet                                | 1614                         | 2                           |
| SciELO                                 | 7.216                        | 9                           |
| ScienceDirect                          | 17.230                       | 2                           |
| Google Académico                       | 50.652                       | 6                           |
| BUSCAM                                 | 13.849                       | 4                           |
| Revistas, libros...                    | 762                          | 22                          |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>92.560</b>                | <b>45</b>                   |

*Fuente:* Elaboración propia.

## 5. RESULTADOS.

### 5.1 Descripción del caso.

Mujer de 78 años que acude a puerta de urgencias por haber tenido una caída accidental y en la cual apoya la muñeca del brazo derecho. En triaje se aprecia que tiene un traumatismo en la extremidad, con lo que se le toman las constantes y se observa que la paciente tiene gran dolor, deformidad y edema de la muñeca. Se le realiza una radiografía de muñeca en la cual se verifica que tiene una fractura de radio distal y estiloides cubital. A continuación, se le coloca una férula de yeso realizada por el traumatólogo. Se traspa a los boxes de urgencias para realizar el plan de cuidados enfermero y canalizar un catéter venoso periférico. Al final de la tarde se ingresará a planta de traumatología para tratamiento quirúrgico urgente, ya que va a ser operada al día siguiente. Mis compañeras de planta le realizarán el pre y postoperatorio. Firma el consentimiento informado.

**Antecedentes personales:** Sin antecedentes quirúrgicos de interés. Alergias medicamentosas (AMC) a las pirazonas y oxicam. No toma ningún tratamiento crónico. La paciente tuvo un shock anafiláctico en 2004 debido al consumo de las pirazonas. Exfumadora.

**Exploración física:** Regular estado general (REG), Normohidratada (NH), Normocoloreada (NC), tensión arterial (TA) 152/86, Saturación de oxígeno (SATO2) 94%, febrícula 37,1º Celsius (C), frecuencia cardiaca (FC): 111 latidos por minuto (lpm).Auscultación cardiopulmonar (ACP): rítmica sin presencia de soplos. Miembros superiores (MMSS): inflamación y deformidad en muñeca derecha.

**Diagnóstico médico principal:** Fractura de radio distal y estiloides cubital.

#### **Tratamiento:**

- Paracetamol 10 miligramos/mililitro (mg/ml) 1000 mg ampolla/vial (amp/vial) 100 ml perfusión intravenoso (IV).
- Sueroterapia: Suero glucosado (SG) 5% 1000 centímetros cúbicos (cc)

a 42 mililitros/hora (ml/h).

- Dieta basal, en ayuno a partir de las 24h.

## **5.2. Valoración del caso.**

Fundamentándome en el modelo de Marjory Gordon de los 11 patrones funcionales, realizo la valoración de la paciente.

### **I. Patrón percepción-manejo de la salud.**

- Mujer, 78 años.
- AMC pirazolonas y oxicam.
- Motivo de ingreso: traumatismo en la muñeca del brazo derecho.
- Diagnóstico médico: fractura de radio distal y estiloides cubital.
- Escala Dowton: 1.
- Exfumadora.
- Tratamiento farmacológico:
  - Paracetamol 10 (mg/ml) 1000 mg (amp/vial) 100 ml, IV.
  - Sueroterapia: SG 5% 1000 cc a 42 (ml/h).
- Pruebas complementarias: radiografía de muñeca.
- La paciente para ser cambiada de ropa ha necesitado ayuda del personal sanitario.
- La paciente refiere que hace dos meses tuvo 2 caídas.
- Ingresos hospitalarios previos: shock anafiláctico.



## **II. Patrón nutricional-metabólico**

- Temperatura 37,1°C, Febrícula.
- Edema y deformidad en la muñeca derecha por traumatismo.
- Presenta fractura de radio distal y estiloides cubital.
- Peso: 68 kilogramos (kg).
- Talla centímetros (cm): 166 cm.
- Índice de masa corporal (IMC): 24.68 Peso Normal.
- Dieta específica: Dieta basal, en ayuno a partir de las 24h.
- NH.
- NC.

## **III. Patrón eliminación**

- Deposiciones normales.
- Micciones adecuadas.

## **IV. Patrón actividad-ejercicio**

- Estable hemodinámicamente.
- TA 152/86 milímetros de mercurio (mmhg).
- FC 111 lpm.
- SATO2 94%
- Eupneica en reposo.
- La paciente refiere que suele irse los fines de semana con su nieto a darse un paseo.

- Jubilada.
- La paciente refiere que no puede mover la muñeca derecha debido al dolor intenso.
- Ahora mismo en la situación que se encuentra la paciente el Índice de Katz: 1.

#### **V. Patrón sueño-descanso**

- La paciente descansa adecuadamente.

#### **VI. Patrón cognitivo-perceptual**

- La paciente está consciente y orientada.
- Escala Glasgow: 15.
- La paciente refiere que tiene un dolor intenso en la muñeca derecha, por lo que se sujeta el antebrazo con la otra mano. Escala EVA: 10.
- La paciente refiere que se ha hecho daño en la muñeca debido a una caída accidental.
- La paciente refiere tener problemas de comprensión, debido a que ningún profesional sanitario le ha explicado el consentimiento informado con claridad.

#### **VII. Patrón autopercepción-autoconcepto**

- La paciente refiere tener ansiedad debido a que no podrá estar con su nieto.

#### **VIII. Patrón rol-relaciones**

- Vive sola.
- La paciente refiere que cuida de su nieto entre semana por las

mañanas debido a que los padres están trabajando, ya que es la única persona que puede cuidarlo.

- Mantiene una muy buena relación con sus hijos y nieto.
- Viuda desde hace 6 años.

#### **IX. Patrón sexualidad-reproducción**

- Menopausia.
- Tuvo 2 gestaciones.

#### **X. Patrón adaptación-tolerancia al estrés**

- La paciente refiere tener una preocupación excesiva, ya que no sabe que va hacer con su nieto debido a la falta de la movilidad.

#### **XI. Patrón Valores-Creencias.**

Católica y practicante.

### **5.3. Diagnóstico de Enfermería.**

Fijándonos en los patrones alterados del apartado anterior, procedemos gracias a la taxonomía II, NANDA I, a determinar los diagnósticos de enfermería:

- Patrón 1: Percepción-manejo de salud

(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo

- *Definición:* Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer a la salud.

#### **Dominio 11: Seguridad/protección**

- *Definición:* Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y protección.

### **Clase 1. Infección**

- *Definición:* Respuesta del huésped tras una invasión patógena.

(00217) Riesgo de respuesta alérgica r/c exposición a alérgenos (p. ej., agentes farmacológicos).

- *Definición:* Vulnerable a una respuesta inmune o reacción a sustancias exagerada, que puede comprometer la salud.

### **Dominio: 11 Seguridad/Protección**

- *Definición:* Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y protección.

### **Clase: 5 Procesos defensivos**

- *Definición:* Procesos por los cuales el yo se protege de lo que es externo al yo.

(00257) Síndrome de fragilidad del anciano r/c antecedentes de caídas m/p deterioro de la movilidad física.

- *Definición:* Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad

### **Dominio: 1 Promoción de la salud**

- *Definición:* Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

### **Clase: 2 Gestión de la salud**

- *Definición:* Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar.

- Patrón 2: Patrón nutricional-metabólico

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad m/p lesión tisular

- *Definición:* Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

**Dominio 11: Seguridad/protección**

- *Definición:* Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y protección.

**Clase 2: Lesión física**

- *Definición:* Lesión o herida corporal.

- Patrón 4: Patrón actividad-ejercicio

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p disminución de la amplitud de movimientos

- *Definición:* Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades

**Dominio 4: Actividad/Reposo**

- *Definición:* Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

**Clase 2 Actividad/Ejercicio**

- *Definición:* Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia.

- Patrón 6: cognitivo-perceptual

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (p. ej., absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos

quirúrgicos, traumatismos, sobreentrenamiento) m/p postura de evitación del dolor, atención centrada en el yo y autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (p. ej., escala de caras Wong-Baker, escala visual analógica, escala de puntuación numérica)

- *Definición:* Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

#### **Dominio: 12 Confort**

- *Definición:* Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.

#### **Clase: 1 Confort físico**

- *Definición:* Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.

- Patrón 7: Patrón autopercepción-autoconcepto

(00146) Ansiedad r/c grandes cambios m/p preocupación.

- *Definición:* Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza

#### **Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés**

- *Definición:* Convivir con los eventos/procesos vitales.

#### **Clase 2: Respuestas de afrontamiento**

- *Definición:* Procesos de gestión del estrés del entorno.

- Patrón 8: Patrón rol-relaciones

(00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c deterioro de la salud del cuidador.

- *Definición:* Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud

**Dominio 7: Rol/Relaciones**

- *Definición:* Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

**Clase 1: Roles de cuidador**

- *Definición:* Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud.

- 10: Patrón adaptación-tolerancia al estrés

(00069) Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional m/p capacidad de resolución de problemas insuficiente

