

Enfermería del Trabajo

www.enfermeriadeltrabajo.com/revista

AET 
Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo

Volumen 3, Número 1, Enero 2013

Artículos de revisión

La investigación cualitativa en Enfermería del Trabajo

Actualización del código de Enfermería del Trabajo, acorde con los tiempos y a tenor del Código Internacional de la Medicina del Trabajo

Lipoatrofia semicircular

Reseñas de Salud Laboral

Asma persistente, condiciones de comorbilidad y el riesgo de incapacidad para el trabajo: un estudio de cohorte prospectivo

Riesgo de glioma en usuarios de plaguicidas: estudio de casos-control

Editorial

Resumen y conclusiones de las 8 Jornadas Nacionales de la AET

Formación Continuada

Extracción de tapones de cerumen por irrigación en sala de curas

Humanismo y Enfermería

Los años del miedo, de Juan Eslava

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Revista Científica de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

www.enfermeriadeltrabajo.com/revista

Coordinación

Manuel Romero Saldaña
Ayuntamiento de Córdoba

Antonio J. Déniz Hernández
Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas

Secretaría Técnica

Araceli Santos Posada
Agencia Tributaria. Madrid

Consejo de Redacción

José Manuel Corbelle Álvarez
Asociación Española de Enfermería del Trabajo. Madrid

María Soledad Olmo Mora
SESCAM. Puertollano

Javier Gracia Rivera.
Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

Paula Peña Salguero
El Corte Inglés. Leganés

Isabel Hernández Maestre
Banco de España. Madrid

Juan Ramón Quirós Jiménez
Diputación Provincial de Jaén

Beatriz Herruzo Caro.
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.

Manuel Sánchez García
Diputación Provincial de Córdoba

Carmen Lameiro Vilariño
Hospital Meixoeiro. Vigo

Consejo Asesor

M^a Ángeles Almenara Angulo
El Corte Inglés. Marbella

Yolanda Raquel Lapeña Moñuz
Facult. Ciencias Salud. Univ. Jaume I Castellón

Francisco Bernabeu Piñeiro
E. U. Enfermería. El Ferrol. A Coruña

Jerónimo Maqueda Blasco
Director E.N.M.T. ISC III. Madrid

María Dolores Calvo Sánchez
E. U. Enfermería y Fisioterapia. Salamanca

Carlos Martínez Martínez
Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

Germán Carbajo García
Junta de Castilla La Mancha. Toledo

Alfonso Meneses Monroy
E. U. Enfermería. Univ. Complutense. Madrid.

José Ciércoles Prado
Repsol. Madrid

Guillermo Molina Recio
E. U. Enfermería. Córdoba

Cristina Cuevas Santos
Ministerio Educación. Madrid

Ángela María Moya Maganto
Seguros Santa Lucía. Madrid

Julio De Benito Gutiérrez
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

María Cándida Pérez Gonzalves
Hospital Universitario Ourense

Oscar García Aboin
Consejería Sanidad. Comunidad de Canarias

María Jesús Pérez Granda
CIBERES. Madrid

Cristina García Vivar
Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra

Cristina Santoyo Arenas
El Corte Inglés. Málaga

Cristina Godino González
Consejería MA, V y OT. Comunidad de Madrid

Manuel Vaquero Abellán
E. U. Enfermería. Córdoba

Diseño gráfico y maquetación: Leticia Calderón Santos

Revista Indexada en:



Enfermería del Trabajo

Revista científica de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

www.revista.enfermeriadeltrabajo.com

S U M A R I O

Volumen 3, Número 1 Enero – 2013

Editorial

Comité Organizador	
Resumen y conclusiones de las VIII Jornadas Nacionales de la AET	3

Artículos de revisión

C García Vivar	
La investigación cualitativa en Enfermería del Trabajo	5
A Santos Posada, MD Calvo Sánchez	
Actualización del código de Enfermería del Trabajo, acorde con los tiempos y leyes vigentes, a tenor del Código Internacional de la Medicina del Trabajo	12
F Gutiérrez Guevara, RM Moreno Ramos, L López Rodríguez	
Lipoatrofia semicircular	20

Comunicaciones Orales

Varios	
Comunicaciones Orales presentadas VIII Jornadas Nacionales AET	25

Formación Continuada

JA Quirós Jiménez	
Extracción de tapones de cerumen por irrigación (lavado de oídos) en sala de curas	39

Reseñas de Salud Laboral

M Romero Saldaña	
Asma persistente, condiciones de comorbilidad y el riesgo de incapacidad para el trabajo: un estudio de cohorte prospectivo	44
R Gallego Rubio	
Riesgo de glioma en usuarios de plaguicidas: estudio de casos-control.	45

Humanismo y Enfermería

JA Herrera Bono	
Los años del miedo, de Juan Eslava Galán	48

Editorial

Resumen y conclusiones de las 8ª Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

Autores

Comité organizador

Realizar unas conclusiones o valoración de unas Jornadas que nosotros hemos organizado resulta un ejercicio más bien curioso, pues puede perderse la objetividad, ya que el prisma por el que hemos mirado este Comité Organizador puede desvirtuar la claridad, pero también es bueno para que nos sirva de reflexión y de enseñanza para el futuro.

La primera de las valoraciones nos atañe a los propios miembros del Comité, que aceptamos un reto cuando, aunque algunos nos conocíamos, nunca habíamos trabajado juntos y mucho menos en estas labores. Para los que se veían por primera vez tenían un doble reto, el primero conectar como personas, y el segundo y más específico, llevar a cabo un programa de actividades encaminadas a que el día de la inauguración de Las 8as Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo, todo estuviera a punto y éstas transcurrieran de una forma fluida y sin contratiempos. Creemos haber logrado el objetivo propuesto, pues las incidencias en su desarrollo fueron puramente anecdóticas.

Nos gustaría también valorar el lema elegido Formación/Calidad/Responsabilidad que creemos fueron ampliamente reflejados en las mesas y talleres específicos. La Formación se concretó en bastantes foros que abarcaron desde la ponencia inaugural presentada por el Prof. Eiros Bouza sobre las enfermedades infecciosas en el mundo del trabajo, y después en la primera de las mesas, donde se desgranó todo el recorrido de la formación de nuestros especialistas por la vía EIR desde las diferentes perspectivas que la conforman, partiendo de las labores organizativas y siguiendo por las actividades tutoriales y con la perspectiva siempre crítica de los alumnos.

Parte importante de la labor formativa de estas jornadas se realizó en los talleres, expresamente dedicados a problemas y actividades que realizamos en nuestros puestos de trabajo, siendo esta una actividad de las que más éxito han tenido en jornadas anteriores, en la presente se buscaron también temas que resultaron del agrado de los

asistentes, pues así lo manifestaron en durante su impartición y sobre todo en esos “corrillos” posteriores que siempre se forman entre los asistentes a las Jornadas.

El tema de la calidad está cada día más presente no solo en nuestra profesión, sino en todas las actividades que conforman las áreas profesionales, docentes, asistenciales, empresariales y todas aquellas que van dirigidas a la comunidad. Es por ello que la Enfermería del Trabajo no puede ser ajena a participar en esos conceptos e incluir los criterios de la calidad y cómo ésta se articula en la prestación de cuidados. Por ello, la mesa que debatió esta circunstancia tuvo una gran acogida y para algunos de los asistentes sirvió como inicio en este tema y a la vez de compromiso para mejorar en la práctica profesional.

La explicación en esta mesa de la experiencia del Servicio de Prevención del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que está acreditado por AENOR y como ha implantado un sistema de calidad siguiendo la norma ISO 9001, fue una novedad, pues aunque es de reciente implantación y cada día se van incorporando nuevos procesos, está demostrando la utilidad de esta norma, para evitar errores y sobre todo para implantar unas buenas prácticas y una mejora continua que sin duda redundan en beneficio de los trabajadores que tiene encomendados.

El lema de la responsabilidad se vio en estas Jornadas en dos vertientes, la primera de ellas en la mesa sobre valoración de las diversas modalidades de la prestación de cuidados de la enfermería del trabajo en varias de sus vertientes, empezando por el análisis de las causas de los accidentes de trabajo y la participación de los enfermeros en esta valoración. También como los enfermeros que trabajan para la administración pública ejercen sus competencias en diferentes modalidades y las diferencias que existen entre las administraciones estatales, autonómicas y locales así como la situación contractual en cada una de ellas en cuanto al reconocimiento de la especialidad.

La práctica del ejercicio profesional en los Servicios de Prevención Ajenos nos encomienda un profundo ejer-

cicio de esta responsabilidad, ya que nos permite insistir en que es tan importante la atención como la prevención de la enfermedad en la población trabajadora, pues tan importante es curar a quien lo necesite, como evitar que los trabajadores sanos enfermen.

Todas estas responsabilidades también tuvieron otra forma de expresarse, pues la mesa sobre la encrucijada jurídica de la enfermería del trabajo, trazó una amplia visión de la situación actual, partiendo desde la Constitución Española y abarcando hasta la última legislación publicada y cómo afecta a nuestros profesionales. Sin duda fue esta mesa una de las que más interés despertó a los asistentes, pues en ella se plantearon debates sobre situaciones reales y sobre las dificultades de ejercer nuestras competencias profesionales en los diferentes ámbitos de trabajo.

En unas jornadas profesionales en las que no se aborde el tema de la investigación parece que faltase algo, pero en este caso en la ponencia de clausura se abordó el tema de la Investigación Cualitativa, que despertó un gran interés en el auditorio.

Hay que resaltar la buena labor realizada por el Comité Científico, que tuvieron que aplicarse para conformar la mesa de comunicaciones orales, que demostraron el gran interés que de los profesionales para dar a conocer al resto de sus compañeros, los temas e investigaciones que se están planteando en el momento actual. Otra faceta nueva en estas Jornadas fue la admisión también de comunicaciones escritas, que en forma de “pósteres” fueron expuestas durante las Jornadas y comentadas ampliamente con sus autores.

El Comité Científico tuvo otra labor a realizar, pues de su decisión dependían los premios de investigación, que patrocinados por el Colegio Oficial de Enfermería de Valladolid, premiaban con una dotación económica a las mejores comunicaciones orales y escritas, así como los “accésit” a ambas categorías que conllevaban la inscripción a las próximas jornadas de la AET, que así reconoce y premia la participación de sus asociados. El resultado fue el siguiente:

- Premio a la mejor comunicación oral: “Trastornos musculoesqueléticos en el personal del servicio de lavandería”. Unidad Docente Multiprofesional de Murcia.

- “Accesit” a la mejor comunicación oral: “Relación entre la organización del trabajo en asistencia hospitalaria y la vida laboral de los profesionales sanitarios”. Facultad de CCSS de la Universidad Jaime I de Castellón.

- Premio a la mejor comunicación escrita: “Grado de conocimiento del protocolo de eliminación de material cortopunzante” C.P.R.L. De Almería.

- “Accesit” a la mejor comunicación escrita: “Evaluación de la satisfacción laboral a los trabajadores del C.P.R.L. De Cádiz”: C.P.R.L. De Cádiz.

Pero como no solo de la “ciencia” constan unas Jornadas, también tenemos que felicitarnos por el paseo cultural realizado por las zonas del Valladolid monumental por donde trascurre le “Ruta del Hereje”, que fue seguido por un nutrido grupo de asistentes que manifestaron a la organización su agrado por haberlo programado.

Después de este paseo y en el transcurso de la cena de gala, que se celebró en el hotel “Marqués de la Ensenada”, que al estar instalado en una antigua fábrica de harinas, permitió que viéramos correr el agua bajo nuestros pies, eso sí, protegidos por unos buenos cristales sobre los que los más animados pudieron demostrar su destreza en el baile.

Como conclusión, este comité organizador está satisfecho por haber podido lograr para nuestros compañeros unas Jornadas productivas, tanto a nivel científico como de disfrute de nuestra ciudad, donde siempre serán bienvenidos. Al mismo tiempo, animamos al Comité Organizador de las IX Jornadas para que disfruten preparándolas, que los esfuerzos que conlleva se sienten gratificados cuando recibes a los compañeros y compruebas el buen ambiente que siempre reina en nuestras actividades. Nuestro mejor recuerdo para todos los que pudisteis asistir.

Hasta siempre.

El Comité Organizador.

Artículo de revisión

La investigación cualitativa en Enfermería del Trabajo

Trazabilidad editorial

Recepción: 19-11-2012
Revisión por pares: 01-12-2012
Aceptación final: 18-12-2012

Correspondencia

Cristina García Vivar
Correo Electrónico: cgarvivar@unav.es

Autores

García Vivar, Cristina
Doctora en Enfermería
Profesora en la Facultad de Enfermería
Universidad de Navarra
E mail: cgarvivar@unav.es

Resumen

Antecedentes

La enfermería del trabajo es una especialidad enfermera que aborda los estados de salud de los individuos en su relación con el medio laboral. Entre las funciones que desarrolla se encuentra la investigación. Se han desarrollado investigaciones para conocer aspectos relacionados con la vigilancia de la salud, adecuación de los puestos de trabajo al trabajador, prevención de riesgos laborales, etc.; que han contribuido a mejorar la base de conocimientos del área de la enfermería del trabajo.

Sin embargo, se destaca que lo que ha dominado en la investigación en enfermería ha sido el uso del enfoque cuantitativo. En los últimos años se ha constatado un aumento de la investigación cualitativa en enfermería, explicado por la diversidad de problemas y situaciones de salud y enfermedad que no pueden ser abordados desde perspectivas puramente positivistas.

Objetivo

Enfatizar el valor de la investigación cualitativa como método científico que nos permite profundizar en la comprensión de procesos complejos en el campo de la investigación en salud, y de la enfermería del trabajo en particular.

Conclusiones

La investigación cualitativa es una herramienta que permite poner de manifiesto las potenciales dificultades, restricciones y oportunidades desde la perspectiva del trabajador. De este modo, es de útil para abordar el conocimiento de las experiencias, creencias, valores, actitudes, motivaciones, comportamientos; es decir, ese componente complejo de la realidad humana que se escapa a los instrumentos numéricos pero que debemos intentar conocer

con rigor y sistematización si queremos ser mejores profesionales.

Palabras Clave: Enfermería del Trabajo, investigación cualitativa

Abstract

Background

The health nursing is a specialty nurse addresses health status of individuals in relation to the workplace. Among the features is research develops. Investigations have been developed to meet the monitoring aspects of health, fitness of the worker jobs, occupational safety, etc., Which have helped to improve the knowledge base in the area of occupational health nursing.

However, it is stressed that what has dominated nursing research has been the use of a quantitative approach. In recent years we have seen an increase of qualitative research in nursing, explained by the diversity of problems and situations of health and illness that can not be addressed purely positivist perspectives.

Objectives

Emphasize the value of qualitative research as a scientific method allows us to deepen our understanding of complex processes in the field of health research, and nursing work in particular.

Conclusions

Qualitative research is a tool to highlight the potential difficulties, constraints and opportunities from the perspective of the worker. Thus, it is useful to address the kno

wledge of the experiences, beliefs, values, attitudes, motivations, behaviors, ie, that component complex human reality that escapes numerical tools but we must try to know with rigor and systematization if we become better professionals.

Key words: Health occupational nursing, quaitative investigation.

Introducción

“La enfermería del trabajo es una especialidad enfermera que aborda los estados de salud de los individuos en su relación con el medio laboral, con el objeto de alcanzar el más alto grado de bienestar físico, mental y social de la población trabajadora, teniendo en cuenta las características individuales del trabajador, del puesto de trabajo y del entorno socio-laboral en que éste se desarrolla”(1). Según esta definición extraída de la Orden SAS/1348/2009, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería del trabajo(1), las funciones del enfermero especialista en enfermería del trabajo son muy diversas.

De igual modo ocurre con la investigación en este campo de la enfermería. Se han desarrollado investigaciones para conocer aspectos relacionados con la vigilancia de la salud, adecuación de los puestos de trabajo al trabajador, prevención de riesgos laborales, intervenciones de urgencia en el entorno laboral, así como la educación y promoción de la salud de los trabajadores. Sin duda alguna estas investigaciones han contribuido a mejorar la base de conocimientos del área de la enfermería del trabajo y también a desarrollar intervenciones para mejorar los estados de salud de los individuos en su relación con el medio laboral.

Sin embargo, debemos resaltar que lo que ha dominado en la investigación en enfermería ha sido el uso del enfoque cuantitativo(2-4). Esto no es de extrañar si se considera que el paradigma dominante en el campo de la salud ha sido el positivista. No obstante, en los últimos años se ha constatado un aumento de la investigación cualitativa en enfermería(5). Este claro auge a favor de la metodología cualitativa se explica por la diversidad de problemas y situaciones de salud y enfermedad que no pueden ser abordados desde perspectivas puramente positivistas, sino que deben adoptar un enfoque más holístico que permita comprender e interpretar la realidad, y las experiencias de las personas ante una situación determinada(6).

Objetivo

El objetivo de este artículo es enfatizar el valor de la investigación cualitativa como método científico que nos permite profundizar en la comprensión de procesos complejos en el campo de la investigación en salud, y de la enfermería del trabajo en particular.

Para responder a este objetivo, el presente manuscrito se estructura en dos grandes apartados. En el primero, se presentan las diferentes tradiciones en investigación en salud así como la definición y características de la investigación cualitativa. En el segundo apartado, y con el objetivo de aportar una visión práctica de la investigación cualitativa, se exponen algunos ejemplos de estudios cualitativos llevados a cabo en el área de la salud laboral y de la enfermería del trabajo en particular.

La investigación cualitativa

Diferentes tradiciones en investigación en salud

La investigación incluye un gran número de perspectivas, supuestos, metodologías y métodos concurrentes. La gran diversidad de problemas o situaciones susceptibles de investigación hace necesario enfoques diferentes en la realización de los estudios(7). Podemos hablar de dos paradigmas principales. El paradigma positivista, en el que se ubica la investigación cuantitativa y que trata de cuantificar o medir variables que expliquen las causas de un determinado fenómeno con independencia de los estados subjetivos de las personas. Por otro lado, el paradigma interpretativo, en el que se halla la investigación cualitativa y que trata de describir y comprender cómo las personas sienten, piensan y actúan respecto a situaciones, eventos, fenómenos y comportamientos observables(7).

El hecho de que exista diversidad entre los dos paradigmas no justifica que uno sea superior al otro. Al contrario, se subraya la complementariedad de los mismos para generar conocimientos de diverso tipo(3). Mientras que la investigación cualitativa, procedente de las ciencias sociales, asume una postura fenomenológica y subjetiva, la investigación cuantitativa, procedente de las ciencias naturales, asume una postura de control y objetividad(8). Por lo tanto, la elección de uno de los dos paradigmas depende de la pregunta planteada en el estudio. Es decir, la naturaleza del fenómeno a ser estudiado es el que determina qué metodología es la más pertinente(9).

