

Enfermería del Trabajo

International Journal Occupational Health Nursing

www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/



AET



Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo

Volumen 8 · Número 1 · Enero 2018

■ Editorial

Nuevos retos para 2018 . . .

■ Artículos Originales

Riesgo psicosocial de los docentes de la provincia de Málaga (España).

Agrupación de las competencias del Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo según el proceso de atención de enfermería.

■ Artículo de Revisión

La humanización de la atención de enfermería en salud laboral.

■ Formación Continuada

Actualización en vacunas recomendadas en el medio laboral.

■ Caso Clínico

Análisis de las posibles causas de una exposición laboral a Brucella en un laboratorio de microbiología. A propósito de un caso.

La taxonomía NANDA como herramienta en Enfermería del Trabajo. Caso clínico.

■ Carta al Director

¿De qué sufren los enfermeros del trabajo cuando sufren por el trabajo?.

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

International Journal of Occupational Health Nursing

www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/



Editores

Manuel Romero Saldaña
Ayuntamiento de Córdoba

Alfonso Meneses Monroy
Facultad Enfermería de la Cruz Roja. Madrid

Subdirectora

Rocío de Diego Cordero
Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla

Consejo de Redacción

Silvia Arranz Alonso
Enfermera del Trabajo. Madrid

José Manuel Corbelle Álvarez
El Corte Inglés. Madrid

Julio de Benito Gutiérrez
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Javier Gracia Rivera
Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

Marta María Hernández Martín
AET. Madrid

Beatriz Herruzo Caro
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir

Carmen Lameiro Vilariño
Hospital Meixoeiro. Vigo

Antonio G. Moreno Pimentel
Sociedad Prevención Fremap. Madrid

María Novoa García
EMT. Madrid

María Sociedad Olmo Mora
SESCAM. Puertollano

Paula Peña Salguero
El Corte Inglés. Madrid

Araceli Santos Posada
Agencia Tributaria. Madrid

Consejo Asesor

M^a Ángeles Almenara Angulo
El Corte Inglés. Marbella

Gema Arévalo Alonso
El Corte Inglés. Madrid

María Dolores Calvo Sánchez
Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Salamanca

José Ciercoles Prado
Repsol. Madrid

Antonio Javier Cortés Aguilera
Cabildo de Tenerife

Cristina Cuevas Santos
Ministerio Educación. Madrid

Francisco José García Sánchez
Facultad Enfermería. Ciudad Real

María Dolores García Perea
Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla

Begoña García Ramírez
Enfermera del Trabajo. Madrid

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

Javier González Caballero
INSS. Bilbao

Yolanda Raquel Lapeña Moñuz
Facultad Ciencias Salud. Univ. Jaime I. Castellón

Pablo J. López Soto
Universidad de Córdoba

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

Carlos Martínez Martínez
Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

Guillermo Molina Recio
Facultad de Enfermería. Córdoba

María Cándida Pérez Gonzalves
Hospital Universitario Ourense

Juan Ramón Quirós Jiménez
Diputación Provincial de Jaén

Manuel Sánchez García
Diputación Provincial de Córdoba

Manuel Vaquero Abellán
Facultad de Enfermería. Córdoba

Revista indexada en:



Edita: Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo. Plaza de Mariano de Cavia, 4. 28007 Madrid
ISSN on line 2444-7226 ISSN printed 2174-2510 Depósito Legal: CO 288-2011

Editorial

Presidencia AET

Nuevos retos para 2018 6

Artículo Original

Ortiz C.

Riesgo psicosocial de los docentes de la provincia de Málaga (España) 7

Crespo A, Gómez del Pulgar M, Hernández S, González MA, Beneit JV.

Agrupación de las competencias del Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo según el proceso de atención de enfermería 14

Artículo de Revisión

Llanes G, Bejarano D, Márquez LM, Ponce C, Martínez RM.

La humanización de la atención de enfermería en salud laboral 23

Formación Continuada

Ferreiro I, Pérez A.

Actualización en vacunas recomendadas en el medio laboral 32

Caso clínico

Galián I, Ramírez F.

Análisis de las posibles causas de una exposición laboral a Brucella en un laboratorio de microbiología. A propósito de un caso 39

Vega J, de Diego R.

La taxonomía NANDA como herramienta en Enfermería del Trabajo. Caso clínico 45

Carta al Director

Reyes JF

¿De qué sufren los enfermeros del trabajo cuando sufren por el trabajo? 49

Summary

Editorial

AET President

New challengers for 2018 6

Original articles

Ortiz C.

Psychosocial risk of teachers from the province of Málaga (Spain). 7

Crespo A, Gómez del Pulgar M, Hernández S, González MA, Beneit JV.

Skills grouping of the nurse specialized in Occupational Health Nursing according to the nursing care process 14

Review article

Llanes G, Bejarano D, Márquez LM, Ponce C, Martínez RM.

Humanization of nursing attention in occupational health 23

Continuing training

Martínez N, Sánchez P, Fernández E.

Health problems in pregnancy derived from of the labor activity 32

Clinical Case

Galián I, Ramírez F.

Analysis of the possible causes of occupational exposure to Brucella in a microbiology laboratory. About a case 39

Vega J, de Diego R.

The NANDA taxonomy as a tool in Work Nursing. Clinical case 45

Letter to Director

Reyes JF.

What do occupational health nursing suffer when they suffer from work? 49

el suministro integral



Primer Centro Proveedor de Suministros, Servicios y Asesoramiento, con plataformas en la Península y Canarias

EDITORIAL

Nuevos retos para 2018

Presidencia AET

A lo largo de 2017 hemos estrechado lazos con instituciones nacionales e internacionales pero hay un acuerdo que a mí, particularmente, me satisface muchísimo, es el convenio con el grupo EDITORIAL PARADIGMA, que nos ofrecerá "alojamiento" para nuestra revista en el kiosco virtual "Enfermería 21", nos acerca a enferoteca, aula DAE, aula EIR, aula OPE. Desde este editorial, os invito a visitar todos esos sitios web, porque vinculados a ellos haremos mucho más visible nuestra especialidad (la gran desconocida de la enfermería) tanto en España como en América, donde Paradigma goza de un emplazamiento privilegiado. Además, el grupo nos da acceso a publicar producción propia, os aconsejo que aprovechéis esta ocasión para publicar, da igual que sea un artículo o un libro, lo importante es el acercamiento que esto nos facilita a las nuevas generaciones y a millones de profesionales de la enfermería. Esperamos vuestras aportaciones, tanto en material como en ideas que nos ayuden a optimizar lo más posible este acuerdo con este importante grupo editorial. En los espacios formativos de Paradigma los miembros de AET tendremos un trato preferencial igualmente ventajoso.

Por otra parte, ya en este 2018 se cumplen 25 años de andadura de nuestra Asociación. ¡Parece increíble cómo pasa el tiempo! En estos años hemos envejecido un poco, hemos empezado proyectos, hemos despedido otros, hemos recibido nuevos socios y otros nos dejaron. Algunas de estas bajas nos han provocado una gran desolación, sobre todo, porque no esperábamos el daño provocado, no sabíamos que no querían mantener ninguna relación con nuestra Asociación, o con las personas que formamos su Junta Directiva. Ojalá hubieran elegido el camino del diálogo, del encuentro y el entendimiento, en vez de decantarse por la opción más dolorosa y desfavorable para todos nosotros. A pesar de todo, desde la presidencia de esta Asociación, quiero decir que vuestro sitio seguirá estando aquí y como en la parábola del hijo pródigo, si algún día decidís volver, seréis bien recibidos, queridos socios.

Mucha suerte en esta nueva andadura a todos y todas.



25
años

Riesgo psicosocial de los docentes de la provincia de Málaga (España)

Autora:
Ortiz C.

Autor de correspondencia:

D^a Celia Ortiz Tomé

Residente de Enfermería del Trabajo. Hospital

Regional Universitario de Málaga.

celiaortiztome@gmail.com

Recibido: 23/10/2017

Trazabilidad editorial

Revisado: 3/01/2018

Aceptado: 26/01/2018

Citar como:

Ortiz C. Riesgo psicosocial de los docentes de la provincia de Málaga (España). Revista Enfermería del Trabajo. 2018. 8; 1: 2-8

RESUMEN

Introducción. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de docentes en situación de riesgo psicosocial e identificar si existe asociación entre el riesgo psicosocial y el centro educativo (colegio e instituto) y el riesgo psicosocial y el núcleo poblacional de trabajo (rural, intermedio y urbano).

Material y Métodos. Estudio transversal descriptivo. Se evaluó el riesgo psicosocial de los docentes que acudieron al Área de Vigilancia de la Salud del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga, durante el año 2016, mediante el uso de un cuestionario creado a partir de la "Escala de fuentes de estrés en profesores". La muestra estuvo constituida por un total de 964 trabajadores.

Resultados. El 21.1% (n=203) de los educadores se encontraban en una situación adecuada de riesgo psicosocial, el 56.8% (n=548) en una situación aceptable

y el 22.1% (n=213) en una situación susceptible de riesgo. Se ha encontrado asociación significativa ($p < 0.05$) entre el riesgo psicosocial de los profesionales de la educación y el centro educativo y entre el riesgo psicosocial y el núcleo poblacional de trabajo.

Conclusiones. El riesgo psicosocial de los docentes está asociado al núcleo poblacional de trabajo, siendo mayor en núcleos de poblaciones urbanas e intermedias, y al centro educativo, siendo superior en institutos que en colegios. Una parte considerable de los educadores se encuentran en una situación susceptible de riesgo, aunque más de la mitad se sitúan en una situación aceptable. Todo ello sugiere la necesidad de realizar mediciones oportunas que confirmen los resultados con el fin de que las Unidades de Salud Laboral puedan implementar estrategias específicas de prevención de riesgo psicosocial.

Palabras clave: Factores psicosociales, estrés, docentes.

Psychosocial risk of teachers from the province of Málaga (Spain)

Abstract

Introduction. The objective of this study was To detect the prevalence of teachers in a state of psychosocial risk and to identify if an association exists between psychosocial risk and the educational center (elementary school and high school) as well as in between psychosocial risk and the population nucleus of work (rural, intermediate and urban).

Material and Methods. Cross-sectional descriptive study. Psychosocial risk of teachers that went to the Health Monitoring Area of the Prevention of Occupational Risks center of Málaga was evaluated, during 2016, through the use of a questionnaire created from "Escala de fuentes de estrés en profesores". The sample was formed by a total of 964 records of workers.

Results. The 21.1% (n=203) of educators were in a suitable position of psychosocial risk, the 56.8% (n=548) in an acceptable situation and the 22.1% (n=213) in a susceptible

situation of risk. It has been found a significant correlation ($p < 0.05$) between the psychosocial risk of education professionals and the type of educational center, as well as in between psychosocial risk and the population nucleus of work.

Conclusions. The psychosocial risk of educators is associated with the population nucleus of work, (being higher in nucleus of intermediate and urban populations) and with the educational center (being higher in high schools than in elementary schools). A considerable part of educators are found in a susceptible situation of risk, although more than half are in an acceptable situation. All of this suggest the need to take appropriate measures that will confirm the results with the aim of being able to implement specific strategies of prevention of psychosocial risk by the Occupational Health Units.

Keywords: Psychosocial factor, stress and teachers.

ARTÍCULO ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgo psicosocial constituyen uno de los principales determinantes de la salud de las personas tanto en el ámbito laboral como fuera de éste. De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo¹, se entiende como factores psicosociales "las interacciones entre el contenido, la organización, gestión del trabajo y condiciones ambientales, por un lado; y las funciones y necesidades de los trabajadores, por el otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva para la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencias".

Los cambios económicos, políticos, tecnológicos y sociales han llevado a la creación de nuevas condiciones laborales en las que los riesgos psicosociales están en auge², siendo las "profesiones asistenciales" (profesores, sanitarios...) las más afectadas³.

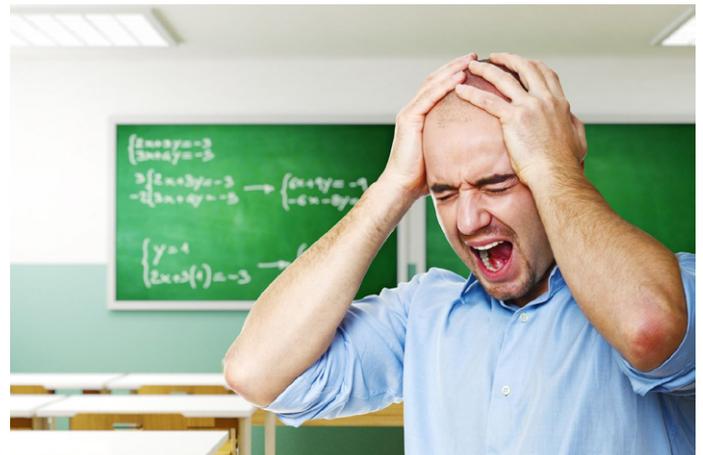
Entre sus manifestaciones negativas de salud más frecuentes se encuentran el estrés laboral y el síndrome de burnout^{4,5}.

“ El síndrome de burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) es definido en 1981, por Maslach y Jackson, como una respuesta inadecuada a un estrés crónico ”

El síndrome de burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) es definido en 1981, por Maslach y Jackson, como una respuesta inadecuada a un estrés crónico, caracterizada por el cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal y profesional⁶.

El estrés laboral es una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda (Selye, 1936), que puede afectar de manera negativa a la salud física y psicológica de las personas, además de a su rendimiento profesional. Está considerado el segundo problema de salud relacionado con el trabajo más frecuente en Europa y el responsable del 50-60% de todos los días de trabajo perdidos⁷.

Según datos de la OMS, los factores de riesgo psicosocial que más comúnmente causan estrés en el trabajo son la organización y diseño del trabajo, las condiciones de empleo y los condicionantes externos que afectan a la salud, desempeño y satisfacción laboral⁸.



La actividad laboral llevada a cabo por los docentes supone el contacto con una serie de factores de riesgos que pueden afectar a su salud, siendo este sector especialmente importante dentro del funcionariado de la Junta de Andalucía, por ser uno de los más numerosos (dos tercios del personal), por la labor social que desarrollan y por su reconocimiento como una de las profesiones más estresantes^{9,10}. Según datos recogidos por la Consejería de Educación, las enfermedades psiquiátricas son la tercera causa de baja por enfermedad en los docentes¹¹.

La vigilancia de la salud de los profesionales de la educación, al igual que la de otros trabajadores, queda recogida por la Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales que establece "los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales [...], la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo". En el artículo 37.3c del Reglamento de los Servicios de Prevención, se recoge que "la vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador". En 2005 se presenta el I Plan Andaluz de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales del personal docente de los centros públicos dependientes de la Consejería de Educación (2006-2020).

El abordaje de los problemas psicosociales no resulta tarea fácil. Su prevención, detección y tratamiento debe hacerse desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinar. La guía PSICOVS2012⁴, entre otras, establece las recomendaciones específicas para la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial. No obstante, las características y los problemas específicos de cada puesto de trabajo obligan al uso de instrumentos de evaluación lo más adaptados posibles a la actividad laboral que se realiza. En el Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga, se desarrolló en 2012 un Protocolo de Vigilancia de la Salud específico para los docentes⁹. En él se contemplan los problemas de salud más frecuentemente sufridos por este colectivo, entre los que destacan los de índole psicosocial.

ARTÍCULO ORIGINAL

Por todo ello, los objetivos de este trabajo se centran en conocer la prevalencia de docentes en situación de riesgo psicosocial e identificar si existe asociación entre el riesgo psicosocial y el centro educativo (colegio e instituto), así como con el núcleo poblacional de trabajo (rural, intermedio y urbano).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio transversal descriptivo.

Población y muestra

Los sujetos que participaron en el estudio fueron los trabajadores docentes pertenecientes a la Delegación de Educación de la Junta de Andalucía que acudieron al Área de Vigilancia de la Salud del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga, desde Enero de 2016 hasta Diciembre de 2016. La muestra estuvo constituida por 964 registros de trabajadores.

Se incluyeron: Maestros de educación infantil, maestros de enseñanza primaria, profesorado de enseñanza secundaria, profesores de formación profesional, profesores de artes aplicadas y oficios, profesores de conservatorio, educadores y cargos directivos. Se excluyeron todos aquellos que no completaron el cuestionario en su totalidad o que no quisieron rellenar el mismo. El consentimiento informado se solicitó de manera oral.

Variables y medición

Se recogieron las siguientes variables:

- Núcleo poblacional de trabajo: Rural (< 2000 habitantes), intermedio (2000 a 10000 habitantes) y urbano (> 10000 habitantes)¹².
- Centro educativo: Colegio e instituto.
- Factores estresores: Supervisión, Carencias, Cooperación, Alumnado, Adaptación, Valoración y Mejorías.
- Riesgo psicosocial (variable resultado): Situación adecuada, Situación aceptable y Situación susceptible de riesgo.

Recogida de datos

El estudio tuvo lugar en el Área de Vigilancia de la Salud del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga, que en 2016 realizó un total de 3330 exámenes de salud a personal funcionario de la Junta de Andalucía, de los

cuales, 1316 fueron a profesionales de la educación.

