

# Enfermería del Trabajo

Revista científica de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo  
www.revista.enfermeriadeltrabajo.com

Contenido

Volumen 2 Nº 1 Enero 2012

## Editorial

VII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo  
Comité Organizador

## Resúmenes de Ponencias

F Verjano Díaz  
La motivación en profesionales de la salud

RM Martínez Martínez, J Marqués Núñez, MI Lozano García  
Adaptación a la Normativa Europea sobre la utilización de Dispositivos de Seguridad.

B Méndez Serrano  
Prescripción enfermera en Atención Primaria de Salud

JF Reyes Revuelta  
El presentismo: un fenómeno emergente en salud laboral

Otras...

## Resúmenes de Comunicaciones Orales

JA García García  
Fichas toxicológicas. Control de la exposición a los productos químicos en la Construcción naval ...

R Alcañiz Rodríguez, F Navarro Muñoz y cols.  
Identificación de los factores de riesgo higiénicos más influyentes en la voz de población docente en la provincia de Córdoba.

T Rodríguez Vaca, D Castilla Perera y cols.  
Desarrollo de un algoritmo de vacunación en trabajadores

YR Lapeña Moñux, L Cibanal Juan  
Percepción de los enfermeros del Hospital Santa Bárbara de Soria sobre el uso de las habilidades relacionales - comunicativas en las relaciones interpersonales.

Otras...

investigación ciencia conocimiento metodología calidad teoría paradigma cuidados salud trabajo prevención  
educación protocolo riesgos epidemiología vigilancia procedimiento innovación hipótesis diagnósticos muestra

# ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Revista Científica de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

[www.revista.enfermeriadeltrabajo.com](http://www.revista.enfermeriadeltrabajo.com)

## Coordinación

---

**Manuel Romero Saldaña**  
Ayuntamiento de Córdoba

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

## Secretaría Técnica

---

**Araceli Santos Posada**  
Agencia Tributaria. Madrid

## Consejo de Redacción

---

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

**María Soledad Olmo Mora**  
SESCAM. Puertollano

**Javier Gracia Rivera.**  
Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

**Paula Peña Salguero**  
El Corte Inglés. Leganés

**Isabel Hernández Maestre**  
Banco de España. Madrid

**Juan Ramón Quirós Jiménez**  
Diputación Provincial de Jaén

**Beatriz Herruzo Caro.**  
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.

**Manuel Sánchez García**  
Diputación Provincial de Córdoba

**Carmen Lameiro Vilariño**  
Hospital Meixoeiro. Vigo

## Consejo Asesor

---

**Ma Ángeles Almenara Angulo**  
El Corte Inglés. Marbella

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

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

**Carlos Martínez Martínez**  
Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

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

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

**Germán Carbajo García**  
Junta de Castilla La Mancha. Toledo

**Guillermo Molina Recio**  
E. U. Enfermería. Córdoba

**José Ciercoles Prado**  
Repsol. Madrid

**Ángela María Moya Maganto**  
Seguros Santa Lucía. Madrid

**Cristina Cuevas Santos**  
Ministerio Educación. Madrid

**María Cándida Pérez Gonzalves**  
Hospital Universitario Ourense

**Julio De Benito Gutiérrez**  
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

**María Jesús Pérez Granda**  
CIBERES. Madrid

**Oscar García Aboin**  
Consejería Sanidad. Comunidad de Canarias

**Cristina Santoyo Arenas**  
El Corte Inglés. Málaga

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

**Manuel Vaquero Abellán**  
E. U. Enfermería. Córdoba

# Enfermería del Trabajo

Revista científica de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

[www.revista.enfermeriadeltrabajo.com](http://www.revista.enfermeriadeltrabajo.com)

## S U M A R I O

Volumen 2, Número 1 Enero – 2012

### Editorial

Comité Organizador VII Jornadas Nacioanles de Enfermería del Trabajo . . . . .	3
---	---

### Resúmenes de ponencias

F Verjano Díaz La motivación en profesionales de la salud . . . . .	6
RM Martínez Martínez, J Marqués Núñez, MI Lozano García Adaptación a la Normativa Europea sobre la utilización de Dispositivos de Seguridad . . . . .	25
B Méndez Serrano Prescripción enfermera en Atención Primaria de Salud . . . . .	41
JF Reyes Revuelta El presentismo: un fenómeno emergente en salud laboral . . . . .	49
Otras... . . . .	54

### Resúmenes de Comunicaciones Orales

JA García García Fichas toxicológicas. Control y seguimiento de la exposición a los productos químicos en la Construcción Naval. . . . .	94
R Alcañiz Rodríguez, F Navarro Muñoz y cols. Identificación de los factores de riesgo higiénicos más influyentes en la voz de población docente en la la provincia de Córdoba. . . . .	96
T Rodríguez Vaca, DE Castilla Perera y cols. Desarrollo de un algoritmo de vacunación en trabajadores . . . . .	98
YR Lapeña Moñux, L Cibanal Juan Percepción de los enfermeros del Hospital Santa Bárbara de Soria sobre el uso de las habilidades relacionales - comunicativas en las relaciones interpersonales . . . . .	99
Otras . . . . .	101

## Editorial

# VII Jornadas de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

**Autores**

Comité Organizador de las VII Jornadas Nacionales de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

La Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo celebró el pasado mes de noviembre la séptima edición de sus jornadas nacionales. La Delegación de Córdoba recibió, con agrado y entusiasmo, el relevo que llegaba desde Ourense, con la responsabilidad de mantener el magnífico nivel conseguido en la ciudad gallega durante las VI Jornadas de la AET en octubre de 2010.

Durante los días 25 y 26 de noviembre, el Palacio de la Merced de Córdoba acogió, bajo el lema “Motivación, Salud, Liderazgo”, las VII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo. A ella acudimos 114 compañeros/as de la Enfermería del Trabajo de todo el país, provenientes de los servicios de prevención de la administración, de empresas públicas y privadas y de diversas sociedades de prevención.

Desde el primer momento, el Comité Organizador fue consciente del gran esfuerzo personal e institucional que conllevaba la organización de unas jornadas nacionales dentro de la actual crisis económica, y la enorme responsabilidad que supone afrontar un acontecimiento de este calibre. Para ello, el propósito de las VII Jornadas de la AET debía ser ambicioso y a la vez, realista. Por una parte, debíamos conseguir aglutinar el heterogéneo interés que demanda nuestra profesión, a través del ofrecimiento de un conjunto de conferencias, ponencias, comunicaciones, talleres, etc.; y por otra parte, combinar el contenido científico con la cultura, la gastronomía y la historia de una ciudad como Córdoba, Patrimonio de la Humanidad, que encierra tesoro sobre tesoro.

La organización de las séptimas jornadas apostó por la incorporación de varios elementos nuevos con respecto a ediciones anteriores: el desarrollo de talleres prácticos, la exposición de comunicaciones orales y la convocatoria de premios de investigación. Estos atributos originaron una lógica expectativa e incertidumbre hasta conocer cuál sería la respuesta de los participantes, que no tardaron en expresar positiva y generosamente su aprobación, como quedó demostrado en la amplia participación en cada una de las novedades:

Se impartieron simultáneamente cuatro talleres prácticos con una alta asistencia a los mismos, demostrando el interés por la formación continuada que tienen nuestros asociados.

Se recibieron catorce estudios de investigación para su exposición al auditorio en forma de comunicación oral, que honraron e hicieron más grandes a estas jornadas.

Tras una igualada valoración, dos grupos de investigación formados por enfermeras especialistas en formación, obtuvieron, ex aequo, los premios de investigación en Enfermería del Trabajo, corroborando el excelente nivel formativo, científico y humano de las futuras enfermeras especialistas.

Pero nuestro empeño no solo respondía a los intereses científicos y de ocio, sino que también se dirigió a la consecución de unas metas que coincidieran con los fines y

valores que defiende nuestra Asociación, y que colorean la esencia de nuestra razón de ser: fortalecer las relaciones entre los miembros de nuestra Asociación, mediante la potenciación del intercambio de experiencias, conocimientos, recursos y habilidades que consolidan año tras año, jornadas tras jornadas, a nuestra profesión.

Quizá por ello, desde hace varios años la AET apuesta por el modelo de jornadas como un instrumento para la difusión del conocimiento científico generado por nuestra profesión. Pero esta difusión es tanto mayor, cuantos más y más compañeros acudamos a cada cita. Simon Kuznets defendía que el progreso del conocimiento experimental se produce porque existen personas con ingenio que “crean” nuevos conocimientos, y este proceso se ve favorecido por factores de escala, dentro de los que se encuentra el número de integrantes de la población: a mayor crecimiento de un grupo, mayor conocimiento experimental disponible y mayor progreso técnico y científico.

Finalmente, con el deseo de haber puesto todo nuestro esfuerzo en conseguir estos objetivos, y con las innumerables muestras de cariño y satisfacción recibidas por todos vosotros, queríamos deciros gracias de todo corazón, y os invitamos a recordar en este nuevo número de la revista Enfermería del Trabajo las ponencias y comunicaciones orales que se presentaron en Córdoba.

# VII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

## Resumen de Ponencias



## "RESPETAR, MOTIVAR, ACTUAR"

Córdoba 2011

2

## EJERCICIO

Sin hablar y por parejas, cogiendo entre los dos un bolígrafo con la mano, dibujar un paisaje natural que contenga una casa, un árbol y un perro

Córdoba 2011

3

## UN CUENTO PARA CONTINUAR ...



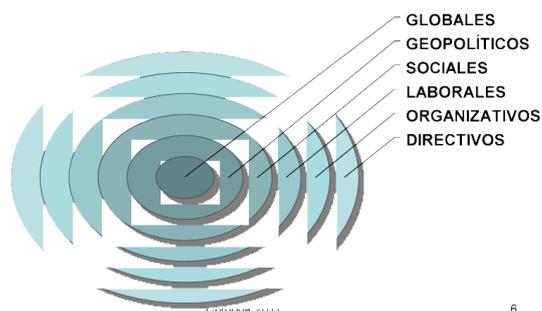
Córdoba 2011

4

## I. LA SITUACIÓN ACTUAL

LA SITUACIÓN ACTUAL

UNA ÉPOCA DE CAMBIOS...O UN CAMBIO DE ÉPOCA?



Córdoba 2011

5

Córdoba 2011

6

EPA (cuarto trimestre de 2010)

Comunidad autónoma	Población de 16 años y más	Activos	Ocupados	Parados	Tasa de actividad	Tasa de paro
Andalucía	6.779.400	4.001.300	2.813.800	1.187.600	59,02%	29,68%
Aragón	1.110.800	643.600	528.000	115.500	57,94%	17,95%
Principado de Asturias	928.400	477.400	390.600	86.900	51,43%	18,20%
Islas Baleares	899.200	568.100	424.000	144.100	63,17%	25,36%
Canarias	1.752.900	1.095.300	782.900	312.400	62,48%	28,52%
Cantabria	494.100	273.800	228.900	44.800	55,40%	16,37%
Castilla y León	2.143.900	1.177.400	972.900	204.500	54,92%	17,37%
Castilla-La Mancha	1.705.100	991.600	775.500	216.100	58,16%	21,79%
Cataluña	6.068.200	3.827.100	3.099.500	727.600	63,07%	19,01%
Comunidad Valenciana	4.174.500	2.487.300	1.887.400	599.900	59,58%	24,12%
Extremadura	907.700	498.600	373.600	125.000	54,93%	25,06%
Galicia	2.380.500	1.307.200	1.080.700	226.500	54,91%	17,33%
Comunidad de Madrid	5.266.900	3.383.600	2.861.600	522.100	64,24%	15,43%
Región de Murcia	1.188.800	734.200	542.100	192.100	61,76%	26,16%
Comunidad Foral de Navarra	513.400	311.300	269.600	41.700	60,64%	13,40%
País Vasco	1.820.300	1.063.000	939.500	123.500	58,40%	11,61%
La Rioja	262.500	156.100	132.000	24.100	59,49%	15,44%
Ceuta	59.600	33.000	24.200	8.700	55,33%	26,43%
Melilla	55.900	32.000	24.800	7.200	57,29%	22,48%
<b>ESPAÑA</b>	<b>38.512.000</b>	<b>23.061.300</b>	<b>18.151.700</b>	<b>4.910.200</b>	<b>59,88%</b>	<b>21,29%</b>

EPA (Encuesta sobre la Población Activa). Desde el año 2007 ...

Cifra de parados: 5 millones (800.000 han tratado de incorporarse al mercado)

> 2 millones de despidos

> Destrucción de 2,2 millones de puestos de trabajo

> El 50 % de los trabajadores teme perder el empleo

Cordoba 2011

8

LA SITUACIÓN ACTUAL

CLIMA	
10 años de bonanza, crecimiento sostenido	miedo e inseguridad
DISCURSO DE LOS RRHH	
Emociones Equipos Creatividad Personas Valores El "talento". Gestión del talento La gestión ha sido -La evolución (que es diferente al cambio) -Aumentar la capacidad de producir -Aumentar la capacidad de suministrar -Aumentar la inversión en lo anterior En los RRHH Atraer gente buena (dinero, carrera) Discurso de los sentimientos Personas Valores	Hay crisis económica Los mercados Eliminar gastos Reducir gastos, costes, déficit Ahora se requiere -Gestionar el cambio -Cambiar el modelo -Negocios Ahora No - implicacionismo -Presentismo -Ausertismo -Absentismo -.....
ESTADO EMOCIONAL	
Alegría Evolución.....¿Cambio? Adaptación	Apatía Miedo - Agorrotamiento Se inhibe la creatividad
¿NOS HEMOS OLVIDADO QUE LOS PROBLEMAS SE SOLUCIONAN DESDE DENTRO HACIA AFUERA?	

9

CÓMO ESTÁ AFFECTANDO AL PAÍS Y A LA SANIDAD

EL SÍNDROME DEL BURN OUT. La afectación de los profesionales oscila entre el 20 y el 40%, según estudios,



Cordoba 2011

10

¿QUÉ ES EL "BURN OUT"

Es la discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria, e involucra 3 dimensiones:

1. Agotamiento emocional (agotamiento, fatiga, etc)
2. Deshumanización o despersonalización. Es desarrollar actitudes negativas hacia los receptores
3. Falta de realización personal. Se evalúa el propio trabajo de forma negativa

Dr. J.A. Flórez Lozano, Univ. Oviedo

Cordoba 2011

11

¿QUE NOS DICEN LAS ESTADÍSTICAS ?

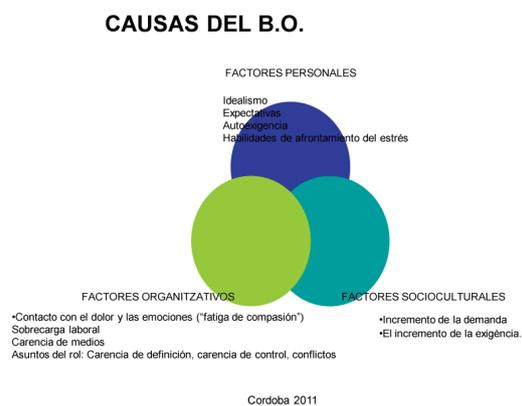
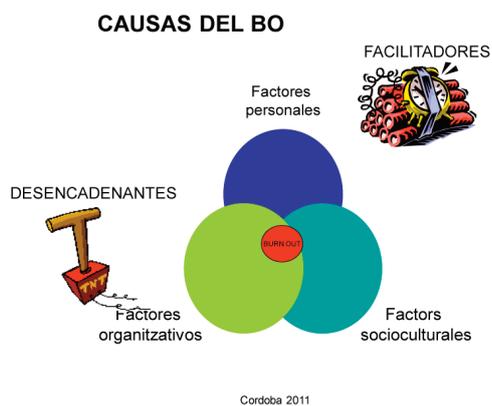
Afectación de los profesionales: entre el 20 - 40% (1 de cada 5)

Profesiones más afectadas:

- Sanitaria
- Educación
- Trabajadores sociales
- Policías
- Trabajadores y voluntarios de ONG
- Sacerdotes
- Bomberos
- Funcionarios penitenciarios
- Atención al usuario
- Vendedores
- Abogados
- Jueces
- Informáticos
- Periodistas
- Personal de la administración Pública
- Profesionales del deporte
- Controladores aéreos

Cordoba 2011

12



#### CÓMO AFECTA A LA SOCIEDAD, A LOS TRABAJADORES

En los políticos, en los directivos, en las organizaciones, existe ambigüedad...

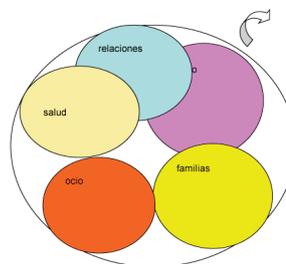
Los medios de información bombardean con mensajes de incertidumbre, miedo, etc.

No está intoxicando el sentimiento de PASIVIDAD

Nos hemos convertido en una sociedad de ESPECTADORES

Cordoba 2011 15

#### TRABAJO Y VIDA



#### ¡INTELIGENCIA CRÍTICA!

#### EL SENTIDO DEL TRABAJO

Del SENTIDO DEL TRABAJO EN LA VIDA hemos pasado al TRABAJO DA SENTIDO A MI VIDA

Cordoba 2011 17





## II. LA MOTIVACIÓN

Cordoba 2011 19

MOTIVACIÓN: Ropa de trabajo de nuestras ilusiones

Cordoba 2011 20

## MOTIVACIÓN

¿Cómo nos imaginamos la motivación?

¿Con qué características o habilidades la relacionamos?

Cordoba 2011 21

MOTIVO:, 1438, del latín MOTIVUS, relativo al movimiento

MOTIVAR: dar **causa** o **motivo** para una cosa.  
Preparar mentalmente para la acción

Aparece muchas veces

Que mueve o tiene eficacia o virtud para mover

Cordoba 2011 22



ABRAHAM MASLOW  
Cordoba 2011

23

ANTECEDENTES HISTÓRICOS



EL PALO Y LA ZANAHORIA

Cordoba 2011

24

### CUALIDADES (valores) ATRIBUIDAS A LA PROFESIÓN SANITARIA

- “Vocación”
- “Altruismo”
- “Abnegación en el servicio”
- “Voluntad de servicio “

Cordoba 2011 25

### PROFESIONALES SANITARIOS

¿Vocación, voluntad, motivación, necesidad?  
 Los conceptos se entremezclan  
 Existen componentes de todos en la dedicación profesional  
 Hoy el rol del sanitario, en cualquiera de sus especialidades, se ha convertido en algo mucho más técnico

Cordoba 2011 26



Cordoba 2011 27

### TIPOS DE MOTIVACIÓN

- EXTERNA
- INTERNA

Cordoba 2011 28

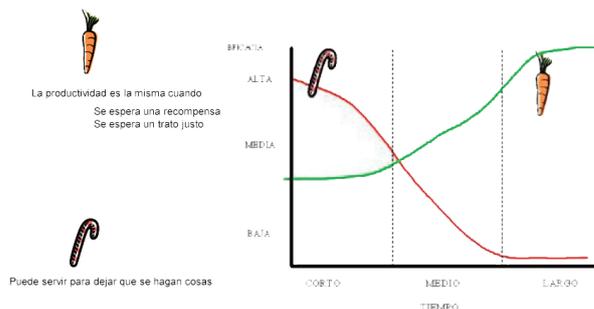
### MOTIVACIÓN EXTERNA

Necesidades básicas, fuerza mayor

- Recompensas positivas (Ir hacia lo agradable)
- Castigos (huir de lo desagradable)

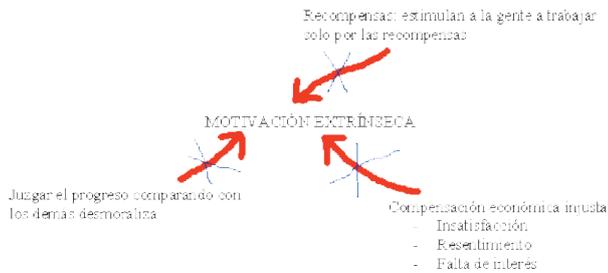
Cordoba 2011 29

### MOTIVACIÓN EXTERNA



Cordoba 2011 30

ALGUNOS MITOS SOBRE LA MOTIVACIÓN



MOTIVACIÓN INTRÍNSECA

Conocer los VALORES

son los PORQUÉS del comportamiento

¿Cómo conocer los VALORES?...¡Preguntando!

¿Porque esto es importante para ti?  
¿Porque quieres hacer esto?

Preguntar a alguien sobre si mismo (si se confia, si se escucha)

Le halaga  
Es un cumplido  
Es interesarse por ellos

III. DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO

DE LAS ORGANIZACIONES  
DE LOS EQUIPOS  
DE LOS INDIVIDUOS

CONOCER LAS ORGANIZACIONES - TIEMPO

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

- Lo más importante es el trabajo
- Lograr que el trabajo sea hecho por "LOS OTROS"
- El liderazgo determina el rendimiento
- El equipo está al servicio del líder.
- El líder planifica el trabajo de los trabajadores, establece objetivos, diseña, crea
- Diseños de la ciencia del S. XVII (física, mecánica, I. Newton) se incorporan a la gestión - organizaciones (Frederick Taylor, Frank Gilbreth)
- Conceptos de Ingeniería: Tiempo - Movimiento Eficiencia, División del trabajo en partes. Marcan la estructura de pensamiento
- Lo más importante son las personas
- Las personas son las que realizan el trabajo
- El liderazgo depende del contexto
- El líder está al servicio del equipo
- El líder da servicios al equipo. Cada trabajador hace su trabajo
- Ronda el fantasma de la credibilidad. Envidia de la física. Tratamos de ser científicos para ser creíbles
- La gran ironía es que nos estamos esforzando en usar esquemas científicos del S. XVII, mientras los científicos ya están descubriendo nuevas realidades



CONOCER LAS ORGANIZACIONES

LA FORMACIÓN: Tiene la pega de saber medir el retorno de la inversión

Corto plazo	Medio plazo	Largo plazo
-Disminuir los gastos -Descapitalizarnos intelectualmente -Pérdida del conocimiento	Incrementar los gastos en adquirir el conocimiento	Nos lanza a la dependencia tecnológica-intelectual externa
El empleado es la persona que hay que fidelizar positivamente		
Los problemas se solucionan desde dentro hacia fuera		

Era experimentado  
 y sabía que la desconfianza  
 es la madre de la seguridad

El gato y el viejo ratón, Jean de la Fontaine (1621 – 1695)

Cordoba 2011

37

CONOCER LAS ORGANIZACIONES

ENEMIGAS DE LOS CAMBIOS

LA EXPERIENCIA CONTRA LA VOCACIÓN

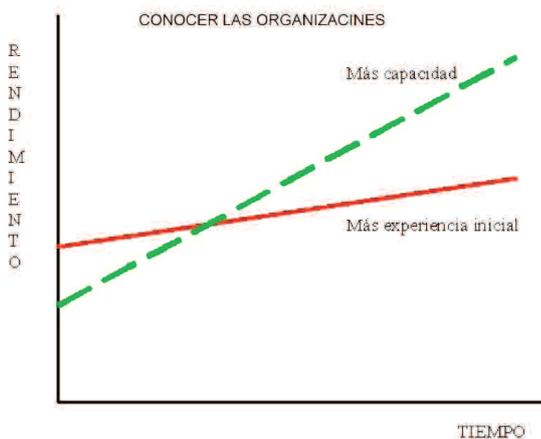
A mayor capital de experiencia-----mayor dificultad para el cambio

Nuestra cultura se apoya más en la experiencia que en las capacidades y habilidades personales.

Los inicios profesionales se producen, con frecuencia, por razones de mera oportunidad.

Cordoba 2011

38



CONOCER LAS ORGANIZACIONES

## FUENTES DE ESTRÉS

EL ENTORNO DE LA ORGANIZACIÓN DETERMINARÁ  
 (SERVICIOS, SANITARIO, ECONÓMICO, INDUSTRIAL, EDUCATIVO,  
 POLÍTICO, DEPORTIVO, ETC.)

- LA INCERTIDUMBRE
- LA TOMA DE DECISIONES
- LA PROPIA ORGANIZACIÓN (Y SU CULTURA ...)

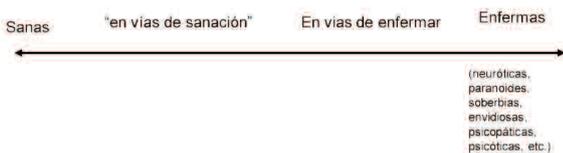
Cordoba 2011

40

CONOCER LAS ORGANIZACIONES

## ENTORNO - CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN

Existen organizaciones:



Cordoba 2011

41





DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS

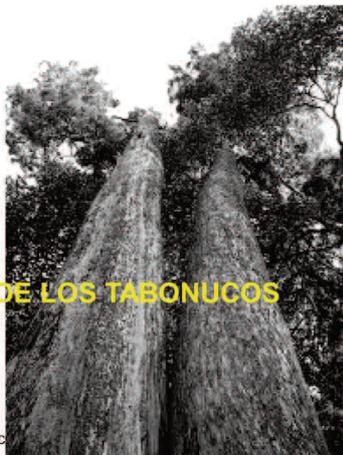
Cordoba 2011

44

*El fracaso lo puede obtener Vd. solo, pero el éxito no se consigue en solitario, se necesita un equipo*



**EL MISTERIO DE LOS TABONUCOS**



DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS

EQUIPOS	
EFICIENTES, RENTABLES	INEFICIENTES, POCO RENTABLES
Delegación	Delegación insuficiente
Orientación a a objetivos	Cambios de prioridades
Potenciación de capacidades personales	No uso de las capacidades del personal

Cordoba 2011

46

DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS

**LIDERAZGO**

- CONOCER los ROLES
- Conocer LAS TOXINAS.
- Concretar LAS ACCIONES.
- GESTIÓN DEL TIEMPO

Cordoba 2011

47

DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS

**LIDERAZGO**

conjunto de habilidades y herramientas para dirigir los miembros de un equipo de trabajo.

Cordoba 2011

48

## ¿PARA QUÉ LIDERAR?

### LA DESMOTIVACIÓN EN LOS EQUIPOS

- Constantes cambios
- Necesidades formativas (para adaptarse a los cambios)
- “Fatiga de compasión” (contacto con emociones, ansiedad, dolor y muerte)
- Presión asistencial
- Exigencia hacia los servicios.

Cordoba 2011

49

## COMPORTAMIENTOS

No somos la conducta ...

...Somos la persona que dirige la conducta

Cordoba 2011

50

## RECONOCER

- ACIERTOS.....ELOGIOS
- ERRORES.....SEÑALAMIENTOS



Criticar el comportamiento y no a la persona

Cordoba 2011

51

CONOCER los diferentes papeles (roles) dentro del equipo:

el emocional,  
el crítico,  
el observador,  
el aglutinador,  
el analítico,  
el actuador,  
el simpático,  
el romántico  
etc.

Cordoba 2011

52

Conocer LAS TOXINAS de los equipos

La Crítica-Ataque,  
El Desdén – Desprecio,  
El contraataque (¿Yo? ¡Pues anda que tú!)  
El Pasotismo-Obstaculización

Cordoba 2011

53

Concretar LAS ACCIONES

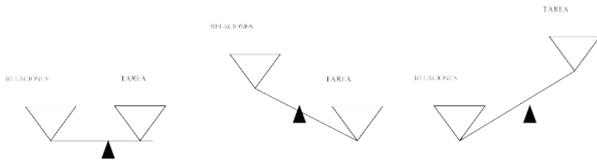
La acción se inscribe dentro de la función dentro del equipo.

Definir bien las acciones y las funciones

Cordoba 2011

54

CONCRETAR LAS ACCIONES



Cordoba 2011

55

GESTIÓN DEL TIEMPO.

No espere que sus subordinados manejen bien el tiempo si usted no lo hace. Los subordinados tienden a seguir el ejemplo del jefe.

Dedique tiempo al entrenamiento y desarrollo del equipo

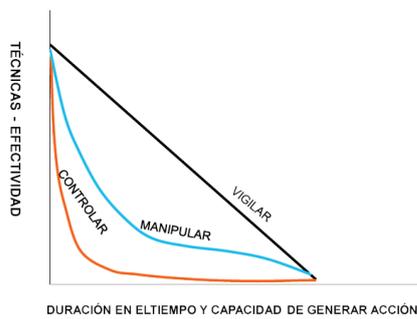
Utilice la delegación de funciones, pero no espere que funcione sola.

Busque el perfil de las causas de pérdida de tiempo de su equipo y discuta cómo empezar a mejorarlas.

Cordoba 2011

56

La confianza mutua permite la suma de esfuerzos con un objetivo común



Cordoba 2011

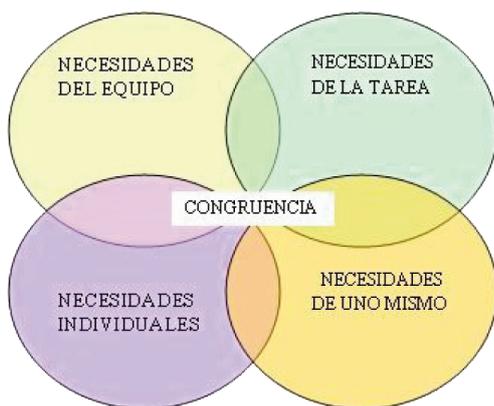
57

ALGUNOS INGREDIENTES DE LA MOTIVACIÓN DE EQUIPOS.

- FORMAR
- ENSEÑAR
- DELEGAR
- SUPERVISAR LAS TAREAS
- RESPECTO
- ACOMPañAR.

Cordoba 2011

58



Cordoba 2011

59

¿QUÉ ENCONTRAREMOS DURANTE LAS INTERVENCIONES?

ENCONTRAREMOS INDIVIDUOS ...