En términos generales conviene aplicar la metodología cualitativa cuando las preguntas que subyacen son del tipo "qué es lo que sucede" o "cómo sucede". En cambio,

cuando las preguntas apuntan a "cuánto de algo existe" y "cómo se distribuye un fenómeno en una población" es más indicada la metodología cuantitativa.

Definición de la investigación cualitativa

El campo de la investigación cualitativa es plural en cuanto a corrientes, métodos, técnicas, y también en cuanto a definiciones. En algunos casos se expone como un procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discursos e imágenes para comprender la vida social por medio de significados y desde una perspectiva holística(10). En otros casos, como un tipo de investigación para la obtención de conocimiento a partir de la vida de las personas, las experiencias vividas, los comportamientos, las emociones y los sentimientos(11). Es decir, la investigación cualitativa produce datos descriptivos y ricos que nos ayudan a comprender los fenómenos de la vida cotidiana.

En cualquier caso, se trata de una perspectiva de conocimiento científico dinámica, abierta, desde el contexto natural de los participantes, que intenta capturar los fenómenos en su profundidad, buscando su riqueza e intentando explicar su complejidad de forma holística. Por lo tanto, permite comprender el mundo "de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven"(12). Es decir, la metodología cualitativa no se centra en la predicción y control de un fenómeno (estudio de variables) sino en la descripción rigurosa de la experiencia cotidiana (estudio de las personas).

Características de la investigación cualitativa

Optar por la metodología cualitativa conlleva tener en cuenta una serie de características distintivas, entre las que habría que resaltar las siguientes.

En primer lugar, la investigación cualitativa es naturalista ya que estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede y sin control, intentando interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas en ese contexto(7). Por otro lado, busca entender la realidad subjetiva -desde dentro-, ya que trata de comprender las visiones que existen, desde la perspectiva de los participantes, respecto de "sus realidades objetivas". Es decir, su objeto científico es el "mundo subjetivo"(13-14), entendido como los procesos "no observables" como pensamientos, sentimientos, significados y percepciones de los sujetos sobre un fenómeno o experiencia vivida.

Otra de las características distintivas es su diseño holístico, en un esfuerzo por comprender la totalidad del fenómeno o acontecimiento de interés, así como su diseño interactivo ya que contempla las situaciones humanas como un proceso de interacción continua, en vez de aislar unos cuantos factores del fenómeno estudiado y etiquetarlo en un esquema causa-efecto(15). Además, la investigación cualitativa se caracteriza por un diseño emergente y flexible, susceptible de adaptarse a lo que se descubre durante la recogida de datos para la obtención de información relevante.

Existen numerosas formas de investigación cualitativa, según el diseño que se utilice. En este sentido, cada diseño determina aspectos tan importantes como los métodos de recogida y análisis de datos, y la interpretación de los mismos. Creswell señala la existencia de cinco grandes "tradiciones" en la investigación cualitativa entre las que destaca el análisis biográfico, la aproximación fenomenológica, la denominada teoría fundamentada, la etnografía y el estudio de casos(16).

Siguiendo con las características distintivas de la investigación cualitativa, cabe resaltar su orientación al descubrimiento a través de un proceso inductivo. Es decir, no utiliza categorías preestablecidas sino que se desarrollan conceptos y se establecen las bases de teorías a partir de los datos recogidos. Para ello requiere una interacción constante entre la recogida y el análisis de los datos.

Quizá una de las características más conocidas en el diseño cualitativo es el tipo de método o técnica utilizada para la recogida de datos. Así pues, los métodos más empleados en la investigación en salud son la entrevista (semi-estructura o en profundidad), la observación y los grupos focales(16). Estos métodos permiten conocer en profundidad una situación o un fenómeno, ya sea de manera individual, grupal o colectiva(17). A través de estos métodos se pretende obtener datos de personas, contextos o situaciones en profundidad, con las propias "formas de expresión" de cada uno de ellos.

Con respecto al investigador, cabe resaltar que éste es "instrumento" de la investigación y se relaciona con las personas para obtener datos significativos(18). De esta manera, el investigador se reconoce como parte del proceso de investigación y utiliza la reflexividad como estrategia para garantizar la calidad y el rigor en un estudio cualitativo(18-19).

Por último, como en todo proceso científico, la investigación cualitativa también exige seguir unos criterios de calidad y rigor, que son distintos a los de los estudios cuantitativos(19).

En definitiva, conocer las características específicas de la investigación cualitativa es fundamental al igual que los es conocer los objetivos de la metodología cualitativa. En este sentido, varias razones llevan a un investigador a diseñar un estudio cualitativo. Puede tener un objetivo para la identificación de fenómenos, un propósito descriptivo, o bien la necesidad de explorar con mayor profundidad un acontecimiento. También puede ser necesaria la explicación de un fenómeno determinado o la necesidad de complementar la información de un estudio cuantitativo con la de otros diseños(7).

Ejemplos de estudios cualitativos en Enfermería del Trabajo

A partir de los planteamientos previamente expuestos y a modo de aportación práctica, a continuación se exponen algunos ejemplos de estudios cualitativos realizados en el ámbito de la salud laboral y de la enfermería del trabajo en particular.

Un área en la que la metodología cualitativa se ha mostrado de utilidad es en el campo de la prevención de riesgos laborales. Así por ejemplo, en 2011, un grupo de enfermeras brasileñas, reconociendo el hecho de que el tener conocimientos sobre los riesgos en el ambiente de trabajo no siempre garantiza el uso de medidas protectoras, quiso analizar las razones, actitudes y creencias de los trabajadores de enfermería referentes a la adhesión a los equipamientos de protección individual(20). Para ello, se llevó a cabo un estudio exploratorio, de abordaje cualitativo, en un hospital general de la región centro oeste de Brasil. En el estudio participaron un total de 15 informantes, entre enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que pertenecían al equipo permanente del hospital. Los datos fueron recogidos por medio de tres grupos focales, compuestos de cinco profesionales cada uno. Del análisis de los datos surgieron dos categorías temáticas (“seguridad en el trabajo” y “relaciones interpersonales”).

Los resultados del estudio mostraron varias barreras que interferían en las cuestiones de seguridad y protección individual como eran la comunicación, la sobrecarga de trabajo, la estructura física, la accesibilidad a los equipamientos de protección y aspectos organizacionales y administrativos. Así se refleja en un extracto de uno de los participantes del estudio de Neves y colaboradores(20): “[...] el ambiente en que nosotras trabajamos tiene todos los dificultadores posibles, porque nosotras trabajamos con una sobrecarga de trabajo muy pesada, con pacientes crónicos... con falta de material, la distancia de buscar

los materiales, la farmacia que atrasa, que demora que ... todo dificulta (G2)”.

Por otro lado, se evidenció que las actividades de trabajo que conllevaban estrés y conflicto generaban desmotivación y se presentaban como factores determinantes para la no adhesión a los equipamientos de protección, lo que exponía todavía más a los profesionales a los riesgos ocupacionales y accidentes en el trabajo. Así lo recoge el siguiente extracto de una de las participantes en un grupo focal(20):

[...] todo el estrés que nosotras vivimos en las interconexiones del ambiente de trabajo, con laboratorio, RX, nutrición, farmacia, propicia estrés si no tiene una comunicación que fluya tranquilamente, descontrola emocionalmente a tal punto que usted se predispone a más accidentes (G2).

Al analizar las razones, actitudes y creencias de los trabajadores sobre la adherencia a los equipamientos de protección, se constató que los grupos conocían los riesgos a los que estaban expuestos en el ambiente de trabajo, pero no siempre ese conocimiento era suficiente para evitar la exposición, revelando una susceptibilidad al riesgo. Por lo tanto, los autores concluyeron que la adhesión a los equipamientos de protección se determinaba tanto por el contexto experimentado en el ambiente de trabajo, como por valores y creencias individuales; sin embargo, la decisión del uso de los equipamientos de protección era individual(20).

Este estudio ha permitido comprender mejor los factores intrínsecos y extrínsecos en el ambiente de trabajo así como las creencias y la toma de decisiones para la protección en trabajadores de enfermería. Estos datos son de interés para que podamos reflexionar sobre la práctica de las medidas preventivas en lo cotidiano del equipo de enfermería y direccionar estrategias que propicien la incorporación de nuevas medidas en los servicios de salud.

En esta misma línea de la prevención de riesgos laborales, un equipo de enfermeras valencianas, interesadas en implantar estrategias preventivas efectivas para mejorar el bienestar psicológico de enfermeras de trasplantes, desarrolló en 2005 un estudio cualitativo para determinar los estresores laborales percibidos por las enfermeras que trabajaban en áreas dedicadas al trasplante de órganos(21). Para responder al objetivo del estudio, se realizaron seis grupos de discusión, compuesto cada uno de ellos por 10 enfermeras pertenecientes a distintos hospitales españoles (en total 64 participantes). Cada grupo de discusión fue dirigido por una investigadora experta en la realización de este tipo de técnica cualitativa y concedo-

ra del tema del estrés en personal de enfermería. Las conversaciones fueron grabadas, transcritas y se realizó un análisis del discurso.

Según los datos del estudio, los principales estresores identificados fueron los relacionados con la sobrecarga de trabajo, la presión de tiempo, el contacto con la muerte y sufrimiento, la falta de apoyo por parte de los compañeros y otros profesionales sanitarios, y los problemas de interrelación con los pacientes y sus familiares. Se evidenció también una falta de información para dar respuesta a las preguntas formuladas por los pacientes y familiares, sobre su estado clínico y pronóstico, así como la falta de formación específica para prestar los cuidados necesarios al paciente pre y trasplantado. De esta manera, este estudio aporta evidencia para planificar futuras intervenciones preventivas y medidas ambientales tendentes a reducir los factores de riesgo psicosocial, en vistas a evitar alteraciones en la calidad de vida de este colectivo.

Otros estudios cualitativos han sido publicados recientemente, aportando todos ellos resultados interesantes para la prevención de los riesgos laborales(22-25).

También se están llevando a cabo estudios cualitativos sobre el clima laboral y su repercusión en la salud de los trabajadores. Es el caso del estudio publicado en 2012 en la Revista Enfermería del Trabajo, sobre la percepción de los enfermeros sobre el uso de las habilidades relacionales-comunicativas en las relaciones interpersonales(26). Los resultados de este estudio evidenciaron que cuando existe feeling entre los compañeros y cuando la acogida a los nuevos se hace desde la empatía, el feedback y el método de resolución de problemas, los servicios se caracterizan por tener unas buenas relaciones. Por el contrario, las malas relaciones influyen en la vida personal de los profesionales y se originan por múltiples causas como actitudes negativas, exigencias de la administración y falta de claridad de los mensajes. Además, los problemas organizativos referidos a la falta de comunicación, excesiva movilidad (volantes) o el turno rotatorio son responsables de las malas relaciones y de la desmotivación de muchos profesionales. La información obtenida en este estudio puede ser la base para profundizar, mediante técnicas adicionales de carácter cuantitativo, en la calidad de las relaciones laborales de los profesionales de la salud, en vistas de la actual precariedad laboral y de su repercusión sobre la salud.

En definitiva, los estudios cualitativos presentados aquí proporcionan perspectivas que no se hubiesen alcanzado con los métodos cuantitativos. Por lo tanto, es inestimable la importancia derivada de conocer las opiniones

y las experiencias desde el punto de vista de los usuarios, así como de los profesionales que trabajan en este campo. Sin embargo, cabe resaltar la escasa evidencia de estudios cualitativos a nivel nacional en el campo de la enfermería del trabajo. Este hecho debe servir de justificación para ampliar y difundir estudios cualitativos que sean de interés para la profesión, y especialmente que aporten evidencia científica sobre fenómenos emergentes poco investigados.

Conclusiones

En el desarrollo y la prestación de cuidados es necesario que los profesionales conozcamos las opiniones y los problemas de nuestros clientes en su contexto socio-cultural, para lograr que la prestación sea relevante y sensible frente a sus perspectivas y necesidades.

La investigación cualitativa es una herramienta que permite poner de manifiesto las potenciales dificultades, restricciones y oportunidades desde la perspectiva del usuario. De este modo, la metodología cualitativa es de utilidad para aportar datos que ayuden a proporcionar nuevas perspectivas con las que trabajar.

La evidencia a la que nos abre acceso la investigación cualitativa es la de las experiencias, creencias, valores, actitudes, motivaciones, comportamientos; es decir, ese componente complejo de la realidad humana que se escapa a los instrumentos numéricos pero que debemos intentar conocer con rigor y sistematización si queremos ser mejores profesionales.

En definitiva, si deseamos ofrecer cuidados de calidad debemos seguir profundizando en las tres áreas del lema que recogen las VIII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo: "Formación, Calidad, Responsabilidad".

Con respecto a la formación, sin duda, existe un creciente interés en enfermería del trabajo por la formación en investigación. Ya desde la formación EIR se han desarrollado programas de formación en investigación, donde la investigación cualitativa también está presente. Existen además otros recursos formativos como cursos presenciales ofrecidos por instituciones y hospitales, jornadas y congresos orientados al desarrollo de la investigación en enfermería, y cursos online sobre investigación cualitativa (como por ejemplo el curso "Introducción a la investigación cualitativa" de la Universidad de Navarra, el "Curso de Metodología de Investigación Cualitativa" de la Fundación Index", o cursos ofrecidos por la Red de Investigación Cualitativa en Salud (REDICS) del Instituto de Salud Carlos III).

Con respecto a la calidad es preciso señalar la apuesta por la calidad en los cuidados a través de la práctica clínica basada en la evidencia. Para la toma de decisiones las enfermeras recabamos información de varias fuentes, incluidas datos clínicos, preferencias de los clientes, experiencia personal y profesional, normas externas y evidencia científica, entre otras. La mezcla de todas estas fuentes de información hace que la toma de decisiones sea adecuada y efectiva.

Por último, cabe resaltar la importancia de nuestra responsabilidad para difundir los resultados de la investigación cualitativa. Esto permite avanzar en el conocimiento científico, profundizar sobre nuevos fenómenos o aplicar los resultados a la práctica profesional. En esta línea, la nueva Revista de Enfermería del Trabajo ofrece, desde el 2011, una excelente plataforma para difundir y canalizar la investigación en este ámbito de actuación²⁷.

Para concluir, el desarrollo y divulgación del conocimiento y procedimientos enfermeros en el campo laboral es una prioridad. Así lo ha reflejado también Julio de Benito, presidente del Comité Organizador de las VIII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo celebradas en Valladolid el 26 y 27 de octubre de 2012²⁸. De tal manera que, en la medida que los profesionales de enfermería del trabajo hagan más visible su contribución a la salud de las personas trabajadoras, el impacto y reconocimiento profesional será mayor.

Bibliografía

1. Boletín Oficial del Estado. Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería del Trabajo. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
2. Cabrero J, Richart M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica*. 1996, 6: 212-217.
3. Rodríguez MM, Portero E, Martínez JD, Rodríguez ML, Rodríguez CD, Ferre MA. El debate entre investigación cualitativa y cuantitativa y su impacto en la práctica enfermera basada en la evidencia. *TEMPUS VITALIS. Revista Electrónica Internacional de Cuidados*. 2008, 8(1): 17-24.
4. Triviño Z, Sanhuesa O. Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2005, 11(1): 17-24.
5. Streubert H. Philosophy and theory: foundations of Qualitative Research. En: Streubert H, Carpenter DR. (5ªEds) *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, Lippincott Company, 2011.
6. Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo C. La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa. *Index de Enfermería*. 2010, 19(4): 283-288.
7. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar CG. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. Pamplona, Ediciones Eunote, 2012.
8. Topping A. El espectro continuo cuantitativo-cualitativo. En: Gerrish K, Lacey A. (Eds). *Investigación en enfermería*. Madrid, McGraw Hill, 2008, pp.157-172.
9. Silverman D. *Doing qualitative research: A practical handbook*. London, Sage Publications, 2000.
10. Mejía Navarrete J. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones sociales*. 2004, 8(13): 277-299.
11. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage Publications, 2000.
12. Schwandt T. Interpretivist approaches to human inquiry. En Denzin NK (Eds). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1994, pp. 110-132.
13. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Principles and methods* (7ª Eds). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
14. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Editorial Universidad de Antioquia, 2002.
15. Salamanca Castro AB, Martín-Crespo C. El diseño en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*. 2007, 26: 1-6. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FI-CHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_26.pdf. (Acceso 15 de octubre 2012).

16. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. London, Sage Publications, 1998.
17. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Fundamentos de la metodología de la investigación*. Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2007.
18. De la Cuesta Benjumea C. El Investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Research*. 2003, 2 (4). Disponible en: <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4506/3786>. (Acceso 16 de octubre 2012).
19. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española Salud Pública*. 2002, 76(5): 473-482.
20. Neves H, Souza A, Medeiros M, Munari D, Ribeiro L, Tipple A. La seguridad de los trabajadores de enfermería y los factores determinantes para adhesión a los equipamientos de protección individual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011, 19(2): 354-361. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200018&lng=en&tlng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200018>. (Acceso 18 de octubre de 2012).
21. Escribà-Agüir V, Burguete-Ramos D. ¿Cómo perciben las enfermeras de trasplantes las causas del estrés laboral?. *Index Enfermería*. 2005, 14(50): 15-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000200003>. (Acceso 18 de octubre de 2012).
22. Lavoie S, Talbot LR, Mathieu L. Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: their perspective and a 'tailor-made' solution. *Journal of Advanced Nursing*. 2011, 67(7): 1514-1522.
23. Morano-Báez R, Albar-Marín MJ, García-Ramírez M, Prieto-Guerrero MM, García-Nieto A. Afrontamiento del estrés ocupacional entre profesionales de enfermería hospitalaria desde la investigación acción participativa. *Enfermería Clínica*. 2009; 19(5): 240-8.
24. Dos Santos Zapparoli A, Palucci Marzial ME, Do Carmo Cruz Robazzi EM. Práctica segura del uso de guantes en la punción venosa por los trabajadores de enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2006, XII (2): 63-72.
25. García AM, López-Jacob M, Agudelo-Suárez A, Ruiz-Frutos C, Ahonen E, Porthé V. Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gaceta Sanitaria*. 2009, 23(2): 91-7.
26. Lapeña Moñux YR, Cibanal Juan I. Percepción de los enfermeros del Hospital Santa Bárbara de Soria sobre el uso de las habilidades relacionales-comunicativas en las relaciones interpersonales. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2012, 2(1): 99-100.
27. Corbelle Álvarez JM. Nace la Revista Enfermería del Trabajo. *Enfermería del Trabajo*. 2011, 1(1): 3.
28. Anónimo. "Hay que desarrollar competencias en beneficio de los trabajadores". *Mundo Sanitario* 1-15 octubre de 2012, pp.12.