Siguiendo las indicaciones del protocolo de Vigilancia de la Salud para el personal docente de los centros públicos dependientes de la Consejería de Educación (9), se entregó a todos los trabajadores un cuestionario de riesgo psicosocial anónimo y voluntario diseñado a partir de la "Escala de fuentes de estrés en profesores" de la Nota Técnica de Prevención (NTP) 574 creada y validada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), titulada "Estrés en el colectivo docente: metodología para su evaluación"¹³.

El instrumento empleado se adaptó para que fuese más rápido y ágil sin dejar de ser representativo del original, reduciéndose de 56 a 21 ítems agrupados en 7 categorías, cada una de la cual contenía 3 ítems. Los ítems correspondientes a cada factor estresor fueron los siguientes: Supervisión (10, 16 y 19), Carencias (5, 15 y 17), Cooperación (2, 6 y 11), Alumnado (3, 9 y 18), Adaptación (13, 14 y 21), Valoración (7, 8 y 12) y Mejorías (1, 4 y 20).

La escala de respuesta presentó 5 opciones: Nada (1), Muy poco (2), Algo (3), Bastante (4), Mucho (5).

El cuestionario, una vez cumplimentado por el trabajador, se entregó al personal de Vigilancia de la Salud en un sobre cerrado, sin ningún tipo de identificación, con excepción del centro educativo de pertenencia. Posteriormente, se calculó la media de riesgo psicosocial y los resultados obtenidos fueron así interpretados: Situación adecuada (0 a 30), Situación aceptable (31 a 60) y Situación susceptible de riesgo (>60).

Análisis de datos

Se realizó estadística descriptiva de las variables, con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se aplicaron pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) en las variables que no seguían una distribución normal, empleando las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para el cálculo de la bondad de ajuste. Se utilizó el test de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias de medias (DM) entre el riesgo psicosocial y el núcleo poblacional de trabajo (rural, intermedio y urbano) y la prueba de U de Mann-Whitney para evaluar, en este caso, el riesgo psicosocial y el centro educativo (colegios o institutos). No se analizaron más centros educativos dado la dispersión y el tamaño muestral. Se estableció el nivel de significación estadística en los diferentes análisis en $p < 0.05$ y el nivel de confianza en el 95%. El programa estadístico utilizado fue el IBM SPSS Statistics 20.0 software (SPSS/IBM, Chicago, IL, EE.UU.).

Consideraciones éticas

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 1. Procedencia de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Colegio	384	39.8	39.8	39.8
Instituto	464	48.1	48.1	88
Escuela Infantil	9	0.9	0.9	88.9
Escuela de Arte	27	2.8	2.8	91.7
Equipo de Orientación Educativa	8	0.8	0.8	92.5
Escuela Oficial de Idiomas	4	0.4	0.4	92.9
Conservatorio Elemental de Música	6	0.6	0.6	93.6
Escuela de Hostelería	11	1.1	1.1	94.7
Centro de Enseñanza Profesional	19	2	2	96.7
Centro de Educación Especial	32	3.3	3.3	100
Total	964	100	100	

Tabla 2. Puntuación media de los factores estresores.

	Muestra	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Supervisión	964	3	15	6.05	3.08
Carencias	964	3	15	6.28	2.92
Cooperación	964	3	15	6.35	2.92
Alumnado	964	3	15	7.14	3.40
Adaptación	964	3	15	6.43	2.98
Valoración	964	3	15	7.30	2.97
Mejoría	964	3	15	7.15	3.16

Se mantuvo en todo momento las normas de buena práctica clínica y los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos en la Declaración de Helsinki, revisada en Brasil 2013 y se solicitó a todos los participantes el consentimiento informado previo a la cumplimentación del cuestionario

RESULTADOS

Se recopilaron un total de 964 registros, de los cuales, un 39.8% (n= 384) fueron de personal de colegios y un 48.1% de institutos (n= 464). El 12.1% (n=116) de los registros restantes fueron de personal docente disperso en otros tipos de centros educativos (Tabla 1).

Según la distribución geográfica, el 86.8% (n=837) de los docentes que se realizaron el examen de salud, pertenecían a centros ubicados en núcleos poblacionales intermedios, el 3.6% (n=35) a núcleos rurales y el 9.5% (n=92) a núcleos urbanos.

El valor medio de riesgo psicosocial obtenido del total de registros fue de 46.70 (desviación estándar [DE]= 17.81).

En el análisis de resultados relacionados con la procedencia de la muestra (colegio/instituto y rural/intermedio/urbano), se tuvo en cuenta la puntuación total de los cuestionarios, obteniéndose los valores de riesgo psicosocial que se detallan en la tabla 2.

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 3. Media de riesgo psicosocial según la procedencia de la muestra.

		Media	Desviación estándar (DE)
Centro educativo	Colegio	42.75	17.68
	Instituto	50.79	17.22
Núcleo poblacional de trabajo	Rural	37.71	2.47
	Intermedio	47.23	1.97
	Urbano	47.01	0.61

La puntuación media obtenida en cada factor estresor se describe en la tabla 3.

En cuanto a la clasificación de las puntuaciones de riesgo psicosocial obtenidas del total de registros, se ha hallado que el 21.1% (n=203) de los educadores se encontraban en una situación adecuada, el 56.8% (n=548) en una situación aceptable y el 22.1% (n=213) en una situación susceptible de riesgo.

Finalmente, se ha encontrado asociación significativa ($p < 0.05$) entre el riesgo psicosocial de los docentes y:

1. El centro educativo.
2. El núcleo poblacional de trabajo.

DISCUSIÓN

Este trabajo supone una aproximación al conocimiento de la situación de riesgo psicosocial que viven los docentes de la provincia de Málaga y pretende ser una herramienta para que desde las Unidades de Prevención se desarrollen estrategias específicas de prevención adaptadas a la realidad de cada centro.

En primer lugar, cabe destacar que una parte considerable de los docentes entrevistados se encontraban en una situación susceptible de riesgo psicosocial. Un estudio realizado entre los educadores de la provincia de Córdoba durante el curso 2004/2005, estableció que el 4.8% de los mismos cumplían criterios de burnout¹⁴ y una tesis doctoral llevada a cabo durante el curso 2009/2010 entre los profesionales de la enseñanza andaluza, identificó que el 12% sufría estrés laboral¹⁵. Estos datos nos invitan a pensar que el colectivo docente de la provincia de Málaga, puede ya haber desarrollado estrés laboral y/o síndrome de burnout en un porcentaje importante, lo cual enfatiza la necesidad de intervención para el control de factores de riesgo psicosocial mediante programas concretos.

En otro orden de hallazgos, los datos parecen apuntar a que el nivel de riesgo psicosocial está asociado al tipo

de centro educativo, en concordancia con la bibliografía consultada sobre esta temática¹⁶⁻¹⁸.

Un estudio realizado entre el cuerpo de profesionales de la educación de Málaga capital¹⁹, obtuvo un valor de riesgo psicosocial superior en los profesores no universitarios (profesores de institutos) que en los de universidad. Aunque en nuestro estudio no se recopilaban datos referentes a los docentes de universidad, cabe destacar el mayor riesgo psicosocial al que están expuestos los profesores de institutos respecto a los de colegios. Estos datos sugieren una importante problemática psicosocial entre los educadores que están en contacto con población adolescente y que podrían estar sometidos a una mayor exigencia psicológica¹⁹.

En último lugar en nuestro estudio, se han encontrado asociaciones entre el nivel de riesgo psicosocial y el núcleo poblacional de trabajo. Las ciudades se consideran más estresantes que los pueblos debido a un mayor número de amenazas que requieren una constante adaptación por parte de los sujetos que la habitan²⁰. Investigaciones como la llevada a cabo en Georgia y Carolina del Norte (Estados Unidos de América), apoyan los resultados obtenidos en nuestro estudio. Esta investigación midió el nivel de estrés y burnout de los profesores de educación secundaria que trabajaban en poblaciones rurales y urbanas y halló que los profesores que desarrollaban su labor en núcleos poblacionales urbanos, sufrían más estrés debido a peores condiciones laborales y malas relaciones con el resto de compañeros²¹. Todo ello conduce a pensar que las diferencias de medias de riesgo psicosocial encontradas podrían ir más en la sintonía de las características propias de los diferentes núcleos poblacionales que en las específicas del trabajo y su lugar de ejecución.

Limitaciones

En este estudio sólo se han incluido sujetos que han acudido voluntariamente a realizarse un reconocimiento de salud, pudiéndose haber visto afectados los resultados por aquellos docentes que no acudieron al reconocimiento y que podrían haber presentado otras características. A su vez destacar que solo se incorporaron al estudio profesionales

ARTÍCULO ORIGINAL

de la enseñanza del sector público, pudiendo, los del sector privado presentar una problemática psicosocial diferente.

No se tuvieron en cuenta para el análisis de datos variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el lugar de residencia por no quedar recogidas en el cuestionario entregado a los docentes. Estas variables, podrían haber establecido diferentes asociaciones entre los conjuntos de datos.

Cabe además señalar la dificultad en la síntesis y comparación de la información debido a la gran variedad de instrumentos de medida empleados.

Por último, no se han podido establecer comparaciones entre los resultados de riesgo psicosocial obtenidos por los docentes que trabajaban en núcleo poblacionales intermedios por falta de estudios con un diseño apropiado.

Líneas futuras

Sería interesante, por un lado, identificar a qué factores de riesgo psicosocial están sometidos los profesores de

institutos y no los de colegios y que justificarían esas diferencias de medias y por otro lado, la creación de un instrumento de medida único que abordase todas las dimensiones psicosociales de los docentes para así favorecer la síntesis y unificación de resultados.

Conclusiones

Una parte considerable de los docentes se encuentran en una situación susceptible de riesgo psicosocial, aunque más de la mitad se sitúan en una situación aceptable.

El riesgo psicosocial de los profesionales de la educación está asociado al centro educativo, siendo superior en institutos que en colegios y al núcleo poblacional de trabajo, siendo mayor en núcleos urbanos e intermedios.

Todo ello sugiere la necesidad de realizar mediciones oportunas por parte de las Unidades de Prevención que confirmen los resultados, con el fin de que las Unidades de Salud Laboral y/o los organismos competentes puedan implementar estrategias específicas de prevención de riesgo psicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Internacional del Trabajo [Internet]. La organización del trabajo y los riesgos psicosociales: una mirada de género; 2013 [citado 3 aug 2017]. Disponible en: http://www.ilo.org/sanjose/publicaciones/WCMS_227402/lang--es/index.htm
2. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo [Internet]. Resumen del Informe Anual 2007 de la Agencia; 2007 [citado 3 aug 2017]. Disponible en: https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/corporate/issue_annual_report_2007/view
3. Ayuso JA. Profesión docente y estrés laboral. Una aproximación a los conceptos de estrés laboral y burnout. Rev. iberoam. Educ. 2006; 39(3): 1-15.
4. Soriano G, Guillén P, Carbonell E. Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial. Protocolo PSICOVS2012. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral [Internet]; 2012 [citado 2 aug 2017]. Disponible en: http://www.aemt.com/contenidos/Recursos/Guia_PSICOVS2012/guia_PSICOVS2012.pdf
5. Fidalgo M. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (I): definición y proceso de generación. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. NTP 704. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [Internet]; 2006 [citado 4 aug 2017]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
6. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3º ed. Palo Alto: California Consulting Psychol Press; 1986.
7. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo [Internet]. Datos y cifras sobre el estrés y los riesgos psicosociales. Trabajos saludables 2014-2015: Gestionemos el estrés. c2013 [citado 2 aug 2017]. Disponible en: <https://hw2014.osha.europa.eu/es/stress-and-psycho-social-risks/facts-and-figures>

ARTÍCULO ORIGINAL

8. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades; 2016 [citado 2 aug 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973%3Aworkplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es
9. Alonso I, Linares M, Hernández L, Ayora JM. Protocolo de Vigilancia de la Salud: Personal Docente de los Centros Públicos Dependientes de la Consejería de Educación. Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Málaga. Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía; 2012.
10. Hunter M. Counter Irritants to Teaching. En: Reunión Anual de la Asociación Americana de Administradores Escolares; Las Vegas 25-28 de febrero de 1977.
11. I Plan Andaluz de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales del personal docente de los centros públicos dependientes de la Consejería de Educación 2006-2010 (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 196, de 09/10/06)
12. García B. Alcance y significado de las entidades singulares de población como concepto para cuantificar la población rural. Revista de estudios agrosociales. 1994 [citado 30 aug 2017]; 168: 199-234. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=758110>
13. Nogareda S. Estrés en el colectivo docente: metodología para su evaluación. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. NTP 574. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [Internet]; 2000 [citado 3 aug 2017]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/501a600/ntp_574.pdf
14. Ranchal A, Vaquero M. Burnout, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado. Med Secur Trab [Internet]. 2008 [citado 20 aug 2017]; 54(210): 47-55. Disponible en: http://scielo.icsiii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2008000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
15. Pérez MA. Efectividad de las intervenciones preventivas sobre la exposición a factores de riesgo psicosocial y la incidencia de problemas de salud [Tesis Doctoral en Internet]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015 [citado 21 aug 2017]. Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/36824/Perez_Lorente_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Galdeano H, Godoy P, Cruz I. Factores de riesgo psicosocial en profesores de educación secundaria. Arch Prev Riesgos Labor. 2007; 10 (4): 174-180.
17. Salanova M, Llorens S, García-Renedo M. ¿Por qué se están "quemando" los Profesores? Seguridad y Salud en el Trabajo. 2003; 28: 16-20.
18. División de Atención Primaria ICS. Informe preliminar sobre los exámenes de salud al personal docente, de administración y servicios del Departamento de Educación. 2003.
19. Gutiérrez M, Gea E, Maeso JV, García A. Estudio de los factores psicosociales en el sector de la docencia de Málaga. En: PREVEEXPO 2010. X Congreso Andaluz de Seguridad y Salud Laboral; Granada 19-21 de Mayo de 2010.
20. Urbina SJ. Las condiciones ambientales urbanas como generadoras de estrés. Omnia. 1988; 4 (11).
21. Abel MH, Sewell J. Stress and Burnout in Rural and Urban Secondary School Teachers. J Educ Res [Internet]. 2010 [citado 19 aug 2017]; 92(5): 287-293. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/00220679909597608>

ARTÍCULO ORIGINAL

Agrupación de las competencias del Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo según el proceso de atención de enfermería

Autores:

Crespo A, Gómez del Pulgar M, Hernández S, González MA, Beneit JV.

1 Dpto. Enfermería. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

2 Directora General del Instituto Español de Investigación Enfermera. Consejo General de Enfermería de España, Madrid, España.

3 Profesor Titular Dpto. de Enfermería, Universidad Complutense Madrid. Presidente Emérito Consejo General de Enfermería de España.

4 Director Clínica Podología, Universidad Complutense, Madrid, España.

Autora de correspondencia:
D^a Almudena Crespo Cañizares
a.crespo.prof@ufv.es

Recibido: 3/04/2018

Trazabilidad editorial
Revisado: 13/04/2018

Aceptado: 16/04/2018

Citar como:

Crespo A¹, Gómez del Pulgar M^{1,2}, Hernández S¹, González MA³, Beneit JV⁴. Agrupación de las competencias del Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo según el proceso de atención de enfermería. Revista Enfermería del Trabajo. 2018. 8; 1: 9-17

Resumen

El programa formativo de la Especialidad de Enfermería del Trabajo, publicado en la Orden SAS 1348/2009, describe el ámbito de actuación, objetivos, competencias, duración de la formación, metodología de aprendizaje y actividades mínimas a realizar durante el periodo de residencia. Sin embargo, no contempla ni sugiere los instrumentos de evaluación que permitan evidenciar la adquisición de dichas competencias. Tras una revisión bibliográfica no se encuentran instrumentos específicos validados que evalúen estas competencias, si bien, existe una escala de evaluación de competencias del grado de enfermería, Escala "ECOEnf", que ha sido adaptada para otras especialidades enfermeras y que tomará como referencia. En este artículo se muestra el resultado de la primera fase de adaptación de la escala. El objetivo del estudio fue agrupar las competencias asistenciales, descritas en la Orden SAS 1348/2009 siguiendo el proceso de atención de enfermería.

Material y métodos. Extracción de las competencias asistenciales del programa formativo de la especialidad, agrupación en unidades competenciales, previamente establecidas siguiendo el proceso de atención de enfermería y consenso de expertos, mediante técnicas de grupo nominal.

Resultados. Cuatro unidades competenciales que agrupan las competencias asistenciales contempladas en el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.

Conclusiones. La agrupación de competencias de la especialidad en unidades competenciales es el primer paso para conseguir un instrumento que evalúe las competencias de Enfermeros Residentes de la Especialidad de Enfermería del Trabajo.

Palabras claves: Enfermería del Trabajo, Competencia clínica, Evaluación.

ARTÍCULO ORIGINAL

Skills grouping of the nurse specialized in Occupational Health Nursing according to the nursing care process

Abstract

The Specialist degree program of Occupational Health Nursing, published in Official State Gazette ("BOE") under SAS Order 1348/2009, describes the scope of responsibilities, objectives, competencies, duration of the program, learning methodology and minimum requirements to fulfil during the period of internship. However, it does not clearly indicate neither suggest the evaluation techniques which confirm the acquisition of these competences. After verification of available health nursing literature, there are no validated specific techniques that assess these competences, although there is a scale of assessment of competencies of the nursing degree, Scale "ECOEnf", which has been adapted for other nursing specialist degrees and it will be used as a reference for health nursing. This article shows the result of the first phase of scale adaptation.