- *Definición:* Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles

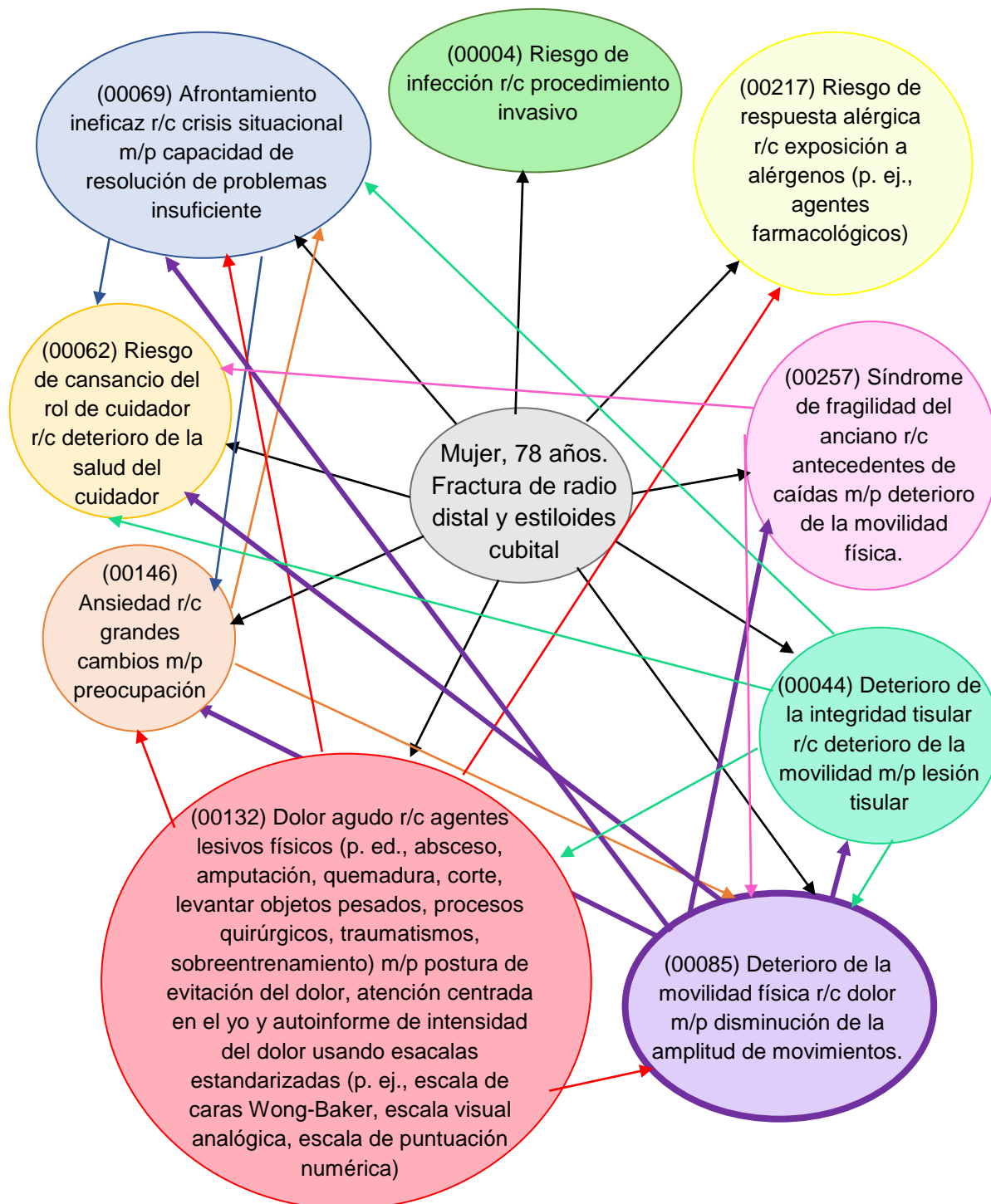
**Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés**

- *Definición:* Convivir con los eventos/procesos vitales

**Clase 2: Respuestas de afrontamiento**

- *Definición:* Procesos de gestión del estrés del entorno.

5.3.1 Priorización del Diagnóstico de Enfermería. Obtención del DxE principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA.



**Figura 1:** Red de razonamiento clínico de los diagnósticos de Enfermería. *Fuente:* Elaboración propia, basada en Pesut y Herman (1989). Modelo AREA. Ágora de Enfermería.



Gracias a la red de razonamiento anterior, podemos verificar que el diagnóstico de Enfermería principal (DxEp) ha sido: (00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p disminución de la amplitud de movimientos.

### *5.3.2. Justificación del DxE principal.*

Finalmente hemos elegido este diagnóstico cómo principal ya que mantiene diversas relaciones con los demás DxE, obteniendo así evidencia científica que justifique dichas relaciones.

Como podemos observar, hay una relación entre (00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p disminución de la amplitud de movimientos y (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad m/p lesión tisular, ya que según Molina (2013), una lesión tisular da lugar a unos cambios tanto a nivel de la microcirculación como en el tejido conjuntivo, por lo tanto podemos decir que una lesión traumática afecta a la región tisular, ya que el tejido conjuntivo engloba también al tejido óseo. Como hemos podido observar de Banchón (2019), hay una relación directa de mi DxEp con la lesión tisular, ya que nuestra paciente al presentar un traumatismo en la muñeca derecha se ve afectado el sistema músculo – esquelético, por lo que compromete a la movilidad de la zona, especialmente movimiento de extensión, flexión y rotación. Haciendo referencia a lo anterior, cabe decir que hay que aumentar la vigilancia y la atención al paciente para prevenir posibles complicaciones. También cabe destacar que aquellos pacientes que sufren una lesión tisular debido a un traumatismo, la movilidad se ve perjudicada ya no solo por el traumatismo en sí, sino por la inmovilización de la zona afectada para su correcta recuperación.

Seguidamente también podemos relacionar nuestro DxEp con (00257) Síndrome de fragilidad del anciano r/c antecedentes de caídas m/p deterioro de la movilidad física. Nuestra paciente al tener que mantener la muñeca inmovilizada debido a la fractura, según Ramos et ál. (2014), podrá desarrollar una situación de fragilidad, ya que se verá afectada su masa muscular de forma negativa debido a la inmovilización realizada. Atendiendo a la misma relación Martín et ál. (2013), nos habla que para prevenir la fragilidad se

deben estimular aspectos relacionados con la movilidad, por lo que podemos llegar a la conclusión de que si hay un deterioro de la movilidad. Esto conlleva a que nuestra paciente presente fragilidad, por lo que la actividad física es un excelente factor para prevenirla.

A continuación, vamos a relacionar mi DxEep con (00146) Ansiedad r/c grandes cambios m/p preocupación. Según Jiménez (2014), la ansiedad es una emoción que surge cuando se puede experimentar algún peligro o amenaza, por lo que realizan un estudio identificando el nivel de ansiedad a pacientes que han sufrido fracturas y que por lo consiguiente le realizarán una intervención quirúrgica. Se escogió a 52 pacientes en los cuales un 49% del sexo masculino se pudo verificar que presentaban ansiedad y un 27% el género femenino. Como ya he mencionado anteriormente cabe destacar que una fractura supone un deterioro de la región musculo – esquelética, lo que provocaría una disminución de la movilidad física, relacionándolo así con la ansiedad que presenta nuestra paciente.

La siguiente relación se basa en el DxEp con (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c deterioro de la salud del cuidador. En estos últimos años hemos podido observar que el apoyo que tienen los nietos de sus abuelos es cada vez más importante, ya que gracias a la esperanza de vida es más frecuente que una misma familia conviva con generaciones distintas de la misma. Por esta misma razón en la actualidad, hay cada vez más personas mayores con enfermedades, ya sean crónicas o agudas, por lo que es un factor a tener en cuenta en el cuidador. Según Badenes y López (2011), ha realizado un estudio el cual nos demuestra que aquellos abuelos cuidadores de sus nietos que presentan alguna dificultad que comprometa su salud, acaba descendiendo, así como determinadas dolencias o limitaciones que en nuestro caso sufre nuestra paciente. Es por ello que debido a su deterioro de la movilidad física, podremos observar que existe un posible riesgo en su rol de cuidador, ya que éste se puede ver comprometido.

Para finalizar hemos relacionado DxEp con (00069) Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional m/p capacidad de resolución de problemas insuficiente. Según Carrasquel (2011), hemos podido comprender el papel

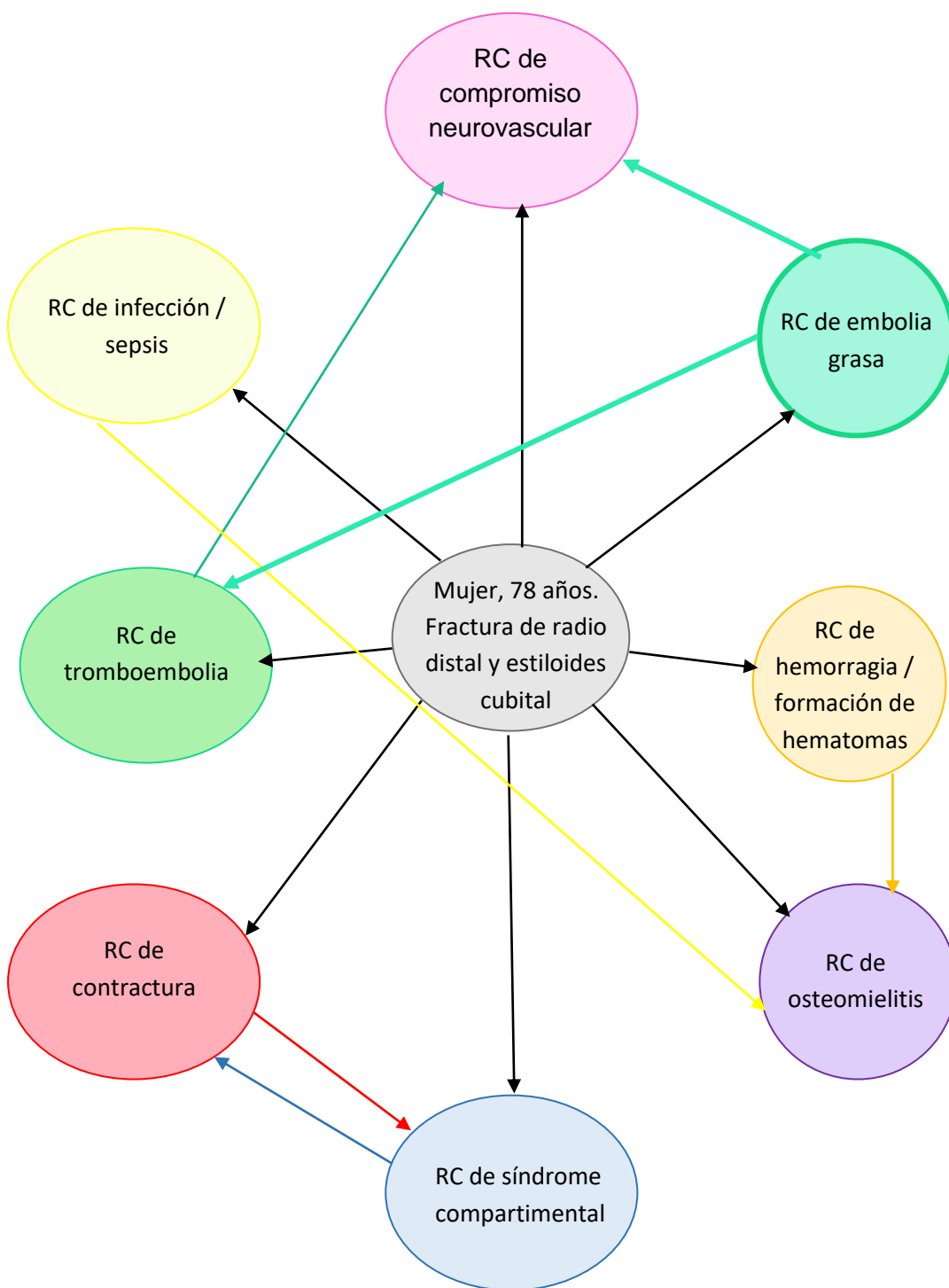
fundamental que tiene el proceso de envejecimiento sobre nuestra paciente. Éste se ve agravado a través de procesos de deterioro del movimiento físico y de la pérdida de la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. También se ve reducida tanto la fuerza muscular como la mayoría de los sistemas del cuerpo humano (circulatorio), entre otros. Todo esto, da lugar a una disminución de la resistencia hacia el estrés, ya que todo está íntimamente relacionado, dando lugar a que una situación la cual no tenía mucha relevancia en la vida de nuestra paciente, podría ser que, a día de hoy, cause una imposibilidad de llevar a cabo un afrontamiento hacia el problema.