Artículo de revisión

Actualización del código de Enfermería del Trabajo, acorde con los tiempos y leyes vigentes, a tenor del Código Internacional de la Medicina del Trabajo

Trazabilidad editorial

Recepción:	29-10-2012
Revisión por pares:	14-11-2012
Aceptación final:	23-11-2012

Correspondencia

Araceli Santos Posada
Enfermera del Trabajo
Secretaria General AET
aracelisantos@enfermeriadeltrabajo.com

Autores

Santos Posada, Araceli
Enfermera del Trabajo

Calvo Sánchez, María Dolores
Directora de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Universidad de Salamanca

Resumen

Este artículo analiza la necesidad de una revisión y actualización del Código Deontológico de Enfermería, más acorde con la realidad del momento, con una Especialidad Enfermera ya existente, como es la Enfermería del Trabajo, que goza de una independencia y un grado de cualificación elevado consagrado por norma.

Se pretende realizar un estudio de análisis comparativo con el Código Deontológico Internacional para los Profesionales de la Medicina del trabajo (CIMT) y el de enfermeras (CIE) publicados en 2002 y 2006 respectivamente, sus enunciados son similares, sus principios generales coinciden, la diferencia que se percibe, es en cuanto a la expresión de los principios y directrices, no son todo lo próximo que quisiéramos a la práctica enfermera, mientras que en el código CIMT los enunciados se identifican en mayor medida con la práctica médica.

Hemos objetivado que existe muy poca bibliografía al respecto, por lo que se basa en la propia experiencia, la normativa vigente y la mano inestimable de la Doctrina habida en el tema.

Aún siendo esta especialidad de las más antiguas reconocidas y de mayor recorrido en nuestro país, con unas funciones muy determinadas, carecemos de datos objetivos que sustenten esta actividad profesional.

Es por ello que en el trabajo investigador se enuncia una

propuesta de necesaria creación de Código Deontológico de la Especialidad en Enfermería del Trabajo, que si bien coincide con los enunciados en el código CIE, por las peculiaridades que acompañan a nuestra profesión enfermera y por los cambios que se han producido tanto a nivel social, como político legislativo etc. requiere un planteamiento más profundo y específico a dichos códigos.

Palabras clave: Enfermería del trabajo, código deontológico del trabajo, ética profesional enfermera.

Abstract

This article discusses the need for a review and update of the Code of Ethics of Nursing, more in line with the reality of the moment, with existing Nurse Specialist, such as the Occupational Health Nursing, which enjoys a degree of independence and a dedicated high qualification by rule.

It consists in a study of comparative analysis with the International Code of Ethics for Professional Occupational Health (ICOH) and the Nurses (ICN) published in 2002 and 2006 respectively, their statements are similar, its general principles coincide, the difference perceived, is about the expression of the principles and guidelines,

not everything we wanted next to nursing practice, whereas CIMT code statements are identified more with medical practice.

We observed that there is little literature on the subject, so it is based on experience, current legislation and the Doctrine invaluable hand view on the subject.

Even as this specialty of the oldest and most recognized travel in our country, with very specific functions, objectifiable lack data to support this profession.

That is why the research work sets out a proposal for creating necessary Code of Ethics of the Specialty Nursing Labour that while match those contained in the ICD, by the peculiarities that accompany our nursing profession and the changes that have occurred both socially, politically etc. legislature. requires a more detailed and specific to the codes.

Keywords: Nursing labor, labor code of ethics, professional ethics nurse.

Introducción

La Comisión Internacional de Medicina del Trabajo el año 2002, opto por varias razones en la elaboración de un Código deontológico internacional para los profesionales especialistas de la medicina del trabajo entendiendo esta, como médicos/as y enfermeros/as, diferenciado de los códigos deontológicos propios de ambas profesiones.

Una de esas razones que sujeta la promulgación y vigencia, es el creciente reconocimiento de las responsabilidades complejas y en ocasiones compartidas de los profesionales de la seguridad e higiene en el trabajo frente a los trabajadores, las empresas, el público, las autoridades en materia de salud pública y trabajo y otras entidades como la seguridad social y los poderes judiciales.

Otra de las razones es el creciente número de profesionales de la seguridad e higiene en el trabajo (Médicos del Trabajo y Enfermeros del Trabajo) como resultado de la creación voluntaria u obligatoria de servicios de medicina del trabajo, Unidades Básicas de Salud (1) y el reconocimiento de especialidades ad hoc(2). Otro factor que ha influido ha sido la reciente adopción de un enfoque interdisciplinario de la medicina del trabajo que implica la participación en los servicios de medicina del trabajo de especialistas pertenecientes a distintas profesiones, como los Técnicos Prevencionistas.

Igualmente nuestra profesión Enfermera posee códigos éticos de Enfermería propios(3), propiciando el establecimiento de un Código Deontológico que sirva de marco para el ejercicio profesional partiendo, necesariamente,

de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia Enfermería teniendo los profesionales que la ejerzan, la obligación de compartir básicamente los mismos principios morales en su ejercicio profesional, aun así, parece necesaria una revisión de estos códigos, para el enjuiciamiento de si a día de hoy, responde a una actuación normalizada del comportamiento profesional de los enfermeros especialistas en Enfermería del Trabajo y de su recto proceder.

Los enfermeros/as del trabajo, hasta la fecha y desde tiempo inmemorial se han guiado por principios ético-morales recogidos en normativas nacionales o internacionales de profesiones afines y fundamentadas en el derecho natural, en el vigente y/o la costumbre jurídica. Estos principios, siguen siendo válidos, pero necesitan ser actualizados y reformulados para reforzar su aplicación en el contexto cambiante en el cual se aplica la Enfermería del Trabajo. Poderosas razones avalan la opinión de la necesidad de actualización de un código deontológico distinto de los existentes en la actualidad.

Entiéndase que los Enfermeros del Trabajo ejercían su profesión, en la mayoría de las ocasiones, en solitario, hasta que se regularizaron los servicios médicos de empresa e incluso después, ya que, era muy frecuente que estos servicios se contratasen mancomunados, es decir, un médico titular de varios servicios médicos, quedando así, solamente la Enfermería permanente en la jornada laboral, por lo que, los enfermeros cuidaban la salud de los trabajadores en todos sus aspectos, físico, psíquico, social y también preventivo, además, atendían y gestionaban los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, tal y como ocurre en la actualidad.

Con la gran diferencia de que hoy en día la Enfermería del Trabajo es una profesión autónoma de especialidad preventiva más, de las que integran el equipo interdisciplinario de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales(4) y que si bien los Enfermeros del Trabajo, comparten principios básicos éticos comunes con los demás profesionales de las especialidades que integran el equipo; tienen competencias específicas que, consecuentemente, deben guiarse por sus nuevas normas específicas.

Por otro lado, los cambios económicos y sociales en los últimos años han generado nuevas estructuras organizacionales y familiares que afectan a los trabajadores y por tanto, a las relaciones de éstos con la Enfermería del Trabajo.

El objetivo, es valorar la necesidad de actualización de un código ético ad hoc que sirva para la concienciación de que los valores que maneja la Enfermería del Trabajo

son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad y la dignidad humanas, en el complejo, especial y a menudo hostil del ámbito del trabajo, un código que reforzase y ayudase a sus profesionales a fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que toman.

Material y método

Este trabajo presenta un grado de innovación por la inexistencia de bibliografía en la materia y se basa, en la experiencia de la investigadora, la normativa vigente y la inestimable ayuda de la doctrina en materia.

Se ha pretendido realizar un estudio de análisis comparativo de metodología deductiva, sobre un trabajo profesionalizante y establecer mecanismos para la construcción de un discurso propio, que se base, no solo en la acumulación de datos provenientes de los códigos en estudio, de la normativa vigente, de la sola experiencia laboral, uniendo a esta investigación el estudio de las competencias habituales y de las problemáticas que como profesión, aborda la Enfermería del Trabajo de manera cotidiana.

Resultados

La propia experiencia laboral, leyes, códigos éticos nacionales e internacionales, doctrina sobre el tema, guías técnicas, el Código Internacional de Ética para Enfermeras de 2006(5) y el Código Deontológico Internacional para los Profesionales de la Medicina del Trabajo(6), por cuanto recoge en su articulado que “A los efectos de este Código, se entiende que la expresión “profesionales de la medicina del trabajo” se refiere a todos aquellos que, en el ejercicio de su profesión, realizan tareas de seguridad e higiene en el trabajo, prestan servicios de medicina del trabajo o forman parte de un servicio de medicina del trabajo. La medicina del trabajo abarca un gran número de disciplinas, puesto que constituye una interfaz entre la tecnología y la salud, con aspectos técnicos, médicos, sociales y legales. Entre los profesionales de la medicina del trabajo se encuentran médicos y profesionales de la enfermería especializados en medicina del trabajo, inspectores de fábricas, higienistas industriales y psicólogos del trabajo, especialistas en ergonomía, rehabilitación, prevención de accidentes, mejora del entorno de trabajo e investigación de la seguridad y la higiene en el trabajo. La tendencia es a utilizar las competencias de estos profesionales de la medicina del trabajo dentro del marco de un enfoque de **equipo** interdisciplinario”(7) constituyen sin duda la base de estudio para valorar si es suficiente y da

respuesta ética precisa a la actividad cotidiana actual, o se estima necesario, por el contrario, la creación de un nuevo código ético, específico para los profesionales de la Enfermería del Trabajo, para ello se abordan tres grandes aspectos:

- La consolidación de los procesos de identidad propios y específicos.
- La profundización en los posicionamientos morales desde los que se ejerce la profesión de esta especialidad enfermera.
- El aumento y el rigor de la calidad de sus competencias profesionales.

Estos tres aspectos, al menos, tendrán que ser tenidos en cuenta y subsumidos en el resultado literalidad de código de conducta, contribuyendo decididamente a situar a la especialidad preventiva de la Enfermería del Trabajo en lo que es verdaderamente, una profesión adecuada a su tiempo, un tiempo complejo y cambiante, dinámico y confuso de difícil adecuación si no se entiende esta especialidad desde una perspectiva amplia y rigurosa y no solo actuadora, que integre de forma armónica y ética la reflexión y la acción.

Desde el convencimiento, podemos afirmar que un código deontológico, en cuanto a criterio ético, es necesario para el buen desempeño de cualquier profesión y por ende de la Especialidad de Enfermería del Trabajo, no solo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar en aquellas situaciones diarias controvertidas a las que se enfrenta esta profesión. Este código avala una uniformidad en los criterios de actuación, reforzando si cabe, las actuaciones y decisiones profesionales con entidad propia e independencia.

En 1953 El Consejo Internacional de Enfermeras publicó el Código Internacional de ética para Enfermeras, que después se ha revisado y actualizado en diversas ocasiones, la más reciente en 2006.

Ya solo con el enunciado del título, podemos afirmar la obsolescencia del término “enfermeras”, puesto que la profesión enfermera engloba por igual a enfermeras y enfermeros y ni gramatical, ni legalmente ya se sostiene(8) (no podría aceptarse ese término en España, puesto que contradice, entre otros, el espíritu de la Ley para la igualdad efectiva de hombres y mujeres y el mandato constitucional de “no discriminación”(9)).

Desde luego nada impide la existencia de un código ético para enfermeras exclusivamente, porque siendo su carácter internacional podría ser de aplicación en países donde la legislación o la costumbre, no lo contemple como discriminatorio, aunque tratándose de un código ético, al

menos moralmente, sería poco aceptable por muchos profesionales.

Curiosamente, en el segundo párrafo del Preámbulo del citado código se asegura que *“Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social”*, lo que supone una clara contradicción.

Establece el citado preámbulo que las “enfermeras” tienen cuatro deberes fundamentales:

- Promover la salud.
- Prevenir la enfermedad.
- Restaurar la salud.
- Aliviar el sufrimiento.

Los deberes fundamentales que se afirman son una enumeración escasa de competencias para la Enfermería generalista y mucha más si cabe para la Enfermería del Trabajo, en las que no puede incluirse como deber, el alivio del sufrimiento a no ser que se refiera a procurar aliviar el sufrimiento, porque no siempre es ello posible y porque es una actitud inherente a la Enfermería, como ser humano, pero desde luego no se trata de un deber profesional fundamental ni específico, sin embargo se obvia la piedra angular de la Enfermería que es el “cuidado” de la salud de las personas sanas o enfermas, entendiendo por salud la definición aceptada universalmente de la Organización Mundial de la Salud (1946): *“Estado de completo bienestar bio-psico-social”*.

Los Enfermeros/as del Trabajo tienen los siguientes deberes fundamentales con respecto a los trabajadores, sin duda a tener bien presente en la conducta deontológica :

- El cuidado, la promoción y prevención de la salud en todo el ámbito del trabajo.
- La atención a la rehabilitación e integración social del trabajador.
- La formación, administración e investigación enfermeras.
- La información y formación en hábitos saludables de los trabajadores.
- La gestión de la prevención en su sector laboral.
- La atención sanitaria a los trabajadores.

A mayor abundamiento el Código Internacional para profesionales Medicina (sanidad) en el Trabajo, recoge en su punto 1 *“El objetivo de la medicina del trabajo es proteger y promover la salud de los trabajadores, mantener y mejorar su capacidad y aptitudes para el trabajo, contribuir a la creación y el mantenimiento de un medio de trabajo seguro y saludable, y promover la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, teniendo en cuenta su estado de salud”*.

Porque el campo de la prevención de riesgos del trabajo donde está inmersa la Enfermería, es amplio y abarca la prevención de todos los daños derivados del empleo, los accidentes de trabajo y los trastornos relacionados con el trabajo, como las enfermedades profesionales y todos los aspectos de la interacción entre trabajo y salud.

En la medida de lo posible, los profesionales de la prevención de riesgos del trabajo deben participar en el diseño y la elección de equipos de seguridad e higiene, métodos y procedimientos adecuados y procedimientos de trabajo seguros, fomentando la participación de los trabajadores en este campo, así como el aprendizaje basado en la experiencia.

Por su parte, el Código Internacional de la Enfermería igualmente apunta que *“son inherentes a la enfermería el respeto a los derechos humanos”*. Sin duda puede y debe aplicarse a la Enfermería del Trabajo. Si bien a día de hoy parecería más acertado afirmar que el respeto a los derechos humanos es una conquista social a la que debe someterse cualquier profesional y máxime si se trata de profesiones humanísticas.

Una de las prestaciones que el Código enfermero recoge es de servicios de salud de la Enfermería a las personas, la familia y la comunidad coordinadas con otros grupos relacionados. Parece claro que los Enfermeros del Trabajo tienen responsabilidades frente a los trabajadores, los empleadores, la salud pública y las autoridades laborales y también frente a otras instituciones públicas como la Seguridad Social, dado que es una especialidad que abarca todo lo sanitario en el ámbito del trabajo, desde la cirugía menor al peritaje judicial, con las excepciones del pronóstico, diagnóstico y prescripción médicas. Debiendo dejar constancia que la prestación de los servicios de la Enfermería del Trabajo se realiza en la población trabajadora, formando parte del equipo multidisciplinar que indica la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995) vigente en nuestro país.

Respecto a los deberes que recoge el Código Internacional en estudio de ética para Enfermeras del CIE, po-

demos observar que indica que las “enfermeras” tienen cuatro deberes fundamentales, para poner de relieve las normas de conducta ética, que pasamos a continuación a valorar:

1. La Enfermería y las personas

La deontología Enfermera establece que: “la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para las personas que necesiten su cuidado y se extiende en el respeto de los derechos humanos, la información suficiente, la confidencialidad y la responsabilidad en materia de medio ambiente”.

No hablamos solo de un comportamiento dentro de unas normas morales convencionales establecidas, porque una mayor divulgación de derechos y facilitación al gran público del ejercicio de la denuncia, una complejidad de criterios individuales e incluso una legislación que para algunos tambalea las aceptadas secularmente normas morales, hace necesaria la inclusión en los códigos éticos de menciones a la responsabilidad civil, penal y administrativa.

En este sentido el Código del Trabajo establece que “Existen deberes, obligaciones y responsabilidades de muy diversa naturaleza, así como relaciones complejas, entre todos los afectados por e implicados en la medicina del trabajo y las cuestiones sanitarias. En general, las disposiciones legales establecen esas obligaciones y responsabilidades. Todas las empresas son responsables de velar por la seguridad y la higiene de sus trabajadores. Todas las profesiones tienen unas responsabilidades relacionadas con la naturaleza de sus obligaciones. Es importante definir el papel de los profesionales de la medicina del trabajo y su relación con otras profesiones, con las autoridades competentes y con los agentes sociales en el ámbito de las políticas económicas, sociales, medioambientales y sanitarias. Para ello se precisa una visión clara sobre la ética de los profesionales de la medicina del trabajo y sobre las normas que rigen su conducta profesional. Cuando los especialistas de distintas profesiones trabajan juntos adoptando un enfoque interdisciplinario, deben tratar de basar su actuación en un mismo conjunto de valores y conocer los deberes, las obligaciones, las responsabilidades y las normas que rigen las profesiones de los demás.

En los últimos años, han proliferado legislación y doctrina respecto a las diferentes clases de responsabilidad, por la necesidad de dar respuesta a las controversias entre

sanitarios, Administración y usuarios y porque han cambiado notoriamente las relaciones y las normas sociales.”(10)

El objeto de responsabilidad de los Enfermeros del Trabajo, son los trabajadores que necesitan de sus cuidados teniendo en cuenta su singularidad y en función exclusivamente de sus necesidades.

Estos cuidados, deberán hacerse con el mayor respeto a los derechos humanos(11), valores, costumbres y creencias personales sin distinción alguna por razones sociales o económicas ni de ninguna otra índole.

La Enfermería del Trabajo informará suficientemente y guardará preceptivamente el secreto profesional, considerando toda la información que provenga del ejercicio de su profesión como confidencial, igualmente deben respetar el medio ambiente y cumplir las normas vigentes al respecto.

2. La Enfermería y la práctica

Dice el código del CIE que *“la enfermera, será personalmente responsable del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua y que mantendrá un nivel de salud que no comprometa su capacidad, que juzgará la competencia de quien reciba la delegación y de aquel en quien delegue, así como se cerciorará de la compatibilidad del empleo de los avances científicos y tecnológicos con la seguridad y dignidad de las personas”*.

Los enfermeros/as del Trabajo no solo deben estar titulados para ejercer su especialidad sino que deben estar en posesión de conocimientos y habilidades científicas que la Lex-Artis exige, siendo consciente de la necesidad de una constante puesta al día, mediante una formación continua y el desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional que deberá ser responsable, riguroso y eficaz.

Los enfermeros/as del Trabajo, deberán valorar sus propias necesidades de aprendizaje o actualización y buscar los recursos adecuados para auto dirigirse, así como, asumir individual o/y colectivamente la responsabilidad de la formación e información de la salud en su ámbito profesional.

Los enfermeros/as del Trabajo, mantendrán una salud y decoro personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados, ni afecte al prestigio de su colectivo y observarán normas de conducta personales que acredí

ten su profesión y fomenten la confianza de los trabajadores.