Objective: Grouping the nursing care competencies, described in SAS Order 1348/2009 following the process

of nursing care.

Method: Competency units have been established based on the general nursing process and agreement of the experts using nominal group techniques. Afterwards, the nursing care competencies have been selected from the degree program of the health nursing speciality.

Result: Four competency units have been created which cover the health nursing care competencies included in the degree program of the Occupational Health Nursing.

Conclusions: Grouping of the competences into competency units is the first step to get a technique which allows to evaluate the skills of the students during the nurse residency period of the Occupational Health Nursing degree.

Key words: Occupational Health Nursing, Clinical Competence, Evaluation.

INTRODUCCIÓN

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)¹, define que los profesionales sanitarios dedicados a la salud laboral deberán vigilar la salud, tomar las medidas oportunas para tomar las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores y para ello el profesional sanitario deberá adquirir unas competencias técnicas, formativas y con capacitación acreditada.

Los Enfermeros Especialistas en Enfermería del Trabajo² ejercerán su profesión con plena autonomía técnica y científica por lo que deben adquirir y mantener las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de sus funciones en los distintos ámbitos de actuación de la especialidad.

La responsabilidad y funciones del Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo no debe limitarse a la vigilancia de la salud y a proporcionar la atención sanitaria de urgencia en el lugar de trabajo, sino que también debe extender su actividad a las circunstancias que afecten a la salud de los trabajadores, a formar e informar a los mismos, a promocionar la salud en el lugar de trabajo colaborando asimismo con el Sistema Nacional de Salud y con las Autoridades Sanitarias².

La especialidad de Enfermería del Trabajo fue aprobada en el real decreto 450/2005³, junto con el resto de las especialidades, siendo su programa formativo publicado cuatro años después en la orden SAS 1348/2009².

Según el Marco de Competencias del Continuum Educativo de Cuidados Enfermero⁴, las especialidades enfermeras en España, se englobarían dentro de la categoría de práctica avanzada, descrita como una enfermera colegiada especialista cuyas características son: enfermera colegiada especialista que ha adquirido la base de conocimientos expertos, habilidades para la toma de decisiones clínico-complejas.

En el programa formativo publicado, incluye que la denominación final del título será especialidad de Enfermería del Trabajo, con una duración de 2 años y que para acceder a ella se tendrá una titulación previa de Diplomado/ Graduado en Enfermería.

Según la Orden SAS/1348/2009², 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,

ARTÍCULO ORIGINAL

del puesto de trabajo y del entorno sociolaboral en que éste se desarrolla.

El especialista en Enfermería del Trabajo estará capacitado para desarrollar su actividad laboral, al menos, en los siguientes ámbitos:

- Servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades.
- Servicios de prevención/servicios médicos de empresa/unidades relacionadas con un medio laboral concreto (aeroespacial, subacuático, marítimo, deportivo, de inspección, educativo...).
- Centros sanitarios, servicios, unidades, instituciones de las administraciones públicas y cualquier otra entidad pública o privada con competencias en prevención de riesgos laborales/salud laboral.
- Gabinetes de salud laboral en las administraciones públicas.
- Centros de docencia e investigación en salud laboral y enfermería del Trabajo.
- Servicios de salud medioambiental.

La formación en la especialidad de enfermería del trabajo tiene como objetivo general formar a profesionales para adquirir las competencias necesarias y que puedan realizar las actividades propias de su especialidad, dirigidas a prevenir, promover, proteger y restaurar la salud de la población trabajadora con un enfoque laboral y comunitario, integrado e integral, con una base científica y un conocimiento empírico.

El programa describe las competencias básicas de carácter transversal que el EIR del Trabajo debe haber adquirido al finalizar su formación, y a la vez también describe una serie de competencias específicas que deben adquirir los enfermeros especialistas en enfermería del trabajo, agrupándolas en cinco grandes áreas: Preventiva, asistencial, legal y pericial, de gestión y docente e investigadora.

La tendencia a utilizar el enfoque por competencias en los programas de educación superior ya tiene algunos años y la investigación sobre el tema es muy abundante.

En la literatura especializada empiezan a aparecer, cada vez, más referencias sobre la evaluación por competencias y sobre las implicaciones organizativas que las metodologías de enseñanza-aprendizaje y evaluación ^{5,6}.

Gómez del Pulgar^{7,8}, teniendo en cuenta una revisión de las diferentes definiciones aporta una nueva definición, contextualizada en el ámbito de Ciencias de la Salud, específicamente en la disciplina enfermera, en la que introduce el término transferencia como la capacidad de movilizar los conocimientos y las habilidades por medio de las actitudes y valores para resolver las diferentes situaciones que se plantean en un determinado contexto y utilizando los recursos disponibles, integrando en un marco conceptual todos los elementos: "Intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes para transferirlos al contexto o situación real creando la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles"^{7,8}.

El especialista en formación desarrollará su programa formativo en 24 meses, diferenciando en formación teórica, cuya dedicación será la adquisición de conocimientos teóricos que oscilará entre el 10% y el 15% del total de la duración del programa formativo calculado sobre la jornada anual ordinaria efectiva, y una formación práctica dentro de la cual se distinguen diferentes áreas formativas. Dentro del programa de formación, se definen las actividades mínimas a realizar durante el periodo de residencia.

Para poder evaluar las competencias descritas en el programa formativo en la Orden SAS 1348/2009², refiere se llevará a cabo mediante la evaluación formativa continua, anual y final, si bien están recogidos estos elementos no aparecen en la orden SAS la forma de evaluación de dichas competencias, en el RD 183/2008⁹, en su artículo 17, hace referencia a esta evaluación formativa, así como los instrumentos que pueden utilizarse para dicha evaluación, entre los que hablan de aquellos que permiten una valoración objetiva del progreso competencial del residente según los objetivos del programa formativo y según el año de formación que este cursando. En este sentido, tras una revisión bibliográfica exhaustiva, no se ha encontrado ningún instrumento específico y validado para evaluar las competencias del enfermero especialistas según la orden SAS 1348/2009². Existe, no obstante, una escala de evaluación, validada, para la evaluación de los enfermeros generalistas, la Escala "ECOEnf"^{7,8}, a partir de la cual, y mediante su adaptación, se han desarrollado y validado instrumentos para las especialidad de Enfermería Pediátrica(Escala "ECOEnfPed"¹⁰), Cuidados Médicos- Quirúrgicos (Escala "ECOEnfMQ"¹¹) y Obstétrico-Ginecológica (Escala "ECOEnfObsGin"¹²).

Siguiendo con esta línea, comenzamos la adaptación de la escala ECOEnf, para la evaluación de los Enfermeros Residentes de la Especialidad de Enfermería del Trabajo.

ARTÍCULO ORIGINAL

Para ello, y siguiendo la primera fase del diseño de instrumentos, propuesta por Gómez del Pulgar^{7,8}, comenzamos con la agrupación de las competencias que dan respuesta a la función asistencial y que son extraídas de la orden SAS 1348/2009², en unidades competenciales (UC), siguiendo el proceso de atención de enfermería.

Por todo esto, los objetivos planteados en esta primera fase son:

- Identificar las competencias asistenciales contenidas en la orden SAS 1348/
- Agrupar las competencias asistenciales (UC) de la Orden SAS 1348/2009² para el EIR de Enfermería del Trabajo, siguiendo el proceso de atención de enfermería, en las unidades competenciales propuestas para el diseño de la Escala "ECOEnf"^{7,8}: Valoración y Diagnóstico; Planificación; Intervención y Evaluación.

MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada para este trabajo responde a un enfoque cualitativo basado en técnicas de consenso de expertos, concretamente en la realización de grupos nominales.

Tomando como referencia las fases de elaboración de la Escala "ECOEnf"^{7,8}, nos centramos en la fase 1 y comenzamos por la identificación y extracción de las competencias que se relacionan con la función asistencial, recogidas en la orden SAS 1348/2009².

- Partimos también de las Unidades Competenciales (UC) determinadas para el diseño de la escala de evaluación de competencias del grado, que se relacionan directamente con las funciones enfermeras (Tabla 1) se determinan las UC para la evaluación de residentes de la especialidad de enfermería del trabajo; y nos centramos en las UC específicas para la función asistencial: Valoración y Diagnóstico; Planificación; Intervención y Evaluación.

Tabla 1. Relación entre las funciones enfermeras, las UC de la Escala "ECOEnf"^{7,8} y las UC determinadas para la escala de evaluación de las competencias del Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo.

FUNCIONES ENFERMERAS	UNIDADES DE COMPETENCIAS ESCALA ECOENF (GRADO EN ENFERMERÍA)	UNIDADES DE COMPETENCIAS ESCALA DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE TRABAJO
Asistencia	UC1: Valoración y Diagnóstico UC2: Planificación UC3: Intervención UC4: Evaluación y Calidad	UC1: Valoración y Diagnóstico UC2: Planificación preventiva UC3: Intervención UC4: Evaluación
Investigación	En la orden CIN 2134/2008, no se contemplan	UC5: Investigación
Gestión	UC5: Gestión	UC6: Gestión
Docencia	Se integra en la UC3	UC7: Docencia
Otras competencias Transversales	UC6: Comunicación y Relación Interpersonal UC7: Actitudes y Transferencia	UC8: Comunicación y Relación Interpersonal

ARTÍCULO ORIGINAL

El siguiente paso, fue agrupar las competencias extraídas de la orden SAS 1348/20092, en las UC relacionadas con la función asistencial.

Para ello se seleccionaron expertos atendiendo a los siguientes criterios:

- Tener un mínimo de 3 años de experiencia profesional en Enfermería del Trabajo, en cualquiera de los ámbitos asistenciales que recoge la orden ministerial Orden SAS/1348/20099.
- Haber ejercido al menos 3 años en investigación, docencia o gestión en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad.

Se realizaron grupos nominales en los que participaron dichos expertos y en los que se consensuó la selección de competencias extraídas, las UC para la especialidad de enfermería del trabajo, así como la agrupación de las

mismas en las UC relacionadas con la función asistencial.

RESULTADOS

A continuación, se muestra el resultado de la agrupación de las competencias asistenciales seleccionadas y extraídas de la orden SAS, en Unidades competenciales, siguiendo la función asistencial y el proceso de atención de enfermería.

Cabe señalar que las áreas competenciales descritas en la orden SAS, incluyen competencias que se relacionan con todas las funciones enfermeras, así como competencias transversales. Por lo tanto, al realizar las agrupaciones según las UC propuestas para este trabajo, nos encontramos competencias de las distintas áreas competenciales de la orden SAS 1348/20092, que se agruparán en la UC determinadas y consensuadas por los expertos.

Tabla 2. Relación entre Competencias Orden SAS 1948/2009 y Unidad de Competencia 1 (UC1): Valoración y Diagnóstico.

UNIDAD DE COMPETENCIA 1 (UC1): VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

AREA COMPETENCIAL SEGÚN ORDEN SAS	Descriptor según orden SAS
PREVENTIVA	Detectar precozmente los factores de riesgo derivados del trabajo, así como cualquier alteración que pueda presentarse en la población trabajadora tanto sanos como enfermos
ASISTENCIAL	Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales.
LEGAL Y PERICIAL	Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las consecuencias que tiene la patología derivada del entorno laboral para la salud humana, en particular en caso de las incapacidades
LEGAL Y PERICIAL	Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las consecuencias que tiene la patología común que pudiera colisionar con la actividad laboral.
LEGAL Y PERICIAL	Detectar y valorar en el ámbito competencial de la profesión enfermera, los estados de salud que sean susceptibles de cambio de puesto de trabajo.
LEGAL Y PERICIAL	Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, de forma individualizada o en grupos.

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 3. Relación entre Competencias Orden SAS 1948/2009 y Unidad de Competencia 2 (UC2): Planificación Preventiva.**UNIDAD DE COMPETENCIA 2 (UC2): PLANIFICACIÓN PREVENTIVA**

AREA COMPETENCIAL SEGÚN ORDEN SAS	Descriptor según orden SAS
TRASVERSAL	Tomar decisiones basadas en principios éticos, conocimientos técnicos y evidencia científica.
PREVENTIVA	Colaborar, participar y en su caso dirigir las actividades de planificación y dirección relativas a la implantación de los planes de emergencia.
PREVENTIVA	Realizar campañas de promoción de la salud y fomentar una cultura de salud en el ámbito de su competencia.
GESTIÓN	Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos.
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, de forma individualizada o en grupos.

Tabla 4. Relación entre Competencias Orden SAS 1948/2009 y Unidad de Competencia 3 (UC3): Intervención.**UNIDAD DE COMPETENCIA 3 (UC3): INTERVENCIÓN**

AREA COMPETENCIAL SEGÚN ORDEN SAS	Descriptor según orden SAS
TRASVERSAL	Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos dentro de contextos más amplios relacionados con la enfermería del trabajo.
TRASVERSAL	Transmitir información, ideas, problemas y soluciones en el ámbito de la especialidad.
TRASVERSAL	Integrar conocimientos y enfrentarse a situaciones complejas, emitiendo juicios que tengan en cuenta los principios deontológicos y éticos de la profesión, así como las circunstancias sociales del medio en el que se ejerce.
TRASVERSAL	Tomar decisiones basadas en principios éticos, conocimientos técnicos y evidencia científica.
TRASVERSAL	Aplicar sus conocimientos a su trabajo en el equipo multidisciplinar de los servicios de prevención o en los que desarrolle su actividad
PREVENTIVA	Incrementar el nivel de salud de la población trabajadora, mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de riesgos derivados del trabajo, protección de la salud, y formación de los trabajadores.
PREVENTIVA	Llevar a cabo las actividades necesarias para el control y seguimiento de los mismos, profundizando en la población especialmente sensible.
PREVENTIVA	Promover la participación activa del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos a los que están expuestos, fomentando la responsabilidad laboral en materia de salud y seguridad, promoviendo la participación de la población trabajadora en planes de emergencia.
PREVENTIVA	Colaborar, participar y en su caso dirigir las actividades de planificación y dirección relativas a la implantación de los planes de emergencia.

ARTÍCULO ORIGINAL

PREVENTIVA	Realizar campañas de promoción de la salud y fomentar una cultura de salud en el ámbito de su competencia.
PREVENTIVA	Asesorar a los órganos de dirección de las empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
PREVENTIVA	Interactuar con los distintos agentes sociales: organizaciones sindicales y sociedades científicas para el desarrollo de más recursos y nuevas iniciativas para la mejora de la salud y la seguridad de los trabajadores
ASISTENCIAL	Proporcionar una atención integral a los trabajadores, ayudándoles en la recuperación de la salud y en la reincorporación al trabajo, ante todo tipo de proceso con especial incidencia en las alteraciones de origen laboral.
ASISTENCIAL	Manejar correctamente medicamentos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral, con el nivel de competencia fijado por la legislación vigente
ASISTENCIAL	Proponer e incentivar la continuidad de los tratamientos y cuidados proporcionados a la población trabajadora, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, estableciendo los canales de comunicación adecuados, coordinado si es necesario con otros profesionales sanitarios
ASISTENCIAL	Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad.
ASISTENCIAL	Realizar los procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral.
LEGAL Y PERICIAL	Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante las entidades y los organismos competentes.
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, de forma individualizada o en grupos.

Tabla 5. Relación entre Competencias Orden SAS 1948/2009 y Unidad de Competencia 4 (UC4): Evaluación.

UNIDAD DE COMPETENCIA 4 (UC4): EVALUACIÓN

AREA COMPETENCIAL SEGÚN ORDEN SAS	Descriptor según orden SAS
PREVENTIVA	Llevar a cabo las actividades necesarias para el control y seguimiento de los mismos, profundizando en la población especialmente sensible.
PREVENTIVA	Asesorar a los órganos de dirección de las empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
ASISTENCIAL	Colaborar en el equipo multidisciplinar y en su caso, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud de los trabajadores para el desempeño de su trabajo, realizando los informes oportunos.
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, de forma individualizada o en grupos.

ARTÍCULO ORIGINAL

DISCUSIÓN

La evaluación de competencias requiere la utilización de instrumentos que reúnan criterios de validez y fiabilidad^{13,14}. El primer paso para el diseño de instrumentos de evaluación requiere tener perfectamente identificadas las competencias a evaluar^{7,8}, en nuestro caso las competencias que debe demostrar el residente de la Especialidad de Enfermería del Trabajo y que vienen recogidas en la orden SAS 1348/2009², normativa que no especifica el método de evaluación de las mismas, por lo que surge la necesidad de disponer de instrumentos validados que evalúen la adquisición progresiva y final de las competencias de los residentes de esta especialidad.

Para ello, en este trabajo se muestra el primer paso para la adaptación de un instrumento de evaluación, que ya reúne criterios de validez y fiabilidad y que ha sido utilizado como referente, para el diseño de otros instrumentos de evaluación de competencias de los residentes de otras especialidades enfermeras. Se comienza por tanto la adaptación de una rúbrica para la evaluación de las competencias de la especialidad de enfermería del trabajo que continuará con las siguientes fases en las que se aplicarán criterios de validez. Fiabilidad, así como se determinará el nivel mínimo de logro exigible para los residentes en cada una de las competencias agrupadas y para cada año de especialidad.