#### **5.4 Problema de colaboración (CP) / Riesgo de complicación (RC).**

Utilizando el libro de Lynda Juall Carpenito. (2012-2014). Manual de Diagnósticos Enfermeros. España: Lippincott, los RC que hemos obtenido son los siguientes:

- Trastornos del tejido conectivo/ musculoesqueléticos.
  - Fracturas.
    - RC de compromiso neurovascular.
    - RC de embolia grasa.
    - RC de hemorragia/formación de hematomas.
    - RC de osteomielitis.
    - RC de síndrome compartimental.
    - RC de contractura.
    - RC de tromboembolia.
  - Escayolado
    - RC de síndrome compartimental.
    - RC de infección / sepsis.

5.4.1 Priorización del riesgo de complicación principal.



**Figura 2:** Red de razonamiento clínico de los riesgos de complicación. *Fuente:* Elaboración propia, basada en Pesut y Herman (1989). Modelo AREA. Ágora de Enfermería.

#### 5.4.2. *Justificación del RC Principal.*

Hemos obtenido como RCp embolia grasa, debido a las relaciones que he podido obtener en los diferentes artículos científicos.

La relación que hemos podido obtener del RCp con: RC de compromiso neurovascular y RC de tromboembolia, ha sido gracias a Capdevila et ál. (2001), la cual explicaremos a continuación.

La embolia grasa es una de las complicaciones que se puede llevar a cabo debido a un traumatismo, incluyendo una o varias fracturas de huesos largos como en el caso de nuestra paciente, ya que presenta una fractura de radio distal y estiloides cubital. La embolia grasa se puede definir como una obstrucción que se produce a nivel sanguíneo por glóbulos de grasa, los cuales al liberarse, pueden dar lugar manifestaciones neurológicas causando así lesiones como tromboembolia cerebral.

Las enfermedades cerebrovasculares suelen ser originadas normalmente por la alteración que sufre la circulación a nivel cerebral, causando así la disfunción de algunas partes del encéfalo, por lo tanto la isquemia cerebral es promovida por la disminución de esa circulación, debida a la obstrucción arterial pudiendo ser embólica o trombótica, relacionándose así con la afectación de los grandes vasos. Finalmente pueden dar lugar a afectaciones más severas, llegando a producirse incluso un infarto cerebral ya que puede ser ocasionado por trombos o embolias, (Marín et ál., 2008).

Por otra parte, según Bustamante (2011), puede manifestarse a nivel pulmonar dando lugar a una tromboembolia pulmonar, ya que es causada por el encajamiento de un coágulo en el pulmón por los vasos sanguíneos, el cual, este tipo de enfermedad afecta sobre todo a personas de edad avanzada. La tromboembolia pulmonar, puede ser producida por diferentes tipos de émbolos, en nuestro caso, grasos. Como hemos dicho anteriormente se encuentran sobre todo en pacientes que presentan alguna fractura ya que pueden liberar material graso del hueso, especialmente de la porción medular de éste.

## **5.5 Planificación.**

### *5.5.1 Planificación del DxEp.*

#### *5.5.1.1 Resultados (NOC).*

Partiendo como base de que nuestro DxEp ha sido (00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p disminución de la amplitud de movimientos, vamos a obtener los resultados gracias a la taxonomía NOC según (Moorhead, 2018).

#### (0208) Movilidad

- *Definición:* Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

#### **Dominio 1: Salud funcional**

- *Definición:* Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida

#### **Clase C: Movilidad**

- *Definición:* Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos.

#### (0203) Posición corporal: autoiniciada

- *Definición:* Acciones personales para cambiar independientemente de posición corporal con o sin dispositivo de ayuda.

#### **Dominio 1: Salud funcional**

- *Definición:* Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida

#### **Clase C: Movilidad**

- *Definición:* Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos.

(2102) Nivel del dolor

- *Definición:* Intensidad del dolor referido o manifestado.

**Dominio 5: Salud percibida**

- *Definición:* Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria.

**Clase: V Sintomatología**

- *Definición:* Resultados que describen los indicios de una enfermedad, lesión o pérdida en una persona.

Hemos elegido como NOC principal (NOCp) (2102) Nivel del dolor, debido a que la paciente se siente con ansiedad, estrés y principalmente con mucho dolor debido a la fractura.

**INDICADORES:**

**Cuadro 1.** Teniendo en cuenta nuestro DxEp, obtenemos la puntuación del NOCp según escala Likert.

| NOCp   | (Puntuación Inicial) PI | (Puntuación Diana) PD | TIEMPO  |
|--|-------------------------|-----------------------|---------|
| (2102) Nivel del dolor   | 1                       | 3                     | 6 horas |
| Escala: 1. Desviación grave del rango normal; 2. Desviación sustancial del rango normal; 3. Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5. Sin desviación del rango normal. |                         |                       |         |

*Fuente:* Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead (2018).

**Cuadro 2.** Adjuntamos los indicadores con la puntuación del NOCp según la escala Likert.

| INDICADORES   | PI | PD | TIEMPO  |
|---|----|----|---------|
| (210201) Dolor referido   | 1  | 3  | 6 horas |
| (210204) Duración de los episodios de dolor   | 2  | 4  | 6 horas |
| Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5: Ninguno.  |    |    |         |
| (210210) Frecuencia respiratoria.   | 4  | 5  | 6 horas |
| (210211) Frecuencia cardíaca apical   | 4  | 5  | 6 horas |
| (210220) Frecuencia del pulso radial  | 4  | 5  | 6 horas |
| Escala: 1. Desviación grave del rango normal; 2.Desviación sustancial del rango normal; 3.Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5 Sin desviación del rango normal. |    |    |         |

*Fuente:* Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead (2018).



### 5.5.1.2. Intervenciones (NIC).

Una vez que hemos elegido nuestro NOCp: (2102) Nivel del dolor, escogemos las intervenciones NIC gracias a Bulecheck et ál. (2014):

#### (2210) Administración de analgésicos

- *Definición:* Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

#### **Campo 2: Fisiológico: Complejo.**

- *Definición:* Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

#### **Clase H: Control de fármacos.**

- *Definición:* Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.

#### **Actividades**

- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.

### (5820) Disminución de la ansiedad

- *Definición:* Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

### **Campo 3: Conductual**

- *Definición:* Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.

### **Clase T: Fomento de la comodidad psicológica**

- *Definición:* Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

### **Actividades**

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

### (0910) Inmovilización

- *Definición:* Estabilización, inmovilización y/o protección de una parte corporal lesionada con un dispositivo de soporte.

### **Campo 1: Fisiológico: Básico**

- *Definición:* Cuidados que apoyan al funcionamiento físico.

### **Clase C: Control de inmovilidad**

- *Definición:* Intervenciones para controlar el movimiento corporal

restringido y las secuelas.

### **Actividades**

- Monitorizar la movilidad en la zona distal a la lesión.
- Minimizar el movimiento del paciente, sobre todo de la parte corporal lesionada.
- Colocar la mano o muñeca lesionada en posición funcional.
- Aplicar un cabestrillo, si procede.
- Monitorizar la integridad cutánea bajo el dispositivo de soporte.

#### *5.5.2. Planificación del RCp.*

##### *5.5.2.1. Resultados (NOC).*

En base a mi RCp: RC de embolia grasa, obtengo los siguientes resultados gracias a la taxonomía NOC.

#### (0800) Termorregulación

- *Definición:* Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.

#### **Dominio 2: Salud fisiológica**

- *Definición:* Resultados que describen el funcionamiento orgánico.

#### **Clase I: Regulación metabólica**

- *Definición:* Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar el metabolismo corporal.

#### (1845) Conocimiento: Manejo del tratamiento anticoagulante

- *Definición:* Grado de conocimiento transmitido sobre los objetivos terapéuticos, las acciones y los riesgos de los agentes químicos que prolongan el tiempo de coagulación.

#### **Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud**

- *Definición:* Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.

#### **Clase S: Conocimientos sobre salud**

- *Definición:* Resultados que describen la comprensión de una persona a la hora de aplicar la información para favorecer, mantener o restablecer la salud.

#### (0418) Severidad del shock: cardiogénico

- *Definición:* Gravedad de los signos y síntomas de un flujo sanguíneo inadecuado para perfundir los tejidos debido a la incapacidad del corazón para contraerse y bombear sangre.

#### **Dominio 2 Salud fisiológica**

- *Definición:* Resultados que describen el funcionamiento orgánico.

#### **Clase E: Cardiopulmonar**

- *Definición:* Resultados que describen el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona.

He elegido como NOCp (0418) Severidad del shock: cardiogénico, ya que según (Capdevila, Ryckwaert, Plasse, & d'Athis, 2001) una de las complicaciones más fulminantes que puede llevar a cabo la embolia grasa, es la parada cardiorrespiratoria. Por lo tanto controlando este NOC podremos prevenirlo, dando lugar a que el riesgo no llegue a producirse.

**INDICADORES****Cuadro 3.** Adjunto la puntuación del NOCp de mi RCp según escala Likert

| NOCp   | PI | PD | TIEMPO  |
|--|----|----|---------|
| (0418) Severidad del shock: cardiogénico                           | 5  | 5  | 6 horas |
| Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5: Ninguno. |    |    |         |

*Fuente:* Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead (2018).

**Cuadro 4.** Puntuación de los indicadores del NOCp según escala Likert.

| INDICADORES  | PI | PD | TIEMPO  |
|--|----|----|---------|
| (041808) Pulso débil, filiforme                                    | 5  | 5  | 6 horas |
| (041809) Arritmias   | 5  | 5  | 6 horas |
| (041825) Disminución del nivel de conciencia                       | 5  | 5  | 6 horas |
| (041826) Acidosis metabólica                                       | 5  | 5  | 6 horas |
| (041810) Dolor torácico  | 5  | 5  | 6 horas |
| Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5: Ninguno. |    |    |         |

*Fuente:* Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead (2018).

#### 5.5.2.2. Intervenciones (NIC).

Una vez elegido el NOCp (0418) Severidad del shock: cardiogénico de mi RCp. Escojo las siguientes intervenciones NIC gracias a (Bulecheck, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2014).

##### (4044) Cuidados cardíacos: agudos

- *Definición:* Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdicos de oxígeno, con la consiguiente aparición de insuficiencia cardíaca.

## **Campo 2 Fisiológico: Complejo**

- *Definición:* Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

### **Clase N Control de la perfusión tisular**

- *Definición:* Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

### **Actividades**

- Auscultar los sonidos cardíacos.
- Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios.
- Obtener un ECG de 12 derivaciones, según corresponda.
- Extraer muestras sanguíneas para controlar los niveles de CPK. LDH y AST, según corresponda.
- Controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de arritmias (potasio y magnesio séricos), según corresponda.

### (3140) Manejo de la vía aérea

- *Definición:* Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

## **Campo 2 Fisiológico: Complejo**

- *Definición:* Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

### **Clase K: Control respiratorio**

- *Definición:* Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.

### **Actividades**

- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.
- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión.

### (4254) Manejo del shock: cardíaco

- *Definición:* Estimulación de una perfusión tisular adecuada para un paciente con un compromiso grave de la función de bombeo cardíaco.

### **Campo 2 Fisiológico: Complejo**

- *Definición:* Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

### **Clase N Control de la perfusión tisular**

- *Definición:* Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

### **Actividades**

- Observar si hay síntomas de perfusión arterial coronaria inadecuada (cambios del segmento ST en el ECG, enzimas cardíacas elevadas o angina), según corresponda.
- Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
- Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios.
- Comprobar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardíaco.
- Observar los estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el



fibrinógeno, los productos de degradación/escisión de la fibrina y el recuento de plaquetas, según corresponda.

## 5.6 Ejecución.

En este punto, explicaremos las intervenciones que le vamos a realizar a nuestra paciente y cómo evoluciona al respecto. No se puede realizar en un turno entero de mañana debido a que la especialidad en la que se encuentra es urgencias, por lo que cuando la paciente se encuentre estabilizada, subirá a planta para la operación quirúrgica de fractura de radio distal y estiloides cubital. Se realiza las intervenciones en el turno de mañana 8:00h a 15:00h, ya que la paciente vino al box sobre las 9:00h de la mañana.

- Mañana del 18 de octubre del 2019:

9:00h de la mañana: Lo primero que realizamos cuando la paciente llega a los boxes es tomarle las constantes para saber su estado hemodinámico: La paciente se encuentra normohidratada, normocoloreada, TA 153/85, SATO2 95%, febrícula 37,1° C, FC: 112 lpm y frecuencia respiratoria (FR) 25 respiraciones por minuto (rpm) y Escala Glasgow: 15. Como podemos observar no ha variado mucho de las constantes tomadas en triage. Al encontrarnos los valores fuera un poco del rango de normalidad, realizaremos actividades para poder solventar el problema. Una vez tomadas las constantes, obtenemos el tratamiento que nos ha prescrito el médico para comenzar con el NIC (2210) Administración de analgésicos, debido a que la paciente nos expresa que tiene muchísimo dolor, siendo en la escala EVA un 10 (dolor insoportable). Se realiza esta intervención ya que según Guevara et ál. (2007), un manejo inadecuado del dolor podría dar lugar a complicaciones severas, alterando así el estado biopsicosocial de nuestra paciente. Por lo tanto, a los pacientes con dolor agudo una de las recomendaciones para tratar dicho dolor es el tratamiento farmacológico. Aun así, nos especifica que para un buen abordaje de las fracturas óseas, es importante utilizar la terapia analgésica.

La primera actividad que se realiza de esta intervención es verificar el medicamento que nos ha prescrito el médico para administrar, así como la dosis y la frecuencia del mismo. Nos fijamos que al ser paracetamol IV y

sueroterapia, determinamos si se pueden combinar. Al no interactuar entre sí, procedemos a combinarlos. Antes de administrarlos, se le pregunta a la paciente, aun así, viéndolo en la historia clínica, si tiene alergias, ya que es de vital importancia verificarlo para que no surja ninguna complicación. Seguidamente elegimos como vía de administración la intravenosa, ya que se considera la vía más rápida para que el fármaco empiece hacer efecto. Para finalizar le decimos a nuestra paciente que si observa algún signo inusual que se nos avise de inmediato Fernández (2003). Para la realización de esta intervención hemos tardado unos 15 minutos aproximadamente.

La segunda intervención es (0910) Inmovilización. Realizamos este NIC ya que según Bugarín (2009), el tratamiento para fracturas de muñeca es la inmovilización, ya que gracias a esto podemos evitar una mala unión, que vuelva a fracturarse el hueso en un futuro, lesiones de nervios o arterias, distrofia... Por lo que realizando esta intervención podemos precaver dichas complicaciones.

Las actividades que vamos a realizar para esta intervención son monitorizar tanto la movilidad de la zona distal de la muñeca fracturada como la integridad cutánea bajo la escayola. Podemos observar que los dedos de la muñeca afectada se encuentran sin ninguna alteración, ya que presentan un color rosado, sin inflamación, y con movilidad. Tras pasar un tiempo de la colocación de la escayola se puede observar que el estado de la piel que se encuentra cercana a dicha escayola no se encuentra alterada, es decir, sin signos de inflamación, edemas, enrojecimiento... Seguidamente se coloca un cabestrillo para la inmovilización, colocando el brazo derecho con un ángulo de 90 grados, según Sánchez y Vega (2013). El tiempo utilizado para realizar este NIC ha sido 15 minutos.

La tercera intervención a realizar es (5820) Disminución de la ansiedad, debido a que según Hinojosa (2013), la ansiedad se considera una señal de alarma ante estímulos tanto externos como internos que se pueden considerar una amenaza. Realizamos esta intervención ya que los autores afirman que la ansiedad puede convertirse en un problema potencial debido a que puede alterar diferentes sistemas del organismo ya sea cognitivo, fisiológico o motor.

Por lo tanto, vemos de vital importancia realizar las siguientes actividades para que la paciente no empeore dichos sistemas.

Lo primero que realizamos es tener una escucha activa, para intentar comprender la perspectiva de nuestra paciente y entender así su situación actual, fijándonos tanto en los signos verbales como no verbales, ya que nos dan mucha información de cómo se siente nuestra paciente. En todo momento le hablamos con serenidad y seguridad, explicándole todo lo que le realizamos para que la paciente se sienta con más tranquilidad, intentamos buscar soluciones con nuestra paciente sobre el problema actual, ya que como sabemos presenta ansiedad debido al cuidado de su nieto una vez realizada la intervención quirúrgica. Para finalizar, intentamos realizar contacto físico con nuestra paciente, como darle la mano ya que le transmitimos confianza y hacemos que se tranquilice un poco más. La paciente agradece que le guardemos un poco de nuestro tiempo para hablar con ella y ayudarla, ya que al encontrarse sola no sabía con quien hablar para desahogarse. Por otro lado, realizando esta actividad, intentamos mejorar la tensión arterial cómo la frecuencia cardiaca que nos hemos encontrado cuando la paciente ha venido a los boxes. El tiempo utilizado para esta intervención ha sido de 15 minutos.

10:00h de la mañana: Debido al riesgo que puede presentar nuestra paciente de embolia grasa, realizamos (4044) Cuidados cardíacos: agudos y (4254) Manejo del shock: cardíaco, para prevenir posibles signos y síntomas que puede dar lugar a la dicha embolia. Según Santos y Gotés (2005), la embolia grasa puede dar lugar a manifestaciones diferentes, en relación con el sistema que haya sido afectado. Normalmente suele alterarse el sistema respiratorio, el hematológico, el sistema nervioso central entre otros. Por lo tanto, vemos de gran relevancia realizar estos NIC para su correcta prevención.

Le comunicamos a la paciente que nos siga a la sala de observación: camas, para poder realizar las siguientes actividades. Le realizamos una auscultación cardiopulmonar para saber si encontramos sonidos, mostrándose rítmica y sin presencia de soplos, le preguntamos a nuestra paciente si en algún momento ha sentido dolor torácico, con lo que ella nos contesta que no ha sentido ningún dolor en el pecho ya que la puntuación en la escala EVA ha

sido de 0. Seguidamente le notificamos que se tumbe en decúbito supino para la realización de un electrocardiograma de 12 derivaciones, el cual se encuentra sin alteraciones debido a que todas las ondas (P, Q, R, S, T, U) se encuentran dentro de su parámetro de normalidad según Zavala (2017). A continuación, procedemos a valorar la frecuencia cardiaca de nuestra paciente, el cual presenta 111 (lpm), por lo cual no tiene un descenso del gasto cardiaco. Para finalizar le realizamos una extracción sanguínea para una analítica. Tras obtener los resultados podemos afirmar que todos los valores se encuentran dentro de los parámetros normales de protrombina, la creatina-fosfoquinasa como los electrolitos (potasio y magnesio séricos). Una vez terminados todos los procedimientos, le comunicamos a la paciente que puede volver al box, sillón 3. El tiempo para la ejecución ha sido de 40 minutos más media hora de tiempo de espera para los resultados de la analítica.

11:00 de la mañana: Procedemos a realizar la última intervención (3140) Manejo de la vía aérea que como hemos dicho anteriormente por Santos y Gotés (2005), (debido a una embolia grasa se puede alterar el sistema respiratorio, por lo tanto, es de gran importancia valorar dicho sistema para poder observar que no aparece ninguna complicación al respecto. Procedemos a dirigirnos al sillón 3 del box, ya que se encuentra ubicada ahí nuestra paciente y le explicamos que para que tenga un buen intercambio gaseoso, tiene que estar sentada o casi sentada, ya que así mejora la expansión y ventilación pulmonar. Le informaremos que respire profundo por la nariz para conseguir la distribución del aire hacia los alveolos de una forma óptima. Se observa como la paciente realiza el ejercicio dando lugar a que, gracias a éste, mejora aún más tanto su ansiedad como su respiración. Para finalizar le explicamos cómo realizar una tos efectiva, inclinamos el cuerpo de la paciente hacia delante, así como los hombros hacia dentro del cuerpo, inicia una respiración profunda y a la vez lenta como le hemos enseñado anteriormente, seguida al final de la expulsión de la tos, ya que estimulamos así la expulsión de posibles secreciones, gracias a estos ejercicios la paciente manifiesta que se encuentra con una adecuada función respiratoria según, Ramos et ál. (2014). El tiempo de ejecución ha sido de 15 minutos.

14:00h de la tarde: Valoramos cómo se encuentra nuestra paciente tras el paso de 5 horas, para saber si le ha hecho efecto la analgesia administrada y si gracias a la inmovilización, el dolor debido a la fractura ha podido mejorar. La paciente nos comenta que tiene menos sensación de dolor que cuando vino, ya que parece ser que el paracetamol le ha hecho un poco de efecto, también nos explica que gracias al cabestrillo colocado no ha podido realizar esos movimientos involuntarios que le producían dolor. Podemos observar que ha disminuido esa cifra de dolencia, ya que para poder valorar este NIC con exactitud, le preguntamos a nuestra paciente que según la escala EVA siendo 0: Sin dolor; 2: Poco dolor; 4: Dolor moderado; 8: Dolor muy fuerte; 10: Dolor insoportable, cuanto dolor tiene. La paciente refiere que tiene un 7, por lo que podemos comprobar dicha disminución, ya que cuando le preguntamos a su llegada al box la paciente refería tener un 10. A continuación, volvemos a tomarle las constantes a nuestra paciente teniendo ahora unos valores de TA 133/75, SATO2 97%, 36,2° C, FC: 90 lpm, FR: 20 rpm. Como podemos observar los valores han podido disminuir gracias a las actividades realizadas para la disminución de ansiedad de nuestra paciente. Aun así le preguntamos si se encuentra un poco más relajada, y nos explica que gracias a poder conversar con ella y a la disminución del dolor, ese estrés que tenía cuando ha venido a urgencias ya no lo percibe.

Indirectamente gracias a la intervención (3140) Manejo de la vía aérea para poder prevenir nuestro RCp (0418) Severidad del shock: cardiogénico, nos hemos dado cuenta que también ha tenido un papel importante a la hora de poder mejorar la ansiedad que presentaba nuestra paciente, ya que gracias a las respiraciones lentas y profundas que le hemos propuesto que hiciese, han intervenido en las constantes haciendo que los valores disminuyan.

15:00h de la tarde: A esta hora, procedemos a volver a realizar las intervenciones (4044) Cuidados cardíacos: agudos y (4254) Manejo del shock: cardiaco para comprobar que nuestro RCp no ha dado lugar. Volvemos a preguntarle a nuestra paciente si en algún momento ha sentido dolor en la parte del pecho, por lo que al confirmarnos en la escala EVA que la puntuación sigue en 0, podemos afirmar que no ha presentado ningún síntoma al respecto.

Seguidamente, procedemos a efectuar otra auscultación cardiopulmonar siguiendo encontrándose rítmica y sin soplos cardiacos. Le realizamos nuevamente un electrocardiograma de 12 derivaciones comprobando que éste se encuentra sin alteraciones en el ciclo cardiaco P-Q-R-S-T, la FC no está por debajo de los valores normales, ya que tiene 90 lpm, y por último volvemos a realizar una analítica para controlar esos valores que nos pueden indicar un posible shock cardiogénico. Una vez obtenidos los resultados de la analítica comprobamos que siguen dentro de los parámetros normales tanto la creatinina-fosfocinasa, como la protrombina y los electrolitos. Para finalizar observamos que la paciente sigue realizando respiraciones profundas y toses efectivas, manteniendo la posición que le hemos propuesto para mejorar ese intercambio gaseoso. Esto da lugar a que seguimos previniendo nuestro RCp.

## 5.6.1. Cronograma de intervenciones / actividades.

**Cuadro 5:** Cronograma de intervenciones / actividades.

| MAÑANA                 |                                      |       |        |        |        |        |        |        |
|------------------------|--------------------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 18 de octubre del 2019 | Intervenciones                       | 9:00H | 10:00H | 11:00H | 12:00H | 13:00H | 14:00H | 15:00H |
|                        | (2210) Administración de analgésicos | X     |        |        |        |        | X      |        |
|                        | [5820] Disminución de la ansiedad    | X     |        |        |        |        | X      |        |
|                        | (0910) Inmovilización                | X     |        |        |        |        | X      |        |
|                        | (4044) Cuidados cardíacos: agudos    |       | X      |        |        |        |        | X      |
|                        | (3140) Manejo de la vía aérea        |       |        | X      |        |        |        | X      |
|                        | (4254) Manejo del shock: cardíaco    |       | X      |        |        |        |        | X      |

Fuente: Elaboración propia.

## 5.7. Evaluación.

### 5.7.1. Evaluación del resultado del DxEp.

**Cuadro 6.** Puntuación del NOCp según escala Likert.

| NOCp  | PI | PD | PA | TIEMPO  |
|---|----|----|----|---------|
| (2102) Nivel del dolor  | 1  | 3  | 2  | 6 horas |
| Escala: Escala: 1. Desviación grave del rango normal; 2.Desviación sustancial del rango normal; 3.Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5 Sin desviación del rango normal. |    |    |    |         |

*Fuente:* Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead (2018).



**Cuadro 7.** Puntuación de los indicadores del NOCp según escala Likert.

| INDICADORES   | PI | PD | PA | TIEMPO  |
|---|----|----|----|---------|
| (210201) Dolor referido   | 1  | 3  | 2  | 6 horas |
| (210204) Duración de los episodios de dolor   | 2  | 4  | 3  | 6 horas |
| Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5: Ninguno.  |    |    |    |         |
| (210210) Frecuencia respiratoria.   | 4  | 5  | 5  | 6 horas |
| (210211) Frecuencia cardíaca apical   | 4  | 5  | 5  | 6 horas |
| (210220) Frecuencia del pulso radial  | 4  | 5  | 5  | 6 horas |
| Escala: 1. Desviación grave del rango normal; 2.Desviación sustancial del rango normal; 3.Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5 Sin desviación del rango normal. |    |    |    |         |

*Fuente:* Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead (2018).

Como podemos observar nuestro NOCp se encuentra en consecución debido a la falta de tiempo que nos hemos encontrado en urgencias, ya que la paciente tenía que subir a planta para la realización del preoperatorio para la intervención quirúrgica de la fractura y a la sobrecarga de trabajo que se ha tenido debido a los demás pacientes que debíamos de atender. Aun así, gracias a las intervenciones (2210) Administración de analgésicos e (0910) Inmovilización hemos podido mejorar un poco tanto (210201) Dolor referido como (210204) Duración de los episodios de dolor, debido al paracetamol

intravenoso y al cabestrillo colocado. Esto se ha podido comprobar gracias a la escala EVA, la cual nuestra paciente ha pasado de un 10 a un 7. No hemos podido reducir el dolor tanto como nos hubiera gustado por la falta de tiempo, pero hemos podido reducir ese valor un poco. Sin embargo, gracias a la ejecución de las actividades de (5820) Disminución de la ansiedad y (3140) Manejo de la vía aérea, ha podido alcanzarse los resultados esperados de (210210) Frecuencia respiratoria, (210211) Frecuencia cardíaca apical, y (210220) Frecuencia del pulso radial, ya que finalmente la paciente ha presentado unos valores normales, siendo estos de FC: 90 lpm, y FR: 20 rpm. Aun así, de no alcanzar todos los indicadores propuestos, estoy satisfecha del trabajo realizado ya que hemos podido controlarlo dentro de la medida de lo posible, teniendo en cuenta el poco tiempo que hemos tenido con nuestra paciente.

#### 5.7.2 Evaluación del resultado del RC principal.

**Cuadro 8.** Puntuación del NOCp de mi RCp según escala Likert.

| NOCp   | PI | PD | PA | TIEMPO  |
|--|----|----|----|---------|
| (0418) Severidad del shock: cardiogénico                           | 5  | 5  | 5  | 6 horas |
| Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5: Ninguno. |    |    |    |         |

*Fuente:* Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead (2018).

**Cuadro 9.** Puntuación de los indicadores del NOCp según escala Likert.

| INDICADORES  | PI | PD | PA | TIEMPO  |
|--|----|----|----|---------|
| (041808) Pulso débil, filiforme                                    | 5  | 5  | 5  | 6 horas |
| (041809) Arritmias   | 5  | 5  | 5  | 6 horas |
| (041825) Disminución del nivel de conciencia                       | 5  | 5  | 5  | 6 horas |
| (041826) Acidosis metabólica                                       | 5  | 5  | 5  | 6 horas |
| (041810) Dolor torácico  | 5  | 5  | 5  | 6 horas |
| Escala: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5: Ninguno. |    |    |    |         |

*Fuente:* Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead (2018).

Como podemos comprobar nuestro NOCp (0418) Severidad del shock: cardiogénico del RCp, la puntuación desde la inicial hasta la alcanzada en todo momento ha sido la misma, por lo que podemos afirmar que nuestro NOCp no ha llegado a producirse en ningún momento, por lo cual se ha conseguido. Esto se debe gracias a las actividades realizadas y las comprobaciones exhaustivas que hemos llevado a cabo a través de las intervenciones (4044) Cuidados cardíacos: agudos, (3140) Manejo de la vía aérea, (4254) Manejo del shock: cardíaco. Gracias a ello hemos podido controlar en todo momento el estado hemodinámico de nuestra paciente para que no diese lugar a ningún riesgo de complicación de los propuestos.

Por otro lado, también podemos observar que los indicadores propuestos del NOCp tampoco han llegado a producirse, estando en todo momento una puntuación de 5, desde la puntuación inicial hasta la alcanzada. Gracias a las

intervenciones mencionadas anteriormente, se ha podido comprobar que el indicador (41808) Pulso débil, filiforme no ha llegado a producirse, debido a que en todo momento los valores han estado en 112 lpm al principio antes de realizarle las intervenciones propuestas y de 90 lpm después de las intervenciones. Seguidamente, tampoco se ha producido (41809) Arritmias, gracias a la realización del electrocardiograma de 12 derivaciones realizado para poder comprobar si existía alguna alteración en las ondas de éste. (41825) Disminución del nivel de conciencia tampoco ha dado lugar ya que en todo momento nuestra paciente ha tenido una puntuación de 15 en la Escala Glasgow. Para finalizar tampoco se han producido (41826) Acidosis metabólica, ya que le hemos estado realizando a nuestra paciente analíticas para poder comprobar si se encontraba alterada la cual ésta se encontraba sin alteraciones. (41810) Dolor torácico no ha presentado nuestra paciente ya que cuando le realizábamos las intervenciones propuestas le preguntábamos al respecto, confirmando que el indicador no ha llegado a producirse ya que alcanzaba una puntuación de 0 en la escala EVA, por lo que la paciente en ningún momento ha presentado dicha dolencia.

Nuestra paciente en todo momento ha sido muy receptiva con nosotros ya que ha realizado todas las actividades propuestas sin ninguna dificultad, por lo que se debe decir que el papel que ha presentado nuestra paciente también ha sido importante ya que ha contribuido a que los RC no llegaran a producirse.

## 6. DISCUSIÓN.

Según la evidencia científica encontrada, podemos afirmar que varios autores, coinciden en la importancia de garantizar el Principio de Autonomía del paciente, resaltando el derecho del mismo a elegir de forma libre y voluntaria, además de participar en la toma de decisiones junto a los profesionales sanitarios (Vera, 2016; Pérez y González, 2016; Cadenas, 2018).

En relación a la importancia del CI, autores como Vera (2016), afirman que, gracias a este documento, éstos pueden intervenir en su proceso de toma de decisiones de una manera más sencilla, ya que tienen derecho a participar en su proceso asistencial, colaborando de manera conjunta con los profesionales sanitarios. Sin embargo, teniendo en cuenta otro artículo como en de la Maza (2017), se ha podido demostrar que, un gran número de pacientes preferirían que, a la hora de tomar decisiones con respecto a los procedimientos o tratamientos médicos, fueran los profesionales sanitarios quienes tomaran la decisión por ellos. El sanitario tiene el deber de velar siempre por el paciente, garantizando su bienestar, por ello no resulta inusual, que el paciente quiera ceder su toma de decisiones al facultativo. Este pensamiento es cada vez más frecuente y racional, no obstante, esto interfiere en la comunicación sanitario-paciente y en la obtención libre del CI.

Según Bagés et ál. (2015), uno de los beneficios del CI, es que aporta tranquilidad al paciente ya que se le informa sobre la intervención o procedimiento al que va a ser sometido. Favorece la disminución de la ansiedad y el sentimiento de soledad, pues el paciente recibe el apoyo del profesional sanitario. Sin embargo, otros autores como Menéndez (2013), afirman que, teniendo en cuenta la opinión de los profesionales “más paternalistas”, el informar al paciente provocaría el efecto contrario. Es decir, el paciente se encontraría más agitado, provocándole síntomas negativos como el temor o la ansiedad, y lo más perjudicial, el rechazo a la intervención o al procedimiento que se le va a realizar.

Por el contrario, estudios como el de la Maza (2017), plantean una serie de consecuencias negativas relacionadas con el CI. Afirman que el paciente se convierte en un “comprador” y los profesionales sanitarios en “vendedores”, debido a que tienen que intentar vender su “producto”, despersonalizando la relación profesional sanitario-paciente, y afectando tanto a la calidad de la profesión, como a la formación de nuevos sanitarios. El CI pasa de ser un proceso comunicativo, a convertirse en un documento que “fiscaliza” el trabajo de los profesionales, pudiendo así tener un poder para controlarles en su profesión.

En el caso de nuestra paciente, tuvo problemas a la hora de comprender su CI, debido a que los profesionales sanitarios no aportaron una información completa, clara y sencilla. Esto ocasionó, una menor comprensión de la información relacionada con su procedimiento quirúrgico. Según la opinión de diversos autores como García (2016), hemos podido observar que la falta de comprensión es un problema frecuente dentro del CI. El principal motivo de ello es la utilización, por parte de los profesionales sanitarios de un lenguaje técnico y científico, poco entendible para los pacientes, lo que demuestra que no se tiene en cuenta las particularidades de cada paciente. Otros autores como de la Maza (2017), afirman que el ofrecer una información clara hacia los pacientes es una tarea difícil, pues los profesionales sanitarios deben poseer unas capacidades y un entrenamiento especial para poder otorgar a los pacientes, de una manera más coloquial, la información referente al CI. Varios autores coinciden en que ofrecer una información en momentos estresantes, como puede ser y haciendo referencia a nuestro caso, en un servicio de urgencias, provoca que los pacientes puedan sobreestimar los insignificantes riesgos, malinterpretar otros riesgos, sobrevalorar sus conocimientos iniciales sobre dicha información sin saber si es correcta o no, etc. En definitiva, realizar una mala interpretación de la información recibida (Calle-Urra et ál., 2013; Mayta, 2017; García et ál., 2019)

En nuestro caso, no se tuvo en cuenta la edad de la paciente, 78 años, para otorgarle la información referente al CI. Asimismo, varios estudios señalan la importancia de adaptar la información según la edad, nivel intelectual o

cultura del paciente. Autores como Cadenas (2018), afirman que la edad es uno de los principales puntos que no se tienen en cuenta durante el CI al paciente. Antiguamente, había menos medios para acercar la cultura a la sociedad, por lo que las personas mayores presentan, en su mayoría, un nivel cultural bajo, respecto al nivel global. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben realizar un mayor esfuerzo para conseguir que los pacientes con mayor edad, entiendan el documento que están firmando (Calle-Urra et ál., 2013; Guerra et ál., 2012).

De igual forma, la mayoría de los autores coinciden en que, el profesional sanitario debe mejorar en la trasmisión de la información del CI y en la comunicación hacia el paciente. Estudios confirman el alto porcentaje de deficiencias relacionadas con la falta de información y el CI; como, por ejemplo, déficits en conceptos generales, en información completa, en la percepción sobre el CI, en resolver dudas, en la explicación del documento, etc. Varios autores afirman, que esto provoca una gran desconfianza en la relación profesional sanitario-paciente. Ofrecer una adecuada comunicación, favorecería la satisfacción de los pacientes hacia los profesionales sanitarios, ya que se trataría de manera más integral al paciente, abordando su esfera biopsicosocial al completo (Galván et ál., 2016; Mayta, 2017; Calle-Urra et ál., 2013; Povedano et ál., 2016).

Son varios los autores que coinciden en afirmar que Enfermería tiene un papel fundamental en el CI, pues participa en la práctica clínica del paciente, ya sea en la administración de medicación, en la preparación de intervenciones quirúrgicas, en los cuidados al alta, en el propio quirófano, tanto en el pre como en el postoperatorio, etc. Por lo tanto, debe transmitir y aclarar toda la información ofrecida al paciente, resolver las dudas referentes a su enfermedad, los riesgos o los procedimientos médicos a los que va a ser sometido. El profesional de Enfermería, debe atender a que el CI se cumpla. En definitiva, Enfermería participa directamente en este proceso, colaborando con el resto de profesionales sanitarios en transmitir la información de la manera más clara y sencilla posible. Dicha colaboración es esencial, para poder ayudar al paciente en su toma de decisiones, debido a que en ocasiones

dicha información es imprevisible, como le sucedió a nuestra paciente (Parra, 2019; Bautista et ál., 2017; Menéndez, 2013).

### **6.1. Limitaciones.**

A continuación, expondremos las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio:

- Dispusimos de muy poco tiempo para reunir toda la información necesaria para el estudio, debido a que la paciente se encontraba en urgencias, siendo la recogida de la información más complicada.
- Debido a la urgencia médica de nuestra paciente, ésta no se encontraba ni física ni psicológicamente estable, por lo que la recogida de la información fue un proceso dificultoso.
- Seleccionamos muchos artículos relevantes para nuestro caso, pero debido al previo pago de estos, no los pudimos obtener perdiendo así información interesante.



## 7. CONCLUSIONES.

Tras la realización del presente estudio, hemos podido establecer las siguientes conclusiones:

1. Desde los inicios de la práctica clínica, se ha considerado de vital importancia el uso del CI. Promueve la libertad, evita el engaño, permite la participación con los profesionales sanitarios, aumenta la seguridad de los pacientes y mejora la relación sanitario-paciente.
2. El CI, es un documento que garantiza tanto la autonomía del paciente, como la participación del usuario junto con los profesionales sanitarios. Para que el CI sea de calidad, debe contener: datos identificativos, datos de documentación clínica, afirmaciones y firmas. Por lo tanto, es muy importante que el personal sanitario conozca el contenido del CI.
3. La falta de información en pacientes quirúrgicos, puede desencadenar una serie de complicaciones tanto prequirúrgicas como postquirúrgicas, afectando a la esfera biopsicosocial del paciente y provocando una recuperación tardía. Por ello, es necesaria una adecuada comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente.
4. Los Principios de Autonomía, No Maleficencia, Justicia, y Beneficencia, permiten conocer los derechos propios de los pacientes. Debido a su importancia, se extrapola a la legislación española, incluyendo artículos únicamente relacionados con el CI, sancionando a aquellos sanitarios que los incumpliesen.
5. Gracias al papel de Enfermería en el CI, los pacientes obtienen un mayor beneficio en todo su proceso asistencial, ya que el profesional de Enfermería se encuentra presente desde el inicio hasta el final de su recuperación; participando en la recogida de datos, la realización de técnicas, la entrega y valoración de la información, e incluso en la resolución de dudas.

6. La realización del presente proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal (00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor m/p disminución de la amplitud de movimientos. Se establecieron unas intervenciones que permitieron el cumplimiento de los objetivos propuestos, mejorando el estado de salud de nuestra paciente.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Almada, H. R. (2017). Consentimiento informado en la práctica clínica. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay, 4*, 22-30.
- Amo, R. (2017). *A vueltas con la metafísica de la dignidad humana. A propósito del XX Aniversario de la Convención de Oviedo sobre Derechos humanos y biomedicina.*  
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/18649>
- Badenes, N., y López, M. T. (2011). Doble dependencia: Abuelos que cuidan nietos en España. *Zerbitzuan, 49*, 107-126. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.49.09>
- Bagés, C., Lleixà, M. del M., Español, C., Imbernón, G., Munté, N., y Vázquez, D. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global, 14(39)*, 29-40.
- Banchón, J. S. (2019). *Cumplimiento de las intervenciones de enfermería en el cuidado de pacientes con heridas traumatológicas en un Hospital General en la Ciudad de Guayaquil.*  
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12468>
- Bautista, G. O., Ardila, N. A., Castellanos, J. C., y Gene, Y. (2017). Conocimiento e importancia, que los profesionales de enfermería tienen sobre el consentimiento informado aplicado a los actos de cuidado de enfermería. *Universidad y Salud, 19(2)*, 186.  
<https://doi.org/10.22267/rus.171902.81>
- Berian, I. de M., y Morantinos, G. L. (2018). El Convenio de Oviedo, veinte años después de su firma. Algunas sugerencias de enmienda / The Oviedo Convention, twenty years after its signature. Some suggestions for amendment. *Revista quaestio iuris, 11(1)*, 445-460.  
<https://doi.org/10.12957/rqi.2018.31729>
- Briceño, K. J. P., Cárdenas, L. F. P., Pineda, D. C. P., Vargas, I. J. P., y Alvarado, M. J. G. (2018). Principios bioéticos aplicados por la enfermera

en una unidad de emergencia del área privada. *Salud, Arte y Cuidado*, 11(2), 107-112.

Bugarín, S. (2009). Fracturas de antebrazo y muñeca en niños y adolescentes. *Ortho-tips*, 5(3), 226-232.

Bulechek, G. M. (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier.

Bustamante, G. (2011). Tromboembolismo Pulmonar (tep). *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 614.

Cadenas, D. (2018). *El consentimiento informado y la responsabilidad médica*. 655.

Calle-Urra, J. E., Parra-Hidalgo, P., Saturno-Hernández, P. J., Martínez-Martínez, M. J., y Navarro-Moya, F. J. (2013). Evaluación de la calidad formal de los documentos de consentimiento informado en 9 hospitales. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(4), 234-243. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.01.006>

Capdevila, X., Ryckwaert, Y., Plasse, C., y d'Athis, F. (2001). Diagnóstico y tratamiento de la embolia grasa. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 27(4), 1-9. [https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(01\)71813-0](https://doi.org/10.1016/S1280-4703(01)71813-0)

Cárcar, J. E. (2017). La individualización institucionalizada y la asistencia sanitaria en relación a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: su configura. *Bioderecho.es*, (5), 20-pág.

Carneiro, F., Santana, K., y Almeida, M. D. (2014). Prácticas del cuidar en Enfermería para la promoción del confort. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 65-69. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000100014>

Carrasquel, R. C. (2011). Estudio de la condición física de los adultos mayores del sector pueblo nuevo municipio san cristóbal del estado táchira.

- Revista científica especializada en Cultura Física y Deportes*, 8(15).  
<https://deporvida.uho.edu.cu/index.php/deporvida/article/view/154>
- De la Maza, Í. (2017). Consentimiento informado, un poco de realismo: A little bit of realism. *Revista de derecho (Valdivia)*, 30(2), 111-131.  
<https://doi.org/10.4067/S0718-09502017000200005>
- De Montalvo, F. (2013). *La Medicina ante el derecho Problemas del lenguaje y de riesgo profesional*. Dykinson.  
[http://vlex.com/account/login\\_ip?fuelle\\_id=11752](http://vlex.com/account/login_ip?fuelle_id=11752)
- Fernández, A. A. E. (2016). *Participación de la organización colegial autonómica de enfermería de Castilla y León en la formación continuada del personal de enfermería en los últimos 6 años* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de León].  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=65528>
- Fernández, J. L. (2003). *Guía de Administración de Medicamentos*. Studylib.Es.  
<https://studylib.es/doc/7404492/guía-de-administración-de-medicamentos>
- Fuentes, M. A. L. (2019). Estudio de caso como método de investigación en psicología forense. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*, 9(17), 83-92.
- Galván, M. F., Huerta, H. M., Galindo, M., Barrientos, A. A., Morales, M. E., Galván Meléndez, M. F., Huerta Guerrero, H. M., Galindo Burciaga, M., Barrientos Ramos, A. A., y Morales Castro, M. E. (2016). Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales en formación en salud. *Investigación en educación médica*, 5(18), 108-114.  
<https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.022>
- Garcerán, E. (2017). *El consentimiento informado y las instrucciones previas en la ley 41/2002* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad Católica San Antonio de Murcia].  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=230049>

- García, Á. (2009). La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 275-279.
- García, J. C. (2016). Responsabilidad civil médica y consentimiento informado. *Derecho y Cambio Social*, 13(44), 1.
- García, M. A., Soto, P., y Arqués, V. (2019). Aplicación de la categorización de usuarios en el desarrollo de un modelo de gestión del cuidado de un hospital del sector público. *Revista Horizonte de Enfermería*, 18(2), 145-151.
- Gómez, P. (2016). Objeción de conciencia, principios básicos de bioética y el compromiso de conciencia. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 21, 23-29.
- Gómez, P. C., y Marroquín, M. T. D. (2018). Las Relaciones Entre Profesionales En Los Códigos De Deontología De Diversas Profesiones De La Salud. *Cuadernos de Bioética*, XXIX(97), 271-280.
- González, U., y Alemn, A. J. (2016). Mínimos necesarios para el aprendizaje y utilización del consentimiento informado por profesionales de la salud cubana. *Educación Médica Superior*, 30(4). <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/734>
- Guerra, A. M. S., Muñiz, P. I. F., y Álvarez, M. C. P. (2012). El consentimiento informado y su implicación en la labor de enfermería. *Revista Ene de Enfermería*, 6(1). <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/10>
- Guerra, A. Y. (2016). El paciente como sujeto de derechos. La autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas / The patient as a subject of rights. Autonomy as the basis of informed consent and advance directives. *Bajo Palabra*, 12(2016), 153-162. <https://doi.org/10.15366/bp2016.12.012>
- Guevara, U., Cavarrubias, A., Rodríguez, R., Carrasco, A., Aragón, G., y Ayón, H. (2007). Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cirugía y Cirujanos*, 5, 23.

- Gutierrez, R. Y. G. (2018). *El título de segunda especialidad en anestesiología, reanimación y analgesia*. 30.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & North American Nursing Diagnosis Association. (2015). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017*. Elsevier.
- Herrera, J. (2017). *La investigación cualitativa*.  
<http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/1167>
- Hinojosa, Y. A. (2013). *Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el paciente preoperatoria en el período de abril a septiembre 2013 en el Hospital Provincial General docente de Riobamba*.  
<http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/313>
- Jiménez, F. M. (2014). *Niveles de ansiedad en pacientes de 6 a 14 años que han sufrido fracturas y serán intervenidos quirúrgicamente en el Área de Pediatría Traumatológica, de los hospitales de la ciudad de Loja, en el período mayo-octubre del 2014*.  
<http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/14210>
- Lilián, S., y Oscar, L. (2014). *Consentimiento informado en investigaciones psicológicas con niños: Antecedentes y normas éticas*. 6.
- López, R., y Vega, P. (2017). Consentimiento informado en Medicina Práctica clínica e investigación biomédica. *Revista chilena de cardiología*, 36(1), 57-66. <https://doi.org/10.4067/S0718-85602017000100008>
- Maíllo, C., Luis Ramos, J., Landa, I., Gómez-Alonso, A., y Moreno-Azcoita, M. (2002). Empleo de los documentos de consentimiento informado por los servicios de cirugía españoles. *Cirugía Española*, 71(6), 269-275. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(02\)71980-5](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(02)71980-5)
- Mamani, L. D., y Mamani, T. B. (2018). *Comunicación terapéutica y nivel de ansiedad en pacientes pre-operatorios. Servicio de cirugía. Hospital regional honorio delgado. Arequipa - 2017*. 90.

Importancia del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos. Papel de Enfermería.

- Marín, R., Rico, A., Blanco, M., Barrero, E., Manresa, I., Santos, M., y Lucena, J. (2008). Infarto cerebral hemorrágico por embolización de un trombo mural cardíaco. *Cuadernos de Medicina Forense*, 52. <https://doi.org/10.4321/S1135-76062008000200005>
- Mariscal, L. (2016). *La ética, bioética y la deontología forma parte de la formación del profesional Técnico Superior en Enfermería*.
- Martín, I., Baztán, J. J., Gorroñoitía, A., Abizanda, P., y Gómez, J. (2013). *Detección y manejo de la fragilidad en Atención Primaria; actualización*. Envejecimiento en Red, CSIC. C/ Albasanz, 26-28, 28037 Madrid, España. <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=8&id=58940&irPag=1&clave=wX0G0E6M7q&pos=0>
- Marzá, D. G. (2005). *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Mayta, V. (2017). *Información y percepción sobre el consentimiento informado de pacientes quirúrgicos del hospital maría auxiliadora mayo - 2017*. 74.
- Menéndez, M. R. (2013). *El consentimiento informado*. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/2975>
- Molina, G. (2013). *Lesión tisular y falla renal aguda*. 6.
- Mora, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(2), 228-233.
- Morales, S., y Daza, S. M. (2017). El deber de información al paciente el consentimiento informado y el tratamiento ambulatorio en España. *Novum Jus*, 10(2), 11-34.
- Moorhead, S. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud*. Elsevier.
- Murillo, D. A. (2012). *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Ediciones Díaz de Santos.



- Pabón, D. K., y Delgado, J. A. (2019). Métodos, modelos y evaluación en la autopsia psicológica: Una revisión bibliográfica en Iberoamérica. *Criminalidad*, 61(2), 145-159.
- Parra, I. (2019). Consentimiento informado: Rol del equipo de salud en la toma de decisiones. Un análisis de caso desde el punto de vista ético- clínico. *Revista Horizonte de Enfermería*, 23(3), 40-47.
- Pérez, R., Martín, M. de la C., y Quiñones, M. (2000). Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc*, 1(2), 95-100.
- Povedano, M., Catalán, D., y Granados, G. (2016). La comunicación de los profesionales sanitarios en Cuidados Paliativos = The communication of health professionals in palliative care. *Revista española de comunicación en salud*, 0(0), 78-91.
- Ramos, P., Abizanda, P., Álamo, C., Cuesta, F., Gómez, J., González, A., Lázaro, M., Matía, P., y Rodríguez, L. (2014). *Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Fragilidad y nutrición en el anciano*. International Marketing & Communication, S.A.
- Robalino, C. P. O. (2018). Consentimiento informado en la prestación de servicios de salud. *Derecho Global. Estudios Sobre Derecho y Justicia*, 9, 57-80. <https://doi.org/10.32870/dgedj.v0i9.166>
- Sánchez, N., y Vega, A. (2013). *Colocación de cabestrillo*. 04, 4.
- Santos, L. E., y Gotés, J. (2005). *Embolia grasa: Un síndrome clínico complejo*. 18(3), 11.
- Simón, P., Barrio, I. M., Sánchez, C. M., Tamayo, M. I., Molina, A., Suess, A., y Jiménez, J. M. (2007). Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 191-198.
- Tamayo, Á. (2017). *Aspectos generales deontológicos*.

Torres, R., Monge, G., Vera, R., Puppo, H., Céspedes, J., y Vilaró, J. (2014). Estrategias terapéuticas para aumentar la eficacia de la tos en pacientes con enfermedades neuromusculares. *Revista médica de Chile*, 142(2), 238-245. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200013>

Vera, O. (2016). *El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica*. 22(1), 59-68.

Zavala, J. A. (2017). *Descripción del electrocardiograma normal y lectura del electrocardiograma*. 4.

## 9. ANEXOS.

### 9.1. Anexo I. Consentimiento informado.

#### Consentimiento Informado

#### Anestesia General, Regional o Local

##### **EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Consiste en administrarle medicamentos para poder operarte sin sufrir dolor.

- en la anestesia general los medicamentos lo dejan profundamente dormido, inconsciente.
- En la anestesia regional y local los medicamentos sólo le adormecen la zona donde se va a intervenir.

##### **CÓMO SE REALIZA:**

Es muy importante que esté en ayunas antes de la intervención.

La anestesia general se administra por vía intravenosa o por inhalación a través de una mascarilla. Es necesario ayudar a la respiración mediante un aparato que introduce el gas dentro de los pulmones a través de un tubo colocado en la garganta (ventilación mecánica).

En la anestesia regional se inyecta el anestésico en los nervios que van a la zona que se va a intervenir. Esto se puede hacer en su inicio o a lo largo de su trayecto. En la anestesia local, el anestésico se inyecta directamente en la zona que se va a intervenir. También puede administrarse mediante gotas en las mucosas.

Tanto en la anestesia regional como en la local pueden darse además medicamentos para que usted esté algo adormecido mientras esté en el quirófano. Así estará más relajado y tranquilo. En todos los casos, salvo en la anestesia general con mascarilla, es preciso pinchar en alguna zona del cuerpo. El lugar depende del tiempo de anestesia. Puede ser en las venas (anestesia general), en la espalda (anestesia raquídea y epidural), en el brazo o la pierna (anestesia de troncos y plexos nerviosos) o en la zona a operar (anestesia local).

A veces, es necesario pinchar alguna otra vena o arteria para control de sus constantes o la administración de medicación, dependiendo de la agresividad de la intervención quirúrgica y/o de sus circunstancias personales (patología cardiovascular, neumológica, metabólica, etc.), la canalización de más de una vena, un acceso venoso central y/o de una arteria (para el control continuo de su tensión arterial), así como la colocación de una sonda vesical y/o nasogástrica.

La intervención quirúrgica puede ocasionar pérdidas sanguíneas; si fuese necesario el/la anestesiólogo/a indicará una transfusión durante o después de la operación. La sangre procede de donantes sanos, aunque a veces puede utilizarse su propia sangre recogida por medio de aparatos recuperadores durante la intervención o en el postoperatorio inmediato. Recibirán la información clínica específica sobre las técnicas y los riesgos transfusionales si la transfusión estuviera indicada.

Deberá mantener cualquier medicación que esté tomando de manera habitual (por ejemplo, sus pastillas para la tensión), salvo que tras indicarle el tratamiento que usted sigue regularmente al/a la anestesiólogo/a, éste le recomiende otra cosa. El día de la cirugía puede tomarlas con un sorbo de agua (unas dos horas antes de la hora prevista de intervención), sin romper la norma anterior. Solamente debe interrumpir, bajo prescripción médica, aquellos medicamentos que afectan a la coagulación sanguínea u otro tipo de medicamentos, que evidentemente el/la anestesiólogo/a le habrá indicado en la visita de preanestesia. Si es usted fumador, debería intentar interrumpir su hábito cuanto más tiempo mejor, previo a la cirugía, ya que así disminuye el riesgo de complicaciones respiratorias.

##### **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

- La anestesia general le dejará dormido de forma que no sentirá ni oír nada durante la operación. Una vez terminada la misma, se despertará gradualmente con cierta sensación de "resaca".
- La anestesia regional le hará perder la sensibilidad. Toda una parte de su cuerpo quedará adormecida, por ejemplo un brazo, las dos piernas, etc. No podrá mover la zona afectada ni sentirá dolor. Sin embargo le permitirá estar despierto. Si lo desea pueden administrarle una sedación. La recuperación de la sensibilidad y la movilidad puede tardar un tiempo variable después de la operación.
- La anestesia local sólo le hará perder la sensibilidad de la zona operada. La recuperará más tarde de forma progresiva.

En algunas intervenciones puede ser aconsejable prolongar el estado anestésico unas horas en una unidad de cuidados especiales.

En todos los casos se le administrará un tratamiento para controlar el dolor y las molestias del postoperatorio, mediante analgésicos intravenosos o mediante técnicas especiales como la analgesia epidural o los bloqueos nerviosos.

##### **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

La anestesia nos permite hacer la operación sin que usted experimente dolor. Además, el/la médico anestesiólogo/a controlará sus constantes vitales para asegurar que todo discurre con normalidad.

Ello facilitará que usted se recupere de la intervención más fácilmente.

##### **OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Cualquier intervención quirúrgica precisa algún tipo de anestesia. El/la anestesiólogo/a le informará cuáles son las alternativas en su caso particular. Usted podrá manifestar sus preferencias.

En su caso: .....

## Consentimiento Informado

### Anestesia General, Regional o Local

#### **QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Actualmente los riesgos de la anestesia son pocos, siendo una técnica bastante segura, con una mortalidad muy baja.

Un riesgo común aunque infrecuente a todas las técnicas es la reacción alérgica a cualquier droga usada durante la anestesia o a sustancias empleadas durante la intervención, como el látex. Las pruebas de alergia previas no están exentas de riesgos y su resultado no descarta una reacción alérgica intraoperatoria.

#### • **LOS MÁS FRECUENTES:**

Son trastornos habitualmente poco graves y pasajeros:

- en la anestesia general:

- o Náuseas y vómitos durante el postoperatorio. Es más frecuente en mujeres y en determinadas intervenciones.
- o Dificultad para orinar en el postoperatorio.
- o La necesidad de introducir un tubo en las vías aéreas puede dejar una sensación de dolor, sequedad y ronquera. Algún diente podría resultar dañado.
- o Algunos/as pacientes pueden tener mayores dificultades para recuperar la respiración después de la anestesia general, como las personas obesas o los enfermos pulmonares.
- o Puede ocurrir el paso del contenido del estómago a las vías respiratorias en momentos puntuales de la anestesia. Este riesgo es potencialmente más grave. Ocurre más en la cirugía urgente si no es posible respetar los periodos de ayuno mínimo de seguridad.
- o En muy raras ocasiones se pueden dar cuadros de depresión, pesadillas y neurosis postanestésica.
- o Otras complicaciones muy poco frecuentes pueden ser lesiones oculares, nerviosas, quemaduras cutáneas y electrocución por la utilización intraoperatoria de instrumentación eléctrica.

- en la anestesia regional:

- o Dolores de cabeza y visión borrosa.
- o Dolores de espalda
- o Dificultad para orinar en el postoperatorio.
- o Se pueden producir sensación de acorchamiento y debilidad de la zona.

- en la anestesia local:

- o Sensación de adormecimiento de la zona.

#### • **LOS MÁS GRAVES:**

Suelen ser los menos frecuentes:

- la parada cardíaca imprevista, con resultado de muerte, coma o daño cerebral irreversible se produce de forma excepcional en pacientes sanos/as. El riesgo es mayor en pacientes con enfermedades cardíacas, edad avanzada y en la cirugía de urgencia.
- Reacciones adversas o tóxicas imprevistas a los medicamentos y anestésicos utilizados. Pueden producir descensos de la presión arterial, alteraciones del ritmo cardíaco, aumento de la temperatura corporal, problemas renales y coma.
- En la anestesia regional la punción accidental de una vena o arteria vecina a los nervios provoca hemorragias y hematomas. Esto, a su vez, pueden lesionar los propios nervios. Esta complicación es rara, pero potencialmente grave cuando se produce en la columna vertebral. Puede ser necesaria una operación en la espalda para descomprimir los nervios.
- En raras ocasiones, al realizar la canalización de una vena central o en anestesia regional, se puede producir un neumotórax.

#### **SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

- si es usted alérgico a los anestésicos o sospecha que puede serlo debe comunicarlo al/a la médico.
- Las infecciones respiratorias pueden obligar a posponer el procedimiento.
- La infección en la piel cercana a la zona donde se le pinchará contraindica la realización del tratamiento, por lo que debe ponerlo en conocimiento del/de la médico.
- También debe comunicar si toma usted anticoagulantes, padece arritmias cardíacas, o si ha tenido un infarto de miocardio reciente o un neumotórax. Estas situaciones podrían incrementar el riesgo.
- Antes de enfrentarse a una anestesia, es necesario que nos advierta de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación sanguínea, enfermedades de corazón y pulmón, existencia de prótesis, marcapasos, enfermedades recientes, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que usted considere importante, y que crea deba saber el/la anestesiólogo/a.

#### **RIESGOS PERSONALIZADOS**

Además de los riesgos anteriormente citados, por la/s enfermedad/es que padece y el procedimiento a realizar, puede presentar otras complicaciones .....

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas:

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U. le informa de que sus datos personales serán incorporados a un fichero debidamente declarado, con la finalidad gestionar los servicios sanitarios y de administración del hospital o centro. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de Atención al Paciente del Centro a la dirección C/ Miguel Hernández, nº 12, 30011 Murcia, con la referencia "Derechos ARCO", aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.

Y, en su consecuencia, CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **Anestesia General, Regional o Local**

En caso de no consentir, por favor marque la casilla:  NO CONSIENTO

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <p><b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b><br/>D/Dña.<br/>D.N.I.<br/><br/>Fdo.</p> | <p><b>MÉDICO</b><br/>Dr. / Dra.<br/>Nº Colegiado<br/><br/>Fdo.</p> |
|--|--|

En caso de existir firma de testigo o revocación del CI, marcar con una X donde corresponda e indicar fecha:

Firma de testigo, fecha \_\_\_\_\_

Revocación, fecha \_\_\_\_\_