La obligación de la Enfermería del Trabajo que participan en investigación, es velar por la salud y la intimidad de las personas sometidas al estudio y no participar en aquellos experimentos que impliquen riesgos físicos o morales desproporcionados, así como, cerciorarse de que el empleo de nuevas tecnologías y avances científicos, son compatibles con la seguridad y los derechos de los trabajadores, debiendo tener en cuenta en los resultados, los principios de la declaración de Helsinki(12) y los que regulan la ética de la publicación científica como el Convenio de Oviedo(13)

Los enfermeros/as del Trabajo deben adoptar las medidas necesarias de protección a los trabajadores cuando los cuidados que deban prestárseles sean amenazados y también están obligados a denunciar cuantas actitudes negativas deliberada y/o culpablemente observen hacia trabajadores en materia de salud, de cualquiera de los miembros del equipo de prevención, de los empleadores o de los propios trabajadores .

Los enfermeros/as del Trabajo, tienen la obligación de defender los derechos de los trabajadores ante malos tratos físicos o psíquicos y se opondrá por igual a que se les someta a tratamientos inútiles o inadecuados o a que se les niegue la asistencia.

El enfermero/a asume la responsabilidad de todas sus decisiones individuales y de todas sus actuaciones en el ejercicio de su profesión. Así mismo serán responsables de la aceptación de las personas en quien deleguen y de quienes deleguen en ellos.

En este sentido el código del trabajo en estudio manifiesta que *“Las disposiciones legales suelen establecer las condiciones para el funcionamiento de los servicios de medicina del trabajo, como la planificación y revisión periódicas de las actividades y las consultas frecuentes con trabajadores y dirección. La plena independencia profesional; es decir, que los profesionales de la medicina del trabajo tienen que disfrutar de independencia en el ejercicio de sus funciones, de manera que puedan emitir opiniones y dar consejos para la protección de la salud de los trabajadores y para su seguridad dentro de la empresa conforme a sus conocimientos y su conciencia. Los profesionales de la medicina del trabajo deben asegurarse de que se den las condiciones necesarias para poder realizar sus actividades conforme a las buenas prácticas y el máximo rigor profesional, como una dotación adecuada de personal, formación inicial y continua,*

apoyo y acceso a los niveles jerárquicos apropiados dentro de la organización.

El libre acceso al lugar de trabajo y la posibilidad de tomar muestras y evaluar el entorno de trabajo, analizar los puestos de trabajo y realizar encuestas, y consultar a las autoridades competentes sobre la aplicación de las normas de seguridad e higiene en el trabajo. Los dilemas éticos que puede plantear el afán por lograr objetivos simultáneos que pueden ser conflictivos, como la protección del empleo y la protección de la salud, el derecho a la información y la confidencialidad, y los conflictos entre intereses individuales y colectivos, deben recibir una atención especial” (14).

El objeto de la Enfermería del Trabajo siempre es la protección de la salud de los trabajadores, desde el punto de vista de la declaración de la OMS(15) , con el objetivo prioritario del mantenimiento, promoción, prevención primaria de lesiones relacionadas con el trabajo y la mejora del entorno de trabajo.

La Enfermería del Trabajo debe ser el mediador entre las jerarquías de la empresa y los propios trabajadores, guardando siempre los principios de confidencialidad.

3. La Enfermería y la profesión

El código CIE enuncia como función principal *“el establecimiento y aplicación de las normas aceptables de la práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería a las enfermeras, insistiendo en su contribución activa en la investigación.*

Insta a la participación, la creación y el mantenimiento de las condiciones de trabajo, social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería”.

Aunque no como función principal, estamos de acuerdo en que a la enfermería le incumbe gestionar su profesión en todos los sentidos, como cualquier otra profesión libre y bajo las normas que le dicta la propia ley.

Respecto a la participación en las condiciones de trabajo desde luego, la Enfermería del trabajo, es responsable de la organización del trabajo, tanto el propio de su especialidad como el trabajo común a todos los especialistas del equipo de prevención.

En este sentido el Código del Trabajo establece que *“Los profesionales de la medicina del trabajo tienen que asesorar a la dirección y a los trabajadores sobre los factores*

que pueden afectar a la salud de los trabajadores. La evaluación de los riesgos profesionales tiene que conducir a la formulación de una política de seguridad e higiene en el trabajo y un programa de prevención adaptado a las necesidades de las empresas y los lugares de trabajo. Los profesionales de la medicina del trabajo tienen que proponer esa política y ese programa sobre la base de los conocimientos científicos y técnicos disponibles, así como de su conocimiento de la organización y el entorno de trabajo. Los profesionales de la medicina del trabajo tienen que asegurarse de poseer las aptitudes necesarias o procurarse los conocimientos de experto necesarios para poder asesorar sobre programas de prevención, los cuales deben incluir, cuando sea apropiado, medidas para vigilar y controlar la seguridad en el trabajo y los riesgos para la salud y, en caso de producirse un fallo, minimizar las consecuencias".(16)

El objeto de de responsabilidad de los enfermeros/as en este punto es de asesoramiento e influencia sobre las políticas preventivas y de seguridad indicadas para su empresa, desde el conocimiento de la organización y el entorno, para ello deben poseer las aptitudes y conocimientos óptimos.

4. La Enfermería y sus compañeros de trabajo

El artículo se refiere a "la obligación de mantener una relación cooperante con las personas de otros sectores y de tomar medidas adecuadas cuando un compañero u otra persona ponga en peligro la salud de alguien".

La Enfermería del Trabajo forma parte de un equipo multidisciplinar y por lo tanto tiene un deber legal de cooperación con su equipo y además con todo el personal trabajador y empresarial porque la gestión de la prevención incumbe a todos en el ámbito empresarial.(17)

El preservar a personas y familias del peligro de perder la salud no es siempre posible y no concierne exclusivamente a la Enfermería.

En el código del trabajo se establece que "Los profesionales de la medicina del trabajo no tienen que tratar de obtener información personal irrelevante para la protección, el mantenimiento o la promoción de la salud de los trabajadores en relación con el trabajo o con la salud general de la plantilla. El médico especializado en medicina del trabajo puede solicitar más información médica o datos al médico personal del trabajador o al personal médico del hospital, siempre con el consentimiento informado del trabajador en cuestión, pero sólo con la finali-

dad de proteger, mantener o promover la salud del trabajador. Cuando así lo haga, el médico especializado en medicina del trabajo tiene que informar al médico personal del trabajador o al personal médico del hospital sobre su función y la finalidad para la que solicita esa información médica. Con el consentimiento del trabajador, el personal médico o de enfermería del servicio de medicina del trabajo puede, en caso necesario, informar al médico personal del trabajador de datos relevantes sobre su salud, así como peligros, exposiciones profesionales y limitaciones en el trabajo que representan un riesgo especial en vista del estado de salud del trabajador"(18)

En este caso el código Médico enfoca más las relaciones con profesionales de la salud en el ámbito hospitalario o de salud comunitaria, con quienes la comunicación debe ser fluida, feedback y siempre con el consentimiento informado del trabajador y con el único objetivo de cuidar su salud.

Conclusiones

- Tenemos el convencimiento, que la elaboración y publicación de un código deontológico específico, en cuanto a criterio ético, es necesario para el buen desempeño de la Especialidad de Enfermería del Trabajo, no solo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar en aquellas situaciones diarias controvertidas, a las que se enfrenta esta profesión.
- Se llega a la estimación de la necesidad de un código propio por la necesidad, tras un plan de formación propio y unas connotaciones específicas que diferencian a la Enfermería del trabajo (legislación preventiva, laboral, confidencialidad, medio ambiente nuevas tecnologías) del resto de las especialidades enfermeras, con el fin de que esta profesión se vea avalada por documentos escritos y un código de conducta uniforme y escrito que respalde a los profesionales en un lenguaje común.
- Debido a la inexistencia de trabajos sobre la materia, se detecta una precaria corriente científica que urge subsanar, para garantizar no solo la calidad y excelencia pretendida en cada profesión, sino la simple norma praxis diaria.
- Hay que subrayar que la deontología debe considerarse un tema en el que no existen fronteras claras y que exige interacciones, cooperación entre diferentes disciplinas, consultas y participación. El proceso puede terminar siendo más importante que su resultado final.

• La Enfermería del Trabajo, excede las fronteras de la Enfermería “cuidadora”, desde esta especialidad los cuidados abarcan protección y mantenimiento de la salud de los trabajadores, personas en sí, sanas. El ámbito laboral engloba condiciones y legislación que rebasan lo sanitario. La Enfermería del Trabajo desde la independencia y la imparcialidad debe asistir y contribuir a los cambios sociales que se van produciendo desde el conocimiento, buscar mejoras continuas en la calidad y la transparencia, el medio ambiente, las condiciones de trabajo o las tecnologías de la información como un elemento integral de la producción y los servicios e incluir estas peculiaridades en un nuevo código de conducta que afiance el carácter dinámico e investigador de esta especialidad enfermera.

Bibliografía

1- Real Decreto 843/2011 de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

2- R.D. 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, B.O.E. nº 108 de 6 de mayo de 2005 donde se reconoce la Enfermería del Trabajo como especialidad.

3- Resolución nº 32/89: por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio.

4- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de Noviembre de 1995.

Real Decreto 39/1997, de 17 de Enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE nº 27, de 31 de Enero de 1997, modificado por R.D. 780/1998, de 30 de Abril, y por R.D. 604/2006, de 19 de Mayo. BOE nº 158 de 4 de julio de 2011.

5- 2006 Consejo internacional de enfermeras 3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra (Suiza), ISBN 92-95040-43-O

6- Código Deontológico Internacional para los profesionales de la Medicina del Trabajo CIMT 2002.

7- P. 4 de la Código referenciado

8- L.O.3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

9- Art. 14 Constitución Española de 1978.

10- P. 7 de la Introducción al Código Deontológico Internacional para los Profesionales de la Medicina del Trabajo, 2002.

11- Declaración Universal de los derechos humanos. Resolución 217ª (III), 10 de Diciembre de 1948 París.

12- Declaración de Helsinki, última revisión de 2010.

13- Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. B.O.E. de 20/10/99.

14- P.8 Introducción al código deontológico internacional para los profesionales de la Medicina del Trabajo 2002.

15- Fines de la Medicina del Trabajo. Texto actualizado Comité conjunto OIT/OMS 1995.

16- P.2 de los deberes y obligaciones de los profesionales de la Medicina del Trabajo. Código deontológico Internacional para los profesionales de la Medicina del Trabajo 2002.

17- R.D Reglamento de los servicios de prevención BOE Nº 158 de 4 de julio de 2011.

Artículo de revisión

Lipoatrofia semicircular

Trazabilidad editorial

Recepción: 03-11-2012
Revisión por pares: 16-11-2012
Aceptación final: 07-12-2012

Correspondencia

Francisca Gutiérrez Guevara
fgutierrezguevara3@yahoo.es

Autores

Gutierrez Guevara, Francisca
Residente Enfermería del Trabajo 1er año, Sevilla

Moreno Ramos, Ricardo M
Médico

López Rodríguez, Luis
DUE

Resumen

La Lipoatrofia Semicircular (LS) es una atrofia del tejido graso subcutáneo. Es una lesión benigna y reversible en la que aparece una depresión en la superficie cutánea en forma de banda semicircular.

Se trata de un riesgo emergente relacionado con las nuevas tecnologías y algunos puestos de trabajo ubicados en edificios modernos, desconocido todavía en algunos ámbitos. Diversas hipótesis relacionan su etiología con la acción de campos electromagnéticos, electricidad estática y microtraumatismos.

Para considerarla patología de origen laboral en la anamnesis se debe descartar otras causas.

La LS se considera un accidente de trabajo, habitualmente sin baja, que desaparece cuando cesan las condiciones que la produjeron. Los primeros casos en España se detectaron en 2007, siendo más frecuente su aparición en mujeres que en hombres. El seguimiento a embarazadas no ha evidenciado ningún trastorno al margen de la propia lesión.

Palabras clave: Lipoatrofia semicircular, tejido adiposo, campo electromagnético, carga electrostática, humedad relativa.

Abstract

Semicircular lipoatrophy (SL) is a subcutaneous fat atrophy. It is a benign and reversible in a depression that appears on the skin surface as semicircular band.

This is an emerging risk associated with new technologies and some jobs located in modern buildings, still unknown in some areas. Several hypotheses related to the etiologic action of electromagnetic fields, static electricity

and trauma.

To consider occupational pathology in anamnesis should rule out other causes.

The SL is considered an accident at work, usually without temporary disability, which disappears when the cease produced conditions. The first cases were detected in Spain in 2007, its appearance is more frequent in women than in men. The track has not seen any pregnant disorder outside the injury own.

Key words: Semicircular lipoatrophy, adipose tissue, electromagnetic field, electrostatic charge relative humidity.

Introducción

La Lipoatrofia Semicircular (LS) es una lesión no dolorosa y reversible del tejido adiposo subcutáneo que provoca la desaparición del mismo en distintas partes del cuerpo. Esta alteración no afecta a la piel ni al tejido muscular, se manifiesta con surcos semicirculares localizados principalmente en la parte antero-lateral del muslo y, con menos frecuencia, en el antebrazo(1). Generalmente la lesión es bilateral y simétrica, aunque también han sido descritos casos en los que la afectación ha sido unilateral(2).

Las primeras referencias históricas de esta patología se remontan a 1974 cuando los médicos alemanes Gschwandtner y Munzberger, describieron los primeros casos de LS en trabajadores y la relacionaron con las condiciones existentes en los edificios donde éstos desempeñaban su trabajo(3). Más tarde, en 1981 dermatólogos del St. Bartolomew's Hospital, (Londres) realizaron un estudio

dio descriptivo de casos con observaciones análogas a las de 1974. La LS comienza a tomar relevancia con la aparición, desde 1995, de más casos en países como Italia, Reino Unido, Francia o Bélgica; en éste último, la LS afectó a 900 trabajadores del KBC Bank & Insurance Group, 135 desarrollaron la patología 6 meses después de mudarse a las nuevas oficinas altamente tecnificadas, y el resto en un periodo de 8 años, como así refleja un informe publicado en 2003 por el Dr. Bart Curves(5). En España los primeros casos se detectaron en 2007 en Barcelona, fueron más de 1000 trabajadores de oficinas de empresas como La Caixa, Gas Natural o Agbar(6). Posteriormente se declararon casos de LS en Madrid y País Vasco, tanto en la administración como en empresas privadas.

Las causas que provocan la aparición de la LS son todavía desconocidas, no se han realizado estudios clínicos experimentales ni observacionales que demuestren su etiología, hasta ahora la literatura consultada establece hipótesis y la relaciona con micro traumatismos repetidos, campos electromagnéticos y electricidad estática(1).

Al ser una patología no recogida en el cuadro de enfermedades profesionales, RD 1299/2006(7), no puede ser considerada como tal, por tanto la LS se podría calificar como accidente de trabajo, generalmente sin baja(1).

Con esta revisión bibliográfica se pretende poner al día los conocimientos sobre la lesión, ya que pese a lo llamativo de esta patología es aún desconocida en algunos ámbitos laborales y sanitarios, definir los factores que hasta ahora se han relacionado con la aparición de LS, la evolución de los casos y las medidas preventivas para evitar su aparición.

Factores relacionados con su aparición

Hasta ahora no se dispone de datos irrefutables sobre el mecanismo de aparición de la LS, su etiología no se ha filiado por métodos clínicos, histológicos ni bioquímicos(8), tampoco se dispone de estudios clínicos experimentales ni observacionales que establezcan evidentes relaciones causa-efecto que justifiquen la aparición de la LS.

A lo largo del tiempo han sido varias las hipótesis que han intentado explicar el origen de este trastorno, así se encuentran teorías que defienden como causa etiopatogénica el uso de ropa vaquera ajustada, cuyas arrugas al permanecer sentado provocarían presión mantenida en la misma zona. En algunos casos se ha comprobado que la localización de la lesión coincide con la zona de máxima presión del pantalón, es decir, la zona donde se producen los pliegues(9).

Otros autores atribuyen la aparición de las lesiones a una anomalía congénita de la arteria circunfleja femoral que, de manera secundaria a traumatismos repetidos, originaría una atrofia isquémica del tejido graso(10).

La coincidencia de los casos en determinados ambientes laborales, hace que la mayoría de los autores relacionen la aparición de la LS de origen laboral con factores físicos como los campos electromagnéticos, las descargas electrostáticas (relacionada con éstas, la humedad relativa) y como tercer factor, el estrés mecánico no lesivo(8).

La importancia del valor de los campos magnéticos en los puestos de trabajo radica en la teoría que plantea la lipólisis electromagnética del tejido graso, en ella se defiende que los campos magnéticos originados por los cables y por los equipos ofimáticos provocarían cambios en las propiedades bioeléctricas de la piel, activando los macrófagos con actividad lipofágica en la hipodermis o dañando los adipocitos de forma directa (11). La intensidad máxima de los campos electromagnéticos está recogida en la Directiva 2004/40/CE12.

Otro factor que según las hipótesis podrían intervenir en la aparición de LS son las descargas electrostáticas que se producen donde la mesa contacta con el cuerpo del trabajador, coincidiendo con las marcas de la lesión(3). El valor umbral a partir del cual el trabajador detecta las descargas y percibe molestias se establece en 2000 Voltios, pero también se producen descargas por debajo de ese umbral que no son percibidas por el trabajador. Las descargas electrostáticas activan a los macrófagos y en consecuencia éstos producen citoquinas que podrían dañar los adipocitos y alterar la estructura del tejido adiposo. En la intensidad y frecuencia de la descarga intervienen, entre otros elementos, los materiales que componen la mesa de trabajo, silla, suelo, etc., ya que si están fabricados con materiales no conductores o conductores aislados aumentará la acumulación de cargas y por tanto la intensidad de la descarga. Otro elemento a tener en cuenta es la humedad relativa(13), cuanto más bajo sea su valor más intensa será la acumulación de cargas, pues la humedad favorece la circulación de la electricidad, por tanto habrá que mantenerla en los valores más altos posibles. Dichos valores están recogidos en el anexo 3 del RD 486/1997(14) y en el Reglamento de Instalaciones Térmicas en Edificios, RD 1027/2007(15).

El tercer factor de coincidencia en cuanto a las causas posiblemente desencadenantes de la LS se completaría con un estrés mecánico no lesivo, es decir, microtraumatismos por presión repetida de las piernas y los antebrazos con los bordes de las mesas de trabajo(2), donde los há-

bitos posturales individuales de apoyo sobre el mobiliario tanto de pie como sentado deberían ser evaluados, y por la presión de la propia ropa del trabajador.

Perfil de los casos

Los puestos de trabajo en los que se han descrito más casos de LS son puestos de administrativo, llegando a representar el 95% del total de casos¹, en oficinas de edificios modernos dotados de gran número de equipos informáticos. También se han detectado casos en personal de limpieza.