ARTÍCULO ORIGINAL

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (Boletín Oficial el Estado, número 269, de 10-11-95).
2. 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. Boletín Oficial del Estado, nº 129, (28/05/2009).
3. Decreto 450/2005 de 22 de abril, por el que se regulan las Especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 108, (06/05/2005).
4. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Series del CIE sobre Regulación. Marco y Competencias del Continuo de Cuidados Enfermeros. Geneva, Switzerland: CIE; 2008
5. Perrenoud. Construir competencias desde la escuela. Santiago de Chile: LOM Ediciones S.A; 2003.
6. Rué J. Formar en competencias en la universidad: entre la relevancia y la banalidad. REDU: Revista de Docencia Universitaria 1 (2008): 3.
7. Gómez del Pulgar M, Beneit J, Pacheco E. "Escala ECOEnf" Instrumento para la evaluación de los objetivos-competencias que los estudiantes de grado en enfermería deben adquirir según la Orden CIN 2134/2008 de 19 de julio. Registro de la propiedad intelectual. Nº M-002145/2011.
8. Gómez del Pulgar García-Madrid, Mercedes; Pacheco del Cerro, Enrique; González Jurado, Máximo Antonio; Fernández Fernández, María Pilar; Beneit Montesinos, Juan Vicente. Diseño y validación de contenido de la escala "ECOEnf" para la evaluación de competencias enfermeras. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2017; 26(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n4/11186.php>>
9. RD 183/2008, de 8 de febrero, que determina y clasifica las especialidades en ciencias de la salud y desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado. Núm. 45 (Feb. 21, 2008)
10. Pedraza A, González Jurado M.A, Beneit J, Gómez del Pulgar M. (2014). "Escala ECOEnfPed". Instrumento para la evaluación de las competencias que los EIR de Pediatría deben demostrar según la Orden SAS 1730/2010 Registro de la Propiedad Intelectual. Registro de la Propiedad Intelectual. Núm. M-002634/2014
11. Rivero Martínez M, González Jurado M.A, Beneit J, Gómez del Pulgar García-Madrid M. "Escala ECOEnfMQ" instrumento para la evaluación de las competencias que los EIR de Cuidados Médico-Quirúrgicos deben demostrar según propuesta de programa de formación y duración, de la especialidad de enfermería de cuidados médico-quirúrgicos, de la comisión nacional de dicha especialidad, al amparo del artículo 8, 4.b, del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril de especialidades de enfermería, elevada al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de la propiedad intelectual Nº M-001621/2015
12. Fernández E, Beneit J, Gómez del Pulgar M. Instrumento para la evaluación de los residentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) según la orden SAS/1349/2009. Escala "ECOEnfObsGin". Registro de la propiedad intelectual Nº M-004573/2017.
13. Van Der Vleuten. Lessons learned in assessment. Moving beyond the psychometric discourse. Innovation in Residency Education, The International Conference in Residency Education; 2009. [Acceso el 22-10-2016]. Disponible en: <http://www.she.unimass.nl>
14. Guía evaluación de competencias en medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema. Universitari de Catalunya; 2009.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La humanización de la atención de enfermería en salud laboral

Autores:

Llanes G.¹, Bejarano D.², Márquez LM.², Ponce C.², Martínez RM.².

1) Facultad de Enfermería. Universidad de Huelva.

2) Servicio Andaluz de Salud.

Autora de correspondencia:

D^a Gloria Llanes Fernández de la Cueva.

gloriallanes@hotmail.com

Recibido: 15/11/2017

Trazabilidad editorial

Revisado: 07/12/2017

Aceptado: 26/12/2017

Citar como:

Llanes G, Bejarano D, Márquez LM, Ponce C, Martínez RM. La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. Revista Enfermería del Trabajo. 2018. 8; 1: 18-26

Resumen

La humanización de la atención, o la atención humanizada se podría definir como la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad centrada en el individuo.

Es frecuente escuchar hablar de humanización de los cuidados en muchos de los ámbitos de la enfermería y de la salud, pero no es habitual incorporar esta práctica a la Salud Laboral.

La presente revisión bibliográfica trata de arrojar un poco de luz a la Humanización de la Atención en Salud Laboral, adaptando conceptos de humanización en otros servicios sanitarios al campo de la Enfermería del Trabajo.

Muchas de las atenciones prestadas en las consultas de Salud Laboral, están inmersas en la deshumanización. La falta de tiempo, de conocimientos sobre la misma y de actitudes, son los causantes de la misma.

Para humanizar una atención en Salud Laboral, se requiere un compromiso por parte de las organizaciones o instituciones prestadoras de servicios, una actitud

receptiva por parte del trabajador y un perfil profesional adaptado y formado para humanizar.

Para ello, se plantea el Decálogo de la Humanización en Salud Laboral que tiene en cuenta aspectos como: realizar un correcto saludo y presentación, utilizar un lenguaje comprensible y adecuado a las características del trabajador, fomentar un trato educado, proporcionar información, explicar cada técnica y procedimiento, fomentar la autonomía, preservar la intimidad del trabajador, respetar la confidencialidad y tener en cuenta las actitudes que un enfermero del trabajo debe tener para conseguir una atención humanizada (tolerancia, empatía, respeto, equidad, simpatía, autenticidad).

Así, con la implicación de los profesionales y de las instituciones, se puede llegar a conseguir una Atención Humanizada en Salud Laboral.

Palabras Clave: Humanización de la atención, enfermería, enfermería del trabajo, salud laboral.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Humanization of nursing attention in occupational health

Abstract

The humanization of attention, or humanized attention, could be defined as the interaction between the knowledge of science and the values of the human being in order to establish quality assistance centered on the individual. It is common to hear about the humanization of care in many areas of nursing and health, but it is not usual to incorporate this practice into Occupational Health.

The present bibliographic review tries to throw a little light on the Humanization of Occupational Health Care, adapting concepts of humanization in other health services to the field of Occupational Health Nursing.

Many of the attentions provided in the occupational health consultations are immersed in dehumanization. The lack of time, knowledge about it and attitudes, are the cause of it.

To humanize Occupational Health care, a commitment is required from the organizations or institutions providing

services, a receptive attitude on the part of the worker and a professional profile adapted and trained to humanize.

To this end, the Decalogue of Humanization in Occupational Health is considered, which takes into account aspects such as: making a correct greeting and presentation, using a compressible language appropriate to the characteristics of the worker, encouraging an educated treatment, providing information, explaining each technique and procedure, promote autonomy, preserve the privacy of the worker, respect confidentiality and take into account the attitudes that a nurse must have to achieve humanized attention (tolerance, empathy, respect, fairness, sympathy, authenticity).

Thus, with the involvement of professionals and institutions, you can achieve Humanized Care in Occupational Health.

Keywords: Assistance Humanization, nursing, occupational health nursing, occupational health.

INTRODUCCIÓN

Según el Diccionario de la Lengua Española humanizar es "hacer humano, familiar, afable a alguien o algo". "Es ablandarse, desenojarse, hacerse benigno"¹.

Los seres humanos son estructuras complejas, pluridimensionales y vulnerables². Son seres únicos y trascendentes que existen en relación con otros y están inmersos en un contexto familiar y social, con creencias y valores enraizados en la cultura³.

Dadas las propias características del ser humano, queda manifestada la necesidad de una atención y una práctica humanizada en todas las relaciones en las que se ven involucrados, entre ellas las relaciones con los profesionales de la enfermería.

La asistencia a los usuarios de los sistemas sanitarios se está viendo engrandecida en la actualidad, gracias a los avances tecnológicos y la evolución científica de la atención sanitaria, pero estos importantes avances que enriquecen la atención a la salud, en ocasiones puede llegar a invadir el espacio del propio acto humano de la atención a la persona⁴. Dicha tecnificación junto con la lucha por la

eficiencia y el control de los recursos económicos, hacen en muchas ocasiones que la atención se anteponga a aspectos administrativos, financieros y procedimentales más que a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano⁵.

“La esencia de la enfermería implica un proceso comprometido de humano a humano”

La esencia de la enfermería implica un proceso comprometido de humano a humano⁶, y la esencia de la atención humanizada está centrada en la sensibilidad, la reflexión sobre su práctica, la ciencia y el arte⁷. Por tanto, para conseguir una atención humanizada, se debe tener en cuenta la humanidad de los usuarios.

La humanización de la atención, o la atención humanizada se podría llegar a definir como la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad centrada

ARTÍCULO DE REVISIÓN

en el individuo⁸, siendo una acción compleja e integral que requiere el respeto de las necesidades de cada sujeto⁹.

Además, humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud, pero para hablar de humanización tienen que entrar en el juego el diseño políticas y programas en pro de conseguir velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano⁵.

Por todo ello, una atención humanizada en enfermería es el acto de asistir al individuo y a la colectividad a partir del reconocimiento del otro como igual, en cuanto a su dignidad de ser humano, reflexionando acerca de sus necesidades de salud y de sus respuestas a esas necesidades, asistiéndolo siempre a partir del respeto⁶.

La humanización hoy en día, está cobrando cada vez más importancia, probablemente porque vivimos en un mundo deshumanizado y deshumanizante donde el individuo no es más que un sujeto de consumo, incluso en los servicios de salud², de ahí la importancia de humanizar nuestras atenciones.

Con esta revisión se pretende que el personal de enfermería del trabajo, adquiera conocimientos sobre la humanización de la atención en salud laboral, las causas de la deshumanización y las estrategias que están al alcance de los profesionales para lograr una atención humanizada.

Los objetivos del presente estudio son: definir la humanización de la atención en la salud laboral, establecer las causas de la deshumanización en las consultas de enfermería del trabajo y trazar estrategias para conseguir la humanización en este ámbito.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión de la literatura científica en busca de los principales documentos relacionados con la humanización de la atención en la enfermería y, en concreto con la humanización de la atención en Salud Laboral.

Las bases de datos incluidas en esta revisión fueron Pubmed, Cinhal, Scopus, The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cuiden y Cuiden plus.

Se utilizaron los descriptores: Humanización de la atención, enfermería, enfermería del trabajo, salud laboral.

Se incluyeron artículos y tesis doctorales publicadas en el periodo comprendido entre Noviembre de 2009 y Noviembre de 2017, escritos en idioma inglés, portugués o

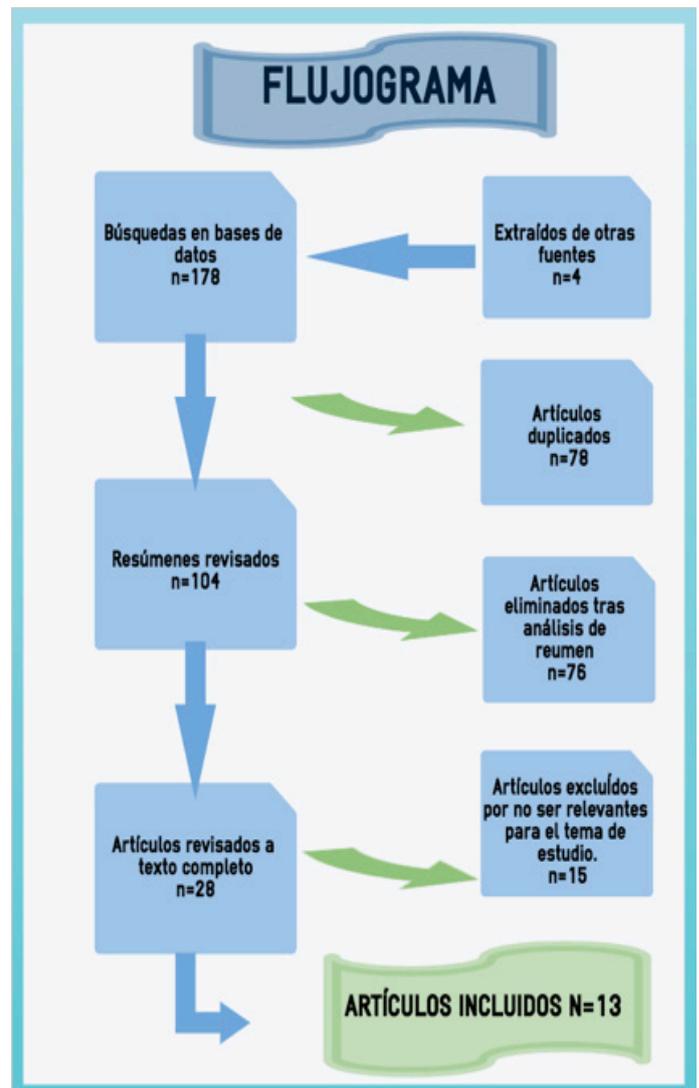
español, relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria y/o la salud laboral.

Se excluyeron aquellos artículos relacionados con la humanización en casos concretos de enfermedad, la humanización de la asistencia en niños/adolescentes y aquellos artículos que versaban sobre algún tema concreto e incluían trazas de humanización.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 182 artículos, entre los que se encontraban duplicados, 78 de ellos. Se seleccionaron pues para evaluar 104, excluyendo 76 tras el análisis del resumen. Los 28 artículos restantes se analizaron a texto completo, excluyendo 15 de ellos por no ser relevantes para el tema de estudio (Figura 1). Finalmente, 13 artículos fueron los que se incluyeron en esta revisión (Tabla 1).

Figura 1. Flujoograma de la revisión.



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tabla 1. Artículos seleccionados.

TÍTULO	REVISTA	AÑO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria	Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid	2016-2019	Líneas y programas de actuación para mejorar la humanización de la asistencia sanitaria en todos los centros, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Sanidad.	Bien estructuradas las definiciones de humanización de la atención y cómo llevar a cabo un sistema sanitario humanizado.
Humanización de los cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional	Enfermería docente	2010	Artículo especial. Decálogo: Humanización en los cuidados.	Las enfermeras como autogestoras de la humanización de los cuidados.
Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería	Aquichan	2013	Editorial	Se presentan estrategias para promover la humanización de la atención.
Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI	Medicina y seguridad del trabajo	2017	Artículo especial de revisión	Se presenta la interacción entre las políticas de humanización y las metas de la salud laboral.
La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado	Cuidarte	2016	Artículo de reflexión	Se señalan algunos aspectos desde la ética y la integralidad que contribuyen a humanizar los servicios de salud involucrando a los profesionales, gestores de salud y usuarios
Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería	Ciencia y enfermería XXI	2015	Investigación cualitativa	Se concluye que el atributo de humanización está implícito en el cuidado de enfermería.
Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem	Revista Brasileira de enfermagem	2010	Investigación cualitativa sobre la relación entre la hospitalidad, el cuidado y la enfermería.	La humanización y la hospitalidad como un gesto de acogimiento, altruismo, cariño, cuidado
Manual General de Enfermería. Humanización del Cuidado.	División Enfermería	...	Revisión	Se trata la definición de humanización así como los aspectos de la relación enfermera paciente.
Humanizaçã: uma leitura desde a compreziã de la enfermerãa profissional	Revista de enfermãria Gaucha	2010	Estudio cualitativo	La seguridad y la tranquilidad de los pacientes viene determinada en muchas ocasiones por la práctica humanizada (respeto, intimidad, cariño, ética ...)
Spirituality and humanization according to nursing undergraduates: an action research	Investigaci3n y educaci3n en enfermerã	2015	Investigaci3n cualitativa	Se considera necesaria la inserci3n de la espiritualidad y de la humanizaci3n en el desarrollo de competencias para el apoyo individualizado del paciente y su familia.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Plan de Humanización Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura	Junta de Extremadura	2007-2013	Plan de Salud	Objetivos y líneas de actuación relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria
The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions.	Investigación y educación en enfermería	2016	Investigación cualitativa fenomenológica	Para conseguir una atención humanizada se requiere de esfuerzos por parte de las instituciones de salud, los profesionales de la enfermería y los usuarios.
Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo	Medicina Paliativa	2010	Artículo especial	Los cuidados paliativos como modelo de la humanización de la asistencia sanitaria

La humanización de la atención en los servicios de salud, es un concepto que adquiere especial relevancia en aquellas unidades altamente tecnificadas, en las que el cuidado del paciente requiere de una gran especialización y conocimientos³. Se habla mucho de humanización de la atención y más aún de humanización de cuidados en servicios como oncología, cuidados paliativos, unidades de hospitalización, hemodiálisis, unidades de cuidados críticos.

No es el caso de la enfermería del trabajo, de ahí que se plantee: ¿es posible humanizar la atención en la consulta de salud laboral?

La literatura científica no es generosa cuando de humanización y salud laboral se trata, no existen estudios en este ámbito tan concreto, es por ello que se pretende hacer una definición de la humanización de la atención en salud laboral, en base a la información encontrada para otras disciplinas, consiguiendo una adaptación de la misma al ámbito de salud que ocupa esta revisión.

Humanizar la atención en la consulta de enfermería del trabajo, significa prestar al trabajador una óptima atención, resaltando la sensibilidad, ética y dignidad humana, y favoreciendo una fluida comunicación e información al trabajador y al resto de profesionales integrantes del equipo multidisciplinar⁵. Para humanizar, deben establecerse relaciones afectivas interpersonales, basadas en la confianza, donde se propicie un clima agradable, una buena comunicación, escucha y empatía, propiciando así el desarrollo de una relación auténtica y humana.