ENTUSIASTAS



INDECISOS



OBSTRUCCIONISTAS: 20%

Cordoba 2011

60

**Los trabajadores a las órdenes de jefes más inteligentes emocionalmente son más productivos, efectivos y gozan de mejor salud que aquellos cuyos supervisores son mediocres.**

FUENTE: JOURNAL OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE. 2008 AGO;50(8):904-915. [noticias] [23/9/2008]

Resumen  
[\[texto completo en inglés\]](#) [\[traducir\]](#)

En la literatura científica encontramos tres definiciones distintas de lo que es ser un jefe benévolo. El jefe compasivo, que proporciona apoyo social cuando es necesario; el considerado, que trata con respeto a los empleados y el transformador, que inspira, motiva y estimula a nivel intelectual.

Una investigación publicada recientemente en la revista 'Journal of Occupational and Environmental Medicine', constata que los trabajadores a las órdenes de un buen jefe están menos días enfermos y requieren de menos bajas laborales. Concretamente, estos empleados tienen un 27% menos de riesgo de enfermarse y un 46% menos de posibilidades de solicitar una baja por discapacidad.

Jaana Kuoppala, del Instituto Finlandés de Salud Laboral, en Helsinki, y su equipo han llevado a cabo una revisión de un total de 27 estudios de los 109 seleccionados, publicados entre 1970 y 2005, en los que se ha analizado cómo influyen los jefes en la salud y en el bienestar de los trabajadores.

Las conclusiones del nuevo estudio determinan "que es extremadamente importante que la función de los superiores sea evaluada y que se promocióne a aquellos con una conducta más ejemplar en todos los ambientes laborales", añade el trabajo.

Publicado el: 23 de septiembre de 2008

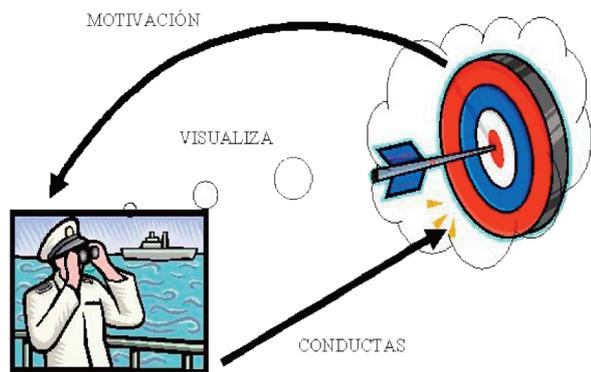
Para acceder al texto completo consulte las características de suscripción de la fuente original:

<http://www.joem.org/p/ra/joem/home.htm;jsessionid=50150bcP2HVQpQrRXjbb8RChFv16nz2Ll8HzsG8fPvY9Djlv1177656273j181195629j80911-1>

DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS PERSONAS

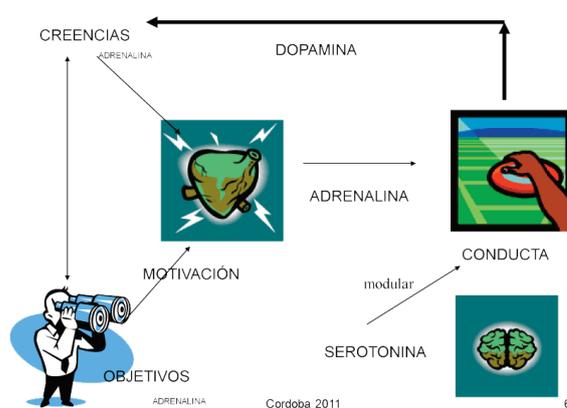
Cordoba 2011

62



Cordoba 2011

63



Cordoba 2011

64

*Lo que creemos que son los motivos de nuestra conducta no son más que sus pretextos.*

(Miguel de Unamuno)

Una ACCIÓN puede ser producida tanto como

RESPUESTA. responsabilidad, pensar, reflexión previa

REACCIÓN. no pensar, inconsciente, reflejo

Cordoba 2011

65

Cordoba 2011

66

La acción es conocimiento en operación  
 La acción es la palabra mágica que hace que se acorte la distancia entre los sueños y la realidad.  
 La acción conlleva creación.

Para dar RESPUESTAS.....en lugar de.....REACCIONES



Cordoba 2011

67

Cordoba 2011

68

### PREGUNTAS DE ACCIÓN

- ¿Cómo sabrá que va por buen camino?
- ¿Qué le indicará que su objetivo final se ha alcanzado?
- ¿ Hay algún inconveniente para conseguir su objetivo?
- ¿ Hay obstáculos para la realización de este objetivo?
- ¿Qué recursos necesita?
- ¿ Cuáles son los medios a poner en práctica?
- ¿ Cuáles son las etapas a recorrer?

### Conocer unos mínimos datos sobre los diferentes ESTILOS DE COMPORTAMIENTO Y RELACIÓN DE LAS PERSONAS

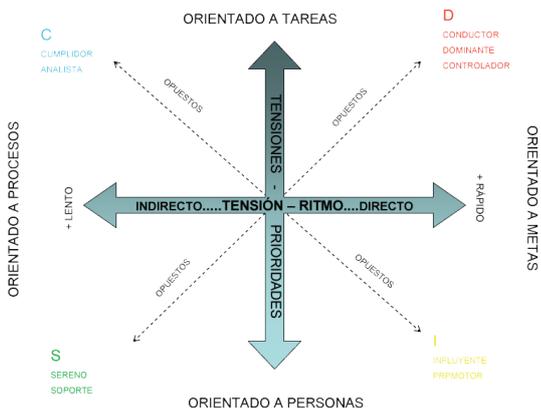
- Identificar los RITMOS DE LAS PERSONAS
- ATENDER A LAS ORIENTACIONES DE LAS PERSONAS
- COMO MOTIVARLE – EVITAR DESMOTIVARLE
- COMO DIRIGIRLE
- QUE HACER EN LA COMUNICACIÓN
- QUE NO HACER EN LA COMUNICACIÓN

Cordoba 2011

69

Cordoba 2011

70



### ¿ES POSIBLE TRABAJAR LA MOTIVACIÓN?

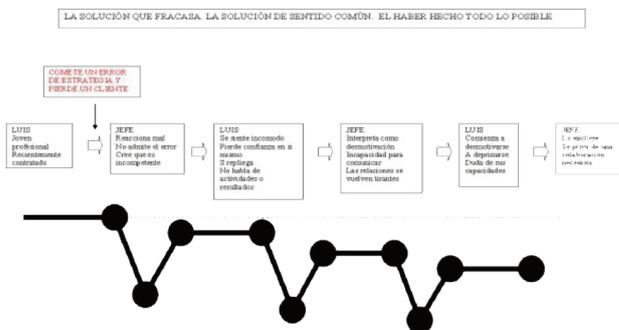
Cordoba 2011

72

## EL PROBLEMA ES LA SOLUCIÓN INTENTADA

Paul Watzlawick)

### PERMITIR EL ERROR



¿Qué es lo que se está motivando, lo que se mueve o se hace mover?

### DIFERENCIAR ENTRE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

MOTIVACIÓN	DES - MOTIVACIÓN
Comunicación Confianza Respeto Seguridad <b>ACCIÓN</b>	In - Comunicación Des - confianza No respetar In - seguridad <b>IN - ACCIÓN</b>

Cordoba 2011

75

COMUNICACIÓN	INFORMACIÓN
información y relación es interpersonal Influencia La calidad de nuestra relación con el otro.	Datos Impersonal insuficiente para influenciar

Cordoba 2011

76

### TRABAJAR PARA CREAR ATMÓSFERAS

Tóxicas	No tóxicas
predominarán la individualidad, el aislamiento, disparándose las conductas defensivas	Circula con fluidez el conocimiento recíproco, la confianza, también se ha comprobado que son disparadoras de las cooperaciones.

Cordoba 2011

77

### TRABAJAR CON CONFLICTOS

La mayoría de las veces están ligados a la insatisfacción, a la frustración, a la desvalorización o al aburrimiento.

A menudo confundimos «conflicto» con «combate» y consideramos el conflicto como un juego de suma cero, en el que si uno gana, el otro pierde.

Nuestra visión dualista del mundo nos lleva a creer que es imposible resolver un conflicto mediante un resultado positivo con dos ganadores.

Cordoba 2011

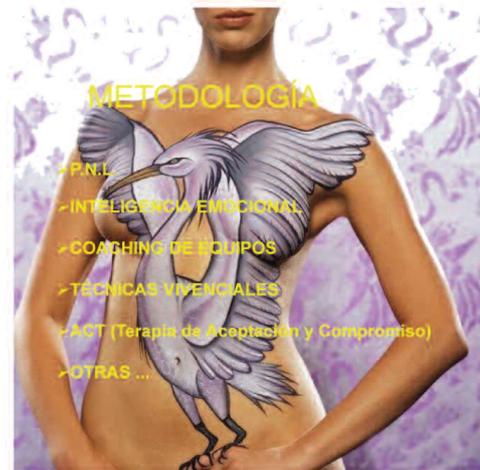
78

RESPETO: Del latín *respectus*, atención, consideración

ESCUCHAR: magnífico remedio contra la soledad, la locuacidad y la laringitis (William Arthur Ward)

©Cordoba 2011

79



80

## APORTACIONES DE LA PNL

Las áreas sobre las que estamos trabajando

1. CAMBIAR LA ATENCIÓN
2. UNA OPORTUNIDAD PARA APRENDER
3. ESTRUCTURA DE LA PREOCUPACIÓN Y DE LA ESPERANZA

©Cordoba 2011

81



H. IZQUIERDO

H. DERECHO

©Cordoba 2011

82

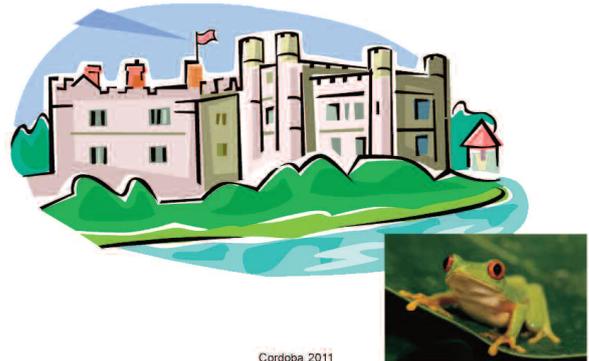
## FILOSOFÍA DE LAS INTERVENCIONES

OBJETIVOS  
 ANCLAJE  
 DEFUSIÓN

©Cordoba 2011

83

## METÁFORA DE LA RANA



©Cordoba 2011

### ESTRUCTURA DE LA PREOCUPACIÓN Y LA ESPERANZA

PREOCUPACIÓN      ESPERANZA

¿y si sucede tal cosa...?

¿qué haré si sucede eso?

Córdoba 2011

85



### OBJETIVOS (A. Maslow)



Córdoba 2011

87

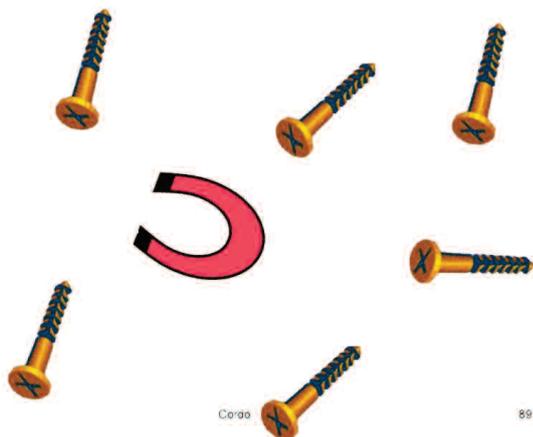
### OBJETIVOS

Asignación de los objetivos a las necesidades



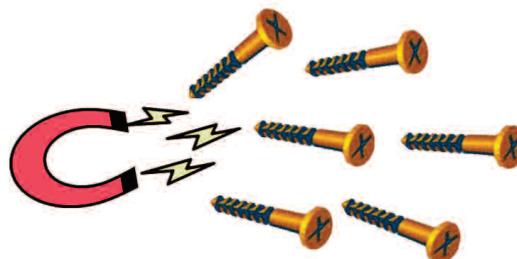
Córdoba 2011

88



Córdoba

89



DIRECCIÓN POR VALORES  
OBJETIVOS

ALINEACIÓN

VALORES  
OBJETIVOS

Córdoba 2011

90

**ANCLAJE**

**GENERAR ESTADOS POSITIVOS**

Cordoba 2011

91



**DEFUSIÓN**

**DESINTEGRAR LA ESTRUCTURA DE LA PREOCUPACIÓN**

Cordoba 2011

92



**METODOLOGÍA CON PNL**



Datos retenidos en la transmisión de la información. Figura reproducida en "la comunicación". X. Cléries. Masson. 2006. 95



LA CIENCIA COMIENZA A INVESTIGAR LA MOTIVACIÓN...

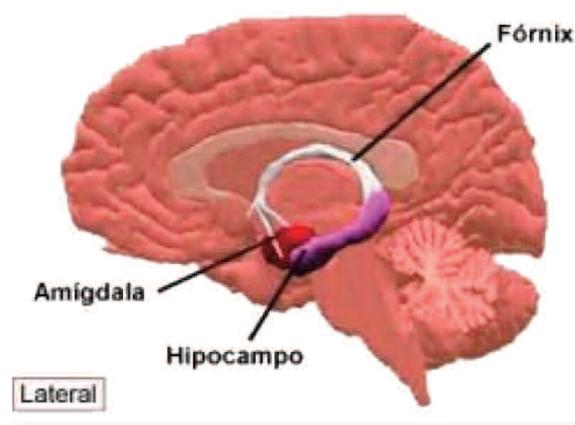
Trabajo con neuronas específicas del hipocampo  
 Distintos estados motivacionales (hambre o sed) dirigen la conducta, estimulando patrones diferentes de activación neuronal en el hipocampo ("campos de lugar")

*La motivación puede influir en los procesos de memoria y ayudar a seleccionar entre diferentes conductas basadas en experiencias pasadas.*

Matthew Shapiro y Pamela Kennedy, 'Proceedings of the National Academy of Sciences' (PNAS), Mayo 2009.

Cordoba 2011

97



99



"RESPETAR, MOTIVAR, ACTUAR"

SINTESIS

Es posible trabajar la motivación...

"RESPETAR y MOTIVAR para ACTUAR"

¡Evitando incurrir en desmotivar a las personas motivadas, que son la mayoría!

UNIR  
VINCULAR

IR HACIA  
OBJETIVOS

Hay que aplicarse en el conocimiento propio y de los demás

Cordoba 2011

101

Cordoba 2011

102

ALPICACIONES PRÁCTICO – EXPERIENCIALES DE HOY...

¿Qué es lo que hemos hecho y para qué lo hemos hecho?

ANCLAJE: Dirigir estados de recursos

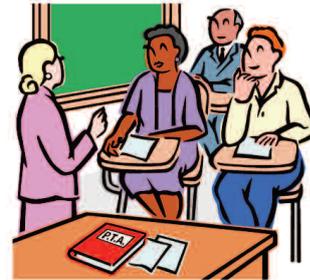
DEFUSIÓN: Estructura de la preocupación

EJERCICIOS GRUPALES: Generar clima positivo

Córdoba 2011

103

OTRO CUENTO PARA TERMINAR..



Córdoba 2011

104



Córdoba 2011

106

¿PREGUNTAS?

## Avances en Bioseguridad

**Adaptación a la Normativa Europea sobre la utilización de Dispositivos de Seguridad.**



 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

## INDICE

- Resumen de la Normativa Española
- Resumen de La Directiva de la UE 32/2010:
- El Documento de Consenso de ANDE
- Toma de Muestra de sangre:
  - Venosa
  - Arterial
  - Capilar
- Toma de Muestra de Orina



 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

## ENTORNO LEGAL

- **Constitución Española**
  - **Artículos 40.1 y 40.2** el derecho a la protección de la salud de los trabajadores y encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo
- **Ley 31/1995 de 8 de Noviembre**
  - **Prevención Riesgos Laborales** : Promueve la seguridad y salud de los trabajadores mediante aplicación de medidas y desarrollo de actividades necesarias para la prevención de los riesgos derivados del trabajo
- **R.D. 664/1997 de 12 de Mayo**
  - Protección de los Trabajadores frente a riesgos relacionados con **agentes biológicos** en el trabajo
- **Ordenes en:**
  - **Madrid, Castilla-La Mancha, Baleares, Galicia y Navarra** ya es obligatorio, mientras que otras seis autonomías están estudiando la medida



 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

DIRECTIVAS

**DIRECTIVA 2010 (UE) DEL CONSEJO**  
 de 18 de marzo de 2010  
 que aplica el Acuerdo Marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortopunzantes y perforantes en el sector hospitalario y sectores relacionados por HAZARDO y EPD  
 (Texto pertinente a efectos del TUE)

El Consejo de la Unión Europea,

considerando que el uso de instrumentos cortopunzantes y perforantes en el sector hospitalario y sectores relacionados con el mismo conlleva un riesgo de lesiones graves para los trabajadores y que, en consecuencia, puede haberse creado un déficit de armonización en el ámbito del Tratado de Lisboa, que debe ser subsanado mediante el presente Reglamento;

ha adoptado el presente Reglamento.



 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

## OBJETIVO

**Prevenir las lesiones por objetos cortopunzantes en profesionales sanitarios**



 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

## AMBITO DE APLICACION

**Se aplica a todo el personal de hospitales y sector sanitario**

**UNIVERSAL**



 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Directiva Europea 32/2010: Fechas, Riesgos y Costes

- En Junio del 2010 se aprobó una directiva europea según la cual antes de **Mayo del 2013** los países miembros instalaran dispositivos con mecanismos de bioseguridad.
- Estos dispositivos reducen en casi un **85 por ciento** el riesgo de pinchazo accidental; las infecciones más frecuentes son la hepatitis C y B y el VIH.
- La implantación de los **mecanismos de bioseguridad** en todo el SNS supondría un ahorro para el sistema sanitario de un **73 por ciento**.



Octubre 27 de Noviembre de 2011



<http://www.ande.org/descargables/Documentobioseguridad.pdf>



Octubre 27 de Noviembre de 2011

### Documento de Consenso

“...se ha desarrollado con el fin de **ayudar** a las **organizaciones sanitarias** a **implementar** de forma efectiva **sistemas de prevención** de lesiones por pinchazo con objetos cortantes y punzantes en el sector sanitario y realizar una **adecuada adaptación a la nueva directiva europea**”



Octubre 27 de Noviembre de 2011

### Documento de Consenso

**Utilización universal de dispositivos de seguridad y su uso obligatorio.**



Octubre 27 de Noviembre de 2011

### Documento de Consenso

- **Selección de los dispositivos para garantizar el éxito en la protección de los profesionales sanitarios y de los pacientes:**

- Realizada por profesionales sanitarios expertos tanto en dispositivos convencionales como de seguridad.
- Evaluación de calidad y seguridad en el mismo artículo y en los nuevos hábitos y técnicas para el personal que lo utiliza.



Octubre 27 de Noviembre de 2011

### Características de un producto de Seguridad

- De **sencilla activación del mecanismo de seguridad** y permitir que el profesional sanitario mantenga el control adecuado sobre el procedimiento.
- **Irreversible** una vez activado.
- La activación se debe manifestar por sí sola al profesional sanitario, por medio de una **señal auditiva, táctil o visual**.
- Con garantías en lo que se refiere a la **seguridad del paciente**.



Octubre 27 de Noviembre de 2011

### Características de un producto de Seguridad

- Constituido como una **pieza integral del dispositivo** y no un accesorio independiente.
- **Sencillo de manejar** y con un requerimiento mínimo en el cambio de técnica por parte del profesional sanitario.
- **Activación automática o con una sola mano** que no se exponga a la parte filosa del material.
- No debe crear otros peligros para la seguridad ni fuentes de exposición a la sangre.



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Documento de Consenso

- **Formación del personal como elemento fundamental para conseguir la reducción de accidentes con dispositivos cortantes y punzantes.**

- Aspectos Básicos:
  - De sensibilización/mentalización

**Formación practicas seguras +  
 Dispositivos = -80%**



### Documento de Consenso

Las Garantías de éxito en la gestión del cambio de conversión de un centro sanitario a uno de seguridad:

- **Proyecto integral** acompañado por el desarrollo y la puesta en marcha de unas buenas prácticas en bioseguridad
- **Proyecto integral incluyendo la gestión** de todos los aspectos logísticos, de compras, de los protocolos de actuación, de la formación, de la concienciación y de una adecuada selección de dispositivos
- **Planificación de las fechas y las fases de implantación.**



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Documento de Consenso

Fecha de comienzo de la elaboración de los proyectos de seguridad:

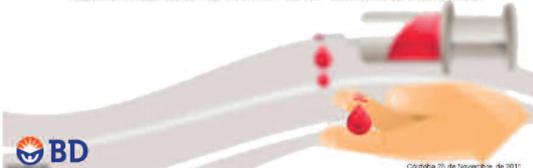
- **El riesgo** al que está expuesto el personal sanitario **está constatado.**
- Fecha límite de implementación es el **11 de mayo de 2013.**
- **La conversión a seguridad** y el correspondiente análisis de riesgos, asociados al cambio y asociados a la seguridad de los pacientes **consume mucho tiempo y recursos.**



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

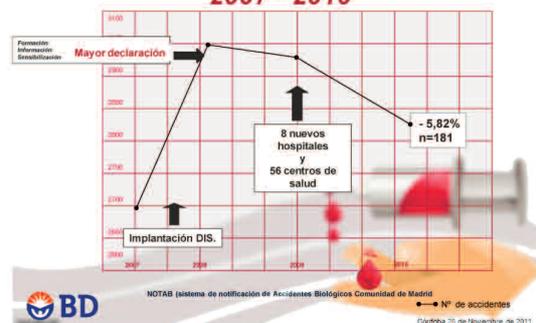
### Documento de Consenso

Baja incidencia de declaraciones de accidentes



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Evolución de los accidentes años 2007 - 2010



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

## Toma de muestra de sangre

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Volumen mínimo de sangre necesario para transmitir una infección

VHB / VHC: 0,04 µl (0,00004ml)  
VIH: 100 µl (0,1ml)

0,04 µl      50 µl      100 µl

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Fase Preanalítica

- Conjunto de procesos que se realizan desde la prescripción del análisis hasta que la muestra llega al analizador (en las condiciones idóneas para su procesamiento)
  - En ella se dan el 70% de los errores
  - De éstos, el 25% tiene consecuencias desfavorables en el paciente (terapia inadecuada 11% / pruebas innecesarias 15%)
  - El resto desfavorable para el profesional

Es la fase con más riesgo para el personal sanitario

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### La Hemólisis

- La hemólisis es la liberación de la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos. La hemoglobina es un pigmento rojo. Afecta a ciertos analitos y conduce el laboratorio a rechazar la muestra, lo que significa volver a pinchar al paciente.
- La hemólisis se reconoce habitualmente por el aspecto rojo o rosa del plasma o suero tras la centrifugación.
- La hemólisis puede ser *in-Vivo* (relacionada con una enfermedad) o *in-Vitro* (relacionada con la fase Preanalítica).

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Posibles causas de Hemólisis in-Vitro

- Extracción desde una vía (48,5%)\*
- Extracción con jeringas y porta-tubos excéntricos
- Maniobras con la aguja una vez pinchado el paciente
- Tubos mal llenados
- Transferir sangre de jeringa a tubo de vacío presionando el embolo
- Mala homogenización de los tubos

**BD**

\*F. Raisky et al. Anales de Biología Clínica, 1994, 16:661-665

### Toma de Muestra de Sangre Productos

Aguja de Extracción Eclipse

Palomilla extracción Push Button

Adaptador premontado Luer-lock

Adaptador premontado Luer-hembra

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### PROCESO EXTRACCION VENOSA

**CIRCULAR 10 A 20 CM  
 DEJAR SECAR**

**10 CM POR ENCIMA  
 1 MINUTO MÁXIMO**

EXTRACCION DE LA SANGRE

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Un paciente, un portatubos

La reutilización del portatubos conlleva un riesgo de contaminación cruzada

Figure 2: Whole blood on holder tube.

Figure 3: Whole blood on holder.

Figure 5: Blood contamination detected with p-sulfone assay on sterile needle after being placed on a holder after multiple phlebotomies.

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### PROCESO EXTRACCION VENOSA VENAS DIFÍCILES

**CIRCULAR 10 A 20 CM  
 DEJAR SECAR**

**10 CM POR ENCIMA  
 1 MINUTO MÁXIMO**

EXTRACCION DE LA SANGRE

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

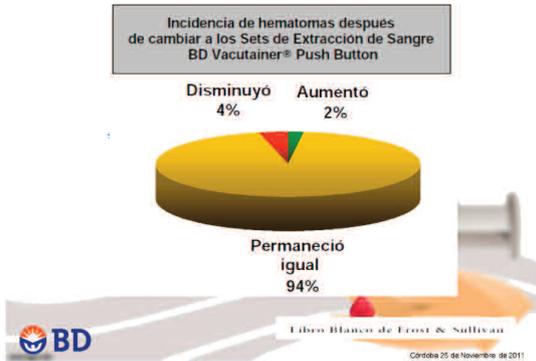
### Uso de la palomilla Push Button de seguridad BD

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Efecto del cambio a Sets de Extracción de Sangre BD Vacutainer® Push Button en la sensación de dolor de los pacientes

Categoría	Porcentaje
Disminuyó considerablemente	~2%
Disminuyó moderadamente	~8%
Permaneció igual	~42%
Aumento moderadamente	~8%
Aumento considerablemente	~2%

Libro Blanco de Frost & Sullivan  
 Córdoba 25 de Noviembre de 2011



**PROCESO EXTRACCION VENOSA DESDE UNA VIA RECEN IMPLANTADA**

NECESIDAD DE LIMPIAR LA VIA DE LA EXTRACCION PARA SU MANTENIMIENTO 3 a 10ml de una solución de NaCl 0,9%

MANEJO DE LA TUBERÍA

BD  
 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

**PROCESO EXTRACCION VENOSA DESDE UNA VIA YA IMPLANTADA**

Proceso no recomendado, pero práctica común

- Desinfectar conector
- Comprobar permeabilidad
- Lavado con solución salina
- Descartar cantidad de sangre adecuada

- Conecte la campana de vacío Luer-Lock a una de las luces del catéter y realice la extracción

COLOCACION DE LA TUBERÍA

NECESIDAD DE LIMPIAR LA VIA DE LA EXTRACCION PARA SU MANTENIMIENTO 3 a 10ml de una solución de NaCl 0,9%

BD  
 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

**Campana Luer-hembra**

- Cuando la extracción por vacío no es posible, utilizar una jeringa
- El tamaño de la jeringa se elige en función de la cantidad de sangre a extraer
- Transferir la sangre en los tubos usando un dispositivo adaptado para la transferencia de la sangre por vacío sin aguja

BD  
 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

**Jeringa Gasometría**

BD Preset™

BD  
 Córdoba 25 de Noviembre de 2011

**Productos para toma de muestra capilar**

BD  
 Córdoba 25 de Noviembre de 2011



#### INSTRUCCIONES DE USO



#### Buenas Prácticas

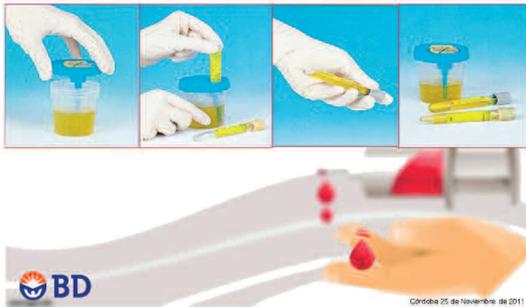
en tomas de sangre capilar en el talón

- Evitar el material sucio para evitar la toma de sangre
- Utilizar guantes que así asegure el control y estabilidad en cada cuarta operación.
- Lavarse las manos regularmente.
- Calentar el pie
  - El calor y por eso mismo el flujo de sangre de la zona vascular y su flujo reduce la hemorragia y el dolor de la punción. El calentamiento del sitio es importante cuando se trata de tomar la muestra de la zona de un pie que se calienta.
- Rotar el material utilizado para calentar el pie
- Posar guantes
- Elegir el sitio de punción según las recomendaciones
  - El sitio de punción está a un nivel de 1-2 mm por debajo de la superficie de la piel en la parte del talón y a la mitad de esta profundidad en la zona interna posterior del talón.
- Limpiar el sitio del sitio con alcohol apropiado al 70%
- Dejar secar el área
  - El centro de alcohol con temperatura de la piel, reduce el riesgo de infección y dolor de punción de la punción. Evitar el alcohol y el alcohol que se seque y se seque de la zona de punción.
- Posicionar el talón por debajo del pecho y asegurarse firmemente el arco del talón hacia atrás: se realiza a 90° con la tibia
  - Una posición adecuada al ángulo de punción reduce la hemorragia y permite obtener la muestra.
- Practicar la punción rápidamente con un dispositivo apropiado
- Eliminar inmediatamente la muestra que se debe de recoger cada que sea posible.
  - El pie debe ser lavado. Evitar tocar que pueda tocar el pie.
- Mantener el pie hacia atrás. Aplicar una presión suave con el pulgar y índice de la mano dominante a medida que se forma la gota de sangre
  - Un método de otro pie es un método importante y la recomendación de la muestra que debe recoger.

### Lanceta de seguridad QuickHeel

- Cuchilla de acero quirúrgico extrafina que produce una incisión limpia y rápida con **mínimo dolor**.
- Incisión 1 mm de profundidad x 2,5 mm de anchura





Córdoba 25 de Noviembre de 2011

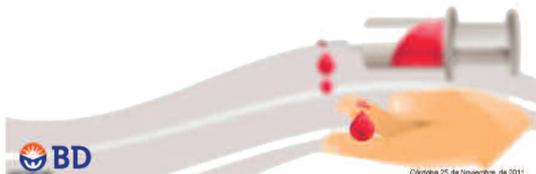
# Muchas gracias

rosa\_martinez@europe.bd.com



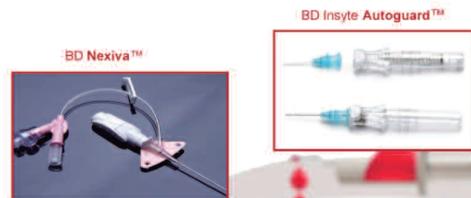
Córdoba 25 de Noviembre de 2011

## Terapia Intravenosa



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

## Catéter intravenoso periférico con sistema de seguridad



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

## Catéter IV de Seguridad

### Capacidad para ablandarse:

- HECHO: BD Vialon™ se ablanda hasta un 75% después de 30 minutos en el torrente sanguíneo.
- RESULTADOS: Menor irritación de las paredes internas de la vena que
  - Reduce el riesgo de flebitis e infiltración.
  - Incrementa los tiempos de permanencia.
  - Mayor resistencia a los acodamientos.



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

## Catéter IV de Seguridad

- Sistema de seguridad Push - Button:
- Es el único dispositivo de seguridad que ha demostrado una disminución de los pinchazos accidentales del 95%.
- El profesional tiene el control sobre la activación del dispositivo de seguridad en todo momento.
- SEGURIDAD TOTAL

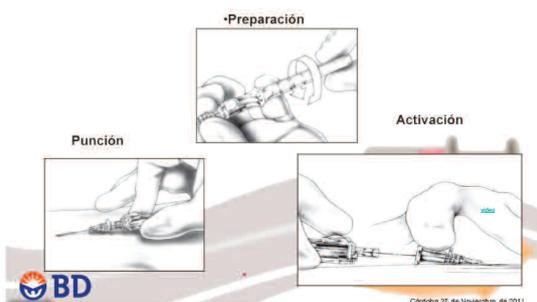


Córdoba 25 de Noviembre de 2011

•Maki DG, Pinger M. Risk factors for infection-related phlebotomy with small peripheral venous catheters: a randomized controlled trial. *BMC Infect Dis* 2011; 11:4. p. 44-54.  
 \*\*\* Michael Stanley, et al. Infections during intravenous therapy in hospitals: Comparison of Palfon and Vialon catheters. *Southern Medical Journal*. September 1992 - volume 85 Number 9, pages 883-886

### Catéter IV de Seguridad

BD Insyte Autoguard™



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Sistema de catéter cerrado

BD Nexiva™



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Sistema de catéter cerrado

BD Nexiva™

- Sistema de catéter cerrado que proporciona una inserción 100% limpia y sin sangre.
- Minimiza la manipulación durante la inserción, reduciendo los riesgos de entrada de microorganismos.
- Catéter de BD Vialón™



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Basado en la Evidencia II

- Nexiva™ disminuyó las IN en un 35%, por MRSA en un 53% (1).
- Nexiva™ evita la manipulación del punto de punción:

• Evita la utilización de alargadera + llave de tres pasos + 2 válvulas en perfusiones de más de 48 – 72 horas.

• Tienen mayor permanencia sin incidencias que el catéter estándar, con lo cual se evitan cambios de acceso venoso por fugas, acodamientos y movilización del punto de inserción (2).



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Bioconector BD – QSyte Recomendaciones CDC - 2011

Quando se utilicen sistemas de acceso sin aguja, sería preferible elegir los de tipo Split Septum frente a las Válvulas mecánicas, debido al mayor riesgo de infección de éstas últimas.

Recomendación de Categoría II

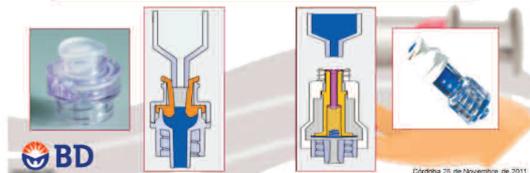


Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Bioconector BD – QSyte Recomendaciones CDC - 2011

Recomendación de las Guías CDC (Center of Disease Control) de Split Septum versus Válvulas Mecánicas:

- 1.- Canal de paso recto
- 2.- Dispositivo transparente
- 3.- No existencia de mecanismos internos
- 4.- Superficie fácil de limpiar



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Jeringa precargada para lavado de vías BD PosiFlush™

Diseñada para evitar el reflujo inducido por la jeringa.

-Protege el catéter de sobre presión.

-Etiquetado para una fácil identificación.

-Disminuye el tiempo de preparación de una solución de lavado.

-Disponibile para uso en campo estéril.



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Jeringa precargada para lavado de vías BD PosiFlush™

#### DIRECTRICES INS 2011

- El lavado y sellado de catéteres periféricos cortos deberá realizarse con jeringas precargadas de suero fisiológico estéril, o con monodosis.
- El lavado y sellado deben de asegurar una técnica de Presión Positiva para evitar el efecto de succión (o Reflujo Negativo) que se produce al desconectar una jeringa de su conexión.



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Protección integral para el Paciente



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

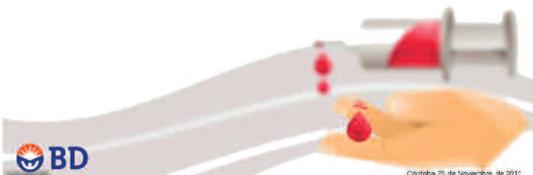
### Beneficios

- Reducir infecciones
- Evitar manipulaciones
- Evitar pinchazos accidentales
- Reducir el contacto con sangre



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Terapia de Inyección Intramuscular y Carga Segura de Medicación



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Agujas de Seguridad



Aguja Eclipse™ con tecnología SmartSlip™



Aguja de Punta Roma Blunt Fill Needle



Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Aguja de Punta Roma Blunt Fill Needle

- Preparación de medicamentos de forma segura
  - Aguja de longitud 1 1/2" Capaz de atravesar la membrana de una bolsa IV
  - Aguja de calibre 18G Para un rápido llenado, incluso con soluciones viscosas
  - Bisel único de 45° 10 veces la fuerza necesaria para atravesar la piel comparado con una aguja convencional 2.5 veces la fuerza necesaria para atravesar el stopper del vial
  - Cono y protector rojos Fácilmente identificable como distinto y único (visible cuando se coloca sobre un campo estéril)

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Aguja Eclipse™ con tecnología SmartSlip™

- Seguridad de forma simple
  - Dispositivo de seguridad integrado El mecanismo de seguridad forma parte de la aguja, cumpliendo con los requerimientos de seguridad de las Autoridades Sanitarias
  - Superficie de relieve Proporciona una zona de activación segura con el pulgar o el índice
  - Rampa Facilita la activación con una sola mano. No es necesario usar ninguna superficie.
  - Amplias aletas de seguridad Aseguran un perfecto bloqueo de la aguja
  - Bisel orientado Permite un bajo ángulo de inyección sin que interfiera el dispositivo de seguridad
  - Cierre de seguridad Un click audible indica la activación del mecanismo de seguridad
  - Clip plástico integrado en el pabellón Garantiza la conexión segura con jeringas (ver Slip)

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### USO DE SEGURIDAD DE LAS AGUJAS ECLIPSE Y AGUJAS DE CARGA

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### CARGAR MEDICACIÓN

- Inserte una aguja punta roma en el tapón del vial/ampolla y extraiga la medicación (foto 1)
- Utilice su modo habitual de transporte.
- No reencapuche.
- En caso de hacerlo, use el método de reencapuchar pasivo (sobre una superficie lisa y con una sola mano)

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Inyección

- Conecte la aguja Eclipse a la jeringa, empuje hasta que suene un "click". (Foto 2)
- Mueva el protector rosa en la medida en que sea necesario, para no dificultar la visión del punto de inyección (> 90°) (Foto 3)
- Retire el capuchón de la aguja, con cuidado de no despuntarla. (Foto 4)

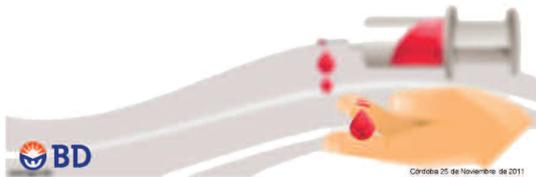
BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Activación dispositivo Seguridad

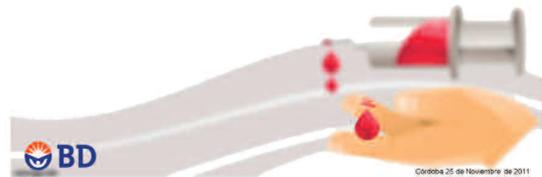
- Con la misma mano que se haya utilizado para poner la inyección (Foto 5), colocar el pulgar en la zona ensanchada situada en la base del protector rosa, especialmente diseñada para apoyar el pulgar.
- Apretar hacia arriba hasta que el brazo quede bloqueado sobre la aguja. Oirá un segundo "click". (Foto 6)
- Deseche todo el conjunto en un contenedor de objetos punzantes o siga la política de su centro.

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

# GRACIAS



# ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA Y GLUCEMIA

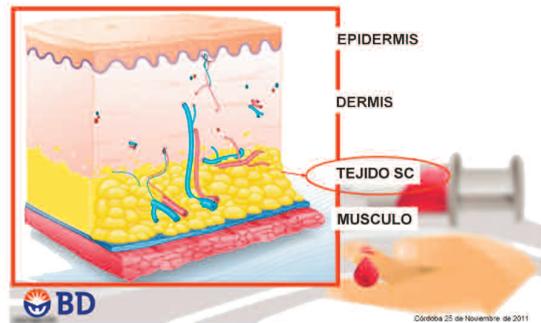


## INDICE

- Estructura de la piel
- Elección de la aguja
- Técnica del pellizco
- Distribución de las zonas de rotación
- Productos:
  - Jeringas de insulina con dispositivo de seguridad
  - Agujas para pluma de insulina con dispositivo de seguridad
  - Lancetas de seguridad

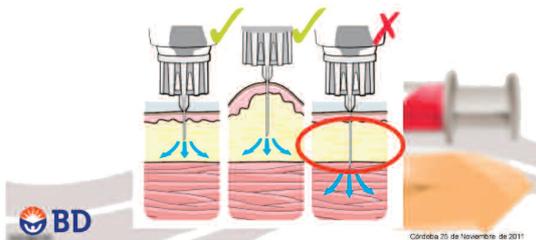


## Estructura de la piel

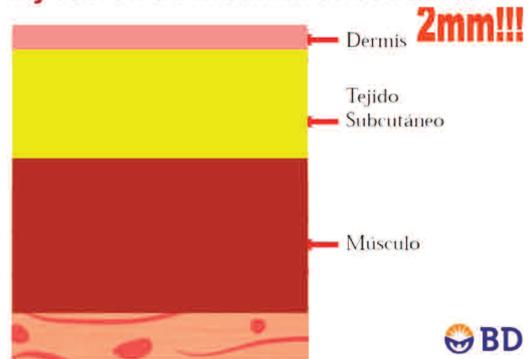


## Elección de longitud de aguja adecuada

Objetivo: Inyección **subcutánea**  
**No Inyección Intramuscular!!!**



## Inyección de insulina subcutánea



**Inyección en tejido subcutáneo (4mm-5mm)**

**Hombre 56 años  
 IMC 25.2  
 Inyección en muslo**

**Inyección en fascia muscular y músculo (6mm-8mm)**

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

**Hombre 28 años / IMC 25.2 / Inyección en brazo**

Podemos observar como en el brazo, que es una zona donde la técnica de pellizco el grosor del tejido SC disminuye a medida que subimos hacia la cabeza del húmero

Case of a 28 year old male patient with Type 1 diabetes, BMI=27.7

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Técnica del pellizco

**Pellizco correcto** **Pellizco incorrecto**

Un pellizco correcto es el que se realiza con los dedos índice, corazón y pulgar, cogiendo la dermis y el tejido subcutáneo sin tocar el músculo.

**¡ No se debe soltar el pellizco hasta que se haya inyectado (si se suelta el pellizco demasiado pronto, puede producirse una inyección intramuscular)!**

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Nuevas Recomendaciones: Insulinas

- Los Análogos de insulina y nuevos agentes GLP-1 pueden administrarse en cualquiera de las zonas de inyección, ya que la velocidad de absorción de estos nuevos agentes no varía en función de la zona.
- La insulina regular debe inyectarse en el abdomen para aumentar su velocidad de absorción
- Insulina NPH debe inyectarse en muslos o nalgas para ralentizar su absorción y reducir los riesgos de Hipoglucemias.
- Con Insulinas análogas de acción retardada debe evitarse la inyección intramuscular (IM) ya que hay riesgo de Hipoglucemia severa.

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### Distribución de las zonas de inyección

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### La importancia de organizar y distribuir sus zonas de inyección, para evitar lipodistrofias:

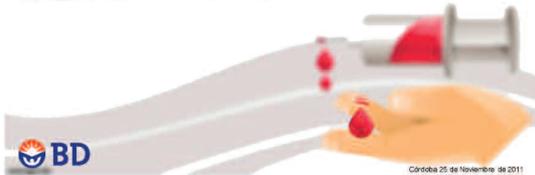
- CAMBIAR
- ALTERNAR
- ROTAR

BD Córdoba 25 de Noviembre de 2011

**Alternar las zonas de inyección**



Alternar ambos lados **derecho/izquierdo** de una semana a otra.  
 Incluso partir en 2, cada zona



**PRODUCTOS DE SEGURIDAD**

JERINGAS DE INSULINA SAFETYGLIDE™  
 (valores de insulina)



AGUJAS BD AUTOSHIELD™  
 (plumas insulina, análogos GLP-1)



**JERINGAS DE INSULINA**



**JERINGAS DE INSULINA**

RECOMENDACIONES DE USO

**Carga de la medicación e inyección**

- Dispositivo de protección puede rotar para facilitar la lectura de la escala y
- Extraer y administrar la medicación según la técnica habitual
- Para facilitar un ángulo bajo de inyección (45°) se puede girar el brazo de seguridad para que quede orientado con el bisel de la aguja.



**Activación del sistema de seguridad**

➤ Después de la inyección, deslizar con el dedo el brazo de seguridad hacia delante para activarlo.



➤ Se escucha un clic, y la punta de la aguja quede completamente cubierta, el brazo de seguridad quedará completamente bloqueado.



**AGUJAS BD para plumas**



### AGUJAS BD para plumas

Compatible con todas las plumas

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

#### 1. COLOCAR LA AGUJA EN LA PLUMA

**Cilindro**

- ✓ Comprobar precinto: Desechar si está dañado o no tiene.
- ✓ Girar para rasgar el precinto y tirar hacia fuera
- ✓ No tocar el cilindro de plástico
- ✓ Desinfectar la goma del cartucho.
- ✓ Insertar y enroscar la aguja en el sentido de las agujas del reloj hasta encontrar resistencia.

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

#### 2. PREPARAR LA PLUMA

- Retirar el capuchón.
- Comprobar la longitud de la aguja (5 mm ó 8 mm).
- NO tocar el protector de plástico de color blanco hasta después de la inyección.
- Purgar la pluma
- Debería aparecer una gota de líquido en la punta de la aguja.
- Marcar la dosis

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### CORRECTO

#### 3. INYECTAR LA DOSIS

**Técnica recomendada**

- Ángulo de 90°.
- Introducir la aguja en la piel sin presionar botón de inyección
- El protector de color blanco se retrae completamente
- Inyectar la dosis completa según instrucciones del fabricante de la pluma

**Técnica alternativa**

- Aguja de 8 mm con riesgo de inyección IM:
- Técnica pellizco dejando  $\geq 2,5$  cm piel entre los dedos

MISMOS PASOS QUE TÉCNICA RECOMENDADA

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### INCORRECTO

#### 3. INYECTAR LA DOSIS

- < 2,5 cm
- NO inyectar con ángulo

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

### AGUJAS BD para plumas

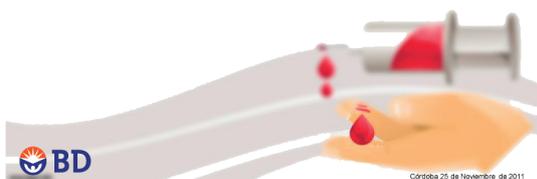
#### 4. DESECHAR LA AGUJA

- Retirar la pluma de la piel.
- Protector de seguridad se bloquea automáticamente: lengüetas metálicas.
- "Click" audible.
- Desenroscar la aguja girando en el sentido de las agujas del reloj.
- No tocar las lengüetas metálicas con los dedos.
- Desechar las agujas usadas en el contenedor de objetos punzantes.

**BD**

Córdoba 25 de Noviembre de 2011

**GRACIAS**





Liderazgo - motivación - salud

**prestación Farmacéutica**  
**Enfermera**

Beatriz Méndez Serrano, Enfermera.  
 Coordinadora de Cuidados UGC Huerta de la Reina.  
 Distrito Córdoba.



Dirección de la Estrategia de Cuidados de Andalucía

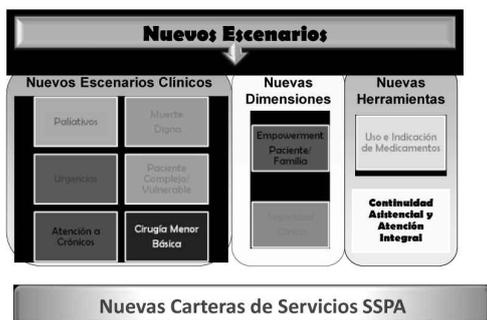


AVANCES EN CUIDADOS EN EL SSPA

"Decreto por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía".  
 Decreto 307/2009 de 21 de julio



PRACTICAS AVANZADAS para dar respuesta a los



valores del Decreto

Los valores que inspiran el decreto son la

**Mejora de la accesibilidad** de los usuarios,

la normalización de la **Cooperación**

**Multidisciplinar** y la sostenibilidad de nuestro

Sistema Sanitario Público a través de un

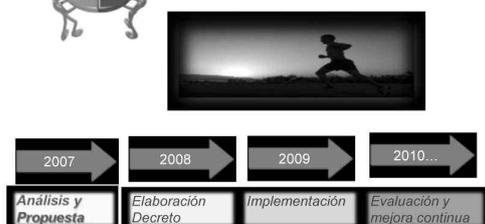
**Uso Eficiente de los Recursos** disponibles.



Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.

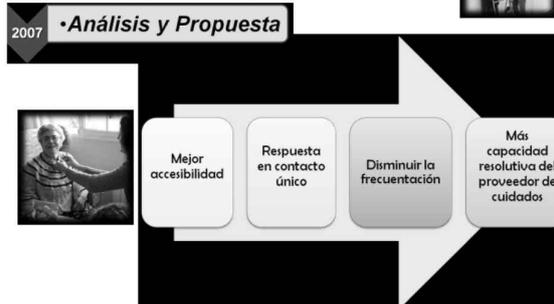


Carrera de fondo



Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.

Necesidad del ciudadano



Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.

Preparando herramientas



Grupos multidisciplinares (enfermeros, médicos y farmacéuticos)

• Trabajo encomendado:

- Grupo I: Plan de comunicación. Propuesta formativa
- Grupo II: Informe técnico fármacos no sujetos a prescripción médica. Revisión Nomenclator productos sanitarios.
- Grupo III: Protocolos de seguimiento:
  - Diabetes
  - Dolor (cmenor, cmayor)
  - TAOs
  - Tabaquismo
  - Sedación



Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.

Servicio Andaluz de Salud www.juntadeandalucia.es/serviciodeandaluzsalud  
Sevilla, 5 de agosto 2009 BOJA núm. 151 Página núm. 11

CONSEJERÍA DE SALUD

**DECRETO 307/2009**, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El artículo 52 de la Ley 14/2007, de 1 de agosto, de la Junta de Andalucía establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias.

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece en el artículo 77, que son los médicos y los odontólogos los únicos profesionales sanitarios con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos. No obstante la disposición adicional duodécima de la citada Ley 29/2006, de 26 de julio, dispone que para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta Ley, no pueden prescribir medicamentos, en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y consumo revisará la clasificación de los medicamentos de uso humano que han de dispensarse con o sin receta médica.

miento protocolizado de determinados tratamientos con medicamentos, la facultad de usar e indicar medicamentos no sujetos a prescripción médica, e indicar y prescribir los productos sanitarios, incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Teniendo como objetivo fundamental la seguridad y el beneficio de los pacientes, se adopta esta disposición, desde el reconocimiento de que el ejercicio de la práctica profesional de enfermeras y enfermeros, en sus distintas modalidades de cuidados generales o especializados, implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios y, por tanto, dado el interés que para el Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene el que dicha utilización se produzca de forma ordenada, mediante los procedimientos y requisitos necesarios para ello.

En su virtud, a propuesta de la Consejera de Salud, de conformidad con el artículo 21.3 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de acuerdo con el Consejo Consultivo y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 21 de julio de 2009,

DISPONGO

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.

Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.

¿Qué dice principalmente el decreto?

- ❖ Las enfermeras y enfermeros pueden **usar e indicar los medicamentos** que no estén sujetos a prescripción médica y, en su caso, autorizar su dispensación con cargo a la prestación farmacéutica del SSPA para los pacientes a los que presten sus cuidados.
- ❖ ... podrán **cooperar** con los profesionales de la medicina y la odontología en programas de **seguimiento protocolizado** de determinados tratamientos farmacológicos.
- ❖ ... podrán **indicar y prescribir los productos sanitarios** incluidos en la prestación farmacéutica del SSPA.



Implantación: fases



- 1ª Fase: "**uso e indicación de medicamentos no sujetos a prescripción médica**" y la "**indicación y prescripción de productos sanitarios**". **18 de septiembre de 2009**
- 2ª Fase: "**protocolos de seguimiento de tratamientos farmacológicos individualizados**" en el contexto de los procesos asistenciales integrados a través de protocolos autorizados por la Consejería de Salud. **23 de julio de 2010**

Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.

Implantación



¿Qué enfermeras?

- Todas las enfermeras de Atención Primaria
- Atención Hospitalaria
  - ✓ Enfermeras que gestionan altas de pacientes complejos (Enfermeras Gestoras de Casos, y Mandos Intermedios de Enfermería de Hospitalización)
  - ✓ Enfermeras de hospital de día.
  - ✓ Enfermeras de consultas hospitalarias con agenda propia (enfermeras en consulta de diabetes, cirugía, curas...)

Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.

Implantación



18 DE SEPTIEMBRE

1ª Fase

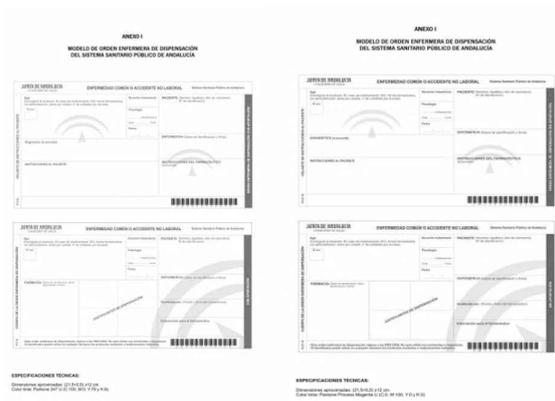
Para la implantación de esta fase, se realizaron las siguientes acciones:

- **Información/formación acreditada por la consejería**
- **Reparto de Talonarios de Ordenación**
- **Difusión de material divulgativo**

SUSPENSIÓN EN NOVIEMBRE 2009



Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.



CONTINUAMOS AVANZANDO



Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.

¿Qué ha supuesto?

La indicación de medicamentos y productos sanitarios por parte de las enfermeras supone dar una **respuesta más ágil, cómoda y segura** a las necesidades de los usuarios.



Implantación del Decreto 307/2009: Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.



Población diana con respuesta finalista en prescripción enfermera

- Pacientes Diabéticos
- Pacientes con Ca de Colon
- Pacientes con Procesos digestivos que requieren accesorios.
- Pacientes con Ca de Vejiga.
- Pacientes con Incontinencia urinaria o fecal.
- Pacientes Inmovilizados.
- Pacientes con Altas complejas.
- Pacientes con Ulceras o Heridas crónicas.

Usuario  
 Paciente  
 Resultados  
 Impacto  
 Sostenibilidad  
 Accesibilidad  
 Salud  
 Preparación

Nuevo mapa sanitario de Andalucía



Población Andalucía: 8.302.923 hab.  
 Población mayor de 65 años: 1.198.116 hab.  
 Población mayor 80 años: 317.112 hab.  
 Población en AD: 297.212 personas (Fuente: ISTAT 2009)

Implantación: fases



1ª Fase: "uso e indicación de medicamentos no sujetos a prescripción médica" y la "indicación y prescripción de productos sanitarios". 18 de septiembre de 2009

2ª Fase: "protocolos de seguimiento de tratamientos farmacológicos individualizados" en el contexto de los procesos asistenciales integrados a través de protocolos autorizados por la Consejería de Salud. 23 de julio de 2010

Implantación del Decreto 307/2009. Actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA.

Corresponde a la Consejería de Salud:

- ✓ Establecer los **tratamientos farmacológicos** susceptibles de seguimiento por enfermeras y enfermeros
- ✓ Autorizar o establecer sus correspondientes **protocolos**
- ✓ Fijar los **requisitos** específicos y procedimientos para la **acreditación** de los profesionales.

Contando para ello con participación profesional y el asesoramiento de las sociedades científicas y organizaciones profesionales

Elaboración de los Protocolos de seguimiento Farmacológico

Equipo multidisciplinar.

- Médicos.
- Farmacéuticos
- Enfermeros



Colaboración con los directores de planes o procesos asistenciales.

Revisiones externas por profesionales clínicos.

Colaboración con las sociedades científicas.

¿Qué enfermeras podrán colaborar en los tratamientos individualizados?

¿Qué dice el Decreto?

Las enfermeras y enfermeros del SSPA, **acreditadas** al efecto, por la Consejería de Salud, podrán **cooperar** en el seguimiento protocolizado de determinados *tratamientos individualizados* que se establezcan *con base en una indicación y prescripción, médica u odontológica, previa, cuando éste sea autorizado, expresamente, por el profesional médico u odontólogo que lo prescribe. Únicamente se podrá realizar mediante receta electrónica.*



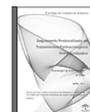
Requisitos para Acreditación

- ❖ **Acreditar experiencia** en el manejo del Proceso Asistencial Integrado y/o Protocolo correspondiente, de entre los definidos por la Consejería de Salud (Certificado de la Dirección del Centro de trabajo del profesional)
- ❖ Realización de **formación específica acreditada** por la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la consejería de Salud.
- ❖ **Acreditación de Buenas Prácticas** acreditación de la Competencia requerida para realizar el seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos individualizados, a través de la aplicación informática Mejora\_P de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (o en fase de Acreditación)



*Protocolos de Seguimiento de tratamientos farmacológicos individualizados*

❖ **Pacientes Diabéticos.** (editado en Julio 2010)



❖ **Pacientes Tratamiento Anticoagulación Oral** (editado en Abril 2011)

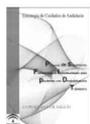


Protocolos de Seguimiento de tratamientos farmacológicos individualizados

❖ Pacientes Deshabituación tabáquica. ( en Desarrollo)

❖ Pacientes con Sedación Paliativa. ( en Desarrollo)

❖ Pacientes con Hiperlipemia.



Compartiendo la atención a las personas



Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2009-2009

**DRCA 2**  
Evolución del riesgo cardiovascular en la población andaluza en los últimos 15 años (1992-2007). Estudio DRECU-2.

Protocolo andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

Plan andaluz de atención al túbis

Cuidate. Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI

Plan de atención a cuidadores familiares en Andalucía. 2009-2007

Plan de Genética de Andalucía

**Accreditación de centros y unidades**  
(Actualizado 1/04/2011)  
En este apartado puede consultar las entidades acreditadas del Servicio Andaluz de Salud por la Agencia de Calidad de Andalucía, incluye centros, unidades de gestión clínica, unidades de formación y de investigación. La consulta puede hacerse realizando una búsqueda por hospital o distrito. También puede obtener un listado de todas las entidades acreditadas.  
Más información

**Salud sexual y reproductiva**  
(Actualizado 16/05/2011)  
El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales. Serán los servicios de salud que garanticen la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar.  
Más información

**Estrategia de Cuidados de Andalucía**  
(Actualizado 16/05/2011)  
La Consejería de Salud pone a disposición de los profesionales sanitarios y de la ciudadanía la información relacionada con el desarrollo de salud en el ámbito del Sistema Sanitario Público Andaluz.  
Más información

**CMBD Andalucía**  
El conjunto mínimo básico de datos de Andalucía (CMBD Andalucía) es un registro administrativo que contiene un

Manuales y documentos de apoyo a los cuidados

- Documentos de apoyo
- Publicaciones

**Estrategias de innovación en cuidados de Andalucía**

- Actualización de las enfermeras/os en la prestación farmacéutica de Andalucía
- Innovación de cuidados en la atención urgente
- Telecontinuidad
- Gestión de Casos

Enlaces de interés y colaboraciones

- Enlaces de interés
- Colaboraciones
- Noticias



Cronograma de Realización de cursos acreditados para los Protocolos autorizados por Consejería para Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico Individualizado.

Protocolo	MAYO	JUNIO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
DIABETES					
TAO					
DESHABITUACION TABAQUICA					
SEDACION PALIATIVA					
HIPERLIPEMIA/HTA					

Taller de Formador de Formadores en uso e indicación de medicamentos no sujetos a receta médica.  
26 de mayo y 3 de junio

¿Cuántas enfermeras están formadas en los Seguimientos colaborativos?

Enfermeras Formadas en Seguimiento Protocolizado del Tratamiento Farmacológico Individualizado en pacientes con **Diabetes** : 45

Enfermera Formadas en Seguimiento Protocolizado del Tratamiento Farmacológico Individualizado en pacientes con **Anticoagulación Oral**: 28

Resultados de la 1ª fase de implantación.

Enfermeras formadas 6.658

Enfermeras Indicando 2.892



- Los temarios contienen temas como:
- Prescripción incontinencia / absorbentes
  - Prescripción en diabetes / tiras reactivas
  - Prescripción en estreñimiento y dolor
  - Curación de heridas / UPP
  - Uso receta XXI
  - Farmacovigilancia
  - Uso racional medicamento

Nº DE INDICACIONES EMITIDAS POR ENFERMERAS  
ACUMULADO 2009 A AGOSTO 2011

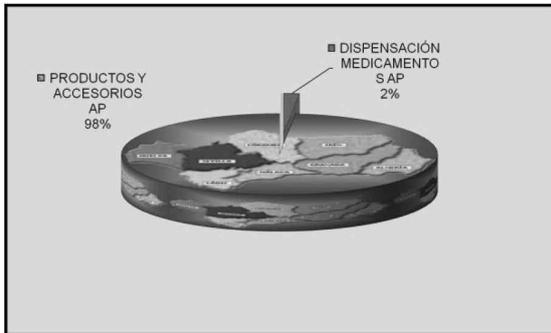
**1.143.553**

CON UN VALOR CUMULADO DE

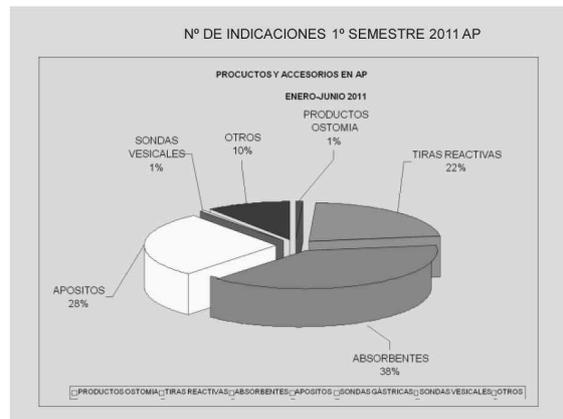
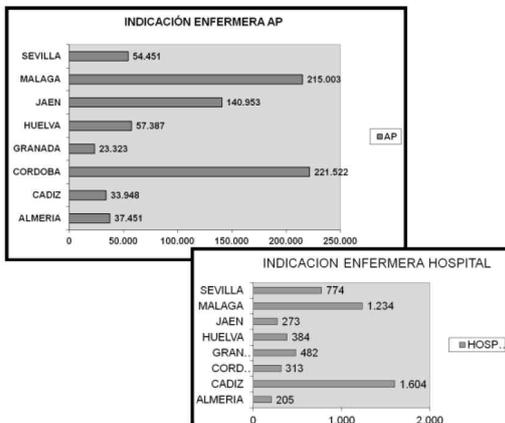
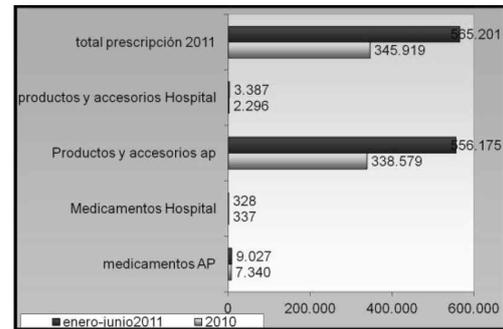
**> 22.000.000 €**

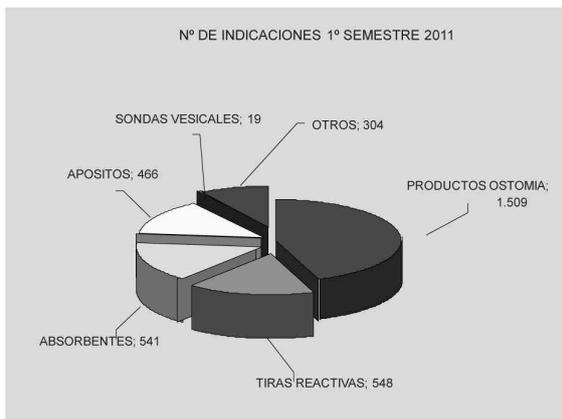
% APORTACIÓN DE LA INDICACIÓN ENFERMERA  
**0.72 %**

COMPORTAMIENTO DE LA INDICACIÓN ENFERMERA  
2010-2011.

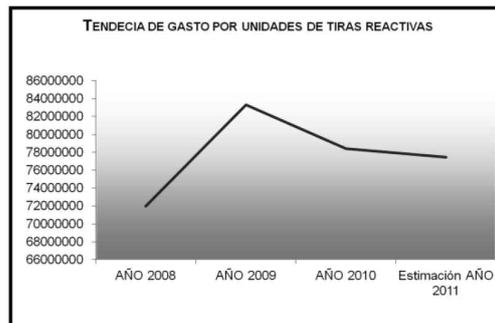


COMPORTAMIENTO DE LA INDICACIÓN ENFERMERA  
2010-2011.





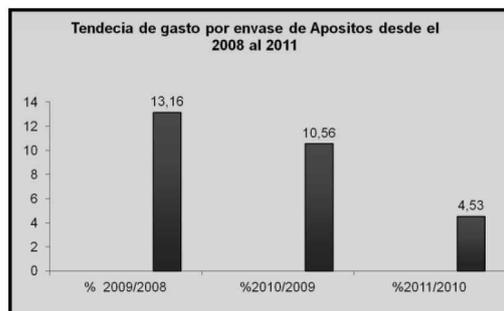
INCORPORACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA.



INCORPORACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA.

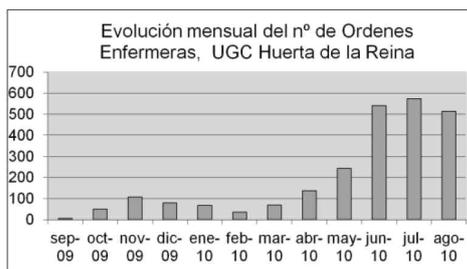


INCORPORACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA.



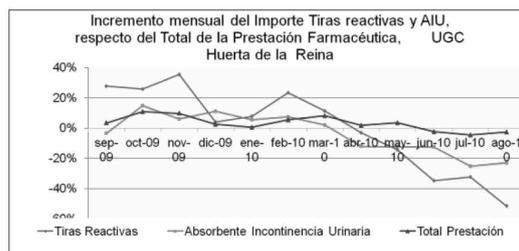
RESULTADOS. UGC HUERTA DE LA REINA

- Incremento progresivo de prescripciones enfermeras.



RESULTADOS

- Incremento negativo en el importe de absorbentes y tiras reactivas respecto de la totalidad de la Prestación Farmacéutica



## CONCLUSIONES

- Un aumento en la captación de pacientes diabéticos, inmovilizados e incontinentes por parte de Enfermería.
- Ausencia total de reclamaciones.
- Los aspectos de calidad y seguridad clínica se han visto mejorados (Revisiones de botiquín, riesgo de caídas, vigilancia de automedicación, interacciones, efectos adversos, revisiones de pie de riesgo, revisión de fondo de ojo, ...).
- Mejora de la comunicación entre médico y enfermera.
- Satisfacción ante el recurso de consulta telefónica que se les ha brindado.
- Conocimiento de las competencias de la Enfermera identificándola como el profesional responsable de sus Cuidados.

*"En definitiva se trata de ...*

*...dar un nuevo **impulso** para poner en valor el conocimiento acumulado en estos años, con un nuevo enfoque centrado en las nuevas **NECESIDADES** de los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía" //...*

*...y de garantizar **que la mirada enfermera** esté presente en la Organización Sanitaria a través de los valores que ello conlleva en el cuidado integral, la promoción de la salud y la relación de ayuda.*



CONTINUAR AVANZANDO...



*"No es porque las cosas son difíciles que no nos atrevemos;*

*es porque no nos atrevemos que son difíciles"*

SÉNECA

Gracias

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO  
 CÓRDOBA 25-26 DE NOVIEMBRE DE 2001

# EL PRESENTISMO

## UN FENÓMENO EMERGENTE EN SALUD LABORAL

Juan Francisco Reyes Revuelta  
 Especialista en Enfermería del Trabajo  
 Profesor de Salud Laboral en el Centro de Enfermería de la Diputación Provincial de Málaga, Universidad de Málaga.

### DEFINICION DE PRESENTISMO

*"Empleados que a pesar de encontrarse enfermos o con alguna lesión que los obligarían a ausentarse y coger la baja por enfermedad, se presentan a trabajar."*  
 Aronsson y Gustafsson (2000), Dew et al., (2005)

*"Deterioro autoevaluado del desempeño en el trabajo debido a problemas de salud en el lugar de trabajo."*  
 Yamassishita y Arakida (2006)

### ¿QUÉ NO ES PRESENTISMO?

- Premio a aquellos empleados que se ausentan menos en sus trabajos o no utilizan todos los permisos que le corresponden (Argentina, Chile, Paraguay). **"Plus de presentismo"**.
- **Absentismo presencial:** pérdida de tiempo en actividades no productivas en el trabajo (ej. navegar por Internet, ir a tomar café, hacer llamadas personales por teléfono).
- **Simular** estar enfermo para evitar realizar algunas tareas en el trabajo.

### ¿QUÉ NO ES PRESENTISMO?

**NO ES LO CONTRARIO DEL ABSENTISMO**

AMBOS SON EL RESULTADO DE UNA MISMA SITUACIÓN:

**CONDICIÓN NO SALUDABLE DEL TRABAJADOR QUE REPERCUTE EN SU RENDIMIENTO**

Harvard Business Review

Presenteeism: At Work—But Out of It

by Paul Hemp

The Hidden Costs of Presenteeism

### PRESENTISMO, RIESGO LABORAL

**INSTITUTO FINLANDES DE SALUD LABORAL**

Tras revisar 5000 historias médicas, concluyeron que quienes iban a trabajar a pesar de no encontrarse bien de salud, tenían doble riesgo de sufrir enfermedades coronarias graves que aquellos que se tomaban unos días de bajas en tales circunstancias

Kivimäki M, Head J, Ferlie J, E. Hemingway, H., Shipley, M. J., Vahtera, J., et al (2005). Working while ill as a risk factor for serious coronary events: The Whitehall II study. American Journal of Public Health, 95, 98-102.

**SUECIA**

En un estudio prospectivo realizado por Bergström et al. (2009) observaron que el presentismo era un predictor para un futuro absentismo en dos grupos de estudio, uno mayoritariamente femenino de trabajadores del sector público y otro mayoritariamente masculino del sector privado.

Bergström G, Bodin L, Högberg J, Lindh T, Aronsson Josephson M (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absence. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 51, 629-638.

### BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS EN WEB CIENTÍFICA

**JULIO 2003**

"Absenteeism" 1262 citaciones

"Presenteeism" 11 citaciones

**Mayo 2011**

"Absenteeism" 3388 citaciones

"Presenteeism" 287 citaciones

### Problemas emergentes en salud laboral: retos y oportunidades

Fernando G. Benavides y Jordi Delclós Clanchet

Documento de trabajo 102.2006

Agustín-Lluch E, et al. BMC Public Health 2010, 10:131  
 DOI: 10.1186/1471-2481-10-131

**RESEARCH ARTICLE** Open Access

#### Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain

Andrés A. Aguilera-Lluch, Fernando G. Benavides, Jordi Delclós Clanchet, Elena Ronda-Pérez, Carmen Olivares, Ana M. García, et al.

### Problemas médicos que resultan en Presentismo

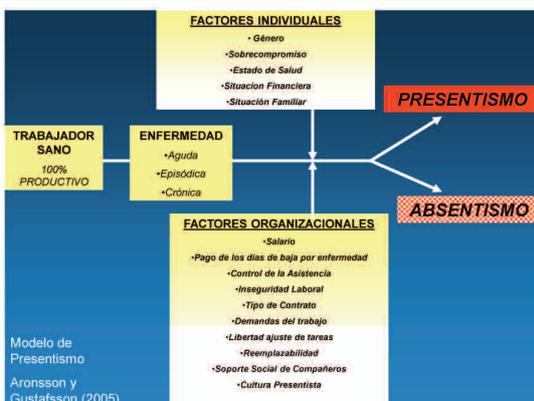
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alergias estacionales</li> <li>• Asma</li> <li>• Migrañas y otras cefaleas</li> <li>• Dolor de espalda</li> <li>• Infecciones respiratorias / Gripe</li> <li>• Desórdenes gastrointestinales</li> <li>• Depresión</li> </ul>	<p>Alta Prevalencia</p> <p>Impactan en la salud del trabajador</p> <p>Trabajadores y Empleadores no lo asumen como algo invalidante o que afecte al desempeño laboral</p>
---	---

### ¿Cómo se mide el Presentismo?

*"¿Ha ocurrido en los 12 meses previos, que usted acudiera a trabajar a pesar de que pensara que debía haberse cogido la baja por enfermedad debido a su estado de salud?"*

- No nunca
- No en los 12 meses Previos
- Una vez
- Si entre 2-5 veces
- Si, más de 5 veces.

Esta pregunta fue utilizada por Aronsson et al. en las entrevistas a trabajadores suecos en sus estudios de 2000 y 2005.



### PREDICTORES del Presentismo

**ORGANIZACIONALES**

- POLÍTICA DE NO PAGAR LOS DÍAS DE BAJA O SÓLO UN NÚMERO LIMITADO DE DÍAS**
- ↓ SALARIO**
- CONTROL ESTRICTO DE LA ASISTENCIA AL TRABAJO (Presión por asistir al trabajo)**
- INSEGURIDAD LABORAL - DOWNSIZING**
- DEMANDAS DEL TRABAJO (Presión en el trabajo)**
- TEMPORALIDAD (TENER UN CONTRATO EVENTUAL)**

### PREDICTORES del Presentismo

ORGANIZACIONALES

- LIBERTAD PARA AJUSTAR LAS TAREAS (*adjustment latitude*)
- REEMPLAZABILIDAD - DIFICULTAD O CARENCIA DE REEMPLAZO
- ALTO GRADO DE SOPORTE SOCIAL POR PARTE DE COMPAÑEROS
- PERTENECER A ALGUNA DE ESTAS PROFESIONES:
  - Profesores de preescolar
  - Profesores de primaria
  - Cuidadoras
  - enfermeras
- HÁBITO DE ALGUNAS JEFATURAS DE SOBREVALORAR LA PRESENCIA DEL EMPLEADO EN EL TRABAJO

### PREDICTORES del Presentismo

INDIVIDUALES

- GÉNERO FEMENINO
- SOBRECOMPROMISO (*boundarylessness*)
  - O.R. 3.32 [IC 2,71-4,07]  
Aronsson y Gustafsson, 2005
- ESTADO DE SALUD regular / malo / muy malo
  - O.R. 2.42 p<0.001  
Hansen et al., 2008
- DIFICULTADES EN SITUACIÓN FINANCIERA PRIVADA
- TAREAS DOMÉSTICAS MÁS AGOTADORAS QUE EL TRABAJO

### CONSECUENTES del Presentismo

- DETERIORO DE LA CALIDAD DE PRODUCTOS Y SERVICIOS
- IMPACTO EN LA PRODUCTIVIDAD DE LA EMPRESA Y ECONOMÍA NACIONALES
- DETRIMENTO EN EL ESTADO DE LA SALUD DEL TRABAJADOR
- DIFICULTADES QUE SE CREAN EN EL GRUPO DE TRABAJO
- POSIBILIDAD DE CONTAGIO CUANDO SE ASOCIA A ENFERMEDADES INFECCIO-CONTAGIOSAS
- SINIESTRALIDAD LABORAL
- OCURRENCIA DE SUCESOS ADVERSOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

### ¿CÓMO AFRONTAR Y REDUCIR EL PRESENTISMO?

Familiarizarse con el concepto. Centrar la atención en el presentismo y no sólo en el absentismo.

Hacer estudios entre los empleados para cuantificar el presentismo, identificar sus causas y consecuencias, a veces difíciles de detectar y particularmente la productividad perdida a consecuencia de ella.

el Work Limitations Questionnaire (WQL),      Stanford Presenteeism Scale (SPS)      Work Performance Questionnaire (HPQ)

### Cuestionario sobre Salud y Desempeño (CSD).

A9 Las siguientes preguntas son acerca del tiempo que pasó durante sus horas de trabajo en los últimos 7 días. Encierre en un círculo el número de cada pregunta que más se aproxima a su experiencia.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	A veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Con qué frecuencia fue su desempeño <b>máx. elevado</b> que el de la mayoría de los trabajadores de su empleo?	1	2	3	4	5
b. ¿Con qué frecuencia fue su desempeño <b>máx. bajo</b> que el de la mayoría de los trabajadores de su empleo?	1	2	3	4	5
c. ¿Con qué frecuencia no trabajó en momentos en que se suponía que debía estar trabajando?	1	2	3	4	5
d. ¿Con qué frecuencia se percato de que no estaba trabajando tan <b>guiadadamente</b> como debería?	1	2	3	4	5
e. ¿Con qué frecuencia la <b>calidad</b> de su trabajo fue inferior a lo que debería haber sido?	1	2	3	4	5
f. ¿Con qué frecuencia no se concentró lo suficiente en su trabajo?	1	2	3	4	5
g. ¿Con qué frecuencia los problemas de salud limitaron el tipo o la cantidad de trabajo que usó?	1	2	3	4	5

### ¿CÓMO AFRONTAR Y REDUCIR EL PRESENTISMO?

Monitorear los problemas y condiciones de salud física y mental que afectan a los empleados y su impacto en el desempeño en el trabajo, midiendo la prevalencia de una serie de patologías comunes

Dotar a las empresas de Servicios de Salud Laboral que promuevan hábitos y conductas saludables entre los empleados, llevando a cabo una prevención primaria de problemas de salud.

**¿CÓMO AFRONTAR Y REDUCIR EL PRESENTISMO?**

Implementar programas de ayuda y asistencia a los empleados (PAE) con problemas de salud, particularmente depresión, estrés y otros que afecten substancialmente al desempeño laboral

Realizar campañas de vacunación laboral. Particularmente en el caso de enfermedades infecto-contagiosas (Ej. Gripe).

**¿CÓMO AFRONTAR Y REDUCIR EL PRESENTISMO?**

Evaluar el clima organizacional

Establecer políticas claras en relación a la asistencia al trabajo y desalentar el concurrir enfermo a trabajar, particularmente en el caso de enfermedades infecto-contagiosas.

Examinar el mensaje explícito o implícito que en ocasiones podemos estar enviando a los trabajadores

**¿CÓMO AFRONTAR Y REDUCIR EL PRESENTISMO?**

Ofrecer a los empleados el pago completo de los días de baja por enfermedad

Profundizar en el liderazgo mediante un compromiso con la salud de los empleados y la productividad

Hacer de la salud y el bienestar del empleado un objetivo corporativo que sea medible



**Pregúntese.**

**¿En su organización/ empresa ...**

1. ¿Está extendido el fenómeno del presentismo? ¿Es su profesión una profesión "presentista"?
2. ¿Cuáles son las principales motivaciones que llevan a sus trabajadores a incurrir en presentismo?
3. ¿Cuáles son las enfermedades asociadas al presentismo entre mis trabajadores?
4. ¿Cómo afecta al desempeño de mis trabajadores el presentismo?
5. ¿Bajos niveles de absentismo significan bajos niveles de morbilidad en mi población trabajadora?

**Por último...**

**ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Algunas decisiones de carácter político consideradas ajenas a la salud, tienen una influencia directa sobre el presentismo

Reforma laboral en España → más inseguridad laboral

Retraso en la edad de jubilación → envejecimiento de la población trabajadora

Un mayor conocimiento sobre este problema permitiría a los políticos tomar decisiones bien informadas a favor de la salud de los trabajadores y la productividad laboral.



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

VI JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

- **Composición:**
  - ◆ **R. Humanos:** 84.647 profesionales  
(22.332 en primaria y 62.315 en especializada)
  - ◆ **Red de centros asistenciales:**
    - ◆ Áreas de Gestión Sanitaria:  
9 AGS
    - ◆ Atención Especializada:  
29 hospitales
    - ◆ Atención Primaria:  
1.614 centros

VI JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## Complejidad de la organización

- Elevado número de trabajadores
- Numerosos centros de trabajo con gran dispersión geográfica.
- Especificidad organizativa y de los riesgos laborales existentes en los centros sanitarios

VI JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## MARCO NORMATIVO

VI JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## MARCO NORMATIVO

**Orden de 11 de Marzo de 2004, conjunta de la Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico y de Salud**

- Se constituyen 36 de Unidades de Prevención de Riesgos Laborales, clasificadas en tres niveles, de acuerdo con su ámbito de actuación.
- Cada UPRL depende directamente de la Dirección – Gerencia del Hospital o de la Dirección Gerencia del Área o Distrito de Atención Primaria en la que la misma se ubica.

VI JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## MARCO NORMATIVO

**DECRETO 304/2011, de 11 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa de prevención de riesgos laborales para el personal al servicio de la Administración de la Junta de Andalucía.**

**Disposición adicional tercera.**

4. Los centros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud se regirán por lo dispuesto en la **Orden de 11 de marzo de 2004**, conjunta de las Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico y de Salud, por la que se crean las Unidades de Prevención en los Centros Asistenciales del Servicio Andaluz de Salud.

VI JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## EL CAMINO RECORRIDO POR EL SAS EN MATERIA DE PRL

- ORGANIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA PREVENTIVA.
- CREACIÓN DE LOS COMITÉS DE SEGURIDAD Y SALUD.
- SISTEMA DE GESTIÓN DE PRL.
- FORMACIÓN DE PROFESIONALES.
- EVALUACIONES INICIALES DE RIESGOS.
- PLANES DE AUTOPROTECCIÓN

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## UPRL

### 8 UPRL Nivel I

- Ámbito de actuación Atención Primaria
- Integradas por un Técnico Superior en PRL (Seguridad en el Trabajo), un Médico del Trabajo y un Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo.
- Asistidas en temas de Higiene Industrial y Ergonomía y Psicología Aplicada por la Unidad de Prevención nivel III de referencia

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

### UPRL

19 UPRL Nivel II

- **Ámbito de actuación:** Hospitales y Atención Primaria
- Integradas por dos Técnicos Superiores en PRL (Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial)
- Asistidas en temas de Ergonomía y Psicología Aplicada por la Unidad de Prevención nivel III de referencia
- La Vigilancia y control de la Salud es responsabilidad del Servicio de Medicina Preventiva del hospital en el que se ubica la UPRL.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

### UPRL

9 UPRL Nivel III

- **Ámbito de actuación:** Hospitales y Primaria.
- Integradas por tres Técnicos Superiores en PRL (Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial, Ergonomía y Psicología) y un Técnico Intermedio de apoyo a éste último.
- La Vigilancia y control de la Salud es responsabilidad del Servicio de Medicina Preventiva del hospital en el que se ubica a Unidad.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

### RECURSOS HUMANOS DE LAS UNIDADES DE PREVENCIÓN DEL SAS

- 36 TS SEGURIDAD
- 28 TS HIGIENE
- 9 TS ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA
- 9 TI APOYO A ERG. Y PSICOS.
- 15 MÉDICOS DEL TRABAJO
- 13 ENFERMEROS /AS ESPECIALISTAS DEL TRABAJO O DE EMPRESA
- 50 PREVENTIVISTAS

**TOTAL: 159**

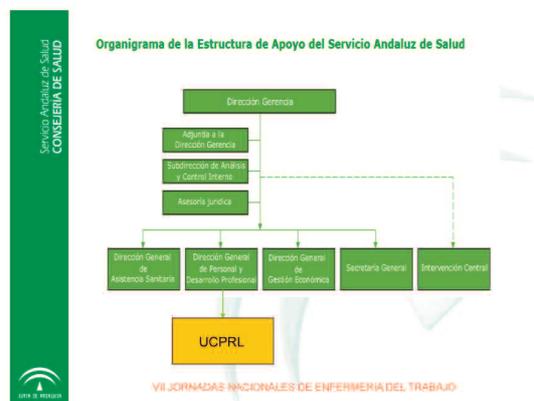
VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

### UCPRL

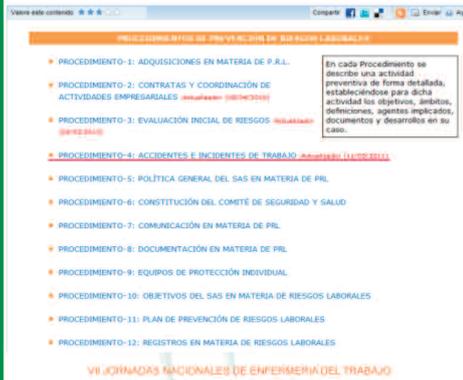
- La Unidad de Coordinación de PRL, dependiente de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional, está compuesta por personal en posesión de la certificación de Nivel Superior en PRL y un Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo.
- **FUNCIÓN PRINCIPAL: COORDINAR, INFORMAR Y DAR APOYO TÉCNICO A LAS 36 UNIDADES DE PRL DEL SAS.**

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO





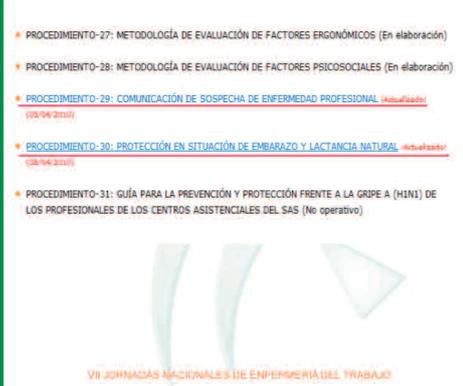

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO




VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO




VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO



**FUNCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO EN EL SAS**  
**ÁREA PREVENTIVA**

- Colaboración e intervención, con los Técnicos de Salud en el diseño de los PSLT.
- Detectar factores de riesgo mediante las encuestas de salud, estudios de puestos de trabajo, etc..
- Promover la participación activa del trabajador en medidas de protección. EPIS y equipos de trabajo.
- Colaborar y participar en planes de emergencias.
- Asesorar a órganos de dirección en las comisiones de trabajo.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## FUNCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO EN EL SAS

### ÁREA PREVENTIVA

- Interactuar con distintos agentes sociales, delegados de PRL y sindicatos en los CSS.
- Realización, interpretación y registro de las pruebas complementarias de los exámenes de salud.
- Realización de campañas de vacunación. Gestión del programa de vacunación laboral y colaboración en las campañas de vacunación del SSPA
- Registro y seguimiento de accidentes biológicos.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## FUNCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO EN EL SAS

### ÁREA ASISTENCIAL

- Consulta de enfermería a demanda.
- Asistencia frente accidentes con riesgo biológico.
- Gestión de la derivación a otras especialidades médicas, cuando sea necesario.
- Gestión y mecanización del Registro de Agresiones del SAS.
- Implementación de campañas de PSLT en colaboración con el SSPA

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## FUNCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO EN EL SAS

### ÁREA LEGAL Y PERICIAL

- Colaborar en la valoración como equipo multidisciplinar de los estados de salud susceptibles de cambio de puesto de trabajo.
- Colaborar en el asesoramiento y orientación en la gestión de incapacidades temporales y permanentes.
- Colaborar en el asesoramiento y orientación en la gestión de situaciones de prolongación de la actividad laboral y cualquier situación relacionada con la pérdida de capacidades para el desarrollo de las actividades propias del puesto de trabajo.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## FUNCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO EN EL SAS

### ÁREA DE GESTIÓN

- Participar en el desarrollo de protocolos, instrucciones y guías que mejoren el sistema de gestión de PRL.
- Colaborar en el equipo multidisciplinar en la elaboración e implantación del Plan de Prevención.
- Organización y planificación de las consultas relativas a la vigilancia de la salud de los trabajadores.
- Coordinar las actuaciones con los Organismos y autoridades sanitarias.
- Gestión de la Vigilancia de la salud mediante la herramienta informática establecida en el SAS (WINMEDTRA).

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## FUNCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO EN EL SAS

### ÁREA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

- Informar y formar a los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales.
- Analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos colaborando con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud
- Proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## AVANCES EN LA ESPECIALIDAD

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## AVANCES EN LA ESPECIALIDAD

Durante el 2011 toman posesión:

- 26 TS SEGURIDAD
- 21 TS HIGIENE
- 7 TS ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA
- 7 TI APOYO A ERG. Y PSICOS.
- 9 MÉDICOS DEL TRABAJO
- 7 ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO.**

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## AVANCES EN LA ESPECIALIDAD

- Incorporación en el 2009 a la UCPRL de un Especialista en Enfermería del Trabajo.
- Dos interinidades por convocatorias públicas en la Especialidad de Enfermería del Trabajo durante el 2011.
- En las áreas de Vigilancia de la Salud de las Unidades de Tipo II y III, se van incorporando Enfermeros Especialistas.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## AVANCES EN LA ESPECIALIDAD

- Durante el 2012 acaban el periodo de formación los primeros residentes de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
  - Tutorizados durante 1 mes por los Especialistas de Enfermería del Trabajo de la UPRL de Nivel 1.
  - Tutorizados durante 5 meses y medio por especialistas en Enfermería del Trabajo, en la rotación que realizan por las distintas especialidades de los Hospitales.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## AVANCES EN LA ESPECIALIDAD

- Se crea en un centro hospitalario del SAS la figura de Jefatura de Bloque de Salud Laboral asumido por una enfermera especialista en el trabajo.
  - FUNCIONES:**
    - Coordinación con las Direcciones y el área de Vigilancia de la Salud para la adaptación de puestos de trabajo.
    - Coordinación con la Inspección Médica.
    - Promoción de la Salud laboral en el trabajo.
    - Coordinación y gestión de la Formación en PRL.
    - Organización y Divulgación de Campañas de vacunación laboral.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## AVANCES EN LA ESPECIALIDAD

- Se inicia el proceso de creación del mapa competencial para el reconocimiento de carrera profesional en las especialidades de:
  - Enfermería del Trabajo.
  - Médicos del Trabajo.

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## MUCHAS GRACIAS

Sergio Anillo Rodrigo  
Especialista en Enfermería del Trabajo  
Unidad de Coordinación de PRL del SAS

VII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO

VII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

## Prevención del cáncer de colon en población trabajadora

José Ciercoles Prado  
 Isabel Sánchez Marcos  
 Julia M<sup>a</sup> Aranda Señas

Enfermeros Especialistas en Enfermería del Trabajo  
 Servicio Médico Repsol, Fraternidad Prevención



## Cáncer de colon, ¿qué es?

- El cáncer colorrectal es una enfermedad en la cual las células del colon o del recto se hacen anormales y se dividen sin control ni orden, formando una masa que es a lo que se llama tumor.



## Introducción

- El cáncer de colon es el primer tumor maligno y el segundo en mortalidad en España.
- Cada año se diagnostican más de 25.000 casos nuevos, y es el responsable de 14.000 fallecimientos anuales.
- Si se detectaran a tiempo, se podrían curar el 90 % de los casos.

## Causas de Cáncer de colon

- Edad.** La mayor parte de los casos de cáncer de colon se presenta en pacientes mayores de 50 años.
- Dieta.** El cáncer de colon parece estar asociado a dietas ricas en grasas y pobres en fibra. En este sentido, actualmente se están llevando a cabo numerosas investigaciones.
- Herencia.** En el cáncer de colon desempeña un importante papel la herencia familiar, ya que existe la posibilidad de que se transmita hereditariamente y predisponga a la persona a sufrir la enfermedad. Sin embargo, esto puede detectarse y el cáncer tratarse de manera precoz.

## Causas de Cáncer de colon

- Historial médico.** Se ha demostrado que quienes tienen una mayor predisposición a padecer esta enfermedad son las personas que tienen o han tenido: pólipos (crecimiento benigno) de colon o recto; Colitis ulcerosa (inflamación o ulceración del colon); Cáncer como mama, útero u ovario.
- Parientes** que también han sufrido de cáncer de colon.
- Estilo de vida.** Existen ciertos factores que dependen del estilo de vida y que predisponen a la aparición del cáncer de colon, como, por ejemplo, la obesidad, la vida sedentaria y el tabaquismo.

## Síntomas de Cáncer de colon

- El cáncer de colon tiene una larga evolución. Empieza con la formación de un pólipo (bulto que se forma junto a alguna membrana corporal) de carácter benigno. Las molestias más frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad y pueden ser las siguientes:

## Molestias más frecuentes

- Cambios en los ritmos intestinales.
- Diarrea o sensación de tener el vientre lleno.
- Estreñimiento.
- Sangre en las heces.
- Cambios en la consistencia de las heces.
- Dolor o molestia abdominal.
- Pérdida de peso sin causa aparente.
- Pérdida del apetito.
- Cansancio constante.
- Vómitos.

7

## Diagnóstico del cáncer de colon

- Técnicas, como las que se describen a continuación:
- Tacto rectal.
- Sigmoidoscopia.
- **Colonoscopia.**
- Estudio genético.
- **Prueba de sangre oculta en heces (SOH).**
- Enema de bario con doble contraste.

8

## Prueba de sangre oculta en heces (SOH).

- También se la conoce con sus siglas en inglés: FOBT (Fecal Occult Blood Test), y consiste en una prueba para detectar sangre en las heces. Se ha demostrado que esta prueba reduce la probabilidad de muerte por cáncer de colon.
- Los estudios han demostrado que esta prueba reduce el número de muertes por cáncer colorrectal en un 30 %, cuando se realiza cada año o cada dos años en personas de 50 a 80 años.
- Ideal para cribados poblacionales de riesgo medio. Tiene limitaciones de diagnóstico si hay lesiones poliposas no sangrantes.

9

## Colonoscopia

- Es una exploración similar a la sigmoidoscopia, pero el tubo utilizado es más largo y permite recorrer todo el colon. Facilita la toma de muestras de tejido (biopsia) en áreas en las que se sospecha que pudiera haber algún tumor, y después se realiza un estudio con un microscópico. Normalmente se realiza con anestesia y el riesgo de que surjan complicaciones es muy bajo.
- En el caso de lesiones pequeñas pueden extirparse en el mismo acto.
- No está exenta de riesgos tales como el sangrado y la perforación. Es la prueba de oro para el diagnóstico después de una sospecha, No extensibles a toda la población.

10

## Elección del Tratamiento

- Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de cáncer de colon y se han realizado las pruebas necesarias para conocer en qué fase está la enfermedad, se debe determinar cuál es el tratamiento más adecuado para tratarla.
- El tratamiento del cáncer de colon, como ocurre en la mayoría de los tumores, es un tratamiento multidisciplinar. Distintas especialidades trabajan juntas para combinar terapias y ofrecer al paciente las mayores posibilidades de curación.

11

## Elección del Tratamiento

- Los protocolos, que se emplean de forma generalizada en todos los hospitales, recogen las indicaciones o limitaciones de tratamiento en función de una serie de factores:
  - Estado general del paciente.
  - Localización del tumor.
  - Fase en la que se encuentra la enfermedad: infiltración en la pared del colon o recto, afectación ganglionar, afectación de órganos próximos y diseminación de la enfermedad.

12

### Tratamientos

- Los tratamientos más frecuentemente empleados en el cáncer de colon son la cirugía y la quimioterapia.
  - En el estadio A el tratamiento es solamente quirúrgico.
  - En el estadio B puede ser la cirugía el único tratamiento, pero los pacientes con algunos factores de mal pronóstico (anteriormente descritos) se benefician de una quimioterapia adyuvante o complementaria a la cirugía.
  - En el estadio C se ha demostrado que el tratamiento quirúrgico solo es insuficiente para conseguir la curación. Por ello se debe realizar en todos los casos, salvo contraindicaciones médicas, una quimioterapia adyuvante.
  - En el estadio D la quimioterapia es el tratamiento más importante. Cuando es posible realizar una resección quirúrgica completa de las metástasis la supervivencia se prolonga de una forma significativa.

13

### Clasificación del riesgo de cáncer colorrectal (algoritmo)

14

### Estudio COLONPREV

OBSERVATORIO del CÁNCER del ICCCC  
 Información para decidir

- Estudio prospectivo, prospectivo, multicéntrico, randomizado y controlado, que pretende evaluar la eficacia del test de SOH inmunológico bienal y de la colonoscopia cada 10 años en la reducción de la mortalidad por CCR a 10 años.
- En este estudio participan 8 comunidades autónomas (Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia y País Vasco).
- Se ha calculado un tamaño muestral de 55498 individuos, estimando una participación del 30% y del 20% en el brazo de SOH y de colonoscopia, respectivamente.

15

### Estudio COLONPREV

OBSERVATORIO del CÁNCER del ICCCC  
 Información para decidir

- Los datos de participación disponibles a 31 de marzo de 2011 muestran que se ha cribado al 28,9% de la población invitada (el 19,2% mediante SOH y el 9,7% mediante colonoscopia), con una participación del 38,4% en el brazo de SOH y del 19,4% en el de colonoscopia.
- En el País Vasco, Galicia y Comunidad Valenciana la participación ha sido superior a la media.

16

### ¿Qué tumor le preocupa en mayor medida?

OBSERVATORIO del CÁNCER del ICCCC  
 Información para decidir

- Percepción de riesgo disminuida en cáncer colorrectal entre la población entre 50 y 69 años

17

### Estudio COLONPREV Conclusiones

OBSERVATORIO del CÁNCER del ICCCC  
 Información para decidir

- La participación en el estudio COLONPREV es inferior a la descrita en los programas de cribado activos en España.
- Existen importantes diferencias de participación entre las distintas comunidades autónomas.

18

### Estudio COLONPREV

#### Conclusiones



- El CCR es un gran desconocido – Es necesario concienciar a través de información: incidencia, prevalencia y posibilidades de curación gracias a un diagnóstico precoz
- La ausencia de síntomas, de antecedentes y de un histórico de patología relacionada con el aparato digestivo disminuye la percepción de riesgo – Es necesario aumentar el conocimiento del perfil de riesgo
- El 61% de los entrevistados desconoce que tipo de pruebas diagnostican precozmente el CCR y de los que mencionan alguna es principalmente la colonoscopia – Es necesario dar a conocer la mecánica de las pruebas:
  - Informar sobre el test SOH: como primera prueba, no invasiva, cómoda y cercana (fácil recogida del dispositivo y de entrega).
  - Colonoscopia: como prueba confirmatoria tras indicios en SOH.
- Alta intención a participar una vez reciben información sobre el cáncer colorrectal y sus pruebas diagnóstica.

*"Hay más a favor de hacerlo que a que no"*

19

### Estudio COLONPREV

#### Madrid Nov-09 a Feb-11



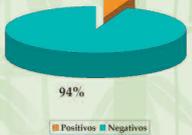
COLONPREV



10% Ciudad 90% Acuden

SOH

Estudio COLONPREV Madrid 6%



94% Positivos 6% Negativos

20

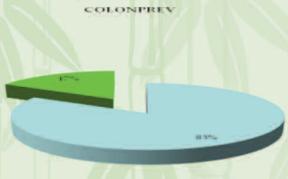
### Estudio COLONPREV

#### Madrid Nov-09 a Feb-11



#### Colonoscopia

COLONPREV



1% Ciudad 99% Acuden

21

### Costes originados por la enfermedad



- Cada caso diagnosticado tardíamente tiene un gasto medio estimado de entre 24.000 y 300.000 Euros en pruebas y tratamientos.
- La pérdida de días de trabajo depende de el estadio tumoral cuando se diagnostica:
  - Estadio A: 41,56 días de baja
  - Estadio B: 322 días de baja
  - Estadio C: 331 días de baja
  - Estadio D: 311 días de baja
- El mayor nº de diagnósticos (59%) se hacen en estadios C y D y un 19% en estadio B. El alta se produce por mejoría que permite reanudar el trabajo, pase a Incapacidad Permanente o muerte.
- En caso de muerte e incapacidad los costes para la empresa varían en función de la categoría profesional del paciente, y en cuestión de Know How es difícilmente cuantificable.

22

### Campaña de detección precoz del cáncer de colon en Repsol



- Se han realizado 3 campañas.
  - 2008.
  - 2009/2010.
  - 2011.
- Mayores de 50 años.
- Con antecedentes familiares.

23

### Procedimiento de la campaña (muestreo de SOH)



- Correo electrónico a todo el personal > 50 años cuyo centro físico dependa de los servicios médicos centrales, invitándoles a participar.
- Envío de información complementaria y consentimiento informado a todos aquellos que voluntariamente quieren participar, así como los bastones para la recogida de muestras (3 tomas) e instrucciones para la correcta toma.
- Recogida de muestras en los diferentes servicios médicos de los centros y envío a laboratorio concertado (MEGALAB)
- Recepción de resultados y envío de informes con recomendaciones:
  - Repetir a los dos años
  - Visitar al especialista
  - Realizar colonoscopia total con preparación quirúrgica.
- Informes y estadísticas

24

## Convocatoria a la población diana

- A todo el personal de Repsol mayor de 50 años.

**Correo**

- Mayores de 50 años
- Información complementaria

**Muestras**

- Test SOH.
- Colonoscopia

**Informes**

- Informes.
- Estadísticas.

**Estimado compañero/a:**

Los Servicios Médicos Centrales van a iniciar una "Campaña de detección precoz del cáncer de colon" en personas de riesgo medio o estándar.

Dentro de este grupo, en el que te lo encontramos, balanceo a todas las personas **mayores de 50 años, sin antecedentes personales ni familiares de primer grado de haber padecido este tipo de cáncer.**

Si por equivocación no te encuentras en este grupo, por tener un riesgo mayor al haber padecido o tener familiares de primer grado afectos, te rogamos nos disculpes y sigas con el tratamiento y/o con la vigilancia tan y como la estabas haciendo.

El método de cribado poblacional elegido, es el de la triada de sangre humana oculta en heces, según recomendaciones de la Sociedad Española de Gastroenterología, de la Asociación Médica Americana y los grupos de trabajo españoles sobre cáncer colorrectal.

En caso de test positivo, te derivaremos al especialista para confirmar la sospecha (el 60% de los positivos obedecen a otra causa).

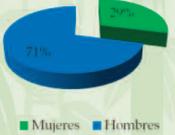
Si deseas participar, responde a este buzo de correo, donde se indica tu centro de trabajo, el servicio médico correspondiente a tu centro físico, te daremos más información acerca de este tipo de cáncer y te daremos cómo recoger y devolver los test.

Saludos cordiales

Servicio Médico Repsol/FF

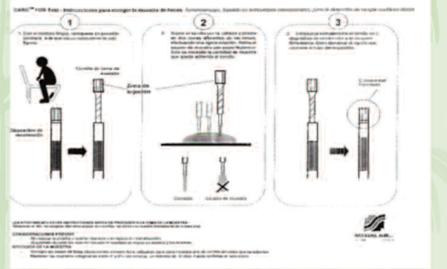
## Población diana

- Total 974.
- Mujeres 283.
- Hombres 691.

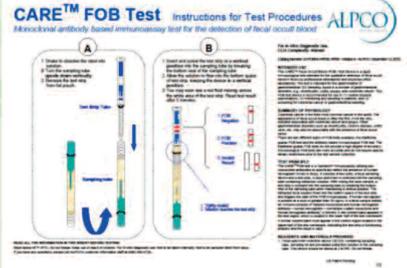


71% Hombres  
29% Mujeres

## Test sangre oculta en Heces



## Test SOH CARE™ FOB Test



## Test SOH CARE™ FOB Test

- Se basa en la detección de hemoglobina humana mediante el uso de anticuerpos específica y por lo tanto independiente de los factores dietéticos o medicinales resulta en una mayor aceptación pública. La detección de tumores de ADN en las heces por el uso inteligente de la prueba FOB amanceba una nueva área de detección de cáncer colorrectal en una etapa temprana. La prueba cuantitativa completa permite detectar y mostrar las concentraciones precisas.
- Prueba inmunológica
- Independiente de los factores dietéticos o medicinales
- Resultados cuantitativos completa
- La detección precoz de carcinomas colorrectales

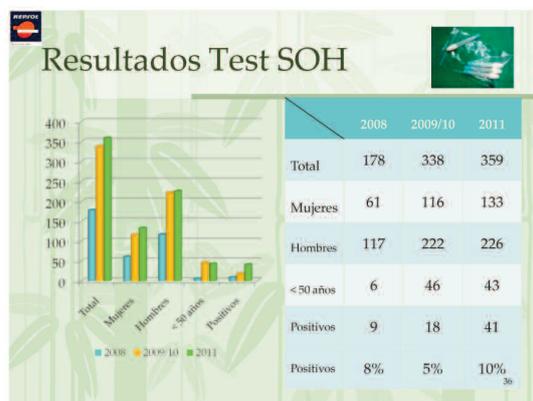
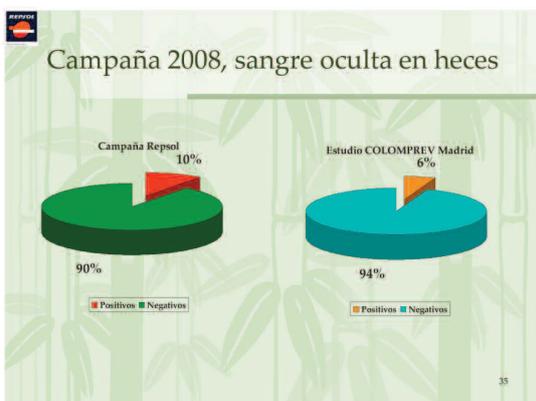
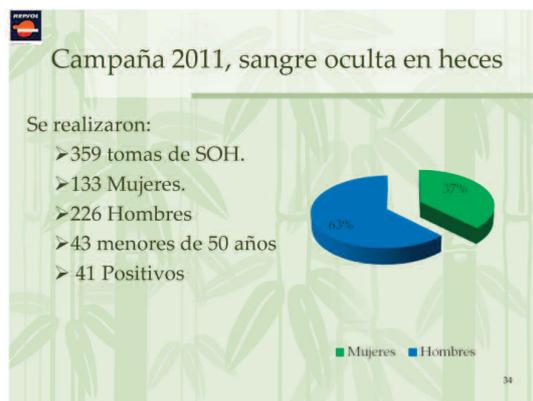
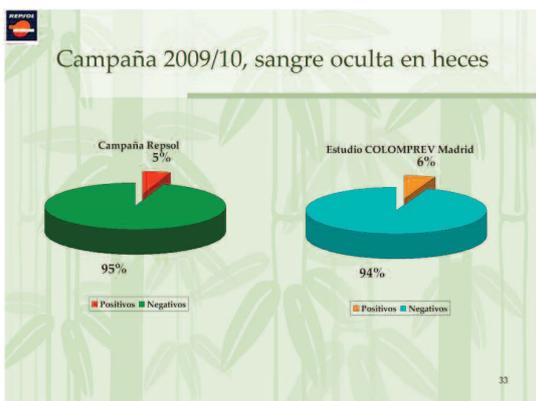
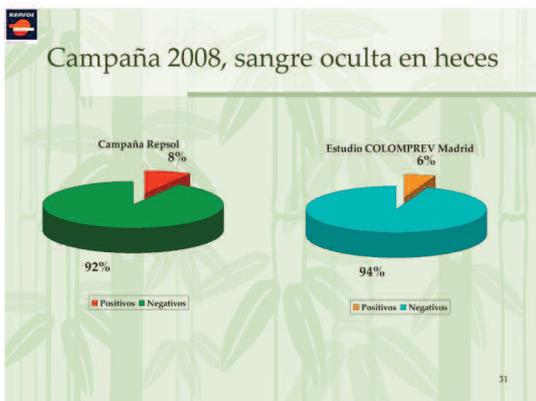
## Campaña 2008, sangre oculta en heces

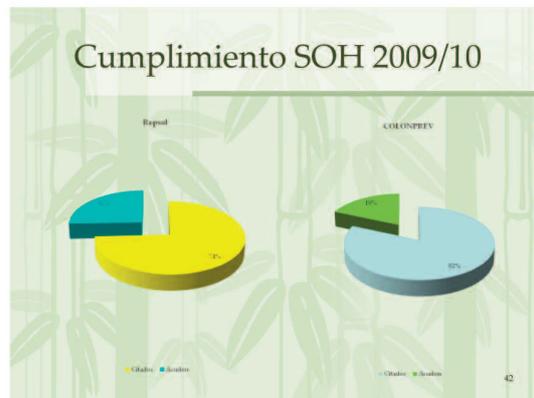
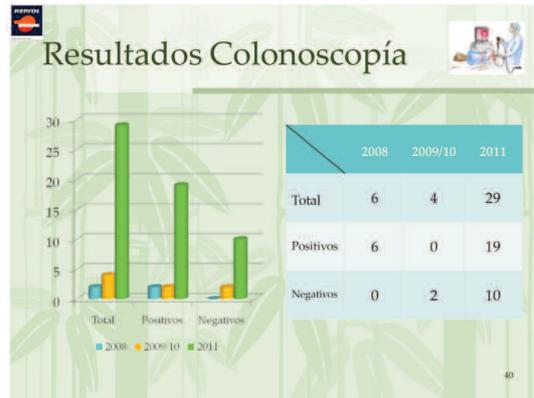
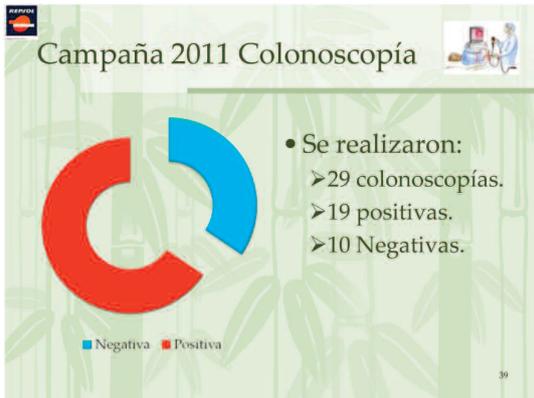
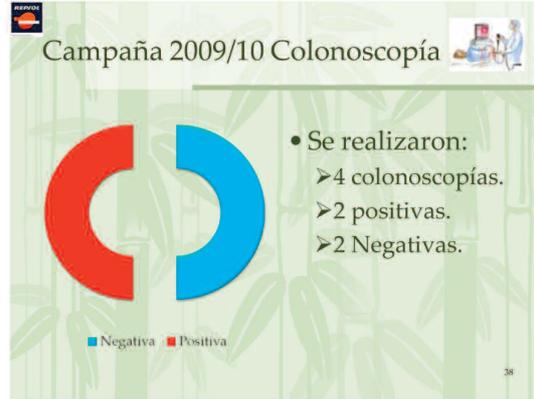
Se realizaron:

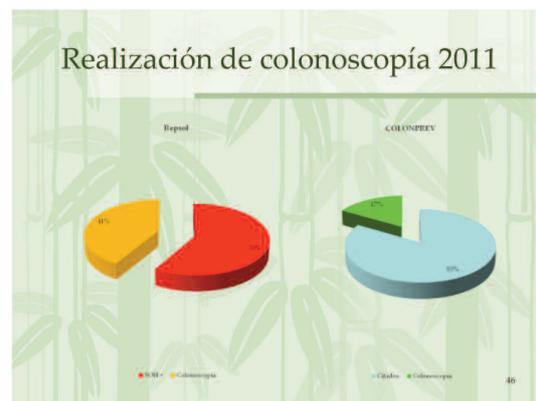
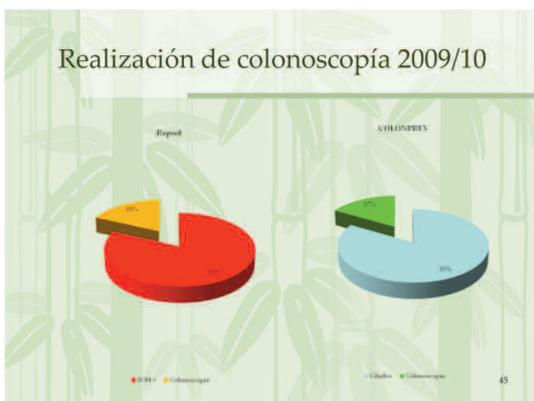
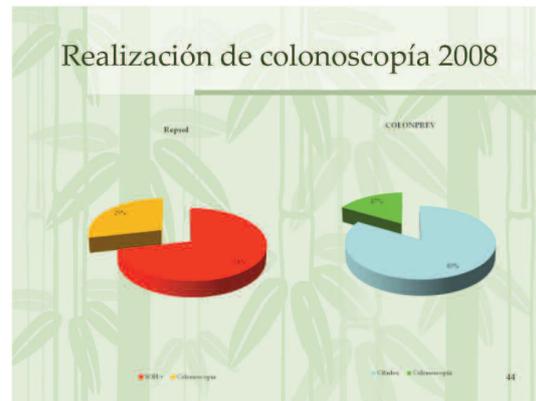
- 178 tomas de SOH.
- 61 Mujeres.
- 117 Hombres
- 6 Menores de 50 años
- 15 Positivos
- 8,5 % Positivos



66% Hombres  
34% Mujeres







- ### Resumen
- E Repsol se han realizado 3 Campañas de detección de Cáncer de colon.
  - Se citaron a 974 trabajadores de varios Centros de Madrid, para la realización del test de SOH.
  - Acudieron 22,5% de los citados.
  - Con 68 positivos.
  - De los cuales se hicieron 39 colonoscopías.
  - A 25 se les detectó patología cancerosa.

- ### Conclusiones
- El cáncer de colon es el primer tumor maligno y el segundo en mortalidad.
  - Si se detectaran a tiempo, se podrían curar el 90% de los casos.
  - En la población general el cáncer de colon es el sexto en percepción de riesgo.
  - El cribado de cáncer de colon aún no está tan extendido como el de mama.
  - El mayor nº de diagnósticos se producen en estadios avanzados, con la cual se producen más días de baja.

### Conclusiones

- La población trabajadora mayor de 50 años en Repsol está tomando conciencia del problema que supone la patología que conlleva el cáncer colorrectal, y ha ido aumentando la asistencia a las campañas de prevención del mismo.
- Al detectar casos en fases iniciales, los gastos tanto personales, como laborales se han reducido.
- Por lo que es conveniente incluir programas de prevención en las empresas.

### Colonoscopia



<http://www.youtube.com/watch?v=auP4idRRFTY>

50

**ACTUALIZACION SOBRE VACUNACION EN EL TRABAJO**

Beatriz Herruzo Caro  
Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo  
26 de Noviembre de 2011  
UPRL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET  
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**CONCEPTOS BASICOS R.A.E.**

• **RAE:**

- **VACUNA:** Virus o principio orgánico que convenientemente preparado se inocula a una persona o a un animal para preservarlos de una enfermedad determinada.
- **PRESERVAR:** Proteger, resguardar anticipadamente a una persona, animal o cosa, de algún daño o peligro.

• **INSHT:** Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. (Área de Higiene y Medicina)

“No hay que olvidar que las vacunas son una medida de **protección** primaria: **actúan antes de que nos afecte la infección**”

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Beatriz Herruzo Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPRL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET  
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

**Marco legislativo de vacunación en el ámbito laboral**

- Constitución Española (40.2 y 43)
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el TRLGSS.
- LPRL 31/1995 LPRL
- RD 39/1997, Reglamento de Servicios de Prevención y posterior modificación.
- RD 664/1997, protección contra riesgos por exposición a agentes biológicos
- RD 1215/1997, de equipos de trabajo
- REAL DECRETO 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de EEPP en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro (**GRUPO 3**).
- Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, (trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia. (Anexo VIII: virus de la rubeola. Salvo si existen pruebas de que la trabajadora embarazada está suficientemente protegida contra estos agentes por su estado de inmunización.)
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Beatriz Herruzo Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPRL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET  
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

**Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el TRLGSS.**

- **Artículo 116. Concepto de la enfermedad profesional.**  
Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.
- **Artículo 196. Normas específicas para enfermedades profesionales.**  
1. Todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo de EEPP están obligadas a practicar un reconocimiento médico previo a la admisión de los trabajadores que hayan de ocupar aquéllos y a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad se establezcan en las normas que, al efecto, dictará el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.  
2. Los reconocimientos serán a cargo de la empresa y tendrán el carácter de **obligatorios para el trabajador**, a quien abonará aquélla, si a ello hubiera lugar, los gastos de desplazamiento y la totalidad del salario que por tal causa pueda dejar de percibir.

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Beatriz Herruzo Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPRL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET  
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

**LPRL**

**Artículo 22: Vigilancia de la salud**

- El empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la **vigilancia periódica** de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.
- “... de carácter voluntario sólo se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, ..... o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.
- En todo caso se deberá optar por la realización de aquellos reconocimientos o pruebas que causen las **menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo.**

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Beatriz Herruzo Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPRL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET  
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

**R.D. 39/97 RSP**

**Artículo 37: Funciones de nivel superior**

- El personal sanitario del servicio deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, **con criterios epidemiológicos** y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y **proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.**
- El personal sanitario del servicio de prevención estudiará y valorará, especialmente, los riesgos que puedan afectar a las trabajadoras en situación de embarazo o parto reciente, a los menores y a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, **y propondrá las medidas preventivas adecuadas.**
- El personal sanitario del servicio de prevención que, en su caso, exista en el centro de trabajo deberá proporcionar los primeros auxilios y la **atención de urgencia a los trabajadores víctimas de accidentes o alteraciones en el lugar de trabajo.**

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Beatriz Herruzo Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPRL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET  
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo

**CONCEPTOS CLAVES**

**VACUNAS MEDIDA DE PROTECCION.....OBLIGATORIA????**



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Boletín Herrero Caro 26 de noviembre de 2011  
UPM1.1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET

**CONCEPTOS CLAVES**

Alexandra M, Stewart JD. Mandatory Vaccination of HealthCare Workers. Downloaded from: [www.nejm.org](http://www.nejm.org) November 5, 2009

- Vacunación obligatoria de los profesionales sanitarios. NewYork State: dictó la vacunación frente a gripe A estacional (H1N1), excepto contraindicación médica.
- ¿Violación de derechos fundamentales?:
- Un juez ordenó retrasar la implementación de la norma, pero sigue la discusión: ¿tiene prioridad la seguridad de los pacientes?¿justifica el realizar excepciones a los derechos individuales?.
- En 1922, en un caso relativo a un requisito de vacunación para ingresar a la escuela en San Antonio, Texas, el Tribunal Supremo ratificó estas ordenanzas, dando cuenta de que "no confiere un poder arbitrario, sino que amplía discreción necesaria para la protección de la salud pública.
- Aunque tienen los mismos derechos que todos los ciudadanos, es probable que los tribunales seguirán haciendo de la salud y seguridad de los pacientes la prioridad en que permitan excepciones a los derechos individuales.

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Boletín Herrero Caro 26 de noviembre de 2011  
UPM1.1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET

**RD 664/1997, protección contra riesgos por exposición a agentes biológicos (guía que lo desarrolla)**

**Artículo 8. Vigilancia de la salud de los trabajadores.**

1. "El empresario garantizará una vigilancia adecuada y específica de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos por exposición a agentes biológicos...."

a) Antes de la exposición.

- Determinar si el sujeto padece algún tipo de **enfermedad previa infecciosa o un déficit inmunológico** que le pueda predisponer a la infección, así como si el trabajador padece algún tipo de sensibilidad alérgica a los agentes a los que va a estar expuesto.
- Determinar el estado de inmunización del trabajador frente a los microorganismos a los que va a estar expuesto (**test de screening**).

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Boletín Herrero Caro 26 de noviembre de 2011  
UPM1.1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET

**RD 664/1997, protección contra riesgos por exposición a agentes biológicos (guía técnica que lo desarrolla).**

**Artículo 8. Vigilancia de la salud de los trabajadores.**

b) A intervalos regulares..., se **ofrecerá** al trabajador la posibilidad de realizar **test de screening y serología** con objeto de detectar su estado inmunitario frente a los riesgos biológicos específicos.

- Test de screening de infección por virus de hepatitis B (VHB) por virus de hepatitis C (VHC), por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de **tuberculosis** (técnica del Mantoux), determinación de anticuerpos **anti-rubeola anticitomegalovirus, antihepatitis A, antiparotiditis, antivariela, antibrucella**, entre otros. (GUÍA)

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Boletín Herrero Caro 26 de noviembre de 2011  
UPM1.1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET

**RD 664/1997, protección contra riesgos por exposición a agentes biológicos (guía que lo desarrolla).**

**Artículo 8. Vigilancia de la salud de los trabajadores.**

3. Cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para **los que haya vacunas eficaces**, éstas deberán ponerse a disposición de los trabajadores, **informándoles de las ventajas e inconvenientes de la vacunación**. Cuando los empresarios ofrezcan las vacunas deberán tener en cuenta las recomendaciones prácticas contenidas en el anexo VI de este Real Decreto.

Lo dispuesto en el párrafo anterior será también de aplicación en relación con otras medidas de preexposición eficaz que permitan realizar una adecuada prevención primaria.

**EL OFRECIMIENTO AL TRABAJADOR DE LA MEDIDA CORRESPONDIENTE, Y SU ACEPTACIÓN DE LA MISMA, DEBERÁN CONSTAR POR ESCRITO.**

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Boletín Herrero Caro 26 de noviembre de 2011  
UPM1.1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET

**RD 664/1997, protección contra riesgos por exposición a agentes biológicos (guía que lo desarrolla).**

**Anexo VI: Recomendaciones prácticas para la vacunación**

- Cuando la evaluación a que se refiere el artículo 4 demuestre la existencia de un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores por exposición a agentes biológicos contra los que existan vacunas eficaces, el empresario deberá ofrecer dicha vacunación.
- Deberá informarse a los trabajadores sobre las **ventajas e inconvenientes** tanto de la vacunación como de la **no vacunación**.
- La vacunación ofrecida a los trabajadores **no acarreará a éstos gasto alguno**.
- Podrá elaborarse un **certificado de vacunación** que se expedirá al trabajador referido y, cuando así se solicite, a las autoridades sanitarias.

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Boletín Herrero Caro 26 de noviembre de 2011  
UPM1.1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

AET

## Marco legislativo de vacunación en el ámbito laboral

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Artículo 33. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral.

1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral se desarrollará de forma coordinada con los empresarios y los representantes de los trabajadores y comprenderá los siguientes aspectos:
  - a) **Promoción**, con carácter general, de la **salud integral** de los trabajadores.
2. La autoridad sanitaria, de forma coordinada con la autoridad laboral, llevará a cabo las siguientes actuaciones además de las ya establecidas normativamente:
  - h) Establecer **mecanismos de coordinación en caso de pandemias** u otras crisis sanitarias, en especial para el desarrollo de acciones preventivas y de vacunación.
  - i) Cualesquiera otras que promuevan la **mejora en la vigilancia, promoción y protección de la salud** de los trabajadores y la prevención de los problemas de salud derivados del trabajo.



## Objetivos de los programas de vacunación en el medio laboral

1. Conocer el **estado de inmunización** de todo el personal, especialmente los nuevos trabajadores.
2. **Informar y formar** a los trabajadores sobre los riesgos de exposición.
3. Informar (por escrito) de **ventajas y desventajas** de la profilaxis de la vacunación recomendada o **de la no vacunación**.
4. **Administrar** las vacunas recomendadas.
5. **Controlar el riesgo de exposición** en relación con el programa de inmunización seguido en cada empresa (Pautas de actuación ante exposiciones de riesgo).
6. Establecer normas de restricciones laborales y **tratamiento** de los trabajadores **no inmunizados después de la exposición** a enfermedades transmisibles que lo requieran.



## Objetivos de los programas de vacunación en el medio laboral

7. Crear un **registro de las vacunas** administradas y de cualquier **reacción adversa** significativa relacionada con la vacunación.
8. Proteger a los trabajadores del riesgo de padecer determinadas enfermedades transmisibles y **evitar que sean fuentes de contagio de dichas enfermedades para otros trabajadores o para la comunidad**.
9. Prevenir enfermedades infecciosas en trabajadores que estén **inmunocomprometidos** o padezcan patologías crónicas (cardíacas, pulmonares, renales...), lo que sería un riesgo grave para ellos.
10. **Evitar absentismo** por bajas laborales, consecuencia de enf. adquiridas por trabajadores en el desempeño de sus funciones.
11. **Evitar muertes** que se produzcan como consecuencia de enfermedades infecciosas.
12. **Evitar enf. infecciosas** que puedan evolucionar a la **cronicidad**.



## CRITERIOS PREVIOS PARA INDICACION DE LA VACUNACION

- **HISTORIA CLINICA PREVIA**
  - EDAD (SERVICIO MILITAR PREVIO, MENORES...)
  - GENERO (MUJER, EMBARAZO Y LACTANCIA)
  - ANTECEDENTES MEDICOS Y TRATAMIENTOS ACTUALES
    - T.E.S. (EMBARAZADAS, INMUNODEPRIMIDOS...)
- **PUESTO DE TRABAJO Y EVALUACION DE RIESGOS**
  - Trabajadores expuestos a **riesgos biológicos**. (HEPATITIS B, ..)
  - TES a los **riesgos derivados del trabajo**. (RABIA, HEPATITIS A, ...)
  - Aquellos que precisen viajar a **zonas geográficas que sean endémicas en alguna enfermedad**. (FIEBRE AMARILLA, ENCEFALITIS JAPONESA, ...)
  - Aquellos que desarrollen su trabajo en lugares donde, debido a la **concentración de personas**, determinadas enfermedades sean más fácilmente propagables (cuarteles, colegios...).



## TRANSMISIÓN DE INFECCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL

- Por **aire**: varicela, sarampión, TB
- Por **gotas respiratorias**: tosferina, meningitis, gripe,...
- Por **contacto**: multirresistentes, herpes,...
- **Fecal-oral** (VHA, poliovirus,...)
- **Parenteral o contacto mucosas**: VHB, VHC, VIH



## CLASIFICACION DE LAS VACUNAS

- **MICROBIOLÓGICA**
  - **Vivas Atenuadas**
  - **Muertas o inactivadas**
    - Virus o bacterias enteros o totales.
    - Fracciones víricas (antígeno de superficie hepatitis B) o bacterianas (polisacáridos capsulares).
    - Toxoides o anatoxinas
- **SANITARIA**
  - **Sistemáticas** (a toda la población S.P.)
  - **No sistemáticas** (Carácter individual o brotes)



### Otros aspectos de la inmunización en el ámbito laboral

- Valorar **contraindicaciones reales** del profesional (alergias (látex-anafilaxia), comorbilidades, embarazo,...) e interacciones con otros tratamientos
- Calendario **individualizado** (tiempos, dosis, vías de administración,...)
- **Seguridad /Estabilidad** de las vacunas (cadena de frío..caducidad, la luz ....)
- **Consentimiento** informado (screening y vacunación)
- **Rechazo** a la vacunación
- **GESTIÓN DE RESIDUOS** (GRUPO III)
- **Comunicación** de **reacciones adversas**
- **REALIZAR REGISTRO DE VACUNACION**

Boletín Hemero Caro: 26 de Noviembre de 2011  
UPM, I.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

### CONTRAINDICACIONES DE LAS VACUNAS

Verdaderas contraindicaciones de las vacunas

- \* Vacunas parenterales de virus vivos en embarazadas.
- \* Vacunas de virus vivos en inmunodeprimidos.
- \* Vacuna de polio oral en convivientes con inmunodeprimidos.
- \* Hipersensibilidad o reacción alérgica grave a una vacuna previa, o a algún componente de la vacuna.
- \* Rango de edad fuera de lo establecido.

Limitaciones y precauciones de la vacunación

- \* Vacunas inactivadas en sujetos con inmunodeficiencias.
- \* Reacción adversas grave a una dosis previa de la vacuna de la tos ferina (excepto encefalopatía aguda en los 7 días siguientes a la vacuna).
- \* Enfermedad aguda infecciosa moderada o grave.
- \* Encefalopatía progresiva hasta que el trastorno se haya estabilizado

Boletín Hemero Caro: 26 de Noviembre de 2011  
UPM, I.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

### ¿Que vacunas indicar?

1. **VACUNAS SISTEMATICAS**
  - TETANOS DIFTERIA (TD)
2. **VACUNAS ESPECÍFICAS DE PROFESIONALES ANTE EXPOSICIONES CONCRETAS SEGÚN RIESGO INDIVIDUAL**
  - TOSFERINA (dtpa)
  - GRIPE / NEUMOCOCO
  - SARAMPION RUBEOLA PAROTIDITIS (TV)
  - HEPATITIS B
  - HEPATITIS A
  - VARICELA
  - RABIA
  - INFECCION MENINGOCOCICA
  - TUBERCULOSIS

Boletín Hemero Caro: 26 de Noviembre de 2011  
UPM, I.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

### ¿Que vacunas indicar?

3. **VACUNAS INDICADAS EXCLUSIVAMENTE PARA TRABAJADORES DE LABORATORIOS QUE MANIPULAN ESPECIFICAMENTE EL AGENTE INFECCIOSO O VIAJA A ZONAS ENDEMICAS.**
  - PESTE
  - FIEBRE AMARILLA
  - POLIOMIELITIS
  - FIEBRE TIFOIDEA

VACUNACION INTERNACIONAL:  
<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/viajesInter/home.htm>

Boletín Hemero Caro: 26 de Noviembre de 2011  
UPM, I.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

### VACUNACION INTERNACIONAL MSPS

Boletín Hemero Caro: 26 de Noviembre de 2011  
UPM, I.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

### VACUNAS SISTEMATICAS EN EL MEDIO LABORAL: TETANOS DIFTERIA

1. **COMPOSICION:** Vacunas inactivadas (toxoides de td en sales de aluminio)
2. **INDICACIONES.** Vacuna sistemática para toda la población
3. **CONTRAINDICACIONES**
  - Posponerse en caso de enfermedad aguda con fiebre. Alergia a componentes de la vacuna.
4. **PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION . IM profunda en deltoides**

	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	1º recuerdo (4ª dosis)	2º recuerdo (5ª dosis)
Adultos sin dosis previas	Tan pronto como sea posible	Al menos 1 mes después de la 1ª	Al menos 6 meses después de la 2ª	10 años tras la 3ª dosis	10 años tras la 4ª dosis
5. **OBSERVACIONES:** no reiniciar revacunación  
**"DOSIS PUESTA DOSIS QUE CUENTA". (entre 3-4dosis mínimo 12 m)**

Boletín Hemero Caro: 26 de Noviembre de 2011  
UPM, I.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS

Tabla 8. Pautas de actuación para la profilaxis antitetánica en heridas<sup>a</sup>

Antecedentes de vacunación	Herida limpia		Herida tetanígena <sup>1</sup>	
	Vacuna (Td)	III <sup>2</sup>	Vacuna (Td)	III <sup>2</sup>
< 3 dosis o desconocida	SI (completar vacunación)	NO	SI (completar vacunación)	SI
3 ó 4 dosis	NO (si hace más de 10 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO <sup>2</sup>
5 ó más dosis	NO	NO	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO <sup>2</sup>



### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: TOSFERINA

- COMPOSICION.** Virus atenuados dTpa (toxide tetánico diftérico con antígenos acelulares de Bordetella Pertusis)
- INDICACIONES** Personal de guarderías. Personal sanitario de servicios pediátricos.
- CONTRAINDICACIONES** antecedentes personales o familiares de **CONVULSIÓN** (padres hermanos)
- PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION** 1 dosis de recuerdo en sanitarios no vacunados de dTpa menores de 65 años se recomienda tras dos años desde anterior dosis de DT y mujeres madres recientes tras parto si no historia previa de dTpa . IM
- OBSERVACIONES** en embarazadas se recomienda solo dt



### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: GRIPE

- COMPOSICION.** Virus fraccionados (inactivados)
- INDICACIONES**
  - Sanitarios, Trabajadores de instituciones cerradas. Trabajadores docentes (guarderías y parvularios). Trabajadores de primeros auxilios o que realizan trabajos para la comunidad (socorristas, militares, protección civil, etc.) Personal que atiende a personas de riesgo alto (trabajador social,...)
  - Trabajadores en grupos de riesgo de complicaciones por gripe:
    - Enfermedad crónica: pulmonar, cardíaca, renal, metabólica,... Enfermedad hematológica, Inmunodeficiencia, inmunodepresión, Tratamiento prolongado con AAS, Embarazo (2ºy 3º trimestre en campaña), Obesidad y >= 50 años !!!
    - Viajeros internacionales (Tropico y hemisferio sur)
- CONTRAINDICACIONES.** alérgicas al huevo y a las proteínas del Pollo. Historia de hipersensibilidad a los antibióticos de tipo aminoglucósidos
- PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION .** 1 DOSIS ANUAL EN CAMPAÑA Vía IM O SC profunda deltoides.



### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: NEUMOCOCO

- COMPOSICION.** Dos vacunas
  - Vacuna antineumocócica polisacárida 23 - valente o Vacuna antineumocócica conjugada heptavalente. (Inactivada -polisacáridos)
- INDICACIONES.**
  - Profesionales con riesgo mayor de complicaciones por enfermedad de base:
    - Enf. crónicas: enf. cardíacas, alcoholismo, anemia de células falciformes, enf.pulmonares, diabetes o enf. hepáticas avanzadas. Enf. que producen una disminución de las defensas inmunológicas: problemas renales serios, pacientes transplantados, pacientes a los que se les ha extirpado el bazo, enfermedad de Hodgkin, linfoma, leucemia, mieloma, VIH o SIDA.
    - Pacientes que tengan que recibir algún tto que disminuya sus defensas inmunológicas: tto prolongado con corticoides, medicamentos inmunosupresores, determinados ttos contra el cáncer (quimioterapia o radioterapia).
- CONTRAINDICACIONES.** Generales de vacunas inactivadas. No evaluada en embarazadas, utilizar si alto riesgo en las mismas
- PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION .** 1 Dosis. Valorar indicación de única revacunación a 5 años. IM deltoides



### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: SARAMPION RUBEOLA PAROTIDITIS (TV)

- COMPOSICION.** Vacuna combinada de virus de sarampión rubeola y parotiditis atenuados.
- INDICACIONES** Adolescentes y adultos nacidos después de 1966 sin antecedentes **fiabiles** de vacunación o de padecimiento de la enfermedad. Personal sanitario susceptible (mujeres en edad fértil y personal en contacto con embarazadas).
- CONTRAINDICACIONES** Contraindicada en embarazadas y en inmunodeprimidos. Alergia al huevo y a neomicina o gelatinas
- PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION** 2 dosis 0 y 1-2 meses. Vía SC deltoidea
- OBSERVACIONES.** Estudio serológico previo de la IgG ¿historia previa de la enfermedad?. También como profilaxis post-exposición en primeras 72h.



### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: HEPATITIS B

- COMPOSICION.** Antígeno de superficie depurado del virus obtenido a través de la tecnología de DNA recombinante
- INDICACIONES**
  - Todo el personal sanitario
  - Trabajadores de laboratorios clínicos y de investigación
  - Trabajadores de instituciones cerradas
  - Trabajadores de primeros auxilios o que realizan trabajos para la comunidad (socorristas, militares, protección civil, etc.)
  - Trabajadores de limpieza, lavandería, recogida de residuos.
  - Trabajadores expuestos a sangre, pinchazos accidentales u otros fluidos contaminantes (manicura, pedicura, acupuntura, piercing, tatuajes, depilación...)
- CONTRAINDICACIONES** reacciones alérgicas graves a dosis previas de vacuna, y la presencia de una infección con fiebre elevada



### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: HEPATITIS B

**4. PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION.** 3 dosis 0-1-6 meses o pauta rápida viajeros 4 dosis 0-1-2 y 6 o 12. IM

**5. OBSERVACIONES** nacidos antes de 1996 (vacunación sistemática desde 1996) estudio de seroconversión postvacunal(2-3 meses). En individuos que sean respondedores frente a la enfermedad (>10 mUI/ml anti HBs), la memoria inmunológica parece inducir una rápida respuesta en individuos expuestos. **La inmunidad a la infección no se pierde aunque los anticuerpos bajen o desaparezcan**, dada la persistencia de la memoria inmunológica. Esta memoria inmunológica reside en la memoria de los linfocitos B sensibilizados a través de una exposición inicial al antígeno. **Por este motivo NO ESTÁN RECOMENDADAS DOSIS DE RECUERDO EN PERSONAS INMUNOCOMPETENTES.**

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hertzico Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPPEL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS 

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: HEPATITIS B

Perfilaxis post-exposición	Fuente AgHBs (+) Desconocida Alto Riesgo (7)	Desconocida Bajo Riesgo	Fuente Ag HBs (-)
Trabajador No vacunado ni inmunizado.	IGHB (1) e Iniciar vacunación VHB (3)	Iniciar vacunación VHB (3)	Iniciar serie completa de vacunación.
Trabajador vacunación incompleta	IGHB y completar vacunación.	Completar vacunación (2)	Completar vacunación (2)
Trabajador Inmunizado Anti HBs: IgM/L	No PPE	No PPE	No PPE
Trabajador con tres dosis.	IGHB+Inicio 2ª serie vacunación VHB (4)	No PPE. Inicia 2ª serie vacunación VHB.	No PPE. Inicia 2ª serie de vacunación VHB.
Trabajador No respondedor (sin respuesta Anti HBs)	Vacunado con seis dosis	IGHB + 2ª dosis de IGBH al mes (5)	No PPE
Trabajador vacunado sin respuesta conocida.	Determinación rápida: - si Anti HBs ≥ 10mU/ml: No PPE - si Anti HBs ≤ 10mU/ml: IGBH+ Dosis de recuerdo (6)	Determinación rápida: - si Anti HBs ≥ 10mU/ml: No PPE - si Anti HBs ≤ 10mU/ml: Dosis de recuerdo (6)	No PPE. Determinación Anti HBs y actuación en consecuencia.

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hertzico Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPPEL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS 

(1) IGBH: 1\* 24 horas y hasta los 7 días posteriores  
(2) Si es preciso completar pauta 0-1-6 meses, 2 meses marcador post-vacunal anti-HBs  
(3) pauta rápida 0-1-2 y una cuarta dosis a los 6-12 meses de la primera.  
(4) La opción de una dosis de IGBH y reniciar una serie de vacunación es de elección  
(5) 2 dosis de IGBH con un mes de intervalo.  
(6) Valorar número de dosis.  
(7) Lesión Riesgo alto: lesión amplia o pinchazo profundo, con gran cantidad de sangre o fluidos como semen y/o secreciones vaginales. Suposición amplia o chorro de sangre. Sangre visible en el dispositivo que produce la lesión. Sangre recién extraída de vena y/o arteria. Fuente VIH con enfermedad avanzada, usuarios de drogas por vía parenteral o personas procedentes de países endémicos

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: HEPATITIS A

**1. COMPOSICION.** - Virus enteros inactivados.

**2. INDICACIONES**

- Trabajadores de laboratorios de investigación.
- Trabajadores de instituciones cerradas. Trabajadores de parvularios y guarderías
- Personal de limpieza en contacto con residuos.
- Trabajadores en centros de producción o manipulación de alimentos.
- Profesionales sanitarios que atiendan pacientes con hepatitis A (neonatología, pediatría, infecciosos, geriatría, digestivo,...)

**3. CONTRAINDICACIONES** Fiebre elevada o alergia o hipersensibilidad a algún componente de la vacuna o la vacuna en sí misma.

**4. PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION** 2 dosis- 0, 6-12 m. IM

**5. OBSERVACIONES** No cribado prevacunacional en nacidos posterior a 1966. Utilizar vacuna combinada A+B si se precisan ambas (0-1-6)

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hertzico Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPPEL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS 

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: VARICELA

**1. COMPOSICION.** V. atenuada

**2. INDICACIONES**

- Todo el personal sanitario susceptible
- Trabajadores docentes susceptibles (guarderías y parvularios)
- Trabajadoras en edad fértil, no embarazadas.

**3. CONTRAINDICACIONES**

- Alérgicos a la neomicina
- Trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia.
- En trabajadores con Tuberculosis activa no tratada.
- Enfermedad febril aguda y grave.

**4. PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION** - 2 dosis (0, 1 m). SC

**5. OBSERVACIONES** Contraindicada en embarazadas y en inmunodeprimidos

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hertzico Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPPEL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS 

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: RABIA

**1. COMPOSICION.** V. inactivada

**2. INDICACIONES**

- Personal de laboratorio que trabaja con el virus rábico.
- Trabajadores que viajen a zonas endémica de rabia enzoótica canina.
- Personas que sean mordidos por murciélagos (espeleólogos), perros o cualquier animal desconocido que transmita la rabia.
- Personal de zoológicos, guardas forestales, cazadores.

**3. CONTRAINDICACIONES** Alérgico a la neomicina. Inmunodeprimidos. Anafilaxia a la proteína de huevo. Durante los 28 días posvacunación con vacunas de virus vivos. Cuadro febril agudo intercurrente.

**4. PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION** 3 dosis (0,7,21 DÍAS). IM

**5. OBSERVACIONES** Recuerdo cada 6 meses si riesgo continuado de exposición determinar anticuerpos. Postexposición D0-D3-D7-D14-D28-30 (5 dosis)

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hertzico Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPPEL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS 

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: INFECCION MENINGOCOCICA

**1. COMPOSICION.** Vacuna bivalente de polisacáridos bacterianos capsulares purificados serogrupos A Y C (inactivada)

**2. INDICACIONES**

- Todo el personal sanitario susceptible que viaje a zonas endémicas
- Personal de laboratorio que trabaje con meningococo en condiciones que se puedan generar aerosoles.
- Personal sanitario con riesgo de enfermedad invasora: esplenectomizados, déficit del complemento,...

**3. CONTRAINDICACIONES**

- Generales a las vacunas inactivadas

**4. PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION**

- 1 Dosis. Valorar revacunación cada 3-5 años. SC o IM

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hertzico Caro 26 de Noviembre de 2011  
UPPEL 1.3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS 

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: TUBERCULOSIS

- COMPOSICION.** V. atenuada (BCG)
- INDICACIONES**
  - Trabajadores PPD negativos que trabajan en áreas de elevada prevalencia de TB multiresistente y sin posibilidad de aplicar medidas de aislamiento adecuadas.
- CONTRAINDICACIONES**
  - Contraindicada en embarazadas y en inmunodeprimidos
- PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION**
  - 1 Dosis. INTRADERMICA

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hemero Caro 26 de noviembre de 2011 UPEL 1,3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS AET

INDICACION	TIPOS DE VACUNAS			
	Microorganismos vivos	Microorganismos inactivados	Polisacáridos	Proteínas modificadas
<b>Contraindicada</b>	Sarampión Rubéola Parotiditis Gripe Atenuada Varicela Tifoidea oral Cólera viva BCG			
<b>Selectiva en exposición inevitable inminente</b>	Fiebre amarilla	Rabia inactivada Cólera inactivada Peste		
<b>Selectiva en mujeres de alto riesgo</b>	BCG (2)	Polio inactivada (2) Tifoidea inactivada Hepatitis A Encefalitis japonesa	Neumococo (2) H. influenzae b	
<b>Selectiva en brotes</b>		Tos ferina (2)	Meningococo	
<b>Específica si precisa</b>		Gripe inactivada (3) Encefalitis por garrapata	Hepatitis B Difteria (2) Tétanos	

**EMBARAZADAS**



Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hemero Caro 26 de noviembre de 2011 UPEL 1,3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS AET

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: PESTE

- COMPOSICION.** vacuna de agente inactivado (no disponible en nuestro país se debe obtener como medicamento extranjero o de importación)
- INDICACIONES**
  - Personal de laboratorio que trabaja con la bacteria de la peste en laboratorio.
  - Personas que trabajan en regiones infectadas de peste que manipulan o tienen un contacto estrecho con animales posiblemente infectados como parte de sus tareas rutinarias, tales como biólogos especializados en roedores.
- CONTRAINDICACIONES**
  - Generales a las vacunas inactivadas
- PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION** tres dosis, la primera de 1 ml, la segunda a las 4 semanas de 0,2 ml y la tercera 5 meses después de la segunda, también de 0,2 ml.

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hemero Caro 26 de noviembre de 2011 UPEL 1,3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS AET

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: FIEBRE AMARILLA

- COMPOSICION.** Virus vivos atenuados, liofilizados, de la cepa 17D.
- INDICACIONES**
  - Personal de laboratorio que trabajan con el virus de la fiebre amarilla.
  - Personas que trabajan en áreas endémicas o epidémicas de fiebre amarilla o tienen un contacto estrecho con animales posiblemente infectados como parte de sus tareas rutinarias, tales como biólogos.
- CONTRAINDICACIONES**
  - Contraindicaciones generales de las vacunas de virus vivos atenuados
  - Embarazadas
  - Alérgicos al huevo
  - Personas inmunocomprometidas
- PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION** 1 dosis. Administrar 10 días antes del viaje. SC. REVACUNACION Cada 10 años

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hemero Caro 26 de noviembre de 2011 UPEL 1,3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS AET

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: POLIOMIELITIS

- COMPOSICION.** Vacuna monovalentes de polio inactivada
- INDICACIONES**
  - Personal de laboratorio que trabaja con poliovirus.
- CONTRAINDICACIONES**
  - Reacciones alérgicas severas a dosis anteriores de VPI o a la administración de estreptomina, polimixina B o neomicina.
- PAUTA Y VIA DE ADMINISTRACION**
  - 1 Dosis. SC O IM
- OBSERVACIONES** El embarazo no es una contraindicación para la vacuna, sin embargo solo se administrará en caso de que el riesgo de exposición sea muy elevado

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hemero Caro 26 de noviembre de 2011 UPEL 1,3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS AET

### VACUNAS INDIVIDUALES EN EL MEDIO LABORAL: FIEBRE TIFOIDEA

- COMPOSICION.** Dos vacunas
  - Polisacáridos capsulares Vi de S.Typhi. 1 dosis 15 días antes del viaje. Via IM O SC (Recuerdo c/3 años)
  - Cepa viva atenuada mutante de Salmonella typhi Ty21a, se presenta en cápsulas entéricas VO. 3 en días alternos Administrar 10 días antes del viaje. (1 dosis de recuerdo cada 3-5 años)
- INDICACIONES**
  - Viajeros que se dirigen a países donde el riesgo de fiebre tifoidea es alto (especialmente si la estancia es superior a un mes),
- CONTRAINDICACIONES**
  - Vacuna inyectable está contraindicada en personas con hipersensibilidad a alguno de sus componentes o al medio de crecimiento de las bacterias.

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD Boletín Hemero Caro 26 de noviembre de 2011 UPEL 1,3 Distrito Córdoba-Guadalquivir SAS AET

## FUTURAS VACUNAS

- [Citomegalovirus](#)
- [Paludismo](#)
- [VIH](#)
- [Virus respiratorio sincitial](#)
- [Virus herpes zóster](#)

## FUTURAS VACUNAS. VIH

- **En el 2012 se lanzarán los resultados de las investigaciones en torno a una vacuna contra el HIV**, la cual, según anunció el **Laboratorio Nacional Los Álamos en Nuevo México (EE.UU.)**, entró en la fase de pruebas finales previa a un ensayo clínico en humanos.
- La vacuna fue diseñada por un grupo liderado por el genetista **Bette Korber**.
- Las pruebas hechas en animales (ratas y monos) mostraron respuestas inmunes de alcances ( resultados fueron publicados el año pasado en la revista **Nature Medicine**.)
- *"En este momento, debido a los resultados en estudios con animales, estoy seguro de que este es un buen enfoque que merece las pruebas en seres humanos. Yo pasé mi vida investigando para hacer esta vacuna",* señaló el líder de la investigación **Bette Korber**.





## Elaboración y financiación de un proyecto de investigación

M<sup>a</sup> Jesús Pérez Granda HGUGM

### La investigación implica:

- ❖ El descubrimiento de algún aspecto de la realidad.
- ❖ La producción de un nuevo conocimiento:
  - incrementar los postulados teóricos de una determinada ciencia (investigación pura o básica);
  - tener una aplicación inmediata en la solución de problemas prácticos (investigación aplicada).

### Proyecto de investigación

Planificación

- ❖ Selección de un tema
- ❖ Identificación de un problema
- ❖ Formulación de un anteproyecto
- ❖ Elaboración de un proyecto

19/01/2012

5

Solo investigando se aprende a investigar

### Objetivo:

Hallar respuesta a preguntas mediante el empleo de procesos científicos.

### Proyecto de investigación

Etapas

- ❖ Planificación.
- ❖ Ejecución o desarrollo.
- ❖ Divulgación

19/01/2012

4

### Proyecto de investigación

Proyecto

- > TÍTULO
- > ÍNDICE
- > INTRODUCCIÓN
- > EL PROBLEMA
- > MARCO TEÓRICO
- > MARCO METODOLÓGICO
- > ASPECTOS ADMINISTRATIVOS
- > BIBLIOGRAFÍA
- > ANEXOS

19/01/2012

6

## Pregunta



- >Conocimientos del campo
- >Saber que no está hecho
- >Está justificado el tiempo y esfuerzo en su solución
- >Es posible estudiarlo éticamente

## Revisión de la literatura

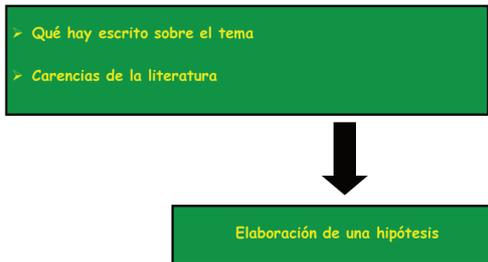


<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>

## Revisión de la literatura

- Embase  
revistas médicas y asiáticas
- Índice Médico Español (IME):  
120 revistas médicas españolas
- The Cochrane Library:  
Revisones sistemáticas de texto completo  
Resúmenes de revisiones y metaanálisis  
Referencias bibliográficas de ensayos clínicos controlados  
Bibliografía sobre metodología

## Introducción



## Proyecto de investigación

Proyecto

- Problema de Investigación Lo que no se conoce.
- Objetivos de Investigación Lo que se aspira conocer.
- Justificación Por qué se desea conocer.
- Marco Teórico Base para obtener el nuevo conocimiento.
- Metodología Cómo se obtendrá el conocimiento.
- Aspectos Administrativos Cuándo y con qué recursos se llevara a cabo la investigación (Presupuesto y Cronograma).

## Proyecto de investigación

Marco teórico

- Antecedentes de la Investigación
- Bases Teóricas
- Definición de Términos
- Sistemas de hipótesis (de ser necesarias)
- Sistemas de Variables

Proyecto de investigación

Marco metodológico

- ✓ Nivel de Investigación
- ✓ Diseño
- ✓ Población y Muestra
- ✓ Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos
- ✓ Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

19/01/2012

13

Proyecto de investigación

Aspectos administrativos

- ☐ Recursos: Humanos, Materiales, Financieros
- ☐ Cronograma de Actividades . Diagrama de Gantt
- ☐ Bibliografía
- ☐ Anexos

19/01/2012

14

Proyecto de investigación

Aspectos administrativos

- ☐ Recursos: Humanos, Materiales, Financieros
- ☐ Cronograma de Actividades . Diagrama de Gantt
- ☐ Bibliografía
- ☐ Anexos

19/01/2012

15

Proyecto de investigación



Tabla 2 Esquema del protocolo de investigación	
A. Conceptualización del problema de investigación	-Formulación del problema -Estado de los conocimientos -Marco teórico -Objetivos, preguntas de investigación, hipótesis
B. Elección de una estrategia de investigación	-Ambito de estudio, sujetos, población y muestra -Diseño del estudio. Validez. Variables. Instrumentos de medida. Tamaño de la muestra -Recogida de datos, tratamiento y control de calidad. -Análisis de datos, contraste de hipótesis -Pertinencia de la investigación -Aspectos éticos y legales
C. Planificación operativa de la investigación	-Duración del estudio y cronograma -Equipo investigador -Presupuesto económico

**“Estudio de la terapia de cierre con etanol en la prevención de la infección relacionada con CVC no tunelizados de corta duración”**

### Epidemiología (U.S.A.)

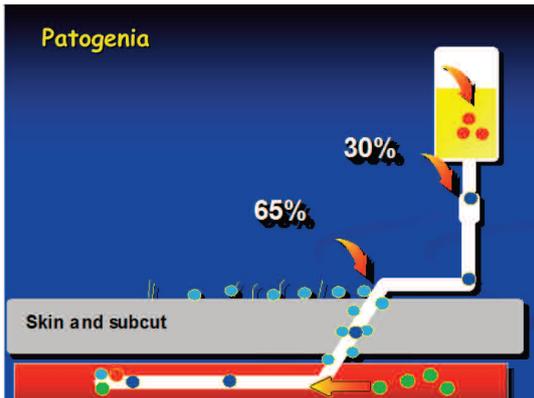
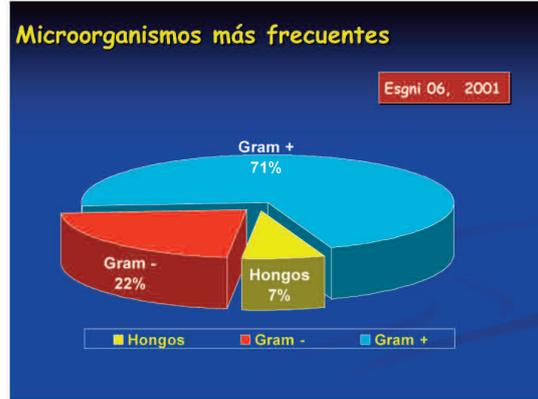
- 150,000,000 dispositivos
- 20,000,000 con terapia I.V.
- 5,000,000 catéteres centrales
- 250,000 inf. catéter
- 120,000 bacteriemias

Extra coste/caso

- Estancia media 7 → 21 días
- 8,000 a 40,000 \$ más



Mermel L. CID. 2002



### Consecuencias de la colonización de CVC

- Provoca la formación de biofilms (resistencia al tto)   
 Donlan RM. Clin Infect Dis 2001
- Es el paso previo a la infección ( bacteriemia → CVC en pat. UVI)   
 CDC. Am J Infect Control 2001
- La BRC aumenta la morbilidad y el gasto Mortalidad atribuible entre el 14-24%   
 Dimick JB. Arch Surg 2001

### Prevención

Indicaciones, uso apropiado, inserción y mantenimiento	A	I
Verificar periódicamente competencia y cumplimiento de normas	A	I
Higiene manual antes de palpar, insertar, reemplazar o cubrir	A	I
Monitorización visual del lugar del catéter	B	I
Limpiar conexiones antes de manipular el sistema		II
Étanol	?	

### Tratamiento: Técnica de cierre

Autor	Población	Tratados	Curados
Messing 1988	Nutrición par.	22	20
Messing 1990	Nutrición par.	27	25
Johnson 1994	Nutrición par.	12	10
Benoit 1995	Nutrición par.	9	7
Krzywda 1995	Nutrición par.	22	14
Capdevila 1993	Diálisis	13	13
Capdevila 1994	SIDA	12	12
Longuet 1995	SIDA	14	6
	Cáncer		
Domingo 1999	SIDA	27	22

**Alcohol-lock**

**Ethanol Locking as a Possible Treatment for Microbial Contamination of Long-Term Central Venous Catheters** Nutrition 19:570, 2003

Ethanol-Lock Technique in the Treatment of Bloodstream Infections in Pediatric Oncology Patients With Broviac Catheter

Chanda Damsberg, MD, Uta Bierbach, MD, Anja Roth, RN, Jörg Beer, PhD, and Dieter Kohler, MD

*Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, Vol. 25, No. 8, August 2003



- 2.3 mL sol etanol 74%, lock 20-24h. Luego flushed alternando luces/ 3 d
- 24 vs 15 sólo ABS. No recidiva al mes 67 vs 47%

## Etanol

- ❖ No se han demostrado resistencias ( si en el caso de antibióticos)
- ❖ Los trabajos "in vitro" demuestran que una concentración del 70% es bactericida en los biofilms
- ❖ No existe en la literatura actual ningún ensayo prospectivo acerca del valor en la prevención primaria de la utilización de etanol

## Hipótesis

- La terapia de cierre con etanol es eficaz en la prevención de la IRC no tunelizados de corta duración
- Consideramos que la reducción de la IRC redundará en un descenso de la BRC, del consumo y efectos adversos de antibióticos, y de las complicaciones sépticas endo y extra-vasculares asociadas a la BRC

## Objetivo primario

Evaluar la eficacia de una solución de etanol aplicada como terapia de cierre en la prevención del desarrollo de infección asociada al empleo de CVC no tunelizados de corta duración en pacientes adultos ingresados en una UCI post-cirugía Cardíaca.

## Objetivos secundarios

- Evaluar la tasa de BRC en la UCP (tasa de partida) en el momento del estudio.
- Evaluar la adherencia y cumplimiento de las actuales recomendaciones respecto al control y prevención de las infecciones relacionadas con CVCs.
- Comparar la tasa de BRC y de colonización en casos y controles y con la tasa de partida.
- Evaluar y comparar el consumo antibiótico.
- Analizar los efectos adversos en ambos grupos .
- Evaluar y comparar la estancia hospitalaria y la mortalidad en ambos grupos de pacientes.

## MÉTODOS

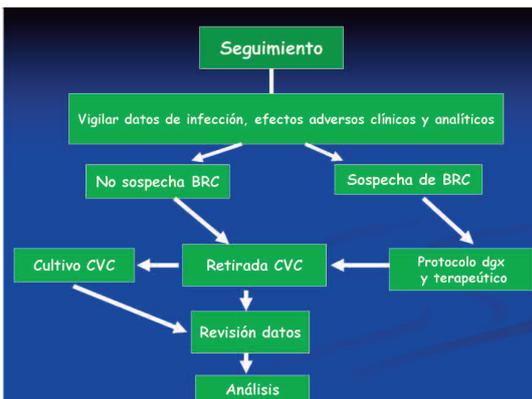
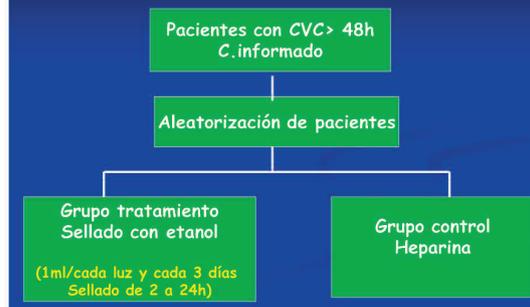
- Estudio prospectivo y aleatorizado ( 3 años)
- Unidad de cuidados postoperatorios de CCM
- 950 pacientes



### Material y métodos

- Criterios de inclusión:
  - Edad > 18 años
  - > 48 h de CVC
  - consentimiento a participar en este estudio
- Criterios de exclusión:
  - Embarazadas
  - edad < 18 años
  - Rechazo a participar en este estudio
  - Historia previa de intolerancia al etanol
  - Cirrosis hepática avanzada

### Mecánica de trabajo



### Variables

- **Clínico-demográficas:** Edad, sexo, EusoSCORE, enf. De base, APACHE II...
- **Relativas a la Qx:** tipo de cirugía, tiempo de clampaje, reintervención...
- **Microbiológicas:** tipo de muestra ( punta de catéter, hemocultivos...)
- **Relativas al cumplimiento de las actuales recomendaciones:** inserción y mantenimiento de los CVC...

### Variables resultado

- Tasa de colonización
- Tasa de partida y tasas finales de BRC en ambos grupos
- Consumo y gasto antibióticos (DDDs)
- Efectos adversos atribuibles a la medicación del estudio
- Días de estancia hospitalaria
- Mortalidad

### Definiciones

**Infección de punta de catéter:**  
Cultivo de punta >15 u.f.c)

**Bacteriemia relacionada con cateter:**  
Hemocultivos y cultivo de punta de cateter con mismo microorganismo

Compatible con manifestaciones clínicas

**Colonización de piel o conexiones:**

Piel: > 15 u.f.c.  
Conexión: > 15 u.f.c.



### Calendario

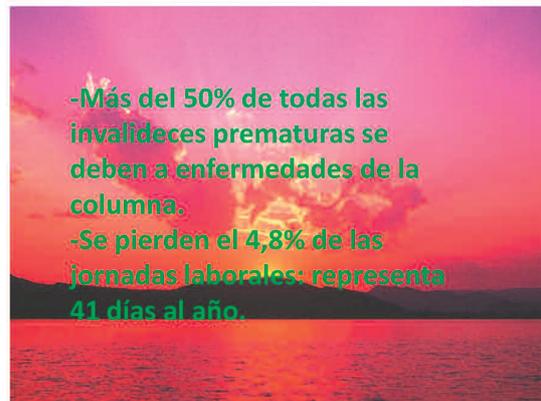
Primeros 4 meses	Ultimar protocolos de trabajo clínicos y microbiológicos. Preparar base de datos
2 años	Inclusión y seguimiento de los pacientes. Procesamiento microbiológico Evaluación de los "end-points"
Últimos 8 meses	Análisis estadístico de los resultados. Preparación de publicaciones.

### Análisis estadístico

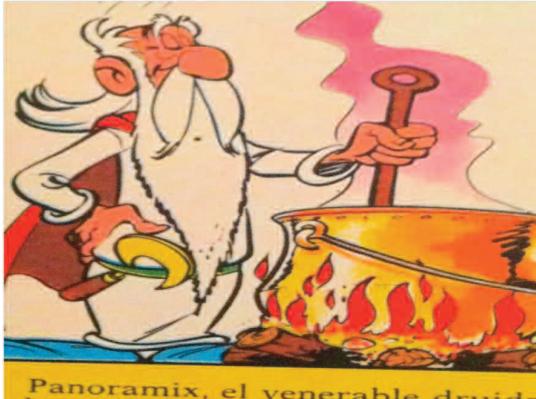
- Análisis estadístico con SPSS
- La significación de las diferencias entre los dos grupos:
  - Test chi-cuadrado -variables categóricas
  - Análisis de las medias -test de la t de Student
- La medida de asociación entre la v. dependiente y la/s v. independientes -técnicas de regresión( lineal, logística o de Cox según las variables y el factor tiempo)
- Los valores de la p se basarán en un test bilateral de significación

### Plan de difusión

- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico-asistencial y/ o desarrollo tecnológico
- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto bibliométrico







¿Qué ha pasado con los métodos actuales?

REPOSO

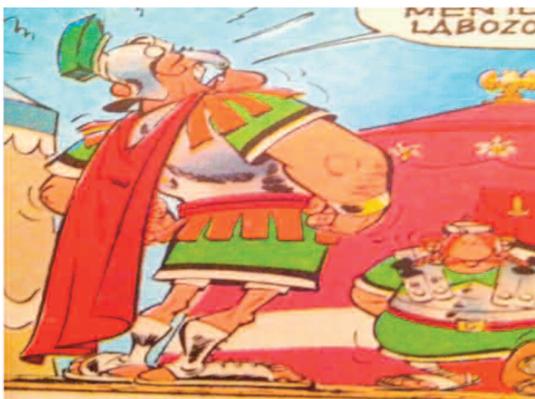


ACTIVIDAD FISICA





## REEDUCACION POSTURAL GLOBAL



-Es un método innovador, desarrollado en Francia por Philippe Souchart.

-No es nuevo, lleva aplicándose desde hace 20 años, con resultados muy buenos.

-Es un método que puede aplicarse a cualquier edad, respetando las limitaciones de cada individuo, pues es un método personal.

Basado científicamente y valido para:

- Evaluación
- Diagnostico
- Tratamiento

de patologías que afectan al aparato locomotor

-Se basa en el análisis minucioso del ser humano, desde el punto de vista holístico.

-Con el paso del tiempo y el estilo de vida actual, se van acumulando tensiones, que van produciendo un efecto sobre los músculos, los cuales se van deformando, por perdida de elasticidad, acortamientos, etc, situación que se agrava ante un accidente, enfermedad...

-Es un método que parte de las características individuales de cada persona, para el diseño de un tratamiento global basado en los síntomas que presenta y así resolver las causas que lo han producido.

- Es un método Suave ,Progresivo y Activo.
- Este método destaca por la lógica de los principios en los que se basa y por la eficacia en los resultados.
- En el tratamiento con RPG, el paciente participa activamente en su propia recuperación, guiado constantemente por un profesional.
- Es importante el cuidado de las articulaciones, la atención constante a la respiración y el trabajo cuidadoso con la musculatura.

Estudia al paciente como **una unidad funcional**, utilizando posturas de tratamiento, de forma global y progresiva, con el objetivo de **actuar sobre las cadenas musculares tónicas**, logrando una terapia que permite descubrir el origen del problema y eliminarlo.



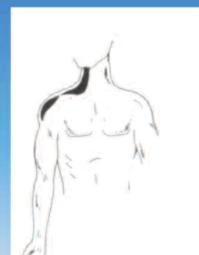
Cadena Inspiratoria



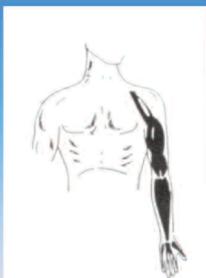
C. Maestra Posterior



C. Maestra Anterior



C. Sup de Hombro



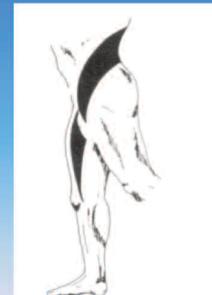
C. Anterior de Brazo



C. Anterointerna de Brazo



C. Lateral de Cadera



C. Anterointerna de Cadera



Apertura de ángulo coxofemoral brazos juntos (postura en descarga)

De pie contra la pared (postura en carga)

De pie en el medio (postura en carga)

Apertura del ángulo coxofemoral brazos abiertos (postura en descarga)

Postura de sentado (postura en carga)

Cierre del ángulo coxofemoral brazos juntos (postura en descarga)

Inclinado hacia adelante (postura en carga)

Cierre del ángulo coxo femoral brazos abiertos (postura en descarga)

**PATOLOGIAS SUSCEPTIBLES DE TTO CON RPG**

- Patologías dolorosas de la columna.  
 Limbalgia, Dorsalgia, Cervicalgia, etc
- Patologías degenerativas Articulares.  
 Artritis, Artrosis, Espondilitis.
- Patologías de origen Biomecanico.  
 Estático. Acortamientos  
 Dinámico. Valgus, cavos

### PATOLOGIAS SUSCEPTIBLES DE TTO CON RPG

- Alteraciones Biomecánicas del miembro superior  
Parexias, parestesias, escapulas, etc.
- Alteraciones Musculares.  
Contracturas, stress, hipertonia, recuperacion  
elasticidad, etc

## PUNCION SECA



Es un método invasivo, mediante el cual, con una aguja de acupuntura

Se pincha en los PGM (puntos gatillo miofasciales) con una técnica bastante sencilla que busca una respuesta involuntaria de la placa miofascial, que se acompaña de una relajación muscular.

Otra técnica muy útil, se trata en patologías del Tendón, tanto en Tendinitis como en Tendinosis (mas útil en estas ultimas) entrar en la vaina del Tendón, y romper el colágeno para que se regenere el tejido con la reacción inflamatoria que se produce.

## EPI

Electrolisis Percutánea Intratisular

Procedimiento de aplicación control

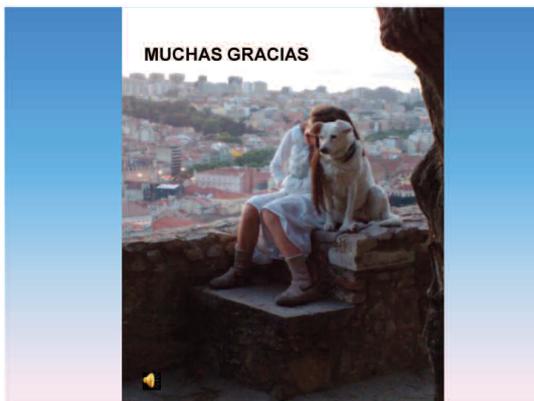
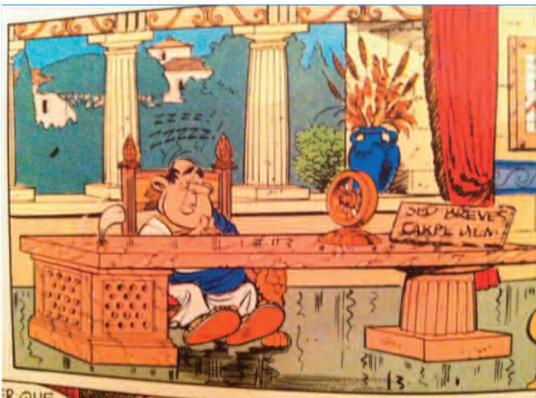
2 • Selección de los parámetros adecuados de forma específica para el paciente

Equipo EPI<sup>®</sup> diseñado y creado para la aplicación de la técnica

3 • Aplicación ecoguiada de la técnica

Es una técnica, mediante la cual se aplica una corriente galvánica sobre el tejido lesionado, que provoca una reacción química que rompe el tejido fibrotico degenerado, produce una respuesta inflamatoria que favorece su regeneración.

Es una técnica muy valida para tto de lesiones crónicas, que no ceden con los Tto tradicionales.



# VII Jornadas Nacionales de Enfermería del Trabajo

## Resumen de Comunicaciones Orales

# Fichas toxicológicas Control de la exposición a los productos químicos en la Construcción naval Cooperación áreas técnica, Médica y medio ambiente

## Autores

García García, Juan Antonio, Galea Palacio, Rafael  
Servicio de Prevención Navantia Bahía de Cádiz, UP San Fernando-Puerto Real, área Médica y Técnica

## Introducción

En un sector como es el de la construcción naval (tanto siderometalúrgico como fibra, además de motores y alta tecnología) donde el uso de productos químicos de todo tipo es habitual se hace necesaria una correcta catalogación y seguimiento de la presencia de dichos tóxicos así como de sus efectos sobre la salud de los trabajadores, tanto aguda como crónica. La creación de fichas de toxicidad y salud internas proporciona una herramienta de fácil acceso y comprensión para el personal expuesto y los profesionales encargados de vigilar los efectos de dicha exposición, en personal propio y empresas subcontratadas.

## Metodología

Se creó un equipo constituido por un T.S.P.R.L. y un enfermero de empresa para la confección de una base de datos de productos químicos (fichas toxicológicas) y sus

efectos a nivel de Seguridad, Higiene, Vigilancia de la Salud, Urgencias, Medio ambiente y contraincendios.

Comunicados por intranet y e-mail y con la colaboración del servicio de informática de la empresa se procedió a la creación de dicha herramienta y su colocación a disposición de todo el personal en la página web corporativa (intranet).

Los trabajos comprendieron: homogenización de formatos, especificación de información, diseño de fichas, creación de base de datos, creación de los flujos de información, investigación química, introducción sistemática de datos, confirmación e introducción en intranet (es una actividad continua, se sigue actualizando periódicamente).

## Resultados

Esta herramienta de trabajo permite a los trabajadores que van a estar expuestos a algún tóxico, a las empresas auxiliares que los usan y a los mandos que organizan el trabajo conocer de manera rápida y sencilla, así como es-

tandarizada, que efectos sobre su salud y el medio ambiente presenta dicho compuesto, tanto de forma aguda como crónica.

Así como los protocolos específicos de salud que serán necesarios para el control de dicha exposición en los trabajadores tanto propios como de las empresas subcontratadas. Así mismo, proporciona un acceso fácil a las indicaciones de primeros auxilios en caso de accidente laboral. Cuentan también con información sobre seguridad industrial (incluidas medidas contra-incendios), higiene y medio ambiente.

### **Conclusiones**

Si alguna de las especialidades preventivas están ligadas en su naturaleza son la higiene industrial y la vigilancia de la salud, ya que la misión de ésta es vigilar los resultados de la exposición de los trabajadores a los riesgos estudiados por aquella. Con este trabajo se consigue homogeneizar la información y facilitarla tanto para el personal y sus mandos, como para los encargados de la Prevención. Conseguimos una fuente de información útil, asequible y rápida de consulta abierta para todas las factorías de la empresa en España y a la vez un punto de encuentro para la coordinación de las actividades.

### **Palabras clave**

Riesgo químico, Productos químicos, Vigilancia de la salud, Higiene Industrial, Medio ambiente, toxicología.

# Identificación de los factores de riesgo higiénicos más influyentes en la voz de la población docente en la provincia de Córdoba

**Autores**

Alcañiz Rodríguez R; Navarro Muñoz F; Manzano Felipe M<sup>a</sup> Ángeles; Manchado López F; Yépez Pérez JL; Romero Vargas F; Lara-Barahona A; Tirado Blasco C; Morales Soto C  
 Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Córdoba

## Introducción

Un alto porcentaje de docentes que acuden al CPRL, manifiestan sintomatología a nivel vocal, lo que nos llevó a tratar de identificar los distintos tipos de factores higiénicos a los que refieren estar expuestos, en su actividad laboral. **Objetivo:** determinar los principales factores de riesgo higiénico y su influencia en la aparición de alteraciones de la voz, ya que diversos estudios muestran resultados contradictorios en cuanto a la prevalencia de los problemas vocales, variando desde el 2'2% al 50%.

## Resultados

## Metodología

Estudio descriptivo de los docentes de secundaria de la provincia de Córdoba, que acuden al reconocimiento de vigilancia de la salud, durante el periodo comprendido entre abril de 2011 y julio 2011. Para poder identificar los factores de riesgo hemos utilizado un cuestionario propio de recogida de medidas sociodemográficas y de factores relacionados con problemas de la voz junto a una entrevista individual mediante la que analizamos los diversos recursos comunicativos además de los conocimientos que poseen sobre los factores que afectan negativamente a la voz.

**TOTAL HOMBRES: 33      TOTAL MUJERES: 33      TOTAL: 66**

	HOMBRES	%	MUJERES	%	H+M	N <sup>a</sup> (%)
POLVO	8	24,00%	13	39,00%	21	31,81%
RUIDO	29	87,00%	29	87,00%	58	87,87%
TEMPERATURA AMBIENTAL	13	39,00%	17	51,00%	30	45,00%
TOXICOS	0	0,00%	2	6,00%	2	3,00%
HUMEDAD	3	9,00%	0	0,00%	3	4,5%
ACUSTICA DEL AULA	0	0,00%	2	6,00%	2	3,00%
CLIMATIZACIÓN	0	0,00%	1	3,00%	1	1,51%
NINGUN FACTOR DE RIESGO	1	3,00%	1	3,00%	2	3,00%

**En los resultados globales obtenidos, se objetiva que los factores de riesgo ambientales con mayor incidencia son: Ruido (87%), Temperatura (45%) y Polvo (31,81%).**

### **Conclusiones**

- La variable Ruido ha sido la más identificada como factor principal de riesgo higiénico, no existiendo desigualdad significativa entre los sexos.
- El colectivo femenino considera que los factores de Temperatura y Polvo afectan en mayor proporción a la voz en comparación con el sexo masculino.
- Se observa que gracias a la mejor concienciación sobre riesgos ambientales, detectada a través de la entrevista personal, parte del colectivo estudiado presenta menos patología vocal relacionada con riesgos higiénicos.
- Se ha detectado que la población docente de Córdoba presenta un desconocimiento general sobre las funciones que se desempeñan en Vigilancia de la Salud.

### **Palabras clave**

Docentes, Voz, Riesgos, Higiénicos

# Desarrollo de un algoritmo de vacunación en trabajadores

**Autores**

Rodríguez Vaca, Teresa, Castilla Perera, Diana  
Residentes de Enfermería del Trabajo en el Hospital Universitario del Río Hortega (Valladolid)

## Introducción

Las vacunas suponen una herramienta de gran utilidad y con demostrados beneficios colectivos e individuales. A pesar de su breve historia, han conseguido que se controlen muchas enfermedades infecciosas e incluso alguna se ha llegado a erradicar.

Circunscribiéndonos al ámbito laboral, el Real Decreto 664/1997 “sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo”, pretende garantizar la protección de los trabajadores y en su artículo 8 establece que “Cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, éstas deberán ponerse a disposición de los trabajadores”.

En el ámbito laboral sanitario, existen riesgos vinculados a cada tipo de actividad laboral que se desempeña. Desde los Servicios de Prevención debemos analizarlos y realizar, si fuera necesario, la pauta de vacunación individual para cada trabajador.

Los objetivos de esta comunicación es describir cómo hemos desarrollado un algoritmo para la vacunación que debería haber recibido un trabajador nacido en Castilla y León en función de su año de nacimiento y que de esta manera, aunque el trabajador no aporte cartilla vacunal, podamos determinar con qué vacunas cuenta y las dosis administradas.

## Palabras clave

Algoritmo, cartilla de vacunación, trabajadores sanitarios, pautas de vacunación

## Material y métodos

Para conocer el estado de vacunación de la población hemos realizado una revisión bibliográfica con referencias epidemiológicas históricas y actuales. Para la clasificación por grupos y la determinación de las pautas de vacunación a seguir hemos utilizado dos manuales: “Vacunas. Algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y Respuestas” (M. I. Hidalgo Vicario, J.L. Montón Álvarez) “y “Vacunación en el ámbito sanitario” (F Cruzet Fernández).

## Resultados y conclusiones

La utilidad del algoritmo, aunque no sea de absoluta fiabilidad por las propias diferencias individuales y sociales, nos orienta en la anamnesis y nos ayuda ante la falta de datos en aspectos de inmunización por parte de los trabajadores. Lo catalogamos en dos grandes grupos en relación a estados de vacunación: población nacida antes de 1975 y población inmigrante por un lado (cada caso será analizado individualmente mediante referencias del paciente, cartillas de vacunación o serología) y por otro, la población nacida a partir de 1975 para la cuál podemos guiarnos por el calendario vacunal y sucesivas modificaciones.

# Percepción de los enfermeros del Hospital Santa Bárbara de Soria sobre el uso de las habilidades relacionales-comunicativas en las relaciones interpersonales

## **Autores**

Lapeña Moñux, Yolanda Raquel ; Cibanal Juan, Luis C. S. "Tierra Altas" de Soria, Universidad de Alicante

## **Justificación**

Las habilidades relacionales pueden aplicarse en cualquier circunstancia de la vida de las personas. Por ello, hemos decidido estudiarlas ante la preocupación por los frecuentes conflictos interpersonales en los lugares de trabajo debidos en parte a problemas relacionales y de falta de una correcta comunicación, entendida desde la escucha activa, la empatía, la autenticidad, etc. Y hemos escuchado la voz de los enfermeros para poder describir por un lado, las actitudes y habilidades específicas que desarrollan cuando se comunican con sus colegas enfermeros y con el resto del equipo de trabajo, así como las dificultades que encuentran para llevar a cabo la comunicación-relación de un modo eficaz.

## **Objetivo**

Conocer cómo son las relaciones humanas en el hospital desde el punto de vista del conocimiento y uso de las habilidades relacionales-comunicativas para mejorar la satisfacción laboral.

## **Metodología**

Realizamos un estudio cualitativo. El grupo de informantes, está formado por 21 profesionales de enfermería que trabajan en las distintas unidades del hospital. La información la obtuvimos a través de una encuesta sobre características sociodemográficas y de entrevistas individuales en profundidad con preguntas semiestructuradas. La información la procesamos de forma manual. Del análisis y codificación de las entrevistas fueron surgiendo subcategorías y códigos para cada uno de los temas recogidos en las categorías iniciales.

## **Resultados**

El análisis nos muestra que los participantes consideran que dentro de los servicios se dan unas buenas relaciones cuando existe feeling entre los compañeros, cuando la acogida a los nuevos se hace desde la empatía, el feedback y el método de resolución de problemas. Las relaciones son más satisfactorias cuando la comunicación se hace a nivel de contenido, sentimiento y demanda además de clarificar la comunicación no verbal y cuando se desarrolla

la actitud empática con los compañeros al transmitir las disconformidades laborales. La comunicación y las relaciones que se dan con compañeros jóvenes son más gratas y fáciles porque se basan en la empatía, la escucha y el respeto.

Por el contrario, las malas relaciones influyen en la vida personal de los profesionales y se originan por múltiples causas: actitudes negativas, inmovilismo del personal, exigencias de la administración, falta de clarificar los mensajes tanto a nivel de palabras como de sentimientos. También se dan unas malas relaciones cuando culpabilizamos a los demás de un problema que es nuestro y no tomamos conciencia de él, cuando en la comunicación hay una falta de feedback al contenido, sentimiento y demanda. Los problemas organizativos referidos a falta de comunicación, ausencia de clarificar formas de trabajo, excesiva movilidad (volantes), el turno rotatorio, así como la predisposición de la administración a mejorarlos son responsables de las malas relaciones y de la desmotivación de muchos profesionales. Las relaciones con profesionales acomodados, veteranos, con formas de trabajar rutinarias o que defienden la existencia de jerarquías profesionales muy marcadas son malas e improductivas, generadoras de un sentimiento de baja autoestima en el conjunto del colectivo enfermero en relación al resto del equipo de salud.

## **Conclusiones**

Ante la falta actual de conclusiones ponemos en conocimiento las propuestas de mejora referidas por nuestros informantes para mejorar las relaciones-comunicación, los problemas organizativos, los problemas de adaptación a los cambios, las relaciones con los alumnos y con el grupo de volantes, el problema relacionado con la baja autoestima, propuestas para mejorar la formación continuada, etc.

## **Palabras clave**

Habilidades relacionales, satisfacción laboral, enfermería, relaciones humanas y comunicación.

# Estudio de las adaptaciones / adecuaciones de puesto de trabajador por motivos de salud solicitadas en el SMS del 2008-2010

**Autores**

Galián Muñoz, Inmaculada  
Enfermera del Trabajo. Servicio Murciano de Salud

Martínez García, Ana  
Enfermera del Trabajo. Servicio Murciano de Salud.

Lloret Torres, Rita  
Enfermera del Trabajo. Servicio Murciano de Salud

SMS en función de variables sociodemográficas y laborales.

## Introducción

El Servicio Murciano de Salud (SMS), como empresa, en cumplimiento del artículo 25.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, y el artículo el artículo 40 del Decreto Legislativo 1/2001 debe proteger a los trabajadores especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo, así como a aquellos que, por problemas transitorios de salud, no pueden desempeñar adecuadamente las funciones propias de su puesto. Para ello, ha de adoptar medidas que pueden ir desde la adaptación de las condiciones del propio puesto de trabajo, hasta la reubicación en otro puesto de trabajo. Para dar respuesta a esta obligación el SMS elaboró una resolución del Director General de Recursos Humanos (DGRRH) publicada en el BORM el 11 de marzo de 2008.

El objetivo que pretendemos con este estudio es analizar los resultados del procedimiento de adaptación/adecuación del puesto de trabajo por motivos de salud del

## Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo del total de las solicitudes presentadas en el SMS entre el 2008-2010 (702) en función de variables sociodemográficas y laborales y se ha definido una posible mejora del procedimiento en base a las funciones de enfermería y a las deficiencias detectadas en el proceso.

## Resultados

De los distintos resultados obtenidos destacar que el perfil del solicitante es mujer, auxiliar de enfermería de atención especializada, siendo la patología con mayor prevalencia la osteomuscular.

De todas las solicitudes presentadas se han resuelto un 74,2%, quedando más de un cuarto de ellas sin resolver.

## **Conclusiones**

Los trabajadores especialmente sensibles requieren de una evaluación detallada e individual de su puesto, al poder verse aumentado el número o la probabilidad del riesgo debido a su patología.

Un enfoque multidisciplinar de la situación lleva a una mayor satisfacción del trabajador y la empresa y a una mejora del procedimiento.

La aportación de la enfermería en este ámbito debe basarse en la valoración de la respuesta de la persona ante la propia adaptación/adecuación del puesto y la causa que le ha llevado a ello.

## **Palabras clave**

Salud laboral, trabajador especialmente sensible, adaptaciones/adecuaciones puesto de trabajo, función enfermería del trabajo.

# Factores favorecedores presentes en las agresiones de un hospital psiquiátrico del 2006-2010

## Autores

Galián Muñoz, Inmaculada  
Enfermera del Trabajo. Servicio Murciano de Salud

Martínez García, Ana  
Enfermera del Trabajo. Servicio Murciano de Salud.

Lloret Torres, Rita  
Enfermera del Trabajo. Servicio Murciano de Salud

## Introducción

Aún cuando es más frecuente que los enfermos mentales sean sus víctimas, no es menos cierto que en ocasiones pueden protagonizar actos violentos. Este último riesgo, equiparable normalmente al de la población general, aumenta cuando sufren una descompensación de su enfermedad, sobre todo en relación a la presencia de síntomas psicóticos activos y/o consumo de drogas. Es precisamente en esta situación en la que suelen ser atendidos en los servicios de Urgencias y en las unidades psiquiátricas, siendo la agitación psicomotriz una de las posibles complicaciones a las que nos podemos enfrentar durante el cuidado de los mismos. Llevada al extremo, la agitación puede dar lugar desde agresiones verbales (insultos), hasta suponer un grave riesgo tanto para el propio paciente (autoagresión), como para los familiares, personal sanitario y el entorno en general (heteroagresión) (2, 3). Desde la prevención, más allá del diagnóstico psiquiá-

trico, nos interesa entender por qué un paciente determinado se agita en un momento y circunstancias concretas y no en otras. El conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento (riesgo), como en la inhibición (protección) de los episodios de agitación nos ayudará, no a la valoración y prevención del riesgo de violencia futura

Los objetivos del estudio son:

Conocer la incidencia de agresiones en el hospital psiquiátrico Román Alberca, así como su distribución entre los trabajadores según factores sociodemográficos y laborales de los trabajadores.

Conocer los factores favorecedores presentes en las agresiones declaradas en el hospital.

## Metodología

Es un estudio descriptivo retrospectivo de las agresiones declaradas en la Web de Declaración de agresiones

del Servicio Murciano de Salud (SMS) entre el 2006/2010.

## **Resultados**

El perfil del trabajador agredido ha sido mujer, entre 35 y 50 años, que lleva trabajando en el hospital entre 1 y 10 años. El perfil del agresor es un varón que tiene entre los 18-35 años de edad, que está ingresado en una unidad de media estancia, presenta historia de agresividad previa y presenta como diagnóstico principal un trastorno de la personalidad. Las agresiones se han dado principalmente por la tarde en la planta de hospitalización, siendo las causas que han desencadenado la agresión más frecuentemente “obtener una determinada prestación” seguida de “desacuerdo en la atención”.

## **Conclusiones**

La identificación de los pacientes potencialmente agresivos nos puede ayudar a la prevención del riesgo de agresiones en el personal que se ocupa de la atención de estos pacientes.

La identificación de las situaciones potencialmente peligrosas y la concreción de las medidas de actuación correctas con el orden y personas que deben llevarlas a cabo a través de la elaboración de un protocolo, facilitará y unificará la toma de decisiones ante situaciones peligrosas, previniendo la consecución de los accidentes.

Es necesaria implicar a todos los trabajadores en el desarrollo del protocolo, así como formarlos en su aplicación adecuada

# Estado ponderal y su relación con el tipo de trabajo y estilos de vida en población laboral

**Autores**

Artime Ríos, Eva María; Alonso Calderón, María Inmaculada  
Centro de Prevención de Riesgos Laborales  
Málaga

## Introducción

La magnitud del problema del exceso de peso es considerable, estimándose una prevalencia del 54,7% en población de entre 25 y 64 años en España. Su abordaje es multidisciplinar, siendo muy recomendable el consejo higiénico-dietético desde los servicios de prevención. El presente estudio tiene como objetivo conocer en una muestra de trabajadores que se someten a reconocimiento rutinario en vigilancia de la salud, la prevalencia de obesidad y sobrepeso, su relación con el tipo de trabajo que realizan, con el nivel de formación de los trabajadores, y con sus estilos de vida; y además conocer su interés en participar en un programa de salud dirigido a la disminución de peso.

## Metodología

Estudio observacional descriptivo transversal, en el cual se incluyó a 453 trabajadores, que acudieron al Centro de Prevención de Riesgos Laborales de la provincia de Málaga para reconocimiento médico-laboral en el período comprendido entre el 5 de mayo y el 17 de julio de 2011. De todos los trabajadores se recogió información mediante cuestionario autoadministrado, previamente pilotado, sobre variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y puesto de trabajo) y del estilo de vida (historia de tabaquismo, ingesta de alcohol, y práctica de ejercicio físico), y mediante mediciones antropométricas (Índice de Quetelet, perímetro de cintura e Índice cintura/cadera).

En todos aquellos trabajadores que presentaron sobrepeso u obesidad, se exploró su motivación para disminuir de peso, mediante cuestionario validado.

El tratamiento de los datos a nivel estadístico se realizó con el programa informático SPSS v.15.

## Resultados

La prevalencia del exceso de peso fue del 55%, de este porcentaje un 39,5% corresponde a sobrepeso y un 15,5% a obesidad (IMC>30). Por puesto de trabajo, en el grupo de trabajadores manuales se observa una elevada proporción de sobrepeso y obesidad ( $p=0,005$ ). La relación entre el nivel de estudios y la prevalencia de sobrepeso u obesidad ha resultado inversamente proporcional. El 57,1% de los trabajadores que refieren beber alcohol, independiente de la cantidad, presenta sobrepeso u obesidad. El 32,7% de los trabajadores con exceso de peso, refiere que no realiza ejercicio físico frente al 24% de los trabajadores con normopeso. El 62,7% de los trabajadores con exceso de peso les gustaría disminuir su peso, pero necesitan incrementar su motivación para reforzar sus compromisos y actitud.

## Conclusiones

La mayoría de los factores de riesgo observados como contribuyentes al aumento del exceso de peso son modificables. Los resultados sugieren una escasa motivación para disminuir de peso en los trabajadores con sobrepeso u obesidad, con la necesidad de reforzar compromisos y actitudes, por lo que la implementación de programas para disminuir de peso, en los servicios de prevención, puede ser muy útil en la prevención de la obesidad.

## Palabras clave

Sobrepeso, obesidad, índice de masa corporal, perímetro cintura, índice cintura/cadera, riesgo cardiovascular.

# Plan de cuidados en Enfermería del Trabajo: Paciente con Asma Laboral

## **Autores**

Hernández Martín, Marta M<sup>a</sup>;  
Enfermera del Trabajo, Servicio de Prevención Ajeno MGO

Meneses Monroy, Alfonso  
Moreno Pimentel, Antonio Gabriel

## **Introducción**

El Plan de Cuidados de Enfermería, desarrollado según la taxonomía NANDA, NIC, NOC permite utilizar un lenguaje común a los profesionales de enfermería y prestar una atención integral de la persona. La elaboración de planes de cuidados dentro de la especialidad de enfermería del Trabajo, sin embargo, no es una práctica común. Presentamos un plan de cuidados de un paciente con Asma Laboral desarrollado como Trabajo Fin de Grado en el curso de adaptación de Diplomados a Graduados de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid en el curso 2010-11. Los Trabajos Fin de Grado son la materia que debe servir para demostrar la adquisición de competencias propias de la titulación.

## **Metodología**

Durante el curso 2010 – 11 se llevó a cabo en la E.U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, el primer curso de adaptación de Diplomados en Enfermería a Graduados en Enfermería. Como parte de esa adaptación una de las materias que había que cursar era el Trabajo de Fin de Grado, el cual debía consistir en desarrollar un trabajo con el que demostrar que se poseen las competencias de la nueva titulación. El trabajo podía realizarse en grupos de tres personas y uno de los temas posibles era la elaboración de un plan de cuidados.

En nuestro caso, para realizar este trabajo elegimos un paciente con Asma Laboral y llevamos a cabo la elaboración del plan en tres momentos de la enfermedad: asma agudo, crónico e incapacidad laboral por asma.

## **Resultados**

El trabajo fue calificado con notable. La realización del trabajo supuso buscar información acerca de planes de cuidados en enfermería laboral encontrando que existen muy pocos y que no es una metodología común de trabajo dentro de la especialidad. Entre las tres situaciones elegidas, la más compleja fue la elaboración del plan para el enfermo con incapacidad.

## **Conclusiones**

El trabajo realizado tiene importancia por ser uno de los primeros trabajos de Fin de Grado presentado referente a una patología laboral.

El Trabajo de Fin de Grado es una herramienta útil, no solo para demostrar las competencias obtenidas por el alumno, sino también como herramienta para el avance en el desarrollo de la enfermería y sus especialidades.

El trabajo demuestra la relevancia e importancia de la implantación de los planes de cuidados en la Enfermería del Trabajo, algo no muy habitual en la actualidad.

## **Palabras Clave**

Trabajo Fin de Grado, Plan de Cuidados, Asma Laboral.

# Riesgo postural en tareas de radiodiagnóstico en sanidad animal

## Autores

Gracia Rivera, Javier  
Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo. Sociedad de Prevención de Fremap Córdoba.

Nadales Almirón, Maria José  
Médico Residente Especialista en Medicina del Trabajo. Sociedad de Prevención de Fremap.

Meléndez López, Antonio Fernando  
Médico Especialista en Medicina del Trabajo. Sociedad de Prevención de Fremap.

Vaquero Abellan, Manuel  
Médico Especialista en Medicina del Trabajo. Dirección Servicio de Prevención y Protección Ambiental.  
Universidad de Córdoba.

## Introducción

Las tareas del puesto de trabajo de veterinario supone un riesgo importante para el sistema musculoesquelético, ya que, para el diagnóstico y tratamiento del animal, se requiere movimientos y posturas necesarias para examinar, anestesiar, sujetar u operar, que resultan exigentes y dañinas para la musculatura del cuello, cintura escapular, espalda, brazos y manos.

Dentro de las posturas inadecuadas más frecuentes están: trabajar de pie, agachado, en cuclillas, altura asimétrica de los brazos, trabajar con los brazos en posición forzada o por encima de los hombros etc..

Este estudio tiene como objetivos:

- Determinar el riesgo de lesiones musculo esqueléticas derivadas de la carga postural en tareas de radiodiagnóstico con sistemas portátiles.
- Establecer medidas correctoras.
- Comprobación de la eficacia de las medidas correctivas adoptadas para aplicarlas en el puesto de trabajo.

## Metodología

Para la realización del estudio se ha seleccionado el puesto de trabajo de un veterinario especialista en radiodiagnóstico que desempeña su actividad mediante el uso de sistemas portátiles. Se evalúa la tarea de estudio radiológico en caballos.

Se realiza un análisis ergonómico de las 100 posiciones que adopta el trabajador durante la tarea utilizando el método OWAS para establecer el nivel de riesgo derivado de cada una de ellas según la posición de la espalda, brazos, piernas y carga levantada.

## Resultados

En relación a los resultados obtenidos según el nivel de riesgo, el 70 % de las posturas adoptadas por el trabajador pueden causar daños en el sistema músculo esquelético del trabajador y requieren la adopción de medidas correctivas.

## **Conclusiones**

El riesgo postural en las tareas de radiodiagnóstico es elevado y requiere, para evitar lesiones músculo-esqueléticas, la inclusión de unas medidas higiénicas posturales sobre el trabajador y un soporte regulable en altura para el puesto de trabajo para así evitar la carga mantenida y la flexión, extensión y rotación de la columna.

## **Palabras clave**

Lesiones músculo-esqueléticas, método owas, medidas higiénicas posturales.

# Validación de un cuestionario de salud bucodental en el medio laboral

## Autores

Olmo Mora, María Soledad; Peña Salguero, Paula María; Martín García, José Javier; García Sánchez, Francisco José

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de SESCAM-Puertollano

## Introducción

El autocuidado es un importante agente modulador del estado de salud bucodental. Entre las atribuciones de la enfermería del trabajo se encuentra la de establecer programas orientados a fomentar ese nivel de autocuidados. Ante la ausencia de un sistema de medición formal, el presente estudio tiene como objetivo obtener un instrumento que sirva como herramienta adecuada, válida y fiable capaz de cuantificar el nivel de autocuidados en relación con la salud bucodental de la población trabajadora.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal a 30 trabajadores seleccionados de forma aleatoria de entre todos los del área sanitaria de Puertollano, dentro del SESCAM.

Diseño del cuestionario: Se diseñó un cuestionario formado por 14 ítems distribuidos en 4 apartados: hábitos de higiene oral, estado de la cavidad oral, hábitos de salud buco-dental y educación sanitaria, e incluyendo datos personales y laborales, con respuesta múltiple y escalonada de menor a mayor nivel de autocuidados, y se establecieron 3 rangos en función de la puntuación total obtenida.

Forma de administración del cuestionario: se realizó un pilotaje por vía telefónica a 10 trabajadores, dándoles a todos las instrucciones que previamente se establecieron.

Se analizaron los resultados obtenidos y se procedió a la depuración de los ítems, quedando como resultado la escala definitiva en un cuestionario de 11 ítems.

Validez: Se le facilitó el mismo cuestionario, junto con una encuesta para valorarlo, a un grupo de 10 expertos formado por enfermeros, higienistas dentales, odontólogos, médicos y farmacéuticos. Cada experto contestó 9 preguntas relacionadas con el cuestionario con una escala de puntuación de Likert de 1 a 5.

Fiabilidad: Se evaluó la consistencia interna del cuestionario mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, utilizado para determinar la homogeneidad de los ítems. Se eliminaron los que disminuían notablemente el valor del coeficiente. El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS 15.0.

## Resultados

Los resultados de la valoración de los expertos se analizaron mediante la prueba W de Kendall, que demostró que no había diferencias significativas, lo que otorga al cuestionario validez para medir el nivel de autocuidados bucodentales. El valor del coeficiente alfa de Cronbach de la escala dio un resultado de 0,765, lo que le confiere una elevada fiabilidad. Por lo tanto, se obtuvo una herramienta capaz de medir y comparar los resultados de forma objetiva, cuantitativa y universal.

## **Conclusiones**

La validación del presente cuestionario dota al enfermero del trabajo de una herramienta muy útil para determinar el nivel autocuidados en salud bucodental de los trabajadores y poder establecer un plan de actuación para mejorar/mantener dicho nivel.

## **Palabras clave**

Autocuidado. Salud bucodental. Cuestionario. Educación para la salud. Enfermería del Trabajo

# Estudio audiométrico del personal médico tras comunicación de riesgo laboral percibido

**Autores**

Herruzo Caro, Beatriz; Barrios González-Sicilia, Alejandro; Molina Recio, Guillermo; Navarro Muñoz, Francisco; Martín García, José Javier; Sanz Pérez, José Juan

UPRLI-3 Distrito Córdoba Guadalquivir. Centro de Salud Aeropuerto

## Introducción

La audiometría de tonos puros por vía aérea es la prueba que permite conocer con exactitud el estado auditivo del individuo y permite la evaluación de la audición en grandes colectivos.

El presente estudio tiene como objetivo detectar alteraciones del umbral auditivo de los trabajadores sujetos a estudio y su posible relación con su puesto de trabajo tras recibir en la UPR 1-3 notificaciones de riesgo laboral percibido según procedimiento 13 del SGPR del SAS.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante un muestreo consecutivo a través de los resultados de las audiometrías practicadas a los médicos de atención primaria de Distrito Córdoba, que acudieron a la consulta de vigilancia de la salud para la realización su reconocimiento médico, en el periodo comprendido entre enero de 2007 a 30 de junio de 2011.

Se recogieron un total de 13 variables, mediante las cuales se obtenía información acerca de la edad, género, lugar de trabajo y parámetros audiométricos (ELI SAL Y PERDIDA AUDITIVA).

Los datos han sido mecanizados y analizados a través del paquete estadístico SPSS 19.0, empleando el cálculo de estadísticos descriptivos (media, moda, mediana, tabla de frecuencia, etc.) y realizando cruces de variables a través de la prueba T de Student para dos medias y ANOVA para tres o más medias.

## Resultados

Se han incluido en el estudio 192 trabajadores (96 hombres y 96 mujeres) con una edad media de 49.54 años (DT de 4.9). En relación al análisis bivalente, indicar que hemos encontrado diferencias significativas en las variables ELI OI y ELI OD entre hombres y mujeres ( $p < 0,01$ ), presentando siempre los hombres valores más negativos. Asimismo, encontramos también diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) entre los dos grupos de edad (menores o iguales a 45 años y mayores de 45 años) en que hemos dividido a la muestra y los valores de ELI OI, ELI OD.

En estos casos, la media es inferior en los mayores de 45 años. Por último, indicar que también se han detectado diferencias significativas entre los distintos lugares de trabajo de los médicos estudiados en relación a la variable ELI OD ( $p < 0,05$ ), encontrando las medias más bajas en

el grupo de médicos de familia de EBAP y las más altas en los médicos del DCCU.

### **Conclusiones**

Los resultados obtenidos denotan que el riesgo percibido no guarda relación con los parámetros audiométricos obtenidos ya que los índices ELI, SAL Y pérdidas auditivas obtenidas se encuentran dentro de la normalidad.

### **Palabras Clave**

Audiometría, ruido, médico, SAL, ELI y pérdida auditiva.

# Estudio de la relación IMC/trabajo nocturno en la población trabajadora de un Departamento de la Agencia Valenciana de Salud

**Autores**

Gómez Romero, Rosario; Fernández Martínez, Alicia; Ferrando Enguix, Vicente Javier  
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Conselleria de Sanitat Valencia

## Introducción

Tras la búsqueda bibliográfica, se observa que diversos estudios determinan la relación existente entre el IMC elevado y la realización de trabajo nocturno. Estos efectos adversos derivados del trabajo a turnos, están motivados por las modificaciones de los ritmos circadianos y los comportamientos alimentarios.

Esto puede causar alteraciones del metabolismo glucolípido y de la secreción de insulina, y el desarrollo de la obesidad central.

## Metodología

Estudio descriptivo de una cohorte transversal de 904 trabajadores que han pasado por la consulta de Enfermería Especialista del Trabajo al llevar a cabo la actividad de vigilancia de la salud. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, peso, talla, IMC, turno, categoría profesional y ejercicio físico.

Con el presente estudio comparamos las diferencias en el índice de masa corporal (IMC) entre los trabajadores con turno diurno y trabajadores que incluyan el turno nocturno en su jornada laboral, buscando la existencia de dicha relación encontrada en la bibliografía. El análisis estadístico de tratamiento de datos, se ha realizado con el programa G-Stat 2.0.

## Resultados

El trabajador tipo (medias de las variables a estudio) es: trabajador de 48 años, con una estatura de 1,63 m y un peso de 70 kilos, IMC de 26.3.

De esta población el 73.30% son mujeres y 26.70% son hombres.

El 50% de esta población tienen estudios superiores en Ciencias de la Salud (27.13% son facultativos y 22.15 diplomados).

Del total de trabajadores estudiados el 52.91% incluyen en su jornada laboral la nocturnidad, frente al 47.09% que desarrollan su jornada laboral en turno diurno.

## Conclusiones

Los resultados obtenidos no confirman la existencia de relación de padecer un sobrepeso/obesidad y trabajar por la noche. Llama la atención el grupo de edad comprendido entre 41 y 50 años que realizan turno de noche y sí tienen un 39% más de riesgo de tener un IMC>25.

Comparando los resultados obtenidos con estudios similares observamos que no se cumple la premisa de relación directa entre trabajar por la noche y tener un mayor riesgo de IMC>25.

Pensamos que existen diversas variables que puedan interferir en esta relación y que no hemos tenido en cuenta.

Por lo que hemos decidido realizar un estudio multicéntrico subsanando los posibles sesgos al aumentar la muestra y las variables a estudio.

### **Palabras clave**

IMC y turno nocturno; vigilancia de la salud, enfermera del trabajo y población trabajadora.

# Violencia Laboral en Instituciones Sanitarias Análisis de un perfil cambiante

**Autores**

Lameiro Vilariño Carmen; Besteiro Eguía Ana; Cuevas Raposo Alejandro,  
Perez Alvarellos Alberto, Gómez Zunzunegui Carlos, Del Campo Pérez Víctor.

Unidad de Prevención de Riesgos Laborales – Servicio Medicina Preventiva. Hospital Meixoeiro  
Complejo Hospitalario de Vigo

## Introducción

Las agresiones a trabajadores de centros sanitarios constituyen una realidad cada vez más presente en nuestras instituciones. Producidas por los pacientes o usuarios de las instituciones sanitarias y/o acompañantes generan preocupación e inseguridad en los profesionales de la salud. El Objetivo de nuestro trabajo es identificar las características, motivos así como factores de riesgo presentes en las agresiones registradas en el servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Meixoeiro en los últimos años. Asimismo analizar el perfil de estos episodios tanto en el nivel hospitalario, como en Atención Primaria.

## Metodología

Estudio descriptivo de los accidentes por agresión registrados en nuestro servicio en los últimos 7 años (2005-2011) y análisis posterior de causas que los motivaron. Las variables estudiadas han sido categoría profesional, servicio o unidad, motivos de la agresión, tipo de agresión, agresor, y nivel de atención sanitaria. Se han determinado como estadísticos la media, desviación típica, así como tasas de incidencia y riesgo relativo para las categorías profesionales.

## Resultados

Se han registrado 153 agresiones en el nivel hospitalario, con una media de 22 y desviación típica de 7. La mitad de los episodios (52%) se han producido en Psiquiatría, seguido de Hospitalización 29% y Urgencias 14%. La agresión de tipo física (80%) ha sido la manifestación más frecuente, siendo el personal de enfermería el más afectado (Enfermeras + auxiliares) 73%, seguido de celadores 17% y facultativos 6%. El RR de sufrir una agresión del personal de enfermería es 6 veces mayor a la de un facultativo. La contención y agitación de pacientes (37 y 32%), junto con la no aceptación de normas del centro (20%) son las principales causas que motivaron los sucesos violentos.

El patrón de agresiones observado en Atención Primaria difiere sensiblemente del hospitalario. Así en los 13 casos registrados en el mismo periodo, los facultativos son el personal más afectado (77%), principalmente de forma verbal (85%), tanto por pacientes como familiares (54 y 46% respectivamente), siendo los retrasos en la asistencia, y disconformidad con atención recibida las causas que los motivaron.

## **Conclusiones**

Si bien se observa un patrón predominante de violencia en entorno hospitalario (agresión física por paciente psiquiátrico), en los últimos años se percibe una tendencia cambiante, siendo cada vez más los casos que no obedecen a este perfil, generados por pacientes sin diagnóstico de trastorno mental y/o acompañantes, con incremento de formas verbales de agresión por no aceptación de normas y/o disconformidad con atención recibida. Son éstos los casos punibles por ley los que más alarma generan en los trabajadores y los que nos obligan a plantearnos nuevas formas de prevención. Asimismo se constatan diferencias en los dos niveles de atención sanitaria, concluyendo que, independientemente de la categoría, es el profesional que atiende en primera línea al usuario del sistema el receptor de los episodios de violencia.

## **Palabras Clave**

Riesgos psicosociales, violencia laboral, agresiones personal sanitario.

# Cómo colaborar y participar en la revista



La revista está dirigida tanto a los enfermeros y enfermeras que componen esta asociación, como a todos los profesionales de la salud laboral que deseen compartir sus inquietudes científicas y técnicas.

Se trata de una revista que se presenta **abierta y participativa**. Somos conscientes de que el éxito de la misma, se fragua tanto en la **pluralidad** de sus autores, como en la **originalidad y actualización** de sus contenidos.

Enfermería del Trabajo es la revista de la Asociación Española de Especialistas en Enfermería del trabajo. Nace con la ilusión y el esfuerzo de un gran grupo humano que quiere que todos y todas las enfermeras que formamos esta Asociación, seamos a su vez, parte intangible de la revista, y nos sintamos “in-corporados” en ella.

Nuestro objetivo es fomentar la investigación y divulgar el conocimiento científico, fundamentalmente, a toda la red de enfermería del trabajo, y de una forma más secundaria, a la comunidad científica en general.

La revista se indexará en la plataforma SCIELO (biblioteca científica electrónica on line) dependiente en España del Ministerio de Sanidad, y que recoge las principales revistas científicas sanitarias de España e Iberoamérica, teniendo garantizada una difusión máxima e inmediata.

Para conseguir todo ello, necesitamos contar con tu colaboración, ya que de otra manera sería imposible y se convertiría en un proyecto inviable. Necesitamos que participes en la revista, aportando tus experiencias, conocimientos, investigaciones, etc.

La revista Enfermería del trabajo, a través de sus consejos de redacción y asesor, prestará la ayuda y apoyo necesarios para orientar y aconsejar sobre la realización de tus iniciativas, sugerencias, ideas, investigaciones, etc. Puedes participar en cualquiera de los apartados que componen nuestra revista: editorial, artículos originales, originales breves, investigación enfermera, prevención global, casos clínicos, formación continuada, humanismo y enfermería, legislación, y agenda.

Para ello, mándanos tus sugerencias a **revista@enfermiadeltrabajo.com**, y en breve nos pondremos en contacto contigo.

# Normas de publicación

Los **trabajos** que se remitan a la revista Enfermería del Trabajo a través del correo electrónico (revista@enfermeriadeltrabajo.com). Deberán ser **inéditos**, no habiendo sido enviados a ninguna otra publicación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Artículo ordinario (Inclúyase el nombre de todos los autores cuando sean seis o menos, si son siete o más, anótese el nombre de los seis primeros y agréguese "et al"): Romero M. Valoración del cumplimiento de la quimioprolifaxis antituberculosa por la población reclusa del Centro Penitenciario de Jaén. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71: 391-399.
- Trabajo publicado por una corporación (autor no especificado): Comité internacional de Expertos en Litiasis. Medicina Renal 1996; 7: 105-114.

- Libros y otras monografías: Autor(es) personal(es) El-denstein B. La Meningitis Viral. Buenos Aires: Editorial Corzo S.A. 1987: 170-174.

- Capítulo de un Libro Vera N. Vila J. Técnicas de Relación. En/In Caballo V. Manual de terapia y modificación de conducta. Madrid. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. 3ª Ed. 1995: 161-181.

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

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

Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

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

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

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

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

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

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



**AET**  
Asociación de Especialistas  
en Enfermería del Trabajo