Los casos de diagnostican visualmente, se objetiva la aparición de surcos de atrofia del tejido adiposo subcutáneo, localizados generalmente en la cara anterior o antero-lateral de los muslos y a veces en antebrazos de forma uni o bilateral⁽¹⁾. Cuando la lesión no es clara se puede apreciar con más claridad mirándola desde lejos o de perfil, además de realizando una palpación⁽¹³⁾, en cualquier caso se observa una lesión “en escalón”. Aunque no se dispone de ninguna prueba diagnóstica que proporcione datos para objetivarla, se podría usar la ecografía para dimensionarla, medir la profundidad de la lesión y seguir su evolución⁽¹⁾.

Las lesiones de atrofia suelen estar a aproximadamente 72cm del suelo (altura estándar de las mesas de trabajo) y medir entre 5 y 20cm de largo, 2cm de ancho y de 1 a 5mm de profundidad⁽¹⁾.

En el 99% de las personas que reconocen apoyarse en la mesa, la lesión de LS coincide con el lugar de apoyo⁽²⁾.

Los estudios establecen que la mayoría de los casos se dan en mujeres en la tercera década de vida, siendo la razón de ocurrencia con respecto a los hombres de 6:1. Se cree que el notable aumento de la incidencia en mujeres es debida a que en éstas existe mayor cantidad de tejido adiposo acumulado en los muslos y a la disposición de los adipocitos en forma rectangular, lo que provoca una mayor tendencia al hundimiento y por tanto a la formación de surcos⁽¹⁾, además y dado que en la LS la transformación del tejido adiposo subcutáneo se debe a la reducción del número y el volumen de adipocitos y su sustitución por tejido conectivo (proceso en el interviene los macrófagos), parece lógico pensar que a mayor número de adipocitos mayor grado de lesión. El IMC (Índice de Masa Corporal) de la mayoría de mujeres que presentan LS es normal mientras que el de los hombres con LS se encuentra por encima del 25'67%.

El seguimiento en embarazadas no ha mostrado nin-

guna alteración al margen de la propia lesión⁽¹⁾.

Para considerar que los trabajadores que muestran lesiones características de LS realmente presentan esta patología relacionada con el ambiente laboral, se ha de descartar que la lipoatrofia esté provocada por otras causas como paniculitis, lipoatrofia secundaria a tratamientos médicos con corticoides o insulina, personas infectadas por el VIH y tratadas con terapia antiretroviral, etc. ^(2,3) En todos los casos las lesiones han desaparecido cuando se han corregido las causas relacionadas con su aparición o cuando la persona afectada ha dejado de estar expuesta a ellas⁽⁵⁾. El tiempo necesario para que la lesión se corrija es de entre 7 y 9 meses⁽¹⁾.

Perfil de los lugares de trabajo

Los casos se concentran en edificios nuevos o con cambios de mobiliario para la instalación de equipos eléctricos de ofimática. En algunos edificios la instalación eléctrica discurre por debajo del suelo.

La CPU de los equipos informáticos de trabajo suelen estar encima de la mesa y en algunos casos en un soporte metálico bajo la misma.

Las mesas de trabajo presentan un espesor del borde de entre 0'5 a 2cm y una estructura metálica así como un soporte metálico para el cableado eléctrico.

Las sillas de trabajo poseen una estructura metálica interior y revestimiento exterior de tejido sintético y plástico (ambos de comportamiento aislante)⁽¹⁾.

La humedad ambiental suele estar en torno al 30%, siendo éste un valor bajo según los criterios confortables para trabajos con actividad metabólica sedentaria, 40-50% para invierno y 45-60% para verano, recogidos en el Reglamento de Instalaciones Térmicas en Edificios, RD 1027/2007, de 20 de julio⁽¹⁵⁾. De igual manera resulta ser un valor bajo según el Anexo 3 del RD 486/1997, de 14 de abril⁽¹⁴⁾, sobre Seguridad y Salud en los Puestos de Trabajo, ya que en él se recoge que “La humedad relativa estará comprendida entre el 30 y el 70 %, excepto en los locales donde existan riesgos por electricidad estática en los que el límite inferior será el 50%”.

Los valores de los campos magnéticos no superan ningún valor límite recomendado de los recogidos en la Directiva 2004/40/CE⁽¹²⁾, pero son más altos en los puestos ocupados por trabajadores con LS⁽¹⁾, además, los campos magnéticos débiles podrían actuar sobre los preadipocitos afectando a la adipogénesis⁽²⁾.

Medidas preventivas

- Evitar apoyarse sobre el borde de la mesa y evitar que éste sea vivo y delgado(13).
- Usar calzado de cuero y evitar los de goma o sintéticos, no apoyar los pies en las patas de la silla(4).
- Buena hidratación personal(4).
- Prescindir de conducciones de cableado por las patas de la mesa o bajo la misma sin protección adicional(2).
- Evitar bandejas para el teclado del ordenador, sobre todo si son metálicas(2).
- Si se trabaja con mesas de estructura metálica asegurarse de que dispone de conexión a tierra para reducir la intensidad del campo electromagnético(1).
- Sustituir el mobiliario de oficina de materiales aislantes por otros de materiales conductivos para favorecer la disipación de la electricidad estática(1).
- Evitar suelos aislantes y si no existe otra opción, usar productos disipativos diariamente(2).
- Mantener la humedad relativa por encima del 50%(2).

Conclusiones

Tras analizar y comparar los artículos y documentos de esta revisión bibliográfica, se concluye en que la aparición de LS tiene una causa multifactorial y está relacionada con los hábitos posturales, los campos electromagnéticos, la electricidad estática y la humedad relativa, y que es un trastorno relativamente fácil de evitar con las adecuadas medidas preventivas.

La LS es una lesión benigna, no presenta ninguna alteración al margen de la propia lesión y de los problemas estéticos e incluso psicológicos que de su aparición puedan derivar. El seguimiento en mujeres embarazadas no ha mostrado ninguna alteración para el niño ni para la madre, más allá de las expuestas anteriormente.

La LS es reversible en todos los casos, siendo necesario un periodo de aproximadamente entre 7 y 9 meses, tras la aplicación de medidas preventivas para objetivar la mejoría.

Bibliografía

- 1- Macià Suades, M., Juanola Pagès, E. Lipoatrofia semicircular: la experiencia de Barcelona. Seguridad y Salud en el Trabajo 2009; 52: 14-21
- 2- Úbeda Maeso, A., Martínez Pascual, M.A., Cid Torres, M.A., Trillo Ruiz, M.A., PaínoBelarrinaga, C.L. Campos

Ambientales Débiles y Lipoatrofia Semicircular. Seguridad y Medio Ambiente 2011; 123:10-21

- 3- Rodríguez Bayarri, M^a.J., Madrid San Martín, F. Lipoatrofia semicircular de origen labobal. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales 2009; 12 (1):14-18

- 4- Quijada M. Lipoatrofia Semicircular, la nueva enfermedad de las oficinas. Gestión Práctica de Riesgos Laborales. 2008; 50: 58-9.

- 5- Curvers B., Maes A. Lipoatrophia Semicircularis: a new office disease? 900 cases reported in Belgium. ESD Journal [Consultado el 14 de agosto 2012]. Disponible en: <http://www.sfowler.com/esdjournal/lipoatrophia.htm>

- 6- Panella H., Juanola E., Peray JL., Artacoz L. Lipoatrofia Semicircular: un nuevo trastorno de salud relacionado con el trabajo. Gac.Sanit. 2008; 22: 73-5

- 7- Real Decreto 1299/ 2006, de 10 de noviembre. Cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social.

- 8- Díaz Sarmiento, R., Peña Rodríguez, R., Asúnsolo del Barco, A. Lipoatrofia Semicircular: una revisión sistemática de la literatura. Medicina y Seguridad del Trabajo 2011; 57 (222) 77-94.

- 9- Zafra Cobo, M.J., Yuste Chaves, M., Garabito Solovera, E., Santos-Briz, A., Morón-Estefania, M., de Unamuno Pérez, P. Lipoatrofia Semicircular inducida por presión. Actas Dermosifiliogr. 2008; 99:396-8

- 10- Bloch P.H., Runne U. Lipoatrophia semicircularis breim Mann. Hautzart. 1998; 29:270-2.

- 11- Flagothier C, Quatresooz P, Pierard GE. Lipolyse électromagnétique et lipoatrophie semi-circulaire des cuisses. Ann Dermatol Venereol. 2006;133:577-80.

- 12- Directiva 2004/40/CE. Disposiciones Mínimas de Seguridad Relativas a Campos Electromagnéticos

- 13- Lipoatrofia semicircular: protocolo de actuación. Departament de Salut y Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya. Agencia de SaludPública de Barcelona; 2007

14- Real Decreto 486/1997 de 14 de abril. Disposiciones Mínimas de Seguridad en los Lugares de Trabajo

15- Real Decreto 1027/2007 de 20 de julio. Reglamento de Instalaciones Térmicas en Edificios.

Comunicaciones Orales presentadas en las VIII Jornadas Nacionales de la AET

Presentar un trabajo científico en 10 minutos: Misión imposible

Autores

Lameiro Vilariño, Carmen

Introducción

Una de las facetas que más auge ha experimentado en los últimos años, en los profesionales de enfermería del trabajo, es la Investigación: la búsqueda de experiencias y competencias en nuestro entorno laboral, con el fin de mejorar nuestro trabajo e incrementar nuestros conocimientos.

Realizado el estudio correspondiente, es habitual que nos interese el difundir nuestros resultados en algún evento de formación – investigación, como son unas Jornadas o un Congreso, por lo que, cada vez son más los profesionales que se deciden a participar en los mismos presentando mediante una “comunicación” el estudio que han llevado a cabo. Tras la aceptación del mismo por parte de la Organización, y una vez superada la satisfacción que nos reporta este reconocimiento, suelen comenzar a plantearse las primeras dudas: cómo prepararlo, cómo presentarlo y sobre todo ¿nos dará tiempo a exponerlo en esos 7-10 minutos que nos conceden?

Este trabajo pretende servir de guía básica para realizar una exposición de un estudio en un evento de carácter científico en forma de “comunicación oral”, haciendo hincapié en los puntos clave a seguir, así como principales errores que debemos evitar, para conseguir que dicha presentación se convierta en una grata experiencia, y por tanto en una “Misión Posible”.

Metodología

Partiendo de la primera limitación que tenemos al presentar una comunicación (el tiempo) se van analizando todos los aspectos que conforman una correcta presentación: Elaboración de la exposición en un programa power- point (número de transparencias, secuencia de las mismas, como empezar y acabar...), La puesta en escena con sus correspondientes y necesarios ensayos, La preparación del Lugar en el día programado para terminar haciendo hincapié en uno de los aspectos que más suele olvidarse cuando se transmite un Mensaje oral: La Voz:

entornar, enfatizar y modular en función de la información transmitida.

Conclusiones

7-10 minutos pueden ser tiempo más que suficiente para poder exponer un resumen de un trabajo, de eso es de lo que realmente se trata de explicar brevemente el Porqué, el Cómo y el Para qué ha servido nuestro estudio.

Con una adecuada preparación tanto del fondo como de la forma en que haremos la presentación, podremos lograr que lo que a priori se presentaba como una misión imposible se transforme en un ejercicio posible, digno de repetir en otra ocasión.

Palabras clave: comunicación, exposición, transmisión oral, investigación.

Análisis comparativo del estado vacunal de los residentes de primer año de los Hospitales Universitarios Río Hortega y Clínico de Valladolid

Autores

Velázquez Doval, Marta
mar_tuqui@yahoo.es

Frechoso Guerrero, Cristina
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción y objetivos

Analizar el estado vacunal de los residentes al inicio de su formación y hacer una comparativa de su situación entre el Hospital Clínico Universitario y Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Las vacunas que han sido sometidas a estudio han sido las exigidas en el personal sanitario: Tétanos/difteria, Triple vírica (Sarampión, Rubéola y Parotiditis), Varicela y Hepatitis B.

Metodología

Mediante Reconocimientos Médicos Iniciales, obtenemos el estado vacunal de los 112 nuevos residentes del Hospital Clínico Universitario y Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid,

Resultados

Los resultados obtenidos tras el análisis de los datos recogidos en los reconocimientos médicos iniciales de los nuevos residentes de ambos hospitales han sido:

En el Hospital Clínico Universitario el 61% de los residentes han realizado el reconocimiento médico inicial, obteniendo los siguientes datos: los vacunados contra el Tétanos/difteria han sido 68%, los vacunados contra la Triple vírica son 49%, los vacunados contra el VHB son 88,6% y los vacunados contra la Varicela son 88,6%.

En el Hospital Universitario Río Hortega el 98% de los nuevos residentes han realizado el reconocimiento mé-

dico inicial, obteniendo los siguientes datos: los vacunados contra el Tétanos/difteria han sido 94,91%, los vacunados contra la Triple vírica son 76,27%, los vacunados contra el VHB son 91,52% y los vacunados contra la Varicela son 86,44%.

Conclusiones

Analizados los resultados, se aprecia que en ambos hospitales, la vacunación frente a la triple vírica, es notablemente inferior a las vacunas anti-tetánica y anti-hepatitis B.

Respecto a la vacunación frente a la Hepatitis B, se ha observado que es similar en ambos hospitales, los cuales tienen alrededor de un 90% de residentes inmunizados. En el caso de la inmunización frente a la varicela, hay que destacar que en la recogida de datos, se apreció que dicha inmunización era natural.

Por último, en cuanto a la inmunización contra el tétanos, se puede apreciar una diferencia notable entre los dos hospitales. En el HURH hay una cobertura de casi el 100%, mientras que en el HCUV, no llega al 70% los inmunizados.

Con este estudio se pretende concienciar al trabajador al inicio de su actividad laboral sanitaria, de la importancia del buen registro de las vacunas recibidas y de la necesidad de completar el calendario vacunal, debido a los riesgos biológicos a los que nos vemos sometidos el personal sanitario a diario.

Estudio de la IT entre los trabajadores de los centros sanitarios del área de Valladolid

Autores

Castilla Perera, Diana E
 dianacastilla@hispavista.com

Rodríguez Vaca, Teresa
 tererv3@hotmail.com

Hospital Universitario Río Hortega /Gerencia Sacyl (Valladolid)

Introducción

Son muchos los aspectos que influyen en la gestión de IT, entre otros aspectos sanitarios, económicos y sociales que afectan al trabajador, a la empresa y al Sistema de Seguridad Social. Pero además múltiples factores influyen en la obtención y/o prolongación indebida de la IT: insatisfacción laboral, problemática sociofamiliar, prolongación de desempleos, despidos pactados, cuidado de hijos, regímenes sin prestación por desempleo, dificultad de acceso a Nivel Especializado, masificación de consultas de Medicina General, respuesta limitada de la Inspección de los Servicios Sanitarios y por último la derivación de bajas procedentes de contingencias profesionales.

En los trabajadores del ámbito sanitario existen multitud de factores de riesgo diferentes en las distintas categorías profesionales y puestos de trabajos: turnicidad, posturas forzadas, movimientos repetitivos, toma rápida de decisiones, etc.

Objetivo: Determinar hipótesis:

-Algunas variables laborales (relacionadas con colectivos y puestos de trabajo) en el ámbito sanitario, influyen en la frecuencia de IT.

Metodología

Se realiza un estudio descriptivo analítico transversal, analizando las bajas por contingencia común y por contingencia profesional acontecidas en el año 2011 entre los trabajadores de los centros sanitarios del Área Oeste de Valladolid pertenecientes a la Gerencia Regional de Salud. De cada trabajador que ha causado IT recopilamos datos de filiación (categoría profesional, puesto de traba-

jo, año de nacimiento, sexo, vinculación laboral, gerencia de origen) y datos sobre el proceso de incapacidad temporal (fecha de baja y fecha de alta, número de jornadas empleadas en el proceso, tipo de contingencia). Sólo se contabilizan las jornadas perdidas cuya alta ha sido tramitada dentro del período de estudio. Se realiza una clasificación de las categorías profesionales fundamentada en la simplificación para posibilitar su estudio. Para ello se tiene en cuenta el tipo de actividad laboral inherente a las diferentes categorías profesionales. Respecto a los puestos de trabajo, se tiene en cuenta las características propias de las tareas realizadas y sus riesgos en relación al puesto de trabajo, con independencia de su titulación.

Resultados y conclusiones

En el caso de las bajas por contingencia común, la hipótesis de trabajo es cierta (estadísticamente significativa) para las variables del trabajador respecto al sexo, vinculación laboral, categoría profesional y puesto de trabajo. En la contingencia profesional sin embargo, influyen únicamente las variables del trabajador que se refieren a la categoría profesional y al puesto de trabajo.

Conclusión: Hipótesis de trabajo cierta para la variable categoría profesional y puesto de trabajo en la frecuencia de IT de los trabajadores sanitarios del Área Oeste de Valladolid pertenecientes a la Gerencia Regional de Salud.

Palabras clave: Incapacidad temporal, Trabajador, Puesto de trabajo y Categoría profesional.

Relación entre la organización del trabajo en asistencia hospitalaria y la vida laboral de los profesionales sanitarios

Autores

Lapeña Moñux, Y.R., Cibanal Juan, L., Macía Soler, L., Salas Medina, P.
Profesora ayudante de la Unidad predepartamental de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Jaime I de Castellón.
ylapenna@hotmail.com

Introducción

En la actualidad, es bastante frecuente encontrar problemas de insatisfacción laboral entre los trabajadores de los hospitales relacionados directamente con la mala organización del trabajo en las distintas unidades y la forma de gestionarlos. Lo que se traduce en un mal ambiente laboral, y que dentro de ese “caos organizativo” siempre hay alguien que da órdenes y otros que las cumplen, pero nadie siente que su trabajo tiene sentido. Hecho que nos hace sospechar que el desorden organizativo afecta en gran medida en el desarrollo de unas relaciones laborales cordiales y en la ejecución del trabajo de los demás; traducida en una sobrecarga de trabajo adicional que revertirá en una desmotivación y falta de iniciativa de los profesionales para conseguir los objetivos propuestos por la institución. El uso de las habilidades relacionales tales como la empatía y la escucha activa, ayudarían a transmitir dichos problemas y mejorar así la vida laboral de aquellos profesionales que desempeñan su trabajo a diario en los hospitales.

Objetivo general

Explorar cómo afectan en las relaciones laborales los problemas organizativos vividos en los diferentes servicios del hospital y la forma de gestionar dichos problemas. El cual hemos operativizado en cinco objetivos específicos.

Métodología

Investigación descriptiva basada en métodos cualitativos

de recolección de datos (encuestas personales y entrevistas en profundidad en base a un guión abierto) y análisis de los datos (manual y Aquad 6.0), en una muestra de 21 enfermeros que trabajan en diferentes unidades de hospitalización.