Es importante humanizar la práctica del enfermero del trabajo para que el trabajador se sienta acogido mientras dure su estancia en el centro, que se encuentre valorado, respetado y escuchado y sólo así se conseguirá aumentar la calidad del servicio prestado³, pero realmente la humanización es mucho más que ser amable. Es un compromiso activo y una responsabilidad de cada uno de nosotros¹.

En la humanización de la atención en Salud Laboral, intervienen factores directamente relacionados con:

- *Los profesionales:*

Se requiere un bienestar profesional y unas condiciones de trabajo adecuadas para llevar a cabo una conducta humanizada.

Es importante que los profesionales en salud laboral estén concienciados y sensibilizados con respecto a la atención de los trabajadores, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores siendo en este aspecto fundamentales, la motivación y la actitud frente a la humanización de la atención¹⁰ en Salud Laboral.

Además se requiere cierta formación en la materia, dado que por lo general, la formación recibida por los profesionales ha abundado en su aspecto científico pero con una mínima o nula preparación humanística y en técnicas de habilidades de comunicación¹¹.

- *Las organizaciones:*

Para humanizar la atención en Salud Laboral, van a ser necesarios cambios en las estructuras de las organizaciones e instituciones^{4,5}.

Los esfuerzos por parte de las instituciones prestadoras de servicios de Salud Laboral, son los elementos claves para avanzar desde la atención impersonal hacia la atención humanizada, ya que permitirá revisar y eliminar las barreras que se presenten en el ejercicio actual de la atención prestada^{4,12}.

- *Los trabajadores:*

La actitud de los trabajadores influirá en la atención humanizada prestada. Los trabajadores deben mostrarse

ARTÍCULO DE REVISIÓN



receptivos para conseguir llegar a una atención de calidad y humanizada.

Los trabajadores están cada vez mejor informados y con mayor accesibilidad a la información y por ello llegan a valorar cada vez más todo lo relacionado con su salud. Empiezan a ser conscientes de que una buena salud laboral repercute en la calidad de vida y es por ello que en cierta manera, exigen a los profesionales una mejor atención y preparación^{4,11}.

Con la humanización de la atención en la consulta de salud laboral, se pretende conseguir:

- Reducir la vulnerabilidad de los trabajadores cuando acuden a su reconocimiento médico laboral.
- Que el trabajador quede perfectamente informado sobre todos los aspectos que engloban su reconocimiento médico.
- Proporcionar un ambiente de confort donde se transmita confianza y seguridad.

Para ser capaces de humanizar la atención en salud laboral, hay que ser conscientes de la deshumanización, que en la mayoría de los casos sufre y de las causas de la misma¹³.

Son los profesionales de la enfermería del trabajo, junto con el resto de miembros del equipo multidisciplinar, los responsables de combatir dicha despersonalización y deshumanización en las consultas^{4,13}.

En líneas generales, la deshumanización en la de enfermería del trabajo puede ser debida a :

- El actual modelo de prestación de servicios, sobre todo de los Servicios de Prevención Ajenos, que suelen estar determinados por el gran sistema de relaciones económicas y que al priorizar la relación costo-beneficio hace del ejercicio profesional una carga desgastante, limita la actividad creativa y favorece la deshumanización de las relaciones laborales⁶.
- La relación limitada entre enfermeros del trabajo y trabajadores, sobre todo por encontrar consultas sobrecargadas y por la periodicidad que requieren los reconocimientos médicos. (La relación se limita a una o dos veces al año).
- La pérdida de autonomía que puede sufrir el enfermero del trabajo, en el ejercicio propio de la enfermería, relegándose su trabajo a una mera realización de pruebas sin más.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- La tecnificación. La atención que se presta a los trabajadores cuando acuden a su reconocimiento médico laboral, está cada vez más tecnificada y menos humanizada.
- La sobrecarga de trabajo como punto fundamental de la deshumanización^{2,4}.
- El síndrome de burn-out que sufren a menudo este tipo de profesionales debido a las características propias del trabajo que realizan^{2,4}.
- Las características estructurales y organizativas de las empresas en las que se prestan los servicios, la falta de recursos y la existencia de normas rígidas^{3,4}.

Una vez se haya tomado conciencia de la deshumanización que sufren las consultas de salud laboral, se hace necesario trabajar para la humanización de las atenciones en las mismas. Para ello, los profesionales de la enfermería del trabajo son un pilar fundamental. Es frecuente que sean ellos los encargados de entablar un primer contacto con el trabajador, momento esencial para empezar a humanizar.

Quizás no haya sido planteada la humanización en una consulta de enfermería del trabajo, quizás aún después de entender qué es humanizar atenciones en salud laboral y cuáles son las causas de la deshumanización que se sufre en este ámbito, aún los profesionales no están preparados para empezar a humanizar en sus consultas ¿porqué?. Pues probablemente por falta de estrategias concretas encaminadas a conseguirlo, y en muchas ocasiones también por falta de compromiso de las organizaciones o instituciones.

Se habla de reducir la vulnerabilidad, de propiciar un clima de confort y confianza ... ¿pero cómo se consigue?

Para ayudar a resolver las incógnitas, este documento aporta una serie de estrategias para humanización de la atención en salud laboral, en forma de decálogo (Figura 2):

1. SALUDO Y PRESENTACIÓN.

Es fundamental para cualquier relación humana. Se debe saludar al trabajador y presentarse como personal que va a prestar la atención, indicando el nombre y la categoría profesional. De igual manera, favorecer que el trabajador se presente para poder, a partir de este punto, llamarlo por su nombre.

La despedida al trabajador debe ir en la misma línea.

2. UTILIZAR UN LENGUAJE COMPRENSIBLE Y ADECUADO.

La comunicación es uno de los pilares básicos de las relaciones humanas. El lenguaje a utilizar debe ser adecuado para el trabajador con el que se trata, de forma que pueda entender en todo momento lo que se quiere decir. Además es importante la utilización del lenguaje no verbal que apoye el discurso.

3. TRATO EDUCADO.

El trato con el trabajador debe ser educado. Además de llamarle por su nombre, se deben utilizar en la conversación palabras como gracias, perdón, por favor ... En muchas ocasiones la falta de tiempo hace olvidar estos requisitos indispensables para un trato humanizado.

4. PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Toda la información que demande el trabajador durante su relación con el enfermero del trabajo, debe ser proporcionada. La información puede ser relativa a su reconocimiento médico, al resto de profesionales que tienen que atenderle, a algún aspecto concreto de su salud que se haya detectado, etc.

5. EXPLICAR CADA TÉCNICA Y CADA PROCEDIMIENTO.

De forma clara y precisa, se explicará cada técnica o procedimiento relativo a la atención que se va a prestar, así se consigue disminuir la ansiedad del trabajador, sobre todo cuando se trata de alguna técnica dolorosa o acuden a la consulta inmersos en el miedo a lo desconocido.

6. FOMENTAR LA CERCANÍA Y EL CONTACTO FÍSICO.

Nunca está de más que el trabajador se sienta acogido, seguro e inmerso en un clima de confort. El profesional debe prestarse a ser una persona cercana al trabajador, y se puede fomentar el contacto físico si se considera oportuno.

7. RESPETAR LA INTIMIDAD DEL TRABAJADOR.

La privacidad no deja de ser un requisito esencial para el desarrollo personal, es un derecho fundamental que extiende esa condición de la esfera estrictamente personal a su vida familiar y laboral, su imagen, su honor, etc.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

8. FAVORECER LA AUTONOMÍA.

Se debe fomentar la autonomía de los trabajadores sobre todo referida a la toma de decisiones sobre su salud. La toma de decisiones sobre aspectos concretos del autocuidado o de las pautas a adoptar para la promoción de salud del trabajador, deben ser compartidas.

9. RESPETAR LA CONFIDENCIALIDAD.

De forma ligada a preservar la intimidad, se debe también tener en cuenta la protección de datos y el secreto profesional. Los enfermeros del trabajo deben estar preparados para abordar una política de buenas prácticas en este sentido, en base a:

- Utilizar usuarios y contraseñas en los dispositivos que acumulan datos médicos de los trabajadores.
- Hacer buen uso de las imágenes si las hubiera.
- Respetar las normas de la institución respecto a la cesión de los datos de los trabajadores a otros profesionales o empresas.
- Destruir de forma correcta todos los documentos con información relativa a los trabajadores.
- Evitar el envío de documentación del trabajador por correo electrónico.
- Tener precaución al usar el ordenador profesional fuera de la empresa, especial cuidado al conectarlo con redes Wi-Fi de fuera de la institución.
- De igual modo, tener precaución con el uso personal del ordenador profesional.
- Evitar los comentarios “de pasillo” cuando hacen referencia a datos personales o de salud de los trabajadores.
- Respetar los derechos de los trabajadores respecto a la protección de datos (derecho de acceso a los datos, de rectificación, de cancelación y de oposición).
- Cuidar la información sobre los trabajadores que se proporciona a terceros.

Figura 1. Decálogo para la humanización de la atención en salud laboral.



10. T. E .R. E. S. A

Como último punto del decálogo, las características que un enfermero del trabajo tiene que tener para poder humanizar la atención prestada a los trabajadores son:

- T: Tolerancia. Se debe ser tolerante para con las ideas y creencias del trabajador.
- E: Empatía. Saber ponerse en el lugar del trabajador.
- R: Respeto. Tener en cuenta al trabajador en sus diferencias individuales.
- E: Equidad. Tratar al trabajador como un igual. Juzgar con imparcialidad.
- S: Simpatía. Demostrar afecto.
- A: Autenticidad. Comportarse tal y como se es, siendo además congruente en los discursos.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DISCUSIÓN

La humanización de la atención en las consultas de enfermería del trabajo es posible gracias a la implicación de los profesionales, los trabajadores y las organizaciones. Una buena atención humanizada conllevará un aumento de la satisfacción por parte de los trabajadores y empresas, por tanto un mayor prestigio para las organizaciones en salud laboral que pongan en marcha esta práctica.

Los profesionales de enfermería del trabajo, también pueden verse beneficiados al prestar cuidados humanizados. Conseguirán una mayor satisfacción profesional e incluso personal, en muchas ocasiones. Los trabajadores manifestarán gratificación con el trato recibido y por tanto,

los profesionales estarán mucho mejor valorados.

Dicha satisfacción profesional y dicha valoración del trabajo realizado, disminuirá problemas como el desgaste profesional o síndrome de Burnout, el estrés moral o que se perciba la atención como inadecuada.

No obstante, con la implicación de los profesionales no es suficiente, suelen faltar recursos humanos para que esa atención humanizada sea de calidad. Por ello, las organizaciones juegan un importante papel en este sentido. Sólo así, con una implicación directa de la institución y los profesionales, se conseguirá alcanzar la humanización de la atención en Salud Laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016-2019. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Ed 1/2016. ISBN: 978-84-451-3563-1.
2. Quero M, Molina N. Humanización de los cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. *Enferm docente*. 2010; 92: 20-2.
3. Moreno, ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan*. 2013; 13 (2): 146-147.
4. Gálvez M, Gómez JM, Delgado M, Cruz M, Ferrero M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Med.segur.trab*. 2017. 63(247): 103-119.
5. CORREA ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev. cuid*. 2016. 7 (1):1210-1218.
6. Espinosa Á , Enríquez C, Leiva F, López M, Castañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. *Cien.enferm*. 2015 21(2): 39-49.
7. Carvalho DC., Waterkemper R, Silveira S, Carraro TE, Radünz V. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. *Rev.bras.enferm*. 2010. 2:63
8. Manual General de Enfermería. Humanización del Cuidado. División Enfermería. Hospital de Clínicas.
9. Duarte M, Noro A. Humanizaçã: uma leitura desde la compreziã de la enfermerãa profesional. *Rev. Enferm Gaucha* 2010. 31 (4) : 685-92.
10. Coscrato G, Villela Bueno SM. Spirituality and humanization according to nursing undergraduates: an action research. *Invest.educ.enferm*. 2015. 33(1): 73-82.
11. Plan de Humanización Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura. 2007 -2013. Junta de Extremadura. 1ª Ed. ISBN: 978-84-96958-02-9.
12. Beltrán OA. The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. *Invest.educ.enferm*. 2016. 34(1): 18-28.
13. Maestre BR. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medipa*. 2010. 20(1): 19-25.

FORMACIÓN CONTINUADA

Actualización en vacunas recomendadas en el medio laboral

Autores:

Ferreiro I.¹, Pérez A.².

1) Hospital Lucus Augusti.

2) Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos.

Resumen

Las vacunas han supuesto un gran avance en el campo de la salud pública pues han permitido reducir la aparición y la mortalidad de un gran número de enfermedades infectocontagiosas.

La vacunación de la población debe realizarse de forma sistemática, siguiendo las recomendaciones de

los gobiernos. En el medio laboral las vacunas son un arma fundamental para evitar el contagio de aquellos trabajadores expuestos a riesgos biológicos. Los continuos cambios en los calendarios de vacunación exigen una formación continuada en la materia a los profesionales que se encargan de la prescripción y administración de las mismas.

Palabras clave: Vacunas, medio laboral, riesgo biológico.

Update on recommended vaccines in the labor environment

Abstract

Vaccines have been a great advance in the field of public health since they have reduced the occurrence and mortality of a large number of infectious diseases.

Vaccination of the population should be carried out in a systematic manner, following the recommendations of the

governments. In the workplace, vaccines are a fundamental weapon to prevent the spread of those workers exposed to biological risks. The continuous changes in vaccination calendars require a continuous training in the matter to the professionals who are in charge of the prescription and administration of the same.

Keywords: Vaccines, work environment, biological risk.

INTRODUCCIÓN

La aparición de las vacunas ha supuesto un gran avance en salud pública pues su administración de forma sistemática ha conseguido reducir la aparición y la mortalidad de enfermedades infecciosas tanto en adultos como en niños a nivel mundial.

A principios del siglo XX se comenzaron a usar de forma masiva las vacunas en países desarrollados. En 1974, la OMS se propone llevar a países subdesarrollados vacunas como BCG, difteria, tétanos, tosferina, poliomelitis y sarampión.

La administración sistemática de las vacunas a la población infantil ha permitido eliminar en nuestro país enfermedades como la poliomelitis o la disminución del número de casos de patologías como el tétanos o la difteria.

Dado que las vacunas son un medio eficaz y seguro, debe

recordarse que la vacunación debe llevarse a cabo a lo largo de la vida. Las distintas campañas de vacunación lanzadas desde las administraciones públicas y dadas a conocer a la población a través de los distintos medios de comunicación han producido un aumento de la concienciación de la población de la importancia de estar correctamente vacunado. Cada vez son más, por ejemplo, los mayores de 65 años que acuden cada año a su centro de salud para que le sea administrada la vacuna de la gripe.

Este trabajo de concienciación debe realizarse también en el medio laboral, siendo los enfermeros del trabajo una pieza fundamental para llevar a cabo la función de formación/información y concienciación de la población en edad laboral de la relevancia de la prevención del contagio de enfermedades infecciosas en el puesto de trabajo.

Si bien, los calendarios de vacunación del adulto y los del medio laboral deben ir parejos, el riesgo de contagio de determinadas enfermedades en el ámbito laboral va a

FORMACIÓN CONTINUADA

dependen fundamentalmente de las tareas y medios de prevención que existan en el puesto de trabajo.

A lo largo del año 2017 desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se han venido publicando actualizaciones de las recomendaciones de las pautas de vacunación en adultos que deben ser tenidas en cuenta por los profesionales de la salud.

Vacunas recomendadas en el medio laboral

1. Vacuna de Gripe.

La gripe es una enfermedad respiratoria causada por virus cuya transmisión se realiza de forma fácil y rápida y que puede causar múltiples complicaciones produciendo una elevada mortalidad en determinados grupos de población con otras comorbilidades.

“ **Los virus más peligrosos son los virus de las cepas “A” y “B” ya que son los responsables de causar epidemias.** ”

Los virus más peligrosos son los virus de las cepas “A” y “B” ya que son los responsables de causar epidemias.

En general se recomienda la vacunación antigripal en aquellos grupos de población susceptibles de padecer complicaciones.

En particular el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación antigripal para aquellos trabajadores en activo mayores de 65 años, personal sanitario y no sanitario que pueda estar en contacto con pacientes de alto riesgo, personal que trabaje en instituciones cerradas y trabajadores al servicio de la comunidad (docentes, policías, bomberos, voluntarios, etc.), así como trabajadores expuestos directamente a aves o a cerdos en granjas o explotaciones avícolas o porcinas y aves silvestres.

Pauta de vacunación:

Se recomienda una dosis anual vía intramuscular o subcutánea profunda en deltoides.

Volumen administrado en adultos: 0,5ml.

2. Vacuna de Tétanos y Difteria.

El tétanos está causado por la toxina de la bacteria *Clostridium tetani* que produce en el hombre espasmos musculares dolorosos y rigidez. Se trata de una bacteria anaerobia que produce esporas y que se encuentra con frecuencia en el suelo, heces de animales y metales oxidados.

La difteria es una enfermedad respiratoria infecciosa causada por una exotoxina de la *Corynebacterium diphtheriae*. Se caracteriza por producir a nivel de las mucosas del sistema respiratorio superior y sistema digestivo superior pseudomembranas de carácter fibrinoso fuertemente adheridas a la mucosa que dificulta o incluso pueden llegar a impedir la deglución y dificultad para respirar.

En general, se recomienda la vacunación tétanos-difteria a todas las personas en edad laboral.

En 1965 comenzó a administrarse la vacuna de difteria, tétanos y tosferina en España con una pauta de dos dosis administradas entre 3 meses y tres años. La tercera dosis se incluyó en 1967. El calendario de vacunación aprobado en 1975 recomendaba 6 dosis de vacuna antitetánica y 4 de difteria, y en 1995 se incluyeron en el calendario de vacunación infantil dos dosis más de difteria.

Se recomendaba también la administración de una dosis de recuerdo de tétanos difteria cada 10 años en adultos.

Pauta de vacunación:

Actualmente, tras la revisión por parte del Ministerio de Sanidad de las recomendaciones de vacunación de tétanos difteria en marzo de 2017, la primovacunación en adulto incluye tres dosis a los 0,1 y 6 meses tras las segunda dosis y dos dosis más, una de recuerdo al año y otra 10 años hasta completar 5 dosis.

Si la primovacunación está incompleta, se completará el calendario hasta ser administradas 5 dosis en total con la pauta anterior. Se tendrán en cuenta todas las dosis administradas.

En aquellas personas que tengan un calendario de vacunación infantil completo, se deberá administrar únicamente una dosis de tétanos difteria a los 65 años.

Antes de iniciar la vacunación de tétanos difteria, se debe hacer por tanto una valoración individualizada de cada caso.

En caso de tratarse de heridas, la pauta pos-exposición se resume en la siguiente Tabla:

FORMACIÓN CONTINUADA

Tabla 1. Indicación de vacunación tétanos-difteria tras heridas.

DOSIS VACUNA	Herida limpia		Herida potencialmente infectadas ¹	
	Vacuna Td	IGTb	Vacuna Td	IGTb
< 3 dosis o desconocida	Sí (completar pauta primovacuna)	NO	Sí (completar pauta primovacuna)	Sí
3 ó 4 dosis	No (Administrar 1 dosis si hace más de 10 años de la última)	NO	NO Administrar 1 dosis si hace más de 5 años de la última)	NO
5 ó más dosis	NO	NO	NO (Valorar la administración de 1 dosis si hace más de 10 años de la última, en función de las características de la herida)	NO

^aEn caso de **inmunodeprimidos y personas que se inyectan drogas**, se administrará una dosis de inmunoglobulina ante heridas potencialmente tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

^bIGT: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

¹**Heridas potencialmente tetanígenas:** heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, lesiones cutáneas ulceradas crónicas (especialmente en diabéticos), fracturas con herida, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que esta se retrasa más de 6 horas, y aquellas que se presenten en pacientes que tienen sepsis.

²Aquellas heridas potencialmente tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presente grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo), recibirán una dosis de inmunoglobulina.

Fuente: Recomendaciones de Vacunación en Adultos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2017.

La administración debe realizarse intramuscular profunda.

3. Vacuna de Tosferina.

Se trata de una enfermedad causada por Bordetella pertussis, una bacteria con afinidad por el aparato respiratorio superior, presentándose más casos en niños

en los primeros años de vida y en los que puede causar la muerte. Se manifiesta como un proceso catarral acompañado de tos de unos 20 días de duración.

La inmunidad de la vacuna es de corta duración, por ello, actualmente, las recomendaciones de vacunación frente a la enfermedad incluyen a neonatos y embarazadas ya que se ha demostrado que la vacunación durante el embarazo es capaz de prevenir la enfermedad en bebés menores de tres meses.

A nivel laboral solamente se recomienda la vacunación a personal sanitario en contacto directo con prematuros y niños que requieran hospitalización.

Pauta de administración:

La primovacuna consistirá en tres dosis de dTpa a los 0,1 y 6 meses si se precisan las vacunas de tétanos y difteria. Si la primovacuna está completa se administrará una dosis de dTpa independientemente de la vacuna usada y del tiempo transcurrido desde la última dosis de TD.

Si el trabajador ha recibido 5 ó 6 dosis (en la infancia) puede administrarse una dosis de dTpa a partir del mes de la última dosis de Td o dTpa.

4. Vacunas de Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

El sarampión, la rubéola y la parotiditis son producidas por virus. El reservorio en los tres casos es el hombre. La transmisión del sarampión es vía aérea, a través de aerosoles producidos después de la tos o un estornudo, o bien mediante contacto con secreciones nasales o faríngeas de una persona infectada. Se manifiesta con fiebre, malestar general y exantema generalizado. Son características también del sarampión las manchas de Koplik, que aparecen en boca y mucosa. En adultos y lactantes la infección puede complicarse con encefalitis,

FORMACIÓN CONTINUADA



neumonía, laringitis y bronquitis.

La rubéola también se transmite por vía aérea y a través de contacto directo con pacientes infectados que presenten signos de enfermedad o se encuentren en periodo de incubación. Se presenta con fiebre, erupción cutánea rosácea que avanza desde la región craneal a la caudal de forma progresiva, siendo más intensa en el tronco, dolores articulares e incluso encefalitis. Las complicaciones de la enfermedad pueden llegar a ser graves, y más aún en la mujer embarazada ya que puede producir abortos, muerte fetal o alteraciones congénitas.

Por su parte, la parotiditis, también se transmite por vía aérea y a través de gotas de Flügge o tras contacto con la saliva incluso en periodo de incubación. La fiebre y la inflamación de las glándulas salivales caracterizan el cuadro. Las complicaciones que se dan con más frecuencia son la meningitis y la inflamación de los testículos, que en varones adultos puede producir esterilidad. En la mujer adulta también se puede producir ovaritis, y en embarazadas pueden producirse abortos espontáneos.

Pauta de administración:

En adultos, al igual que en el ámbito laboral, se recomienda la vacunación con una dosis de triple vírica si no han sido vacunados previamente, no existe registro documentado de haber padecido las enfermedades en la infancia o no hay evidencia de inmunidad de laboratorio.

Si se trata de personal sanitario, se recomienda la administración de dos dosis en aquellos trabajadores con altas posibilidades de contacto con pacientes infectados separadas al menos 4 semanas.

Es importante recordar que la vacuna triple vírica está formada por virus atenuados por lo que está contraindicada en embarazadas, debiendo evitarse el embarazo al menos durante un periodo de cuatro semanas posteriores a la administración de la misma. Contiene además proteínas

de huevo por lo que no debe administrarse tampoco a aquellas personas que son alérgicas a la proteína del huevo.

5. Vacunas de Hepatitis "A" y "B"

La hepatitis "A" es una enfermedad causada por un virus ARN que causa inflamación del hígado. El reservorio es el hombre, algunos chimpancés en cautiverio y otros primates. La transmisión del virus es feco-oral, mediante la ingesta de frutas, verduras, mariscos crudos o agua contaminadas. La transmisión también se puede producir después de transfusiones sanguíneas o hemoderivados.

Actualmente y debido a la falta de abastecimiento de la vacuna desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se recomienda vacunar solamente a grupos de riesgo. En el caso de trabajadores, se consideran grupo de riesgo a aquellos que viajan a zonas endémicas y aquellos que desarrollan su trabajo en laboratorios manipulando muestras contaminadas o que trabajan con primates.

Por su parte, la hepatitis "B" está causada por un virus que provoca inflamación del hígado. Se transmite por contacto con fluidos corporales como sangre, semen u otros fluidos contaminados. También se puede transmitir madre-hijo en el canal del parto.

Al igual que en el caso de la hepatitis "A", actualmente existen problemas de suministro de esta vacuna y desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se recomienda la vacunación en grupos de riesgo. En el caso de adultos en edad laboral, se recomienda la vacunación de trabajadores que hayan sufrido un accidente laboral con riesgo biológico y personal que trabaje en instituciones penitenciarias, así como aquellos trabajadores que viajen a zonas endémicas con comportamientos de riesgo.

Pauta de vacunación:

FORMACIÓN CONTINUADA

Los trabajadores sanitarios que han sido vacunados con tres o más dosis pero que no se hicieron en el momento serológicas posteriores a la administración de la vacuna, deben realizarse un recuento de anticuerpos frente al antígeno de superficie de la hepatitis "B" (anti HBs). Si tras ese recuento los anti HBs son iguales o superiores a 10 mUI/ml, entonces se considera que está correctamente vacunado. Si el recuento de anti HBs es menor de 10mUI/ml, debe administrarse una dosis de vacuna de Hepatitis B y hacer cuantificación entre el mes y dos meses posteriores a la administración de la vacuna.

En caso de que la cuantificación de anti HBs tras la administración de la vacuna sea igual o superior a 10mUI/ml, no es necesario hacer controles posteriores y se considera que el trabajador está protegido.

Cuando las cuantificaciones son negativas deben administrarse dos dosis más de vacuna hasta completar la pauta y medirse los antiHBs entre 1 y 2 meses después de la administración de la última dosis.

Si al acabar la pauta completa con las tres dosis de vacuna de Hepatitis "B" la cuantificación de anti HBs continuara siendo igual o menor a 10mUI/ml, se considera que el trabajador es no respondedor y debe realizarse el seguimiento del trabajador tras cada exposición accidental.

En caso de exposición accidental, además de seguir las recomendaciones anteriores, se recomienda la administración de inmunoglobulinas de Hepatitis B en los siguientes casos (Tabla 2):

Tabla 2. Administración de inmunoglobulina de Hepatitis "B" tras exposición accidental con fuente con antígeno HBs positivo o desconocido

No respondedores tras 6 dosis.	Administrar dos dosis de IGHB separadas un mes.
Recuento de anti HBs desconocidos después de tres dosis.	Administrar una dosis de IGHB.
No vacunados, vacunación incompleta o negativa a vacunación.	Administrar una dosis de IGHB.

Fuente: Recomendaciones de utilización de vacunas frente a hepatitis "A" y "B" para adultos en situación de problemas de suministro. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2017

6. Vacuna de varicela.

La varicela es una enfermedad causada por el virus varicela zóster. Se presenta sobre todo durante la infancia con exantema, fiebre y malestar general. El contagio se produce vía aérea y después del contacto con las lesiones cutáneas. Es más frecuente en primavera.

La evolución de enfermedad es benigna, si bien en adultos, adolescentes e inmunocomprometidos las complicaciones de la misma pueden llegar a ser graves.

En el ámbito laboral, se recomienda la vacunación al personal sanitario.

Se consideran inmunes frente a la varicela los trabajadores que tienen documentación escrita de haber padecido la enfermedad, aquellos que han recibido dos dosis de vacuna y en los que las serologías de laboratorio son positivas.

Pauta de administración:

Se deben administrar dosis de la vacuna con un intervalo de 4 semanas.

Se administrará una única dosis si el trabajador sanitario ya ha recibido una dosis anteriormente.

La presentación de exantema postvacunal implica la separación del profesional sanitario de aquellos servicios donde existan pacientes de riesgo durante al menos 5-7 días.

La vacuna se administra vía subcutánea.

7. Vacuna de rabia.

La rabia está causada por un virus que afecta a mamíferos y que produce una encefalomiелitis que produce la muerte en casi todos los casos. Los principales reservorios son el zorro y otros carnívoros salvajes. La transmisión se realiza mediante el contacto con saliva de animales infectados con piel no intacta o a través de mucosas.

Se recomienda la vacunación a los trabajadores de laboratorios que manejan el virus, trabajadores de zoológicos, veterinarios, geólogos, espeleólogos o aquellos que deben

FORMACIÓN CONTINUADA

desplazarse a zonas donde la enfermedad es endémica y existe riesgo de contagio dada su actividad laboral.

Pauta de administración:

Profilaxis pre-exposición: Se administran tres dosis en los días 0, 7, y 21 o 28.

Profilaxis post-exposición:

Si el trabajador está previamente vacunado: se administran dos dosis en los días 0 y 3.

Si el trabajador no está previamente vacunado: se administran cinco dosis en los días 0 y 3, 7, 14, 28 - 30.

La vacuna se administra vía intramuscular.

“ La peste es una enfermedad bacteriana transmitida mediante la picadura de roedores y pulgas infectados. ”

8. Vacuna de la peste.

La peste es una enfermedad bacteriana transmitida mediante la picadura de roedores y pulgas infectados. Se presenta como inflamación de los ganglios linfáticos cercanos a la zona en la cual se produjo la picadura. La diseminación de la infección tiene muy mal pronóstico.

La vacunación frente a la peste está indicada en personal de laboratorio que maneja la bacteria y en aquellos trabajadores que se trasladan a zonas infectadas o que están en contacto con animales infectados.

Pauta de administración: 3 dosis.

Dosis 1 volumen de administración: 1 ml.

Dosis 2, al mes de la primera dosis. Volumen de administración: 0,2ml.

Dosis 3, 5 meses después de la segunda dosis. Volumen de administración: 0,2ml.

Vía de administración: subcutánea.

a) Primovacuna: 3 dosis: 0, 4-8 semanas y 6-12 meses.

b) Pauta acelerada: 3 dosis: 0, 1, 2 meses.

9. Vacuna de poliomielitis.

La poliomielitis es una enfermedad causada por un virus que daña el sistema nervioso. Afecta sobre todo a los niños y el mecanismo de transmisión es feco-oral o oral-oral. El reservorio del virus de la poliomielitis es el hombre.

Se recomienda la vacunación en trabajadores de laboratorios que manipulen el virus, trabajadores sanitarios que estén en contacto con pacientes infectados o trabajadores que se desplazan a zonas endémicas.

Pauta de administración:

Volumen de administración: 1 ml.

Vía de administración: subcutánea.

a) Primovacuna: 3 dosis: 0, 4-8 semanas y 6-12 meses.

b) Pauta acelerada: 3 dosis: 0, 1, 2 meses.

10. Vacuna antimeningocócica

La meningitis es una enfermedad causada por una bacteria, Neisseria meningitidis. Su transmisión se realiza mediante contacto directo, a través de secreciones orofaríngeas. Existen distintos serogrupos: "C", "B" y "ACWY".

Los trabajadores con mayor riesgo de contacto son aquellos que desempeñan su actividad laboral en laboratorios que manipulen muestras potencialmente contagiosas.

La administración de vacunas frente al serotipo "B" estaría indicada en personal sanitario que estuviera en contacto directo y sin protección durante la realización de técnicas invasivas sin inmunización previa.

La administración de vacunas frente al serogrupo "C" y "ACWY" se indicarían tras contacto con pacientes con enfermedad meningocócica invasiva.

Pauta de administración:

a) Serogrupo "ACWY" se administraría una única dosis. Se indicaría una segunda dosis a los 5 años si el riesgo de exposición sigue existiendo.

b) Serogrupo "C" dosis única.

c) Serogrupo "B", dos dosis, separadas al menos un mes.

Vía de administración: intramuscular.

En caso de exposición accidental la profilaxis se recomienda en aquellos casos en los que haya existido un contacto directo sin protección con el paciente infectado. Para la profilaxis se recomienda la administración de rifampicina, estando también indicados el ciprofloxacino o la ceftriaxona.

FORMACIÓN CONTINUADA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Grupo de trabajo recomendaciones Td 2017. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de utilización de vacunas Td. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
- 2.-WHO.SAGE. Hepatitis B vaccines: WHO Position Paper. Wkly Epidemiol Rec 2017; 92: 369-392. 7 July 2017. Disponible en: <http://www.who.int/wer/2017/wer9227/en/>
- 3.-Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional, 2017.
- 4.-Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de utilización de vacunas frente a hepatitis B para adultos en situación de problemas de suministro. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional, 2017.
- 5.-Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en trabajadores sanitarios. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
- 6.-Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional, 2017.
- 7.-Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe. Temporada 2017/2018. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional, 2017.
- 8.-Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Revisión de las recomendaciones de vacunación frente a varicela en grupos de riesgo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
- 9.-Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en el adulto. Recomendaciones: vacuna de difteria y tétanos. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional, 2009.
- 10.-Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en el adulto. Recomendaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional, 2004.

CASO CLÍNICO

Análisis de las posibles causas de una exposición laboral a Brucella en un laboratorio de microbiología. A propósito de un caso

Autores:

Galián I, Ramírez F.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es detectar las posibles causas que favorecieron la exposición de los trabajadores del laboratorio de microbiología a una muestra positiva en Brucella, para prevenir posibles contactos posteriores similares. Para ello se entrevistó a los trabajadores implicados en base al modelo de investigación de accidentes biológicos existente del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, donde se recogen las causas básicas e inmediatas de los accidentes adaptado del listado de la NTP 924 y se visitó el laboratorio manteniendo entrevistas con Jefe de Servicio y Sección y Supervisor de Enfermería. Se estableció como causa de exposición el no

uso de las campanas de bioseguridad ni de los equipos de protección indicados para la realización de una tarea que podían generar aerosoles ya que dicha técnica sólo se realizaba en cabina con aquellas muestras donde había una sospecha diagnóstica de enfermedad transmisible por aire o gotas. En conclusión, las medidas preventivas frente a agentes biológicos en el laboratorio deben establecerse de forma generalizada según la tarea que se realice con la muestra y los posibles riesgos derivados de dicha tarea, independientemente la sospecha diagnóstica inicial.