Resultados

Algunos profesionales señalan que la falta de orden y organización del trabajo desemboca en un “caos relacional” incómodo para todos y alejado de lo que nos muestran las instituciones más saludables u horizontales que promueven el bienestar de sus miembros; pero a su vez, no son capaces de usar la habilidad comunicativa de la empatía a la hora de transmitir o buscar soluciones. Otros narran, cómo en las unidades que hay buena información y orden en el equipo, el trabajo se desarrolla relajado y se traduce en satisfacción laboral. También existen profesionales que refieren encontrar dificultades cuando transmiten dichos problemas a los gestores e identifican que la falta de clarificación de los roles forma parte de dichos problemas. Los sentimientos que la desorganización genera en los trabajadores difiere de unos a otros, hay quienes se sienten a gusto, otros culpables; también hay quienes manifiestan no ver ninguna solución a la degeneración organizativa de algunos servicios.

Conclusiones

En la mayoría de las unidades del hospital se vivencia un “caos relacional” originado por una falta de orden y or-

ganización del trabajo, situación contraria a la percibida en los servicios que gozan de orden y control organizacional donde los trabajadores disfrutan de unas relaciones laborales cordiales y satisfactorias. En general, existe entre los profesionales, una sensación de impotencia ante dicha situación y la gestión por parte de los gestores fomentando el desarrollo de trabajadores desmotivados y en los que no se desarrollan habilidades relacionales como la empatía con el fin de conseguir una vida laboral sana.

Palabras clave: Relaciones laborales, problemas organizativos, enfermería, hospita.

Prevalencia de infección por VHA y efectividad preventiva en trabajadores del Ayuntamiento de Córdoba

Autores

Romero Saldaña, Manuel
romero@enfermeriadeltrabajo.com

Álvarez Fernández, Carlos

Prieto Ballesteros, Antonio

Ayuntamiento de Córdoba

Introducción

La hepatitis A es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la Hepatitis A (VHA). La vía de transmisión más relevante es la fecal-oral. El principal reservorio es el hombre infectado que excreta el VHA a través de las heces. La fuente de exposición es, por lo tanto, el individuo enfermo y los alimentos y objetos contaminados que se ingieren o tocan con las manos llevándolos luego a la boca. Se presenta de forma epidémica o esporádica. En España, la Hepatitis A supone alrededor del 45-50 % de las hepatitis víricas, y su incidencia es de 5,6 105 habitantes. La medida preventiva más eficaz es la educación sanitaria y la vacunación en trabajadores seronegativos, mediante administración por vía IM de la vacuna de virus VHA inactivados.

El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de infección por VHA y la efectividad del programa de vacunación llevada a cabo por enfermería del trabajo para trabajadores expuestos.

Metodología

Estudio descriptivo transversal sobre la población de trabajadores que trabaja o ha trabajado en los grupos expuestos a VHA en el Ayuntamiento de Córdoba, durante el periodo de 2001-2012: sanitarios de la residencia geriátrica, personal de lavandería y de cocina (manipuladores de alimentos), escuela infantil, fontaneros, y técnicos de Cooperación Internacional. En definitiva, un total de 144 trabajadores han formado parte de estos grupos laborales. Durante el examen de salud laboral se solicitaba serología de VHA, y se realizaba educación sanitaria sobre

este riesgo biológico. Aquellos trabajadores no seroprotectidos se incluyeron en programa de vacunación frente a Hepatitis A, con dos dosis, una inicial y otra de recuerdo entre 6-12 meses de la primovacunación.

Resultados

De los 144 trabajadores, 119 fueron mujeres (82,6%). La edad media global fue de 40,2 años. Del total, 127 pertenecían a la institución geriátrica municipal (88,2%), y el grupo laboral más numeroso fue el de Auxiliar de Enfermería con 70 trabajadores (48,6%). La serología frente a la infección por VHA, se llevó a cabo en 110 trabajadores (76,4%), y de ellos, 39 fueron positivos, obteniendo una prevalencia global de infección por VHA del 35,5%. La prevalencia de infección aumenta con la edad, obteniendo una edad media para seronegativos de 37,25 años, y de 43,5 años de media para el grupo de seropositivos ($p < 0,05$). De los 71 trabajadores seronegativos, susceptibles de vacunación, la primovacunación se llevó a cabo en 44 (62%), y de ellos, finalizaron completamente la misa 31 trabajadores. La efectividad del programa fue del 33,3%.

Conclusiones

Estudios de prevalencia obtienen resultados similares, como un 41,5% (Comunidad de Madrid, 2002), y también superiores, 56,3% (provincia de Guadalajara 2001). En trabajadores hospitalarios, los manipuladores de alimentos (cocineros), obtienen una prevalencia del 90%,

y el personal facultativo del 26%. La prevalencia obtenida en nuestro estudio (35,5%) nos hace pensar sobre la adecuación de iniciar la vacunación sin necesidad de serología, sobre todo en trabajadores expuestos nacidos después de 1960. Por otro lado, la primovacuna obtenida demuestra que 2 de cada tres trabajadores susceptibles de vacunación la inician, debido a la temporalidad de los contratos (en muchas ocasiones inferiores a un mes), lo que dificulta su accesibilidad. Esto provoca una baja efectividad del programa preventivo (33,3%), mostrando que sólo 1 de cada tres trabajadores con indicación de vacunación antiVHA, termina la pauta y en consecuencia, se protege correctamente.

Palabras clave: infección VHA en trabajadores, efectividad vacunación, enfermería del trabajo.

Resultados preliminares, Modelos conceptuales, Metodología y Lenguaje estandarizado en Enfermería del Trabajo

Autores

Arranz Alonso, Silvia
silviarranz@gmail.com

Meneses Monroy, Alfonso

Introducción

En los últimos 50 años la enfermería ha sido objeto de una incesante evolución. Prueba de ello es el desarrollo de los modelos conceptuales en enfermería, el proceso enfermero y los sistemas de clasificación de lenguaje estandarizado. La enfermería del trabajo desarrolla sus funciones con una casuística especial, tanto por los problemas enfermeros a los que se enfrenta como por el entorno de trabajo. A día de hoy no existe ningún estudio de investigación en España que aborde el grado de utilización de estos aspectos de la enfermería en el campo de salud laboral.

Objetivo Principal: Describir el grado de utilización de los modelos conceptuales de enfermería, los planes estandarizados de cuidados (PEC) y el lenguaje estandarizado que están llevando a cabo los enfermeros especialistas en enfermería del trabajo.

Metodología

Estudio descriptivo de dos años de duración (2011 y 2012) La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario online validado (Técnica Delphi y muestra de conveniencia). El análisis de los datos se realizó mediante técnicas de estadística descriptiva.

Resultados y Conclusiones

A día de hoy podemos presentar los siguientes resultados preliminares:
Se ha obtenido una muestra de 40 enfermeros del trabajo. El 50% de ellos usa lenguajes estandarizados (99,33%

NANDA-I, 86,21% NIC, 85,7% NOC).

El 70% de los encuestados no usa un modelo conceptual de enfermería. El modelo de V. Henderson es el más frecuente en cuanto a uso durante la formación universitaria (63%) y de elección por parte de los profesionales que no emplean ningún modelo actualmente (48%). El principal motivo de no utilización de estos elementos es la falta de práctica y la falta de especificidad de los mismos para ser empleados en la Enfermería del Trabajo.

A la vista de estos resultados, podemos afirmar que el nivel de utilización por parte de los enfermeros del trabajo de los modelos conceptuales, PEC y lenguaje estandarizado se encuentra en torno al 50%. Es necesario desarrollar estos elementos de manera específica para la Enfermería del Trabajo y promover acciones formativas destinadas a mejorar el nivel de conocimientos de los profesionales sobre modelos conceptuales, metodología enfermera y lenguaje estandarizado.

Palabras Clave: Modelos conceptuales, metodología enfermera, lenguaje estandarizado, Enfermería del Trabajo.

Análisis descriptivo de los factores de riesgo psicosociales en la población laboral de la Comunidad de Madrid

Autores

Moreno Pimentel, Antonio Gabriel
 Enfermero del Trabajo en la Sociedad de Prevención de Fremap
 ag.moreno@enfermeriadeltrabajo.com

Vos Arenillas, Ana
 E.U. Enfermería, Fisioterapia y Podología
 Universidad Complutense de Madrid

Meneses Monroy, Alfonso
 E.U. Enfermería, Fisioterapia y Podología
 Universidad Complutense de Madrid

Introducción

La presente comunicación se enmarca de un proyecto de Tesis Doctoral que trata de relacionar la presencia de factores de riesgo psicosocial con diagnósticos de enfermería. Dentro de ese marco se ha analizado la situación actual de los factores de riesgo psicosocial en la población trabajadora de la Comunidad de Madrid. El estudio cobra especial relevancia dentro del contexto socioeconómico actual.

Metodología

Se utiliza el cuestionario para la autoevaluación de riesgos psicosociales en el trabajo CoPsoQ-istas21. Se pasa, entre julio y agosto de 2011, a 393 trabajadores que

acuden a reconocimiento médico laboral a las instalaciones de la Sociedad de Prevención de Fremap en el Pº de Recoletos, Madrid. Se recogen 355 encuestas válidas.

Resultados

El 46,87% corresponden a hombres y el 53,13% a mujeres. El 62,07% tiene estudios superiores, el 27,01% tiene estudios medios, el 10,63% tiene estudios básicos y el 0,29% refiere no tener estudios.

Analizados los resultados de los distintos apartados del cuestionario CoPsoQ-istas21 encontramos los siguientes resultados:

	Exigencias Psicológicas	Control sobre el trabajo	Inseguridad sobre el futuro	Apoyo social y calidad de liderazgo	Doble presencia	Estima
Favorable	37,46%	48,17%	35,77%	34,93%	8,45%	30,42%
Intermedio	33,52%	34,65%	49,58%	38,03%	42,82%	33,52%
Desfavorable	29,02%	17,18%	14,65%	27,04%	48,73%	36,06%

Conclusiones

Se puede apreciar que en exigencias psicológicas, apoyo social y calidad de liderazgo y estima, encontramos por igual a la población trabajadora tanto en situación favorable, intermedia, como desfavorable.

En el control sobre el trabajo prima la gente en situación desfavorable, habiendo un porcentaje más bajo en situación desfavorable. En inseguridad sobre el futuro también hay un porcentaje bajo en situación desfavorable.

La doble presencia es la categoría donde más porcentaje de gente está en situación desfavorable y menos en favorable.

Discusión

Apreciamos como, a pesar de la situación socio-económica, la inseguridad sobre el trabajo es uno de las categorías con menos personas en situación desfavorable, si bien esto podría deberse a un número elevado de funcionarios que rellenaron la encuesta.

Si embargo, si que parece que claro que la doble presencia y, posiblemente, la conciliación de la vida familiar y laboral es uno de los motivos que más fuente de riesgos psicosociales genera.

Palabras clave: Riesgo psicosocial, CoPsoQ-istas21, diagnóstico de enfermería, enfermería, prevención de riesgos.

Trastornos musculoesqueléticos (TME) en el personal del Servicio de Lavandería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Autores

Grau Polán, Marina:

EIR 2º año UDM Murcia. 618078210. marinagrau@hotmail.com

Vuelta Díaz, Yolanda

EIR 2º año UDM Murcia. 657783283. cholivudi@hotmail.com

Galián Muñoz, Inmaculada

Tutora UDM Murcia. 667501368. inmaculada.galian@carm.es

Lloret Torres, Rita

Tutora UDM Murcia. 968288191. rita.lloret@carm.es

Introducción

Debido a la alta prevalencia de solicitudes de adecuación de puesto por motivos de salud asociados a patologías osteomusculares en el personal de Lavandería, se pretende:

- Conocer las tareas y la organización de la jornada laboral del personal de Lavandería.
- Analizar la prevalencia de sintomatología osteomuscular.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo transversal en base a los resultados obtenidos en el cuestionario de síntomas osteomusculares recogido en el Protocolo de Vigilancia de la Salud sobre M.M.C, al cual se añadieron datos sociodemográficos y laborales. Se alcanzó una cobertura del 95% de los trabajadores de Lavandería. Posteriormente se analizaron las proporciones con X2 a través de SPSS.

Resultados

Frecuencias generales:

- El 68,8% de los trabajadores refieren molestias en MMSS; el 62,5% focalizado en hombros. El 66,6% refieren molestias en columna; el 53,1% las sitúan a nivel lum

bar. Un 53,1% manifiestan molestias en MMII; un 40,6% están localizadas en las rodillas.

- Aproximadamente un 30% de los trabajadores ha referido haber estado incapacitado para el trabajo como consecuencia de un TME en el último año; se deben, mayoritariamente, a problemas de columna (Lumbar 12,5%, nuca 9,4%, dorso 9,4%).

Relaciones significativas tras análisis con X2:

- TME relacionados con la categoría profesional: los celadores son la categoría profesional que refiere más molestias en nuca, mano-muñeca y dorso, seguidos de lavanderas, planchadoras y costureras. Respecto a molestias en rodillas, son las lavanderas las más afectadas, seguidas de planchadoras, celadores y costureras.

- Años en el puesto relacionado con TME: alrededor de un 30% de los trabajadores con menos de 10 años trabajados, refieren molestias en mano-muñeca, incrementándose a un 70% entre los 10 y 20 años trabajados hasta alcanzar un 80% cuando superan los 20 años de profesión.

- Formación relacionada con la prevención de TME: el 82,8% de los trabajadores que no ha recibido formación en prevención de TME, tienen algún tipo de molestia a nivel de la columna, frente a una prevalencia menor del 50% en los que sí la han recibido.

Conclusiones

De entre todas las categorías, los celadores son los profesionales que refieren más molestias a nivel osteomuscular

Se ha obtenido una relación significativa entre la antigüedad en el puesto y la existencia de molestias a nivel de mano-muñeca, pero no ha sido significativa al relacionarla con la edad. Consideramos por ello significativa la influencia de los riesgos ergonómicos de su puesto en la aparición de estos síntomas.

Se requiere un estudio más profundo de las condiciones ergonómicas del puesto, en el que se relacionen las distintas tareas con sus riesgos en la aparición de estos síntomas.

Palabras clave: Trastornos musculoesqueléticos, riesgos laborales, ergonomía, personal de lavandería, hospital.

Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre el uso adecuado de las mascarillas en el contexto hospitalario

Autores

García Arcones, Raquel, Hernando López, Angélica, Velasco Guijarro, Isabel, Solís Muñoz, Montserrat, Borda,

Jenry

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

rgarcones@salud.madrid.org, mv: 620026114

Introducción

Desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (RRL) del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) se observó un uso inadecuado de dispositivos de protección respiratoria (mascarilla quirúrgica y mascarilla de alta filtración o respirador) por parte de profesionales sanitarios.

Objetivo

Valorar el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios en la correcta utilización de los dispositivos de protección respiratoria disponibles en el centro.

Metodología

Estudio transversal, realizado en el HUPHM, periodo junio-septiembre 2012. Se entregaron 360 cuestionarios a profesionales sanitarios, pertenecientes a 27 Servicios diferentes (Unidades de Hospitalización, Urgencias, Consultas, de Pruebas Diagnósticas, Rehabilitación. Se elaboró un cuestionario con tres apartados: datos personales; conocimiento sobre el uso de mascarillas, que incluía 5 preguntas cerradas acerca del dispositivo que elegirían en diferentes situaciones de aislamiento, tanto para el paciente como para su propia protección; y observaciones. Análisis descriptivo con SPSS versión 15.

Resultados

Se recogieron 311 cuestionarios, estando completos 299. Han participado 136 enfermeras (46%), 99 auxiliares de enfermería (33%), 40 médicos (13%), 13 técnicos de rayos (4%) y 10 fisioterapeutas (3%). El 100% de los profesionales conocían la mascarilla de filtro, el 97% la quirúrgica y el 32% la de productos químicos. Acertaron la pregunta 2 el 43% de los profesionales, la pregunta 3 el 81%, la pregunta 4 el 43% y la pregunta 5 el 66%. Por categoría profesional, los participantes con mayor grado de

acierto en la pregunta 2 (con diferencias significativas $p < 0,05$) fueron enfermeras (51%), auxiliares de enfermería (45%), técnicos de rayos (33%), médicos (28%) y fisioterapeutas (10%); en la pregunta 3 fueron fisioterapeutas (90%), auxiliares (84%), enfermeras (82%), médicos (80%) y técnicos (54%); en la pregunta 4 fueron médicos (53%), fisioterapeutas (50%), auxiliares (44%), enfermeras (39%) y técnicos (31%); y en la pregunta 5 (con diferencias significativas $p < 0,05$) fueron médicos (74%), enfermeras (71%), auxiliares (70%), técnicos (46%) y fisioterapeutas (30%). Por Servicios, presentaron tasas de acierto del 100% en la pregunta 2 sólo Urología, en la pregunta 3 Neumología, Gastroenterología, Neurocirugía, Neurología, y en la pregunta 5 Gastroenterología y Neurocirugía; y superiores al 70% en la pregunta 4 sólo Gastroenterología. La edad y la antigüedad no se asocia a un mayor grado de acierto ($p > 0,05$) en cualquiera de las preguntas.

Conclusiones

Ha habido una buena participación de los profesionales. El nivel de conocimiento que los profesionales tienen sobre el uso adecuado de las mascarillas está relacionado con la categoría profesional y el Servicio donde trabajan. Se han detectado deficiencias en el conocimiento que los profesionales tienen del uso adecuado de las mascarillas, sobre todo en situaciones muy concretas en las que se requiere proteger al paciente o al profesional. Todo esto justifica la necesidad de diseñar talleres formativos desde el Servicio de RRL para mejorar el conocimiento de los profesionales sobre el uso adecuado de las mascarillas en el entorno hospitalario. También será preciso editar carteles y folletos informativos para conseguir una mayor difusión entre todos los profesionales y Servicios del hospital.

Palabras clave: Conocimientos, protección respiratoria, profesionales sanitarios.

Formación continuada

Extracción de tapones de cerumen por irrigación (lavado de oídos) en sala de curas

Autores

Quirós Jiménez, Juan Ramón

Enfermero del Trabajo

Excma. Diputación Provincial de Jaén

El tapón de cerumen

El cerumen es un conjunto de productos de descamación, secreciones sebáceas y secreciones de las glándulas ceruminosas que se encuentran en el tercio externo del conducto auditivo externo (C.A.E. en lo sucesivo) (Guest JF, 2004). El cerumen actúa como vehículo para alejar desechos y contaminantes de la membrana timpánica, lubrica la epidermis y facilita el paso del sonido hacia el oído medio. Se ha hablado tradicionalmente del papel del cerumen contra las infecciones pero no hay realmente pruebas de que esto sea así.

El C.A.E. tiene mecanismos de auto limpieza que producen una lenta migración de los restos de piel y de la cera hacia el exterior del mismo de modo que en circunstancias ideales no debería ser necesario limpiar los oídos.

El tapón de cera se reconoce muy fácilmente por otoscopia. La cera puede ser clara u oscura y de consistencia desde muy blanda a dura.

Existen varios factores que predisponen a la existencia del tapón de cerumen, pero en la práctica la impactación se produce, más que por la incapacidad del oído para su limpieza de manera natural o por la existencia de estos factores, por los intentos no exitosos de extraer el cerumen por parte del paciente.

Los factores que predisponen la formación de tapones de cerumen son:

- Intentos de extracción del cerumen por parte del paciente.
- C.A.E. estrecho o retorcido.
- Oídos que producen demasiado cerumen (probablemente existe un factor hereditario).
- Presencia de abundantes pelos en C.A.E.

- Edad (en ancianos el cerumen es más seco y duro).
- Historia previa de tapones de cera impactados.
- Lavarse en exceso con jabón o champú.
- Uso habitual de audífonos o sistemas de audición que implican la introducción de parte del dispositivo en el C.A.E..

El tapón de cerumen es una patología que, si bien en un principio parece banal, es importante dado el tiempo que supone la extracción del mismo en las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria.

Fundamentación de la realización de la técnica por personal de enfermería

Partiendo de diversa documentación como la sentencia del Juzgado Contencioso Administrativo con fecha 18 de Abril de 2007 y escritos de la Sociedad Española de ORL, la realización del procedimiento de la extracción de tapones de cerumen por irrigación por parte del personal de enfermería se fundamenta en varios aspectos:

- **Formación teórico-práctica:** dentro de las técnicas enfermeras que se encuentran en los planes de estudios, se encuentra la de lavado de oídos y extracción de tapones de cerumen por irrigación. En consecuencia, “es exigible a todo profesional conocer los avances de la ciencia médica y que aprenda las nuevas técnicas de su especialidad, máxime cuando esas técnicas son generales y no requieren especial cualificación pues su capacitación es evidente y fácilmente objetivable dada su diplomatura en enfermería”. La formación continuada es otra de las necesidades de los profesionales sanitarios.

- Fundamentación bibliográfica: La existencia de literatura clínica de enfermería de pregrado y postgrado, tanto nacional como internacional, es otro de los fundamentos para afirmar que este procedimiento es y debe ser una actividad interdependiente y en ocasiones independiente, del profesional de enfermería. Este proceso enfermero consiste en realizar una valoración enfermera, mediante entrevista clínica, exploración física ocular y palpatoria. La enfermera esta capacitada para valorar la normalidad del conducto auditivo. En caso de no existir normalidad, derivará al facultativo. Posteriormente realizará el procedimiento.

- Fundamentación del ejercicio profesional: dentro de los procedimientos que la mayoría de los Colegios Profesionales de Enfermería proponen y avalan en el listado de tarifas por procedimientos enfermeros, se encuentra el lavado de oídos o extracción de tapones. Esto podría explicar que se da por hecho que esta técnica es del profesional de enfermería, ya que los colegios ordenan el ejercicio de la profesión enfermera.

Clínica y diagnóstico

La manifestación clínica más frecuente del tapón de cerumen es una sordera brusca o gradual, generalmente después de un baño, no dolorosa, con autofonía y sensación de plenitud en el oído. El tapón va creciendo lentamente hasta que obstruye por completo la luz del C.A.E. y se produce la disminución de la audición. Cuando el tapón se seca el paciente recupera espontáneamente la audición hasta que después de varios episodios similares la hipoacusia puede hacerse permanente.

Puede haber otros síntomas, sobre todo si el tapón es muy grande y contacta con el tímpano: Acúfenos, otalgia, sensación de inestabilidad, vértigo o incluso tos.

Ante la sospecha de un tapón de cerumen debemos hacer una historia clínica breve descartando antecedentes de otalgia, otorrea, perforación o cirugía previa. Debemos también preguntar sobre episodios previos de tapones, métodos de extracción que se utilizaron y si hubo algún problema asociado al procedimiento de extracción.

Hay que hacer una inspección del pabellón viendo si sale material del C.A.E. y explorar éste con otoscopio para ver el cerumen, su consistencia y el grado de obstrucción que produce.

Descartaremos la presencia de cuerpos extraños o de un tapón epidérmico (secundario a una dermatitis del C.A.E., de color mas claro y muy adherido a la pared) en cuyo caso el paciente deberá ser enviado al especialista en ORL. Si el tapón está más allá del tercio externo del

C.A.E. sospecharemos que se ha introducido previamente algo para intentar la extracción. En cualquier caso es normal la existencia de algo de cera y su ausencia total podría ser signo de sequedad de la piel, infección o una excesiva limpieza.

Que hacer ante un tapón de cerumen

Sólo está indicada la extracción del cerumen cuando éste bloquea el C.A.E. produciendo una disminución de la audición o cuando el tapón nos impide ver el tímpano al hacer una otoscopia.

No está claro cual es el mejor método para la extracción y las evidencias que existen en la literatura son muy limitadas. Prácticamente no hay estudios que comparen un método con otro y que permitan hacer recomendaciones con claridad (University of Texas, 2007; Adams-Wendling L, 2007).

Los posibles tratamientos que podemos utilizar son los siguientes:

- Agentes cerumenolíticos administrados por el propio paciente: Debería ser probablemente el primer método a utilizar (NHS, 2006). En algunos estudios se calcula su eficacia en un 40% pero quizá depende el aconsejar al paciente este tratamiento del estado del tapón en cuanto a dureza, grado de obstrucción del C.A.E., etc. Es el método más económico, ahorra tiempo de consulta y en general no tiene efectos secundarios (Hand C, 2004).

- Autolavado por parte del paciente con una “pera” después de ser visto por el médico, sin o con la aplicación previa de cerumenolíticos. Se ha demostrado en algunos estudios que puede ser un buen método con un importante ahorro de recursos (Coppin R, 2008).

- Extracción por lavado con jeringa o aparato eléctrico: Es el método más utilizado en Atención Primaria. Puede hacerse directamente (eficacia del 70%- 75%) o con el empleo previo de cerumenolíticos (eficacia del 97%). Con cierta frecuencia al volver el paciente tras la administración del cerumenolítico en su domicilio ya no es necesaria la extracción por lavado.

- Extracción del cerumen a través de visión directa con un instrumento (cureta, cucharilla, etc.) o por aspiración. Es lo más indicado si existe el antecedente de perforación, requiere formación específica previa, lleva un tiempo similar al lavado, no precisa de la administración previa de cerumenolíticos y disminuye el riesgo de infecciones. No se usa prácticamente en Atención Primaria pero hay estudios que demuestran que es posible su aplicación con una adecuada formación (Pothier DD, 2008).

Otros métodos como aparatos de vacío para autolimpieza por el paciente o las “velas para oído” no han demostrado ser eficaces para la extracción de los tapones de cerumen.

Sea cual sea el tratamiento elegido es fundamental la formación previa del médico o enfermera que lo realiza tanto para mejorar las tasa de éxito como para minimizar las posibles complicaciones.

Cerumenolíticos

No hay en la literatura evidencias a favor del uso de una u otra sustancia, los estudios son heterogéneos y de mala calidad (Burton MJ, 2008). Los cerumenolíticos habituales están basados en agua o en aceite y van desde el agua del grifo o agua oxigenada diluida al 50% hasta el aceite de oliva, pasando por múltiples preparados en gotas o en spray que contienen fundamentalmente bicarbonato sódico o hidróxido potásico y de venta en farmacias.

Tampoco está clara su pauta de utilización en cuanto a dosis y duración del tratamiento. Sí es importante señalar que parece no haber diferencia en usar los cerumenolíticos por parte del paciente en su domicilio durante dos o tres días antes de la extracción o hacerlo en la consulta quince o treinta minutos antes de la misma.

Los protocolos consultados en España recomiendan instilar agua oxigenada al 3% (rebajada con agua hervida al 50%), o cualquier preparado disolvente del cerumen que el Médico estime oportuno en el C.A.E. Se recomendará la instilación de las gotas de tres a cuatro veces, los dos días anteriores a la extracción.

En nuestra consulta recomendamos instilar unas gotas de aceite de oliva en el C.A.E. 3 veces al día los 2/3 días previos a la extracción y nos da buen resultado.

En cualquier caso, si es el paciente quien va a echar las gotas es conveniente que se le den algunas instrucciones sobre el uso de los cerumenolíticos indicándole que suspenda el tratamiento si nota dolor y que no introduzca algodón o bastoncillos tras echar las gotas o el spray.

Recuerdo anatómico

Se observa que el C.A.E es un conducto de aproximadamente 2,5 cm de largo, con una dirección oblicua de fuera adentro y de atrás hacia adelante, pero no es rectilíneo, constando de tres segmentos:

- El 1º se dirige hacia dentro y adelante.
- El 2º hacia dentro y atrás.
- El 3º igual que el 1º.

Estos tres segmentos se continúan uno con el otro formando dos codos muy redondeados, representando la porción ósea el segmento delimitado entre el 2º codo y la membrana timpánica.

Protocolo de extracción de tapones por irrigación

Para realizar esta técnica con total seguridad, se hace necesario establecer un protocolo, en el que se hará constar, al menos:

- La finalidad del mismo
- La población diana
- La forma de captación
- La iniciación del protocolo
- Las contraindicaciones de la técnica
- Los medios materiales necesarios
- La forma correcta de realizar la técnica

Necesidad de un modelo de consentimiento informado

Se debe informar al paciente de la conveniencia de extraer los tapones de cerumen, de las consecuencias de no hacerlo, explicarle en qué consiste la técnica que se va a emplear para su extracción, las contraindicaciones de la misma y los posibles efectos secundarios y complicaciones que puedan surgir, de modo que se cumpla lo expresado en La Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (art. 2.3, 2.6 y 4.1), dejando constancia de todo ello en la historia clínica del paciente. Este hecho se reafirma en la Ley de Ordenación de Profesiones sanitarias (LOPS, noviembre de 2003), que establece en su artículo 6: “Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada”.

Iniciación

El médico, tras descartar las posibles contraindicaciones que se citan posteriormente, lo anotará en la Historia Clínica, informará al paciente de los efectos negativos sobre la salud de los tapones de cerumen, y de los posibles efectos secundarios y complicaciones de ésta técnica (perforación timpánica, otitis externa, otitis media aguda, náuseas, vómitos, dolor, mareos, vértigos, trastornos del equi-

librio, otorragias y acúfenos), entregando para su lectura y firma un consentimiento Informado, y enviará al paciente al Enfermero de Empresa, quién le citará para la extracción del tapón.

Contraindicaciones

- Otitis Media y Externa, hasta que se resuelva.
- Sospecha de perforación timpánica.
- Historia de Otitis Crónica y Supurada.
- Cirugía otológica previa, salvo estapedectomía y estapedotomía
- Heridas recientes de Tímpano y C.A.E.
- Presencia de Cuerpos Extraños.
- Tapón Epidérmico.
- Existencia de drenajes transtimpánicos en población infantil
- Historia previa de complicaciones con los intentos de extracción

En todos los casos anteriores se derivará a su médico de familia para derivación a O.R.G..

Medios materiales

- Agua a temperatura corporal.
- Bateas rectangular y arriñonada.
- Jeringa metálica otológica.
- Otoscopio, y espéculos auriculares limpios y esterilizados.
- Pinzas otológicas limpias y esterilizadas.
- Paños desechables
- Guantes

Otoscopia

Es la exploración del C.A.E., tímpano e indirectamente del Oído Medio.

Procederemos a rectificar la curvatura fisiológica del C.A.E mediante tracción de la porción superior del Pabellón auricular hacia arriba y atrás. En lactantes y niños hacia abajo y atrás, (el C.A.E es más corto y la porción cartilaginosa presenta una forma de hendidura). Seguidamente se introduce el otoscopio a través de la porción cartilaginosa hasta llegar al eje de la porción ósea del C.A.E. Esto último debe hacerse de manera prudente y sin formar ángulos agudos en su extremo pues es relativamente cortante. También debe evitarse el contacto con las paredes de la porción ósea del C.A.E.,(pues éstas son muy sensi-

bles y pueden lesionarse con facilidad) y los desplazamientos innecesarios hacia delante y atrás.

Lavado

Se realizará previa Otoscopia.

- Antes de iniciar la extracción del tapón se informará al paciente sobre el desarrollo de la técnica y acerca de los signos y síntomas que pueden aparecer durante la misma, así como de aquellos por los que debe avisarnos: dolor, mareo, sensación de que pasa agua hacia la garganta.
- Lavarse las manos y ponerse guantes
- Llenar la batea rectangular con agua tibia. Comprobar que el agua esté a la temperatura corporal ya que si está demasiado fría o caliente puede alterar el reflejo vestibular y hacer que tenga mareos o náuseas.
- El paciente estará sentado con un paño desechable en el cuello, para evitar en lo posible que se moje con el agua. En el caso de niños pequeños éstos estarán sentados en las piernas de un familiar o ayudante, y si no colabora se le sujetará firmemente cuerpo, cabeza y brazos.
- Con su colaboración, o la de un ayudante, se sujetará la batea arriñonada debajo del oído para recoger el agua del lavado y el cerumen extraído.
- Se cargará la jeringa otológica con el agua templada y se extraerá el aire de su interior
- Se sujeta el Pabellón Auricular con los dedos índice y pulgar, y al mismo tiempo se introduce la cánula ligeramente (entre 5 y 7 mm) sosteniendo la parte anterior de la jeringa con el dedo medio que estará perpendicular a la cabeza, de tal manera que la fuerza que mueve el émbolo hacia delante, no pueda transmitirse al cuerpo de la jeringa y por consiguiente, la cánula no se introduzca más hacia el interior del C.A.E. Esta parte de la Técnica es muy importante y su no realización implica casi siempre dolor al paciente y posibles complicaciones.
- Por último se inyecta el agua con cierta energía, dirigiéndola hacia la zona de contacto entre la pared del conducto y el tapón, buscando aberturas que faciliten el despegamiento (nunca directamente hacia el tímpano, por el riesgo de perforación). Debe hacerse de manera prudente para evitar lesionar la piel del conducto y el desplazamiento del tapón hacia la parte interna del C.A.E. y su impactación sobre el tímpano. Se le pedirá al paciente que en caso de dolor lo haga notar.
- Después de cada irrigación, volver a observar con el otoscopio.
- Si el tapón no sale después de tres emboladas, se obser-

vará con el otoscopio, y si sigue fijado al Conducto o Tímpano se citará al paciente dos días más tarde indicándosele que se instile otra vez gotas en el C.A.E.

- Una vez se crea haya salido completamente el Tapón, mediante otoscopia se verá el Conducto y Tímpano por si hubiera alguna anomalía, y de existir se derivará al Médico.

- En caso de que queden pequeños restos de cerumen en el borde externo del C.A.E. los retiraremos con la pinza otológica.

- El material quirúrgico reutilizable se limpiará y esterilizará para su posterior uso. Desechar el material de un solo uso en los contenedores correspondientes.

- Informar al paciente y/o familia sobre la posible aparición de síntomas y los cuidados posteriores a la extracción:

1- Ligera pérdida de audición de forma transitoria y breve, hasta la evaporación del agua residual que queda en el conducto tras su limpieza.

2- Si aparecen pequeños mareos evitar actividades que impliquen peligro (conducir, etc.)

3- Proteger el canal del oído de una posible infección tras la irrigación manteniéndolo seco 4 ó 5 días hasta que produzca más cera.

- Registro en la historia clínica del paciente del desarrollo de la técnica.

Actividades preventivas

Es conveniente dar información al paciente, sobre todo si este ha tenido episodios repetidos de tapones, sobre hábitos higiénicos en el cuidado de los oídos. Debemos explicarle el papel del cerumen en el oído y el hecho de que su acumulación no es signo de una higiene deficiente. Es suficiente lavar el pabellón auricular y el borde más externo del CAE con un paño enjabonado. Debe evitarse introducir champú, jabón o alcohol en el oído. En personas con predisposición al oído de nadador se aconseja utilizar tapones de material plástico adaptable. Indicar al paciente que si nota alguna molestia en el oído debe acudir a su médico y en ningún caso intentar extraer él mismo la cera del oído. Hay que insistir en el riesgo de la utilización de bastoncillos y, sólo si el paciente presenta episodios muy frecuentes, se le puede aconsejar y explicar el uso de cerumenolíticos de forma periódica.

Bibliografía

1- http://www.ampap.es/profesion/pdf/protocolo_tapones.pdf: Protocolo de extracción de tapones de cerumen mediante lavado ótico en Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid

2- http://www.semap.org/docs/documentos_semap/ExtraccionTaponesconCerumen.pdf: Informe sobre el Posicionamiento de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria ante la EXTRACCION DE TAPONES CON CERUMEN. Noviembre 2007

3- http://www.areasaludbadajoz.com/datos/atencion_hospitalaria/Extracci%C3%B3n%20de%20Tap%C3%B3n%20de%20Cerumen.%20Diciembre%202009.V.1.1.pdf: Protocolo de extracción de tapones de cerumen mediante lavado de oídos. Comisión de Cuidados del Área de Salud de Badajoz. Diciembre de 2009. V. 1. 1

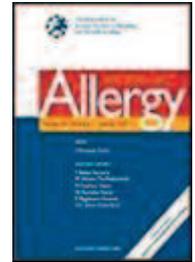
4- <http://www.tablonenblanco.com/smf/index.php?action=dlattach;topic=276.0;attach=188>: Protocolo de extracción de tapones de cerumen (lavado de oídos). Centro de salud "Anexo I". Miguel Gallardo Lancho, Leoncio I. Rodríguez Pérez

5- <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/tapon-cerumen/>: Xerencia de Atención Primaria. Pontevedra. Proceso de extracción de tapón de cerumen en Atención primaria. Junio de 2010

6- <http://usuarios.multimania.es/surclass/word/especialidades1/6.pdf>: Emergencias otorrinolaringológicas. Cátedra de cirugía. Dr Pedro Ángeles. Piura-Perú 2005. Páginas 8 a 10.

Reseña de Salud Laboral

Asma persistente, condiciones de comorbilidad y el riesgo de incapacidad para el trabajo: un estudio de cohorte prospectivo

**Autores**

Romero Saldaña, Manuel
Enfermero del Trabajo
Excmo. Ayuntamiento de Córdoba

Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica común de las vías aéreas caracterizada por síntomas variables y recurrentes, obstrucción reversible al flujo aéreo e hiperreactividad bronquial. El asma es una de las principales causas de limitación en el trabajo no debidas a trastornos musculoesqueléticos. Estudios previos sugieren que el asma afecta negativamente a la productividad del trabajo. Las personas con asma son también menos probables de ser empleados en el primer lugar. Sin embargo, el papel de la comorbilidad en el asma rara vez se ha tenido en cuenta en los estudios de ausencia por enfermedad.

Objetivo

Este estudio examinó si el asma solo o junto con comorbilidad crónica se asocia con un mayor riesgo de incapacidad de trabajo a largo plazo.

Material y métodos

Se analizaron los datos de 2.332 asmáticos y 66.354 no asmáticos, todos trabajadores del sector público en Finlandia, que respondieron a una encuesta entre el periodo de 1997 a 2004. Los trabajadores fueron clasificados como asmáticos persistentes si mantenían un consumo continuado y permanente de medicamentos para el asma, registrado por el Instituto de la Seguridad Social finlandés.

Los datos sobre discapacidad de trabajo a largo plazo (pensiones por discapacidad, ausencias por enfermedad superiores a 90 días) se obtuvieron de los registros nacionales. El riesgo de discapacidad por el trabajo fue examinado por los modelos de riesgo proporcional de Cox ajustado por edad, sexo, el nivel socioeconómico, el tipo de contrato de trabajo y el tipo de empleador.

Resultados

El asma aumentó el riesgo de discapacidad para el trabajo por todas las causas a largo plazo, Hazard Ratio (HR) 1,8 (1,62 a 2,09) IC $p < 0,05$, en comparación con los controles (trabajadores sin asma).

El asma y una comorbilidad crónica aumentó el riesgo de discapacidad a largo plazo para el trabajo por cualquier causa con HR 2,2 (1,78-2,83) IC $p < 0,05$. El asma junto con dos o más condiciones crónicas aumentó el riesgo con HR 4,5(2,98-6,78).

El asma y la depresión aumenta el riesgo de HR 3,6 y fue el riesgo especialmente alto de discapacidad permanente para el trabajo (HR 6,8). Entre las personas con asma había más mujeres, obesidad (IMC ≥ 30), ex fumadores y un menor grado de los trabajadores no manuales.

Conclusiones

El asma se asocia con un mayor riesgo de discapacidad a largo plazo para el trabajo por cualquier causa. El riesgo aumenta aún más con co-morbilidad crónica, y es especialmente alta en los pacientes con binomio asma-depresión.

Bibliografía

1- Revista Allergy, 2011 December, 66(12): 1598–1603.

Autores:

Riina Hakola, Paula Kauppi, Timo Leino, Anneli Ojajärvi, Jaana Pentti, Tuula Oksanen, Tari Haahtela, Mika Kivimäki, and Jussi Vahtera

Centro de Trabajo:

The Finnish Institute of Occupational Health, Turku and Helsinki, Finland.

Reseña de Salud Laboral

Riesgo de glioma en usuarios de plaguicidas: estudio de casos-control



Autores

Gallego Rubio, Ramón
Enfermero del Trabajo
Ciudad Real

Introducción

Un exceso de incidencia de cáncer cerebral en los agricultores se ha observado en varios estudios. En línea con estos antecedentes, la Dirección Nacional del Instituto para la Seguridad y Salud Ocupacional de EEUU (NIOSH) desarrolló el Estudio de Salud del Alto Medio Oeste (UMHS) como un estudio de casos y controles, para estudiar la relación entre la aparición de gliomas intracraneales y el uso de plaguicidas en el área rural. En los estudios previos de UMHS los participantes expuestos "a veces- nunca" a los pesticidas agrícolas, el análisis de hombres y mujeres por separado, no halló asociación positiva de la exposición agrícola de plaguicidas y los riesgos de glioma.

El objetivo principal de este estudio es determinar si los aplicadores de pesticidas poseen un mayor riesgo de glioma en hombres y mujeres.

Material y métodos

El estudio incluyó 798 casos confirmados histológicamente con glioma primario intracraneal (casos) y 1.175 controles basados en la población, todos adultos (18-80 años), pertenecientes a áreas rurales y residentes de Iowa, Michigan, Minnesota y Wisconsin. Se realizó un análisis cuantitativo utilizando la exposición estimada a partir de un cuestionario que fue evaluado por un higienista industrial experimentado con 25 años de trabajo en el análisis de pesticidas agrícolas. Se calculó la Odds Ratio y se construyeron intervalos de confianza con una seguridad del 95%. Se realizaron modelos de regresión logística para calcular la asociación con variables coincidentes en frecuencia (10 años grupo de edad y sexo), y para la edad y la educación (un sustituto de nivel socioeconómico). Los análisis se realizaron por separado con o sin los encuestados.

Resultados

No se observaron asociaciones positivas significativas entre la aparición de glioma y la exposición a pesticidas agrícolas durante los años acumulados o a toda la vida. Sin embargo, sí se halló una asociación inversa significativa para plaguicidas (fenoxis) en trabajadores agrícolas (OR 0,96) IC 0.93 a 0.99. No se observaron resultados significativos cuando se excluyeron a los trabajadores sustitutos. Los trabajadores no agrícolas usuarios de cualquier plaguicidas mostraron un riesgo disminuido de glioma: 0,72, IC 0.52-0.99. Del mismo modo, los aplicadores de plaguicidas de casa y jardín tenían un menor riesgo de glioma: OR 0,79, IC 0.66-0.93, con las asociaciones inversas estadísticamente significativas para el uso de 2,4-D, arseniatos, organofosfatos, y fenoxis.

Conclusiones

Estos resultados son consistentes con los hallazgos anteriores para UMHS de la exposición a los pesticidas agrícolas. Por tanto, se refuerza la falta de asociación positiva entre los pesticidas y glioma.

Bibliografía

1- Revista Environmental Health 2012, 11:39

Autores:

James H Yiin, Avima M Ruder, Patricia A Stewart, Martha A Waters, Tania Carreón, Mary Ann Butler, Geoffrey M Calvert, Karen E Davis-King, Paul A Schulte, Jack S Mandel, Roscoe F Morton, Douglas J Reding, Kenneth D Rosenman and Brain.

Centro de Trabajo:

National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati, OH, USA

Humanismo y Enfermería

Los años del miedo, de Juan Eslava Galán

Autores

José Antonio Herrera Bono
Licenciado en Filología Hispánica
Córdoba

El título del libro tiene su origen en un sentimiento que, en opinión del escritor, se abatió sobre muchos españoles de aquella época. "El miedo es el sentimiento de la inmensa mayoría de la población española en estos años. No sólo de los que han perdido la guerra, sino también de los que la han ganado. El Estado arrincona al individuo. Los que ganaron la guerra procedían de una República que dio leyes aperturistas a la mujer. Cuando los franquistas dan el cerrojazo, esto afecta a las mujeres de derechas o de izquierdas. El miedo a las delaciones afecta a unos como a otros. Si uno no quiere morir de hambre, tiene que delinquir a través del estraperlo".

Pero, junto a las aproximaciones más historicistas, que nos permiten seguir la evolución del Régimen desde la triunfal entrada en Madrid de Franco el día de la Victoria hasta la desaparición de las cartillas de racionamiento trece años más tarde, pasando por la "neutralidad" española durante la II Guerra mundial, el atentado fallido contra el dictador o la visita de Eva Perón, entre otros muchos aspectos, destacan de 'Los años del miedo' los abundantes pasajes dedicados a reconstruir la vida corriente de ciudadanos corrientes, vencedores o vencidos, durante este difícil tiempo. Siempre bañados por el sentido del humor del que hace gala el autor a lo largo del libro, descubrimos a unos personajes que se abren paso rodeados de penurias a fuerza de tesón y en muchas ocasiones de picardía. Dignos herederos de la novela picaresca algunos de los protagonistas de la obra, en especial los masculinos, ponen sobre la mesa todos sus recursos para trepar por las rendijas de un régimen que premia cualidades como la adulación, la hipocresía o el gregarismo en grado superlativo. Conforman este tipo de descripciones, junto a las que retratan la represión sexual de la época a cargo de los representantes eclesiásticos, algunos de los momentos más entretenidos y a la vez surrealistas de este mosaico de la vida española.

El profesor jienense nos presenta un período comprendido entre mayo del 39 y el mismo mes de 1952; poco

más de una década que se conoció como "los años del hambre". Período de la posguerra civil y II Guerra Mundial, durante el cual se mantuvieron las expectativas, tanto por una facción como por otra, en función del resultado de dicha contienda, y que al final no satisfizo a nadie, o a todos defraudó, pues tales expectativas no se vieron cumplidas.

Con fina ironía y un magistral tratamiento de los personajes, nos va relatando las vicisitudes de las clases sociales de la España de la época acompañado de fotografías, y una serie de documentos que nos permiten trazar una muy fiel idea de lo vivido por todos aquellos que sufrieron la autarquía franquista, con su picaresca, y en definitiva su lucha por la supervivencia de unos, y el vil enriquecimiento y el ascenso social a costa de lo que fuera de otros.

Durante la guerra se ha pasado hambre en la zona republicana y solamente escasez en la nacional. La reunificación de las dos zonas homogeneiza el hambre y la extiende a todo el país, especialmente a las zonas desfavorecidas. En vista de que los problemas de abastecimiento aumentan, el Gobierno raciona los alimentos de primera necesidad.

Las cartillas de racionamiento que perduraron hasta 1952 (prácticamente el período que abarca la obra), dieron lugar a otro fenómeno propio de la década que nos ocupa, el estraperlo. Y visto lo que incluía una ración semanal para una persona, no es de extrañar:

"En 1940, la ración semanal de una persona es de 300 gramos de azúcar, un cuarto de litro de aceite, 400 gramos de garbanzos y un huevo. Cada semana la prensa y la radio publican la composición del lote que se va a repartir. Algunas veces se añade a la ración 100 gramos de carne; otras, dos huevos."

Ante esta situación se idean recetas novedosas, que el autor nos relata, con fino humor, pero que si lo pensamos fríamente, la población sufrió las consecuencias con severidad. A modo de ejemplo véase: arroz de liebre al fe-

lino doméstico, el choto con ajos al can, el salchichón a la vetusta acémila, el cochinillo a la triquina... "arroz de Franco" (Arroz partido con ajo rehogado y laurel), "patatas a lo pobre" (patatas, laurel, pimienta, tomate y colorante).

Las amas de casa tratan de suplir la penuria con ingenio. Hay una publicación de un cocinero, Ignasi Domènech, Cocina de recursos, en el que se ofrecen recetas del tipo calamares fritos sin calamares, cardillos borriqueros a la madrileña y la más meritoria, tortilla de patatas sin huevo y sin patatas:

"Las patatas se sustituyen por lascas de esa capa blanca y esponjosa que tienen (o tenían) las naranjas entre la cáscara y los gajos. Se arranca esta capa con cuidado y cuando se tiene un plato lleno se pone en remojo durante unas horas. El sucedáneo de los huevos se consigue con unas gotas de aceite, cuatro cucharadas de harina, diez de agua, una de bicarbonato, una pulgada de pimienta molida, sal al gusto y una pizca de colorante artificial que aporta el tono de la yema. Se bate todo hasta convertirlo en una crema bastante líquida, similar a los huevos batidos. Ahora se le añaden las peladuras de naranja convenientemente escurridas y pochadas, se mezcla y se cocina en la sartén como una tortilla de patatas."

Nos aporta datos de los informes de la Dirección General de Sanidad acerca de la población madrileña entre los años 1941 y 1943 y las cantidades calóricas que alcanzan según su nivel de ingresos. Así mismo datos de la salud pública, que se resiente y vuelven a parecer enfermedades como el "latirismo mediterráneo", tuberculosis, difteria, tifus... todo ello derivado de la mísera alimentación y de la higiene.

En 1952 acaban las restricciones eléctricas, se suprimen las cartillas de racionamiento y Franco da un viraje político y se echa en brazos de los americanos. El tiempo comprendido entre el final de la Guerra Civil y 1952 es un periodo muy definido. Las líneas dominantes vividas por la población son el hambre y el miedo. Lo que debería ser una posguerra ligera se prolonga más de una década por una política económica demencial por parte de Franco, que quiere dirigir el país como un cuartel. Además, fuera de España se produce la II Guerra Mundial, lo que no ayuda a la reconstrucción del país. En ese tiempo de autarquía, con la Iglesia "adueñada de la educación, la moda, el tiempo libre...", florecieron los inventos pa-

trióticos como el gasógeno y el lenguaje se transformó. El obrero era el productor; el coñac, aguardiente jerezano; la ensaladilla rusa, imperial; Caperucita Roja, Encarnada; Margarita Gautier, Gutiérrez; y el que mostraba independencia, se "significaba". Esas eran las "malas" palabras, las preferidas "jerarquía", "imperial", "señero" o "vibrante" que adjetivaban a una sociedad en la que se vendían estilográficas a plazos y había talleres de reparación de cepillos de dientes.

Las ilustraciones que acompañan el libro, los numerosos chistes de la época que aparecen reflejados y la reproducción de numerosos anuncios que aparecieron en la prensa del momento son otros elementos que permiten disfrutar de una obra que, aunque pueda no ser del gusto de los historiadores más ortodoxos, resulta altamente recomendable para quienes deseen adentrarse en unos años grises y con frecuencia dramáticos de forma vívida y amena.



REVISTA ENFERMERÍA DEL TRABAJO

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los **trabajos** se remitirán a la revista Enfermería del Trabajo a través del correo electrónico revista@enfermeriadeltrabajo.com, deberán ser **inéditos**, no habiendo sido enviados a ninguna otra publicación.

Se adjuntará al trabajo una **carta de presentación y aceptación de las normas y condiciones de la revista, firmada por todos los autores**. En ella se informará sobre la no publicación previa del artículo ni envío actual a ninguna otra revista, junto a una descripción del material enviado.

Los trabajos pueden ser, **originales, originales breves, artículos de revisión, y demás apartados que componen la revista: casos clínicos, documentos de formación continuada, prevención global, legislación, metodología de la investigación, humanismo y enfermería.**

Los artículos originales, originales breves y de revisión serán sometidos a un proceso de peer review, o revisión por pares (por iguales), evaluados al menos por dos asesores con contrastada experiencia científica e investigadora del ámbito de la salud laboral y de la enfermería del trabajo. La revista Enfermería del Trabajo documentará todo el proceso de recepción, correspondencia con remitentes, evaluación y aceptación final del artículo, que estará a disposición de autores y organismos de evaluación.

Los originales y artículos de revisión tendrán una extensión máxima de diez hojas DIN-A4, los originales breves tendrán una extensión máxima de cinco hojas DIN-A4, tanto en unos como en otros no se admitirán más de ocho autores.

Los casos clínicos y legislación tendrán una extensión máxima de 4 hojas DIN-A4.

Los documentos de formación continuada, metodología de la investigación, humanismo y enfermería, y prevención global tendrán una extensión máxima de 8 hojas DIN-A4.

Las extensiones máximas en páginas se refieren a textos que emplean **tamaño de letra de cuerpo diez y tipo de letra verdana**. Se remitirán con interlineado de 1,5 espacios, dejando un margen de 3 cm a izquierda y derecha. En el texto se evitarán las cursivas y las negritas. Las páginas irán numeradas correlativamente.

Los trabajos se enviarán en archivo de texto, preferiblemente WORD, y compatible con otros editores de texto.

En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se citan, los siguientes datos:

Título del trabajo (en castellano y en inglés), inicial del nombre y primer apellido de los autores, nombre completo del centro de trabajo y dirección para la correspondencia sobre el artículo.

En la segunda página irá un resumen en español y en inglés que contendrá los aspectos más importantes de cada sección del trabajo: objetivo principal; una descripción breve del método y los resultados principales, resaltando la conclusión fundamental del estudio. **El resumen, habitualmente tendrá una longitud entre ciento cincuenta y doscientas cincuenta palabras y tras él se citarán hasta cuatro palabras clave en ambos idiomas. Utilícense para este propósito los términos de la lista de encabezamientos de materia médica «Medical Subject Headings» (MeSH) del "Index Medicus".**

Conviene dividir claramente los trabajos en apartados según el siguiente esquema:

Introducción: breve explicación necesaria para que el lector comprenda el texto que viene a continuación.

Material y Métodos: se indica el centro donde se ha realizado experimento o investigación, el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección empleado en la muestra, las técnicas utilizadas, proporcionando los detalles suficientes para que una experiencia determinada pueda repetirse sobre la base de esta información. Se describirán con detalle los métodos estadísticos.

Resultados: se relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el método empleado, expuestas con el complemento de las tablas y figuras.

Discusión: los autores tienen que exponer sus propias opiniones sobre el tema, significado y aplicación práctica de los resultados, consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología o, por el contrario, razones por las que pueden ser válidos los resultados, relación con publicaciones similares y comparación entre las áreas de acuerdo y desacuerdo, así como indicaciones sobre futuras investigaciones sobre el tema.

Las citas bibliográficas se insertarán en el texto por orden de aparición. Se indicarán con número árabes entre paréntesis.

La bibliografía se presentará, al final del trabajo, en páginas independientes incluidas en la numeración general. Las referencias bibliográficas se enumeran consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto.

La anotación bibliográfica se basará en la utilizada por el Index Medicus. Deberán elegirse citas bibliográficas muy representativas, procurando que sean fácilmente asequibles para el lector a quien se dirige la revista, y su número no deberá ser superior a veinte. Los trabajos deberán presentarse según las normas aprobadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Normas Vancouver versión 2010), recogidas en Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, cuya versión oficial se encuentra en www.ICMJE.org.

A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

· Artículo ordinario (Inclúyase el nombre de todos los autores cuando sean seis o menos, si

son siete o más, anótese el nombre de los seis primeros y agréguese "et al"): Romero M. Valoración del cumplimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa por la población reclusa del Centro Penitenciario de Jaén. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71: 391-399.

- Trabajo publicado por una corporación (autor no especificado): Comité internacional de Expertos en Litiasis. Medicina Renal 1996; 7: 105-114.
- Libros y otras monografías: Autor(es) personal(es) Eldenstein B. La Meningitis Viral. Buenos Aires: Editorial Corzo S.A. 1987: 170-174.
- Capítulo de un Libro Vera N. Vila J. Técnicas de Relajación. En/In Caballo V. Manual de terapia y modificación de conducta. Madrid. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. 3ª Ed. 1995: 161-181.

Se admitirán un **máximo de seis tablas y/o figuras**. Las figuras deberán quedar expuestas en forma clara y deberán permitir una interpretación correcta. Todas irán numeradas y deberán ir reseñadas en el texto según su orden de aparición. Todas las figuras se presentarán separadas del texto en formato de imagen (jpg, gif, etc.) y dentro de una carpeta aparte. Si son fotografías se seleccionarán cuidadosamente procurando que sean de buena calidad.

Las tablas se presentarán por separado, cada una como un archivo de imagen (jpg, gif, etc.). Cada tabla requerirá de: numeración de la tabla con números romanos y título correspondiente. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará al pie de la tabla la técnica empleada y el nivel de significación si no se hubiera incluido en el texto de la tabla.

Los originales publicados pasarán a ser propiedad de la revista no devolviéndose los soportes físicos que fueran enviados.

Los artículos no aceptados se devolverán a la dirección del primer firmante.

El Consejo de Redacción de la revista no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones.

Por cada trabajo publicado la Revista Española de Enfermería del Trabajo entregará gratuitamente al primer autor firmante tantos ejemplares como autores aparezcan en el artículo.

Se prohibirá la reproducción total o parcial de los artículos publicados, aun citando su procedencia, salvo autorización expresa, la cual se solicitará por escrito.