Palabras clave: Prevención Riesgos Laborales, Riesgos biológicos, Laboratorio Brucella

Analysis of the possible causes of occupational exposure to Brucella in a microbiology laboratory. About a case

Abstract

The objective of this study is to detect the causes that favored the exposure to a positive sample in brucella of the workers of a laboratory of microbiology and to prevent possible later contacts similar. For this we interview the workers involved based on the existing model of biological accident investigation of the Service of Prevention of Occupational Risks, where the basic and immediate causes of the adapted accidents of the list of the NTP 924 are collected. The laboratory was also visited by holding interviews with the Head of Service and Section and the Supervisor of Nursing. It was established as a cause of exposure the non-use of the biosafety hoods or the

protection equipment indicated for the accomplishment of a task that could generate aerosols since this technique was only realized in cabin with those samples where there was a diagnostic suspicion of disease transmissible by air or drops. In conclusion, the preventive measures against biological agents in the laboratory should be established in a generalized way according to the task performed with the sample and the possible risks derived from this task, regardless of the initial diagnostic suspicion.

Keywords: Prevention of Occupational Risks, Biological risks, Brucella, Laboratory

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

Según el Protocolo de Agentes Biológicos del Ministerio de Sanidad¹, la brucella es un cocobacilo gramnegativo aerobios estricto, inmóvil, parásito intracelular facultativo, capaz de resistir en las células fagocitarias. Se caracteriza por tener un crecimiento muy lento.

Los principales reservorios son los animales domésticos infectados y la fuente de exposición son los animales y sus derivados¹.

Todas las especies son potencialmente patógenas para el hombre. Las vías de transmisión son: ingestión, contacto, inhalación e inoculación. La propagación se realiza por contacto directo, mucosas, piel, conjuntivas y tracto respiratorio. Es excepcional el contagio hombre-hombre¹.

Entre los trabajadores con riesgo de exposición a este agente se encuentra el personal sanitario en contacto de laboratorio, siendo la brucelosis la infección bacteriana de laboratorio más comúnmente informada según el Manual de Bioseguridad en laboratorios de Microbiología y biomedicina de la CDC².

Se informa al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de un posible contacto con *Brucella* en el laboratorio de microbiología. Acudió para informar un grupo de trabajadores del Servicio. Tras hablar con ellos se comprobó que una muestra recibida en el laboratorio, dio posteriormente positivo a brucella, siendo sometida a varias pruebas en este laboratorio durante una semana, antes de ser remitido al centro de referencia, donde se confirmó el diagnóstico.

“ El objetivo de este informe es detectar las posibles causas que favorecieron la exposición de los trabajadores del laboratorio de microbiología ”

El objetivo de este informe es detectar las posibles causas que favorecieron la exposición de los trabajadores del laboratorio de microbiología a una muestra positiva en brucella, para prevenir posibles contactos posteriores similares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para establecer las causas del incidente se ha procedido a:

- Entrevistar a los trabajadores implicados en base al modelo de investigación de accidentes biológicos existente del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, donde se recogen las causas básicas e inmediatas de los accidentes adaptado de NTP 924³.
- Visitar al laboratorio con entrevistas con Jefe de Servicio y Sección y Supervisor de Enfermería.

RESULTADOS

ENTREVISTAS

De estos cuestionarios se dedujo:

9 Trabajadores se tomaron quimioprofilaxis porque habían tenido posibilidades de inhalación a menos de 1 m de la muestra por haber realizado algún procedimiento con ella, o encontrarse en puestos de trabajo a menos de 1 m de donde se realizó una técnica que generase aerosoles. Ningún trabajador refirió haber tenido una salpicadura o una exposición hemática a la muestra.

Sólo una trabajadora refirió haber usado la campana y guantes como equipo de protección. Realizó la tarea de cultivo (paso de hemocultivo a placa).

No se detectaron trabajadores especialmente sensibles a riesgos biológicos (ninguna trabajadora se encontraba embarazada, lactante ni con problemas inmunitarios).

El 50% de los trabajadores refirió tener formación en prevención de riesgos laborales.

Todos refirieron que había protocolos en el servicio que recogían los distintos procedimientos, que estaban a disposición de los trabajadores quienes podían consultarlos libremente.

Cuando se les preguntó por la causa del accidente, subjetivamente indicaron:

Siete personas refirieron un ritmo alto de trabajo y 4 personas indicaron que tenían que hacer varias tareas de forma simultánea. Un trabajador refirió constantes interrupciones en el trabajo.

Cuatro personas refirieron que el espacio de trabajo era insuficiente y dos la falta de orden o limpieza. Una trabajadora destacó la existencia de corrientes de aire.

CASO CLÍNICO



Cinco trabajadores refirieron como causa el no haber usado los EPI´s y otras cinco, el no haber usado campanas de bioseguridad. Dos personas refirieron que faltaban campanas de bioseguridad en el servicio

Un trabajador refirió que en la sala donde se hacen licuaciones fuera de campana entraba personal del hospital de forma habitual, y que las sillas utilizadas son de tela porosa y de difícil limpieza.

Según la descripción de los hechos realizada por los trabajadores, los tubos de hemocultivo se introducen en máquina que analiza la producción de CO₂ y si dan positivo se siembran, utilizando para ello la campana de bioseguridad. Si existe una muestra sospechosa se sigue trabajando en campana, pero sino, el resto de trabajos se realiza en banco de trabajo sin EPI´s. Según los técnicos, una muestra se clasifica como sospechosa, cuando así lo indica el microbiólogo. Los técnicos tienen acceso a poder ver en el programa informático un campo de "observaciones" donde el clínico puede rellenar la sospecha, pero refieren que normalmente no lo miran ellos. Los microbiólogos son quienes, cuando un hemocultivo da positivo, miran la historia clínica y suelen hablar con el clínico para establecer la sospecha. La muestra objeto de este estudio fue tratada como el resto, al no haber sido clasificada como sospechosa. Según los microbiólogos, la muestra tuvo un comportamiento inusual y dio positivo antes de las 48 horas y por ello, inicialmente no se

consideró sospechoso, y por ello no fue tratado en cabina. El clínico tampoco sospechó el diagnóstico hasta varios días después.

VISITAS

Se visitó el laboratorio en 3 ocasiones:

- 1ª visita: Presentaciones y establecimiento de la segunda visita y explicación de lo ocurrido.
- 2ª Visita: Explicación del camino seguido por la muestra in situ.
- 3ª visita: Comprobación de las medidas higiénicas en el laboratorio y de revisión de procedimientos de trabajo.

De los datos recogidos en las visitas destacar:

Durante la 2ª visita se pudo comprobar que la zona donde se trabajan los hemocultivos estaba en una sala aparte, donde trabajaban 3 personas, y después la muestra tenía que desplazarse por el resto del laboratorio. Había un técnico de laboratorio realizando licuaciones entre dos trabajadores más, sin campana y sin utilizar EPI´s. La sala tenía una ventana que daba a un pasillo de libre acceso. Según nos indicaron, las muestras de hemocultivos

CASO CLÍNICO

son llevadas al laboratorio por personal del hospital normalmente a mano, aunque ocasionalmente vienen por el tubo neumático. Se introducen en analizador que avisa cuando una muestra es positiva. Cuando una muestra es positiva el microbiólogo comprueba si en la historia aparece alguna sospecha, y en ocasiones habla con el clínico para intercambiar información. Si hay sospecha de algún agente de transmisión aérea o por gotas se trata en cabina de bioseguridad, sino se hacen cultivos en campana y después se trata en bancada. Las tareas en bancada incluyen la realización de licuaciones en tubos de cristal, el desplazamiento de la zona de licuación a antibiogramas, realización de antibiogramas, pruebas de identificación del agente, etc.

En la 3ª visita, nos entrevistamos con el supervisor de enfermería del laboratorio y con el jefe de sección y se les preguntó sobre las medidas higiénicas recogidas por el método Biogaval⁴. Se comprobó que el laboratorio cumplía aproximadamente con 75% de estas medidas, aunque algunos de los incumplimientos requieren cierta explicación:

“ **Las personas entrevistadas indicaron que los trabajadores no siempre usaban la ropa de trabajo completa y de forma adecuada, aunque la empresa les entrega un uniforme al entrar.** ”

Las personas entrevistadas indicaron que los trabajadores no siempre usaban la ropa de trabajo completa y de forma adecuada, aunque la empresa les entrega un uniforme al entrar. Refirieron también que algunos trabajadores no usaban los EPI's aunque estaban a su disposición.

El supervisor indicó que no se disponía de taquillas para todos los trabajadores, sobre todo para los sustitutos, y que en el servicio no se disponían de duchas, aunque sí hay disponibles en los vestuarios generales del centro de trabajo.

Indicaron que estaba prohibido comer y beber en la zona de trabajo pero dentro del laboratorio hay una sala donde se permite.

Señalaron que hay procedimientos de trabajo. Se

revisaron los procedimientos que tienen disponibles los trabajadores y se vio que recogían como realizar la técnica, pero de forma general no especificaban ninguna medida preventiva, únicamente en el tratamiento de heces para detectar parásitos se recogía el uso de cabina.

Se contrastaron las causas referidas por los trabajadores, pero hicieron algunas aclaraciones:

- Respecto a las cargas y el ritmo de trabajo: Nos indicaron que hace aproximadamente dos años se realizó un estudio de cargas de trabajo en el laboratorio y la auditora refirió que era correcto. Se le solicitó el informe.
- Falta de campanas: Indicaron que hay dos campanas (una de dos puestos y otra de uno), pero que la cabina doble estaba siendo utilizada como simple. Indicaron que va a haber una reorganización del trabajo para que se pudieran hacer todos los trabajos con hemocultivos y líquidos estériles en cabina.

Respecto a los espacios de trabajo, ventilación y cumplimiento de requisitos de las campanas de bioseguridad fue evaluado por el técnico de prevención de riesgos laborales.

DISCUSIÓN

Según el documento "Pautas para prácticas laborales seguras en laboratorios de diagnóstico médico para humanos y animales. Recomendaciones de un panel de especialistas en bioseguridad "(Biosafety Blue Ribbon Panel) convocado por los CDC⁵, la identidad de un agente infeccioso inicialmente se desconoce en el laboratorio clínico, por ello, la recomendación general es que se aplique el estándar del nivel de bioseguridad (BSL)-2 y las prácticas especiales de Bioseguridad en laboratorios microbiológicos y biomédicos, 5.ª edición⁶ para todo el trabajo realizado en un laboratorio clínico, y que se utilicen las precauciones estándares de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacionales (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) (guantes, batas y gafas protectoras) y las prácticas de BSL-2 durante la manipulación de todas las muestras de sangre y fluidos corporales⁷.

Según la Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos⁸ en un laboratorio de nivel 2 de Bioseguridad, se aplicarán todas las medidas que en un laboratorio básico de nivel de bioseguridad 1 más las otras medidas entre las que se incluye el uso de equipos de seguridad. En este apartado sobre equipos de protección la guía indica que se dispondrá de Cabina de Bioseguridad (CSB)

CASO CLÍNICO

de clase I o preferiblemente de clase II u otros sistemas de protección física del personal, que se utilizarán cuando se lleven a cabo técnicas con un alto riesgo de formación de aerosoles o cuando se manipulen grandes volúmenes o altas concentraciones de agentes infecciosos y que se dispondrá de ropa de trabajo y equipos de protección individual, como guantes impermeables para la manipulación de material potencialmente infeccioso en el interior de las CSB y guantes, gafas y mascarilla para trabajos con material infeccioso realizados en el banco de trabajo y en los que se puedan generar aerosoles, salpicaduras o proyecciones.

Según el documento "Pautas para prácticas laborales seguras en laboratorios de diagnóstico médico para humanos y animales"⁵, los aerosoles se pueden generar a partir de la mayoría de los procedimientos rutinarios de laboratorio, pero a menudo son indetectables, y destaca varios procedimientos, entre los que encontramos la "Preparación de aislados para análisis automático de identificación/susceptibilidad", tarea que se realizó en nuestro caso en banco de trabajo y sin protección, pues sólo se realiza así cuando existe una sospecha y en este caso, no se pensó en ello hasta después de varios días. Por ello consideramos que es recomendable la realización de esta tarea en cabina de bioseguridad o con los EPI's adecuados con todas las muestras, independientemente de la sospecha diagnóstica inicial.

Por otro lado, según este mismo documento, podría estar indicado tomar precauciones que vayan más allá de las prácticas estándares y especiales para BSL-2 en varias situaciones, entre las que se encuentra la sospecha de organismo de alto riesgo. En este caso podríamos haber estado ante la sospecha de un organismo de alto riesgo, pero esta muestra creció antes de las 48h, por lo que inicialmente no fue identificada como de riesgo, pero este mismo documento indica posteriormente que los CDC siguen recomendando que los aislados de bacilos gramnegativos o gram variables (p. ej., cocobacilos gramnegativos) y los frascos de hemocultivos, como era este caso, se deben manipular dentro de un BSC. Los CDC también nos indican que los laboratorios que no tengan la capacidad de determinar o descartar la presencia de *Brucella* o *Francisella* (cocobacilos gramnegativos), como era este caso, deben considerar el envío directo de esos aislados a un laboratorio de referencia y no intentar aislarlos o identificarlos.

Por todo esto, y en base a estos datos obtenidos y la literatura existente, consideramos que en este caso, las causas inmediatas pudieron ser el no seguimientos de las recomendaciones preventivas (no uso de campana de bioseguridad para el manejo de la muestra y seguir trabajando con la muestra una vez detectado que era cocobacilo gramnegativo), pudiendo ser la causa básica una percepción errónea o disminuida del riesgo, por la

realización de trabajos rutinarios (no realizaban la técnica de licuación dentro de la cabina si no había sospecha de un agente infeccioso).

De estas causas se derivan unas medidas de prevención para evitar exposiciones similares futuras, entre las que queremos destacar⁵⁻⁸: el tratamiento de todas las muestras adecuadamente (en cabina de bioseguridad o con el uso de EPI's adecuados) en todas las tareas generadoras de aerosoles, y la toma de medidas especiales ante toda muestra especialmente peligrosa, incluyendo todas las muestras bacilos gramnegativos.

Estas medidas principales deberían ir acompañadas, entre otras de:

- Limitar al máximo el número de trabajadores que estén o puedan estar expuestos, restringiendo además el acceso a las zonas de manipulación de agentes biológicos únicamente al personal designado y autorizado.
- Sistematizar desde la recepción de las muestras hasta la eliminación de los residuos generados, todas las operaciones.
- Tratar de cumplir con las medidas higiénicas, de acceso, protección personal, diseño de zonas de trabajo, instalaciones y material... recogidos la OMS y el INSTH.
- Vigilancia de la salud de los trabajadores, incluyendo las vacunaciones pertinentes
- Formación e información a trabajadores, suficiente y adecuada, e información precisa basada en todos los datos disponibles, en particular en forma de instrucciones.
- Implementar y mantener actualizado un manual de operaciones debe ser conocido y leído por todo el personal del laboratorio o de seguridad que recoja los procedimientos y prácticas de trabajo, identificando los riesgos que puedan producirse y especificando las medidas destinadas a evitar minimizar la exposición a los agentes biológicos. Este manual se encontrará disponible en el laboratorio.
- Recomendamos igualmente, mejorar la comunicación entre el servicio de microbiología y los clínicos, de forma que sea más visible para el personal técnico cualquier sospecha de diagnóstico, haciendo más hincapié entre los clínicos sobre la importancia de reflejar cualquier sospecha diagnóstica.

CASO CLÍNICO

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica para los trabajadores expuestos a Agentes Biológicos. Madrid: Consejo Interterritorial de Salud del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio (3º edición). World Health Organization. 2006.
3. NTP 924: Causas de accidentes: Clasificación y codificación. Madrid: INSHT. 2011
4. Manual práctico para la evaluación del riesgo biológico en actividades laborales diversas. Biogaval. Valencia: Generalitat Valenciana. 2013.
5. Miller, J. M., Astles, R., Baszler, T., Chapin, K., Carey, R., Garcia, L. et al. Pautas para prácticas laborales seguras en laboratorios de diagnóstico médico para humanos y animales. Centers for Disease Control and Prevention. 2010
6. Centers for Disease Control and Prevention, & National Institutes of Health. Bioseguridad en laboratorios de Microbiología y biomedicina. In Bioseguridad en laboratorios de microbiología y biomedicina. Department of Health and Human Services. 1999.
7. Occupational Safety and Health Administration. Occupational safety and health standards. I. Personal protective equipment. Standard no. 1910.132. Available at http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=9777.
8. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). 2014.
9. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. Boletín Oficial del Estado 1995; 269: 1-11.
10. Ley General de Sanidad (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado 1986; 102: 15207-15224.
11. NTP 409: Contaminantes biológicos: criterios de valoración. Madrid: INSTH. 2005.
12. NTP 447: Actuación frente a un accidente con riesgo biológico Madrid: INSTH. 2005
13. NTP 571: Exposición a agentes biológicos: equipos de protección individual. Madrid: INSTH. 2000.
14. NTP 833: Agentes biológicos. Evaluación simplificada Madrid: INSTH. 2009

CASO CLÍNICO

La taxonomía NANDA como herramienta en Enfermería del Trabajo. Caso clínico

Autores:

Vega J, de Diego R.

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas en materia de empleo desarrolladas desde el comienzo de la crisis económica en el año 2008 han ejercido una influencia sobre las condiciones en los puestos de trabajo y sobre la calidad laboral de todos los trabajadores dentro del mercado europeo¹. Contrariamente a las medidas que se han llevado a cabo para afrontar otros momentos de crisis en el pasado, el estado español decidió fomentar medidas de austeridad sobre el gasto público produciéndose cambios sensibles en múltiples áreas tales como la educación, la salud, el mercado financiero y el laboral entre otros². En concreto, dentro de marco legislativo se desarrollaron leyes contra el gasto de personal como el Real Decreto 8/2010 del 20 de mayo, que redujo en un 5% el salario de los empleados dentro de la función pública³; el Real Decreto 20/2012 de 13 de julio, que para garantizar la estabilidad presupuestaria redujo los días de asuntos propios y eliminó la paga extraordinaria y el complemento específico del mes de diciembre⁴; el Real Decreto 20/2011 de 30 de diciembre, que produjo la congelación de las retribuciones de los trabajadores pertenecientes el sector público⁵ o la Ley 2/2012 de 29 de junio por lo que la jornada laboral pasaba de 35 horas semanales a 37,5 horas⁶.

Según el proyecto RN4CAST sobre la percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en el Sistema Nacional de Salud, el aumento de las tasas de intención de abandono e insatisfacción laboral son consecuencia de la merma en las condiciones de trabajo sobre las que ha influido elementos como la inestabilidad laboral, la bajada o la congelación en las nóminas, así como el aumento de la ratio enfermera-paciente⁷. Todo ello va a contribuir al aumento del malestar, la insatisfacción y el riesgo de burnout, con la consecuente afectación de la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. Se realiza un plan de cuidados atendiendo a los diagnósticos enfermeros según NANDA-NIC-NOC.

Presentación del caso

La Sra. M.V. de 53 años de edad acude al Departamento de Vigilancia de la Salud del Servicio de Prevención contratado por su empresa para realizarse un examen de salud periódico específico a su puesto de trabajo en función a los riesgos identificados en la evaluación de riesgos laborales. Actualmente, desempeña las funciones de enfermera en un hospital del sector privado con una permanencia en el puesto de 19 años. Tras la exploración instrumental de enfermería, se evidencian alteraciones en el electrocardiograma, compatibles con extrasístoles auriculares.

Después de valoración de enfermería y la realización de la historia laboral, el enfermero corrobora que la sintomatología que presenta la trabajadora es derivada de la inadecuada adaptación al puesto de trabajo actual, ya que como refiere la paciente *"después de casi 20 años como enfermera en el servicio de cardiología y debido a cuestiones organizativas propias del hospital, ahora formo parte del retén general, sin turnos fijos, teniendo que trabajar en distintos servicios en función de las necesidades y estando obligada a mi edad a reciclarme y adaptarme a marcha forzada(...)"*.

“ Para elaborar un plan de cuidados, es necesaria una valoración enfermera completa mediante el uso de un sistema estandarizado de recogida de información ”

CASO CLÍNICO

Valoración

Para elaborar un plan de cuidados, es necesaria una valoración enfermera completa mediante el uso de un sistema estandarizado de recogida de información. Esto permitirá detectar los problemas sobre los que actuar, permitiendo llevar a cabo una adecuada atención enfermera.

Valoración física inicial

Diagnóstico médico: Extrasístoles auriculares

Motivo de consulta: Examen de salud laboral periódico.

a) Historia laboral:

- Puesto de trabajo actual: Enfermera (Código Nacional de Ocupación: 2121)
- Tiempo de exposición: 19 años y 2 meses (permanencia en el puesto).
- Riesgos del puesto: riesgo biológico transmisión humana, videoterminals, bipedestación, cortes y heridas, proyección de partículas, manipulación manual de cargas, dermatosis profesional, turnicidad y nocturnidad.

b) Exploración Instrumental:

- Antropometría y Constantes: Peso: 67 kg; Talla: 165 cm; PA sistólica: 95 mm/Hg; PA diastólica: 60 mm/Hg. FC: 75 ppm.
- Pruebas Complementarias: ECG (alteraciones compatibles con extrasístoles auriculares); control visual: parámetros dentro de la normalidad (con corrección); espirometría forzada y audiometría: parámetros dentro de la normalidad.

c) Exploración física: rangos de normalidad en auscultación pulmonar; auscultación cardíaca con presencia de extrasístoles y sin soplos funcionales; exploración vascular, exploración neurológica central y periférica, movilidad de la columna y extremidades, sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, palpación muscular y articular no dolorosa.

c) Anamnesis:

- Antecedentes familiares: Hipertensión esencial inespecífica (HTA) (padre).
- Antecedentes personales: Lumbalgia;

amigdalectomía (en la infancia). Presbicia.

- Alergias: No conocidas.
- Farmacológicos: Valeriana Comp. (a demanda).

Valoración de enfermería:

Para elaborar un plan de cuidados, es necesaria una valoración enfermera (según el modelo de Virginia Henderson) que se presenta a continuación:

Valoración según las 14 necesidades básicas de salud de Virginia Henderson.

1. Respirar normalmente: La paciente es totalmente independiente en cuanto a la respiración.
2. Comer y beber de forma adecuada: La paciente es totalmente independiente en este campo.
3. Eliminar los desechos corporales: no hay problemas relevantes en esta área.
4. Moverse y mantener una posición deseable: La paciente es totalmente independiente en este campo.
5. Dormir y descansar: no muestra ningún problema.
6. Elegir la ropa adecuada: no hay problemas relevantes en esta área.
7. Mantener la temperatura corporal: no hay problemas relevantes en esta área.
8. Mantener la higiene corporal: no hay problemas relevantes en esta área.
9. Evitar los peligros del entorno: no hay problemas relevantes en esta área
10. Comunicarse y relacionarse: La paciente no muestra ningún problema en este aspecto.
11. Creencias religiosas: no hay problemas relevantes en esta área.
12. Trabajar para sentirse realizado: La paciente expresa insatisfacción con las tareas desempeñadas en su trabajo actual: "(...) son casi 20 años como enfermera de cardiología, en la que he formado parte de un equipo cohesionado y donde he desempeñado mi profesión adquiriendo una importante experiencia profesional en este área específica. Ahora estoy

CASO CLÍNICO

como una "enfermera nueva", saltando de turnos y servicios, enfrentándome a nuevas situaciones, con nuevos "aparatos"... y a mis años! (...)"

13. Ocio y diversión: no hay problemas relevantes en esta área.

14. Aprendizaje y satisfacer la curiosidad: no hay problemas relevantes en esta área.

La Fase diagnóstica, la Fase de planificación, Fase de ejecución y la Fase de evaluación quedan recogidas en la siguiente tabla:

Tabla 1. Fase Diagnóstica, Fase de planificación, Fase de ejecución.

DIAGNÓSTICO NANDA: DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL (00055) R/C MODELO DE ROL INADECUADO M/P ALTERACIONES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA COMPATIBLES CON EXTRASÍSTOLES AURICULARES.				
RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC	
(1501) Desempeño del rol			[5230] Mejorar el afrontamiento [5400] Potenciación de la autoestima (1302) Afrontamiento de problemas	
[5370] Potenciación de roles				
EVALUACIÓN				
Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)				
Indicador	Valor Inicial	Valor final	Evaluación/ Seguimiento	
[150105] Desempeño de las conductas de rol laboral.	1	5	3 meses/ 1 mes	
[150112] Expresa comodidad con la expectativa del rol.	1	5	3 meses/ 1 mes	
(130202) Identifica patrones de superación ineficaces.	2	5	3 meses/ 1 mes	
(130205) Verbaliza aceptación de la situación.	2	4	3 meses/ 1 mes	
(130210) Adopta conductas para reducir el estrés.	1	5	3 meses/ 1 mes	

CONCLUSIONES

El enfermero confirma con los conocimientos de M.V que la sintomatología que presenta es fruto de la inadecuada adaptación al puesto de trabajo. Tras mostrar la paciente su disposición para aceptar ayuda sanitaria, el enfermero trabajará sobre aquellos factores que merman su capacidad de adaptación y aumentan sus niveles de estrés. De esta

forma se conseguirá una mejora en su salud psicosocial que revertirá en un detrimento de la sintomatología física y mejora del bienestar laboral. Se velará por la continuidad en la vigilancia de su salud para la cual se emite una aptitud sin restricciones en el puesto de trabajo con una periodicidad recomendada trimestral y seguimiento mediante contacto telefónico mensual.

CASO CLÍNICO

BIBLIOGRAFÍA

1. EUROFOUND. Primeros resultados de la sexta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. [Internet]. Dublín: Eurowork; 2016. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/es/publications/resume/2015/working-conditions/first-findings-sixth-european-working-conditions-survey-resume>
2. Bacigalupe, U. Martín, R. Font, Y. González-Rábago, N. Bergantiños. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gaceta Sanitaria*, 30 (2016), pp. 47-51
3. Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público (Boletín Oficial del Estado, n.º 126 de 24 Mayo 2010). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/24/pdfs/BOE-A-2010-8228.pdf>
4. Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. (Boletín Oficial del Estado, n.º 168 de 14 Julio 2012). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>
5. Real Decreto Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria tributaria y financiera para la corrección del déficit público. (Boletín Oficial del Estado, n.º 315 de 31 Diciembre 2011). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/12/31/pdfs/BOE-A-2011-20638.pdf>
6. Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012. (Boletín Oficial del Estado, n.º 156, de 30 Junio 2012). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/06/30/pdfs/BOE-A-2012-8745.pdf>
7. Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., Lopez-Zorrequino, D., Gómez-García, T., González-María, E. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Clínica*, 22 (2012), pp. 261-268
8. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier; 2005.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Iowa Outcomes Project. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier España; 2005.
10. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.

¿De qué sufren los enfermeros del trabajo cuando sufren por el trabajo?

Autor:

Reyes JF.

Especialista en Enfermería del Trabajo



El pasado mes de noviembre tuve la oportunidad, gracias a una jornada en el Colegio de Enfermería de Málaga, de reencontrarme con otros colegas, especialistas en enfermería del trabajo que continúan trabajando en diferentes servicios de prevención ajenos de la provincia. Tras la jornada, aprovechamos para tomar un café en un bar cercano. Como imagináis la conversación se centró en conocer la situación de cada uno de nosotros en sus centros de trabajo y comentar el deterioro de las condiciones de trabajo, que ya desde hace bastante tiempo, vienen padeciendo los compañeros que trabajan bajo la modalidad de servicios de prevención ajenos.

A medida que iba escuchando con atención sus discursos, vivencias, relatos (e incluso silencios) de sus experiencias cotidianas de trabajo, una cosa me llamó enormemente la atención, reconocer unos patrones específicos de sufrimiento que emergían de forma común en todos ellos. Este sufrimiento psíquico expresado en forma de malestar, descontento, inseguridad, alejamiento, frustración, resentimiento, desgaste,... no se presentaba de forma explícita, excesiva ni ruidosa, lo que no le desmerecía, en mi opinión, legitimidad para constituirse en objeto de preocupación, atención y debate para los que queremos nuestra profesión y estamos preocupados por la mejora de sus condiciones y su transformación.

A continuación expongo como botón de muestra, tres ejemplos de lo que me parecieron estas formas de sufrimiento por el trabajo revelados por mis compañeros.

Sin esperanzas de reconocimiento.

La labor y el esfuerzo de los enfermeros del trabajo pasa desapercibida en medio de la indiferencia general de jefes, usuarios e incluso de compañeros, y cuando se les reconoce se privilegia únicamente los criterios de gestión, el número de reconocimientos realizados y los resultados económicos en detrimento de la calidad y del trabajo enfermero bien

hecho, que queda totalmente oscurecido. Este modo de sufrimiento es muy peligroso para la salud mental. El reconocimiento es más allá del salario, una retribución simbólica por nuestra contribución al trabajo. El deseo de ser útil y que nuestro trabajo sea visto por los demás como una obra bella es crucial psicológicamente y la ausencia de él convierte al sujeto en inútil para los demás, erosionando nuestra identidad. A veces pareciera incluso que fuera mejor que se les negase el reconocimiento a que se les reconociera de forma lateral o por las razones equivocadas, esto es, únicamente por los resultados logrados y no por el trabajo en sí.

“ **La demanda es el elemento que organiza el trabajo de los enfermeros del trabajo y ésta, debido a los criterios de gestión y a la competencia feroz entre servicios de prevención, excede con mucho del tiempo disponible.** ”

Forzados a trabajar mal.

La demanda es el elemento que organiza el trabajo de los enfermeros del trabajo y ésta, debido a los criterios de gestión y a la competencia feroz entre servicios de prevención, excede con mucho del tiempo disponible. Es la carrera del “siempre más”, de la sobrecitación. Apenas nada se puede planificar, todo es imprevisible y urgente y hay que movilizar toda una ingente cantidad de

CARTA AL DIRECTOR

capacidades y competencias para resolver problemas diferentes cada día y que todo no se colapse. Ante esta situación los enfermeros se enfrentan no sólo a la extenuación si no a toda una serie de dilemas éticos, pues cuando deciden cómo trabajar, lo que hacen no es considerar como van a hacer un buen trabajo, sino decidir qué van a tomar en consideración y qué van a dejar pasar. Se trata de una estrategia de supervivencia individual que tiene otro efecto colateral: cada persona resuelve de manera subjetiva esa presión y el trabajo se convierte en algo extremadamente individual y solitario. Sin tiempo ni espacios de deliberación colectiva, sin posibilidad de comunicación de la propia experiencia de trabajo entre compañeros, ni se desarrolla el sentido de la cooperación, ni el de la solidaridad y tampoco se pueden crear reglas de trabajo. No se reflexiona colectivamente ni se analiza nunca el por qué no se llega a satisfacer la demanda o en qué condiciones de calidad se está resolviendo esa demanda.

Faltos de Significado

"A mi antes me gustaba mi trabajo". Esta frase se escuchó mucho esa tarde. Pareciera que la intensificación omnipresente del trabajo hubiera eliminado la sensación de satisfacción por su trabajo. El volver a casa estando orgulloso de lo logrado ese día, de haber realizado un trabajo honesto, útil y bien hecho en pro de la mejora de la salud de los trabajadores. Otros tienen la sensación de trabajar en una cadena de montaje y de que el cliente es tratado "como una vaca que hay que ordeñar" (en palabra de uno de ellos). Otros se preguntaban si lo que hacían en su trabajo era enfermería, eran cuidados, un acto sanitario o por el contrario un acto puramente mercantil, de compra-venta sin más. Como si dudaran de sí mismos reconociéndose como auténticos enfermeros del trabajo, bajo este escenario que prima de forma absoluta la facturación de reconocimientos médicos y cuantos más mejor.

Considero necesario, y creo que muchos compañeros compartirán esta reflexión, que es muy necesario que se lleven a cabo estudios e investigaciones y se impulsen seminarios y jornadas desde nuestra Asociación para mostrar que el sufrimiento psíquico de los enfermeros del trabajo que trabajan en servicios de prevención ajenos existe, es cotidiano, es normal, es, digámoslo así, una especie de "normalidad sufriente" en la que están instalados, que responde a ciertas prácticas perversas de gestión, tiene cara y ojos, nombres y apellidos y no es coyuntural a la crisis económica. Hay que dar la batalla también en este terreno para intentar lograr la transformación hacia otro modelo alternativo en la que la centralidad del trabajo para con la salud mental sea una



realidad. El trabajo es parte de la construcción de identidad de los individuos y no solamente una forma de ganarse el pan, además debe tener sentido para quien lo realiza, darle placer y satisfacción.

Para finalizar me gustaría compartir también con mis compañeros una serie de preguntas que podríamos empezar a plantearnos para una mejor comprensión de esta realidad:

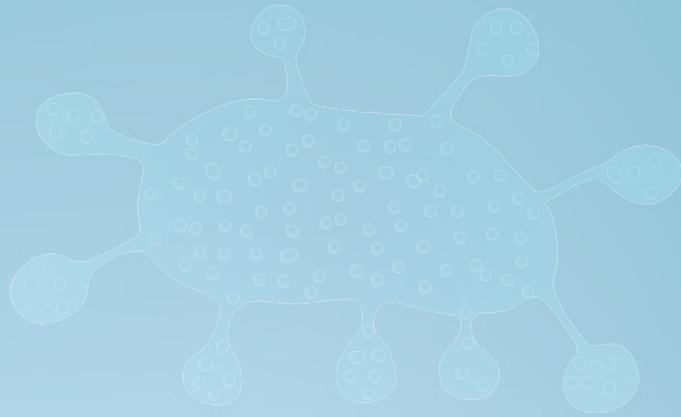
¿Está y por qué motivos este sufrimiento psíquico invisibilizado?,

¿Qué estrategias de defensa individuales y colectivas ponen en marcha los enfermeros del trabajo para hacer frente al sufrimiento psíquico en su trabajo?,

¿Cuáles son las fuentes de placer en nuestro trabajo?,

¿Qué posibilidades de acción tenemos para transformar ese sufrimiento en placer?,

¿Cuál es el punto de vista que asociaciones profesionales, patronal o sindicatos tienen sobre las cuestiones relativas al sufrimiento psíquico que procura el trabajo?



AET



Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo