

Enfermería del Trabajo

International Journal Occupational Health Nursing

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

Volumen 9

Número 1

Abril 2019



AET



Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo

■ Editorial

I Certamen de Investigación AET-SALUSPLAY.

■ Artículos Originales

Evaluación microbiológica de la higiene de manos de los profesionales de las ambulancias de emergencia en Navarra.

■ Artículos de Revisión

Abordaje enfermero del insomnio en salud laboral.

Actuación enfermera frente al alcoholismo en salud laboral: revisión bibliográfica.

Prescripción enfermera en salud laboral: una revisión integrativa.

■ Formación Continuada

Trabajo y Salud: Adaptación en cada etapa de la vida.

■ Caso Clínico

Valoración técnico-sanitaria de puesto de trabajo de cocinero en un trabajador con limitaciones en miembros superiores.

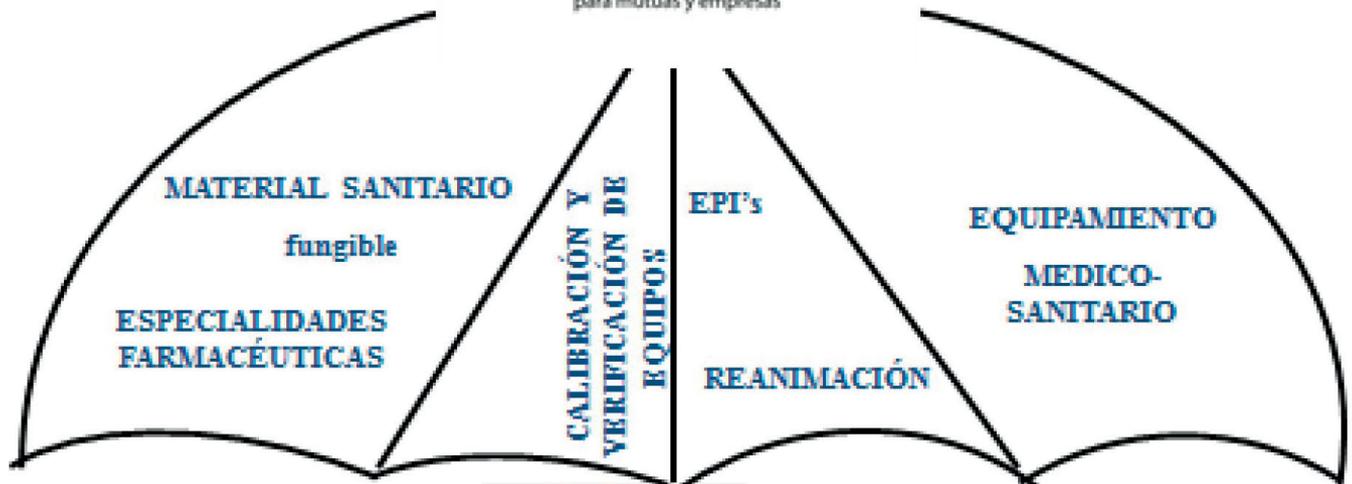
■ Prevención Global

Evaluación de riesgos de un servicio de quirófano.

■ Enfermería del Trabajo al día

Disposiciones normativas influyentes en el desarrollo de las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo.

el suministro integral



Cliente

Empresa/mutua/centro

Servicio prevención

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

ENFERMERÍA DEL TRABAJO

International Journal of Occupational Health Nursing

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



Editores

Manuel Romero Saldaña
Ayuntamiento de Córdoba

Alfonso Meneses Monroy
Facultad Enfermería de la Cruz Roja. Madrid

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

Consejo de Redacción

Silvia Arranz Alonso
Enfermera del Trabajo. Madrid

Carmen Lameiro Vilariño
Hospital Meixoeiro. Vigo

José Manuel Corbelle Álvarez
El Corte Inglés. Madrid

Antonio G. Moreno Pimentel
Sociedad Prevención Fremap. Madrid

Julio de Benito Gutiérrez
Hospital Clínico Universitario. Valladolid

María Novoa García
EMT. Madrid

Javier Gracia Rivera
Sociedad Prevención Fremap. Córdoba

María Sociedad Olmo Mora
SESCAM. Puertollano

Marta María Hernández Martín
AET. Madrid

Paula Peña Salguero
El Corte Inglés. Madrid

Beatriz Herruzo Caro
Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir

Araceli Santos Posada
Agencia Tributaria. Madrid

Consejo Asesor

M^a Ángeles Almenara Angulo
El Corte Inglés. Marbella

Javier González Caballero
INSS. Bilbao

Gema Arévalo Alonso
El Corte Inglés. Madrid

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

María Dolores Calvo Sánchez
Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Salamanca

Pablo J. López Soto
Universidad de Córdoba

José Ciercoles Prado
Repsol. Madrid

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

Antonio Javier Cortés Aguilera
Cabildo de Tenerife

Carlos Martínez Martínez
Asoc. Española Enfermería Deportiva. Madrid

Cristina Cuevas Santos
Ministerio Educación. Madrid

Guillermo Molina Recio
Facultad de Enfermería. Córdoba

Francisco José García Sánchez
Facultad Enfermería. Ciudad Real

María Cándida Pérez Gonzalves
Hospital Universitario Ourense

María Dolores García Perea
Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla

Juan Ramón Quirós Jiménez
Diputación Provincial de Jaén

Begoña García Ramírez
Enfermera del Trabajo. Madrid

Manuel Sánchez García
Diputación Provincial de Córdoba

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

Manuel Vaquero Abellán
Facultad de Enfermería. Córdoba

Revista indexada en:



Editorial

Redacción

<i>I Certamen de Investigación AET-SALUSPLAY</i>	6
--	---

Artículo Original

Arenal T, Ezpeleta G, Viana JL, Belzunegui T

<i>Evaluación microbiológica de la higiene de manos de los profesionales de las ambulancias de emergencia en Navarra</i>	7
--	---

Artículos de Revisión

Sánchez Sánchez AM, Vega-Escaño J

<i>Abordaje enfermero del insomnio en salud laboral</i>	16
---	----

Sánchez-Sanz V, Vega-Escaño J.

<i>Actuación enfermera frente al alcoholismo en salud laboral: Revisión bibliográfica</i>	26
---	----

Japón EV, Pabón M, Vega-Escaño J

<i>Prescripción enfermera en salud laboral: una revisión integrativa</i>	37
--	----

Formación Continuada

Ferreiro I, Pérez A.

<i>Trabajo y Salud: Adaptación en cada etapa de la vida</i>	47
---	----

Caso Clínico

Galián I, García JJ

<i>Caso clínico: Valoración técnico-sanitaria de puesto de trabajo de cocinero en un trabajador con limitaciones en miembros superiores</i>	49
---	----

Prevención Global

Borja N

<i>Evaluación de riesgos de un servicio de quirófano</i>	55
--	----

Enfermería del Trabajo al día

González-Caballero J.

<i>Disposiciones normativas influyentes en el desarrollo de las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo</i>	60
--	----

Staff Redaction

Redacción

1st Research Contest AET-SALUSPLAY. 6

Original article

Arenal T, Ezpeleta G, Viana JL, Belzunegui T

Microbiological evaluation of the hygiene of hands of the professionals of emergency ambulances in Navarra. 7

Review articles

Sánchez Sánchez AM, Vega-Escañó J

Nursing approach to insomnia in occupational health 16

Sánchez-Sanz V, Vega-Escañó J.

Nursing action opposite to the alcoholism in occupational health: Review of the literature 26

Japón EV, Pabón M, Vega-Escañó J

Nursing prescription in occupational health: an integrative review 37

Continuing training

Ferreiro I, Pérez A.

Work and health: adaption in each stage of life 47

Clinical case

Galián I, García JJ

Clinical case: Technical-sanitary evaluation of chef job in a worker with limitations in upper members 49

Global Prevention

Borja N

Risk evaluation of the services provided in an operation theatre 55

Occupational Health Nurse updated

González-Caballero J.

Influent regulation for the development of occupational skills in Occupational Nursing 60

EDITORIAL

I Certamen de Investigación AET-SALUSPLAY

Redacción

Uno de los objetivos principales de la AET es impulsar y consolidar la investigación en nuestra profesión. La AET persigue visibilizar y extender la función investigadora en nuestra especialidad, además de normalizarla e integrarla dentro de la práctica clínica diaria: cada actuación en Enfermería del Trabajo deber ser concebida y planificada dentro del procedimiento de investigación.

Por otra parte, cada año miles de alumnos de enfermería necesitan realizar, para culminar sus estudios de Grado, un trabajo de investigación que recibe el nombre de Trabajo Fin de Grado (TFG). De la misma forma, los alumnos de máster precisan defender el Trabajo Fin de Máster para poder finalizar esta formación post grado.

Por todo ello, la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y SALUSPLAY convocaron en 2018 el I Certamen de Investigación dirigido a TFM y TFG relacionados con la Enfermería del Trabajo y la Salud Laboral. Este Certamen, además de fomentar la investigación dentro de nuestra profesión, quiere servir para dar a conocer la especialidad de Enfermería del Trabajo en las Facultades de Enfermería de forma particular, y a las Universidades de manera general.

Un total de 11 estudios ser recibieron provenientes de diferentes universidades españolas (Salamanca, Madrid, Sevilla, Huelva...) y tras la evaluación del Tribunal los ganadores fueron:

Primer Premio. Actuación enfermera frente al alcoholismo en salud laboral. Revisión de la literatura. Autora: D^a Virginia Sánchez Sanz. Centro Universitario de Cruz Roja Española adscrito a la Universidad de Sevilla.

Segundo Premio. Abordaje enfermero del insomnio en Salud Laboral. Autora: D^a Ana María Sánchez Sánchez. Centro Universitario de Cruz Roja Española adscrito a la Universidad de Sevilla.

Tercer Premio. Prescripción enfermera en Salud Laboral. Autora: D^a Eva María Japón Vélez. Centro Universitario de Cruz Roja Española adscrito a la Universidad de Sevilla.

Nuestra más sincera felicitación para las tres enfermeras premiadas y, en particular, a Virginia Sánchez, que ha conseguido el primer premio de Investigación que le permitirá cursar, gratuitamente, cualquier de los másteres ofertados por SALUSPLAY. En interior de este primer número de 2019 de la revista Enfermería del Trabajo, podemos encontrar publicados dichos estudios

Para este año 2019, AET y SALUSPLAY han convocado el II Certamen de Investigación, que ya ha sido publicitado a toda la red universitaria española, y con el objetivo de aumentar la participación de las enfermeras que cursan másteres y los estudiantes de Grado de Enfermería.

Suerte a todos y todas!



Dª Virginia Sánchez Sanz



Dª Ana M. Sánchez Sánchez



Dª Eva María Japón Vélez

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación microbiológica de la higiene de manos de los profesionales de las ambulancias de emergencia en Navarra

Autores:

Arenal T^{1,2}, Ezpeleta G^{3,4}, Viana JL², Belzunegui T¹.

(1) Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

(2) CPF Emergencias, Pamplona, España

(3) Servicio de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

(4) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU), Bilbao, España.

Autora de correspondencia:

D^a Tania Arenal Gota

taniaarenal@hotmail.com

Recibido: 7/11/2018

Trazabilidad editorial

Revisado: 07/01/2019

Aceptado: 1/02/2019

Citar como:

Arenal T, Ezpeleta G, Viana JL, Belzunegui T. Evaluación microbiológica de la higiene de manos de los profesionales de las ambulancias de emergencia en Navarra. 2019. 9; 1:2-10

Resumen

Introducción. Las superficies de las ambulancias están frecuentemente contaminadas por microorganismos debido principalmente a deficiencias tanto en la limpieza de las mismas como la observación de las medidas básicas de control de infección. El objetivo de este estudio fue describir los microorganismos que colonizan las manos de una muestra del personal de ambulancias de emergencia con sede en Pamplona (Navarra) e indirectamente evaluar la realización de higiene de manos en estos profesionales sanitarios.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal con una muestra de conveniencia de 22 participantes, obteniéndose muestras de ambas manos de los participantes y realizándose posteriormente un cultivo cuantitativo de las mismas. Cada unidad formadora de colonias fenotípicamente diferente, se identificó utilizando métodos convencionales y / o moleculares y además se estudió su sensibilidad antimicrobiana.

Resultados. La mayoría de los aislamientos pertenecían a la flora cutánea normal. *Staphylococcus* spp. fue el género bacteriano más predominante, con predominio de estafilococos coagulasa negativos. Se aislaron también otros géneros como *Enterobacteriaceae* y *Pseudomonas* spp. representando el 35.57% y 4.74% respectivamente del total de aislados analizados.

Discusión. Los estudios microbiológicos de la piel de manos ocasionales podrían ser una ayuda adicional para vigilancia de la realización de higiene de manos. Nuevas estrategias y esfuerzos adicionales para mantener la adherencia a los programas existentes de control de infecciones.

Palabras clave: Servicios médicos de emergencia. Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Higiene de manos. *Staphylococcus aureus*. Evaluación de un procedimiento sanitario.

ARTÍCULO ORIGINAL

Microbiological evaluation of the hygiene of hands of the professionals of emergency ambulances in Navarra

Abstract

Introduction. Ambulances surfaces are usually contaminated by microorganisms mainly due to deficiencies in cleaning and infection control measures observation. The aim of this study was to describe the microorganisms colonizing the hands of a sample of the Emergency ambulances staff based in Pamplona (Spain) and subsequently have an assessment of these healthcare professionals' hand-hygiene performance.

Material and methods. A cross-sectional study was carried out with a convenience sample of 22 participants, obtaining samples from themselves both hands and subsequently quantitative culture from those was performed. Each phenotypically different colony forming unit was identified using conventional and/or molecular methods and its antimicrobial sensitivity studied.

Results. Most of the isolates belonged to normal skin flora. *Staphylococcus* spp. was the most predominant bacterial genus, with a predominance of coagulase-negative staphylococci. Other genera such as Enterobacteriaceae and *Pseudomonas* spp. were also isolated and represented the 35.57% and 4.74% respectively of the total isolates analyzed.

Conclusions. Occasional hands' skin microbiological studies could be an aid to hand-hygiene performance monitoring. New strategies and additional maintain efforts to promote adherence in existing infection control programs.

Keywords: Emergency Medical Services. Healthcare-associated infections. Hand-hygiene. *Staphylococcus aureus*. Process Assessment (Health Care).

INTRODUCCIÓN

El lavado de manos se ha considerado una medida de higiene personal desde tiempo inmemorial, pero hasta mediados del siglo XIX, gracias a los estudios realizados por Semmelweis y Wendell Holmes en Viena y Boston, respectivamente, no se demostró que las infecciones adquiridas en el medio hospitalario se transmitían a través de las manos de los trabajadores sanitarios, ni que la realización de higiene de manos con un desinfectante fuese uno de los pilares en la prevención de infecciones nosocomiales con mayor impacto en la morbilidad de los pacientes.^[1]

Hoy en día, merced al cambio sufrido en la asistencia sanitaria, las infecciones nosocomiales han dejado de ser exclusivas del medio hospitalario y han pasado a denominarse infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Sin embargo, estas infecciones continúan representando un importante problema de salud pública por su asociación con una mayor morbilidad y un aumento del gasto sanitario. Además, dado que una proporción importante de ellas se puede prevenir, se las considera un marcador tanto de la calidad de la atención al paciente como de la seguridad de la misma, no sólo durante la estancia del paciente en un hospital, sino también en el contacto más inicial del paciente con los servicios sanitarios (a través por ejemplo del transporte sanitario de emergencia).^[2]

A lo largo de la literatura reciente, diversos estudios ratifican que la falta de higiene de las manos tanto del personal sanitario como de la visitas de los pacientes promueven la transmisión de microorganismos multirresistentes a través del contacto directo bien con el paciente o su entorno, siendo la adecuada higiene de las manos la principal medida preventiva efectiva para controlar o evitar la propagación de dichos microorganismos que se incluyó como lema de la pasada campaña de la OMS^[3, 4, 5].

A pesar de estos elementos de evidencia, varios estudios tanto nacionales como europeos revelan que tanto la realización de higiene de manos como su promoción en el personal sanitario distan de los objetivos propuestos por la OMS, originando la contaminación microbiológica (y posterior colonización) de las superficies de los sitios o instrumentos más comúnmente utilizados en el área del paciente así como la contaminación cruzada con otras áreas.^[6, 7, 8]

Del mismo modo, otros estudios internacionales concluyeron que las ambulancias de transporte sanitario podrían jugar un papel en la transmisión de microorganismos multirresistentes (incluido *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM)).^[9, 10, 11, 12] Por otro lado, otro estudio reveló que si bien la mayor parte de los microorganismos aislados pertenecen a la flora cutánea normal, sería necesario un mayor esfuerzo para asegurar no sólo los protocolos apropiados de desinfección de

ARTÍCULO ORIGINAL

superficies, sino también afianzar la competencia de los trabajadores sanitarios en la adopción y realización de las medidas básicas de control de infección ^[13].

Por lo tanto, la contaminación microbiana de ambulancia podría contribuir a la diseminación de microorganismos multirresistentes incluso si el tiempo de transferencia del paciente es corto ^[14] sin haber datos disponibles a este respecto en la Comunidad Foral de Navarra. Si bien la limpieza de superficies como apunta el estudio de Noh et al. podría ser una solución ideal a este problema, hay algunas REFERENCIAS en la literatura sanitaria que afirman que la adopción de protocolos inadecuados permite que incluso después de la limpieza muchos sitios de ambulancias todavía estuviesen contaminados, y algunos que lo no estaban previamente, se contaminan en la limpieza ^[13, 15, 16]. El uso de nuevas técnicas de limpieza y desinfección, como el dióxido de cloro o el uso de irradiación germicida ultravioleta pueden ser de alguna utilidad si bien no han utilizados o evaluado ampliamente en superficies de ambulancia como para establecer una evidencia sólida al respecto ^[17,18].

La otra manera de abordar este problema es la capacitación, promoción y evaluación de la realización de higiene de manos por parte del personal sanitario, en los cinco momentos establecidos por la OMS. En este sentido, la OMS sugiere la incorporación del documento marco OMS para evaluación de la higiene de manos que incluye la observación práctica de la realización de ésta. ^[5,19] En los últimos años el Complejo Hospitalario de Navarra y más concretamente el Servicio de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria se ha dedicado a formar al personal sanitario tanto en la realización de higiene de manos como en las medidas básicas de precauciones de aislamiento.

El objetivo del presente estudio es la descripción, tanto de la autoevaluación referida de la higiene de manos después de entrar en contacto con el paciente, como de los microorganismos que colonizan las manos de una muestra del personal integrado en la Red de Transporte de Emergencia de Navarra con sede en Pamplona (Navarra, España) con el fin de establecer de manera indirecta una evaluación objetiva de la realización de higiene de manos en estos profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Asistencia de emergencia y características de transporte

Se extrajo una muestra de conveniencia de las ambulancias de asistencia de emergencia integradas en la Red de Transporte de Emergencia. Brinda cobertura de salud de emergencia a 640.647 habitantes. Esta red está compuesta por cuarenta ambulancias (35 Soporte Vital Básico y 5 de Soporte Vital Avanzado). Del número total de ambulancias

existentes, solo treinta y una de ellas operan continuamente y transfieren pacientes a sus respectivos hospitales de REFERENCIAS.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal al personal del turno de tarde del Sistema Médico de Emergencia de Navarra cuyo centro sanitario de REFERENCIAS era el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Para el reclutamiento de las veintidós personas incluidas en el estudio se realizó una invitación voluntaria a dicho personal de ambulancias de emergencia cuando trasladaron al paciente al departamento de emergencias del CHN explicándoles los objetivos del estudio.

Las variables estudiadas fueron: lavado de manos, edad, sexo, categoría profesional.

Aspectos éticos

Previamente a la inclusión definitiva en el estudio, cada participante firmó la carta de aceptación de este, así como la de realización de toma de muestras conforme a lo establecido por el Comité Ética.

Obtención de muestras microbiológicas y datos autoreferidos relacionados con la higiene de manos

Se utilizaron hisopos estériles humedecidos con una solución salina (Fresenius-Kabi, Alemania) para obtener las muestras de las manos de ambos participantes después de dejar al paciente. Con ese fin, se frotó vigorosamente la mano de cada participante con el hisopo que posteriormente se colocó en los medios de transporte Amies. Todas las muestras tomadas fueron identificadas de forma anónima utilizando un número consecutivo de 2 dígitos seguido por la lateralidad de estas y posteriormente transportadas al laboratorio dentro de las dos horas posteriores a su recolección.

Inmediatamente después de la realización del muestreo microbiológico de cada mano, se rellenó de forma anónima e individualizada un breve cuestionario de datos con la información respectiva a la edad, sexo, categoría profesional y realización de higiene de manos para cada uno de los participantes en el estudio, registrándose dicha información en la base de datos del estudio.

Procedimientos microbiológicos

Una vez que las muestras se recibieron en el laboratorio de microbiología, se resuspendieron en caldo cerebro-corazón (BHI) y se realizó un cultivo cuantitativo directo en placas de agar sangre (bioMerieux, Francia). El recuento total de las unidades formadoras de colonias (ufc) se registró para

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 1. Resultados del cultivo cuantitativo directo realizado en agar sangre

Número de participantes	Nº de coches Categoría Profesional	Sexo	Edad	¿Ha realizado higiene de manos?	Servicio de transporte prestado	Carga bacteriana de ambas manos en (ufc/mcl)
1	TES conductor	H	47	No	SVB	28
2	Bombero conductor	H	49	No	SVA	24
3	Enfermera	H	55	Sí	SVA	6
4	Médico	M	51	No	SVA	62
5	Bombero	H	33	No	SVA	66
6	TES auxiliar	H	38	No	SVB	40
7	TES conductor	H	54	No	TP	36
8	TES auxiliar	H	45	No	TP	46
9	Bombero auxiliar	H	42	No	SVB	74
10	Bombero conductor	H	51	No	SVB	52
11	TES conductor	H	28	No	SVB	36
12	TES auxiliar	H	29	No	SVB	38
13	Bombero conductor	H	47	No	SVA	29
14	TES auxiliar	H	58	No	SVA	91
15	Enfermera	M	28	Sí	SVA	18
16	Bombero conductor	M	48	No	SVA	26
17	Enfermero	H	57	Sí	SVA	10
18	Médica	M	28	Sí	SVA	14
19	Médica	M	36	No	SVA	30
20	Médico	H	57	No	SVA	58
21	TES conductor	H	34	No	SVB	67
22	TES auxiliar	H	34	No	SVB	77

Abreviaturas: SVA: Soporte Vital Avanzado; SVB: Soporte Vital Básico; H: Hombre; M: Mujer; TES: Técnico en Emergencias sanitarias; TP: Transporte Programado que descarga en urgencias

cada muestra después de 48 horas de incubación. Todas las cepas aisladas fenotípicamente diferentes se les realizó una tinción de Gram y se subcultivaron usando placas de agar cromogénicas (BD CHROMagar Orientation Medium, Francia) incubándose estas últimas durante 24 horas a 37°C para establecer la presuntiva identificación del

aislado, así como la verificación de la pureza del mismo. Finalmente, la identificación definitiva se llevó a cabo utilizando galerías bioquímicas API (BioMérieux) y / o secuenciando el 16SrDNA de acuerdo con el documento CLSI M17-A. Además, las cepas aisladas pertenecientes al género *Staphylococcus* también se tipificaron mediante

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 2. Resumen de los resultados obtenidos en el modelos de regresión lineal simple para cada una de las variables estudiadas y múltiple

RESULTADOS DEL MODELO DE REGRESIÓN LINEAL UNIVARIANTE				
Variable	Comparación establecida	Coefficiente (B)	IC95% coeficiente	p-valor
Categoría profesional	Profesional de enfermería vs. Otras categorías profesionales	-35,72	[-61,92 , -9,51]	0,010
Puesto funcional	Conductor vs. Sanitario	-4,88	[-27,64 , 17,89]	0,660
Sexo	Hombre vs. Mujer	20,94	[-2,53 , 44,42]	0,078
Tipo de ambulancia	SVA vs. SVB o TP	-13,23	[-33,73 , 7,26]	0,193
Realización de higiene de manos	Realización vs. No realización	-36,88	[-58,51 , -14,27]	0,002
RESULTADOS DEL MODELO DE REGRESIÓN LINEAL UNIVARIANTE				
Variable	Comparación establecida	Coefficiente (B)	IC95% coeficiente	p-valor
Categoría profesional	Profesional de enfermería vs. Otras categorías profesionales	-2,67	[-76,24 , 6,46]	0,906
Realización de higiene de manos	Realización vs. No realización	-34,89	[-49,14 , 43,80]	0,093

el estudio de la proteína A de acuerdo con los métodos moleculares descritos por Shopsin et al. con el objeto de verificar las relaciones genéticas entre cepas aisladas de diferentes fuentes^[20].

Estudio de sensibilidad antimicrobiana

La sensibilidad in vitro de cada una de las cepas de microorganismos aisladas se evaluó frente a un panel de antibacterianos, tanto por el método de difusión en placa como por microdilución en caldo de acuerdo con las directrices EUCAST. En el estudio de sensibilidad se incluyeron las siguientes familias de antimicrobianos: penicilinas, cefalosporinas, aminoglucósidos, carbapenémicos, tetraciclinas y quinolonas. En el caso de microorganismos Gram-positivos, también se estudió la sensibilidad a glicopéptidos (vancomicina y teicoplanina), linezolid, quinupristina / dalfopristina y daptomicina, mientras que para los aislados Gram-negativos se agregó el estudio de sensibilidad frente a tigeciclina y colistina. La interpretación de perfil de sensibilidad antimicrobiano obtenido para cada cepa se correspondía con la de un microorganismo multirresistente se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones del trabajo publicado por Magiorakos et al^[21].

Además de la realización de estudio fenotípico, la resistencia a la meticilina en las cepas de *S. aureus* se confirmó mediante la detección del gen *mecA* y la posterior tipificación del grupo y subgrupo del casete *scc-mec* según lo establecido por el International Working Group sobre los elementos del casete cromosómico estafilocócico (*scc-*

mec).

Análisis estadístico

Para las variables cualitativas, se expresó el número absoluto de personas entrevistadas, así como sus respectivos porcentajes. Para evaluar si había una asociación entre cada una de las variables categóricas estudiadas, se utilizó una prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher (según fuera necesario). Para el estudio descriptivo de la edad se utilizó una medida de tendencia central (media), una medida de dispersión (desviación estándar), así como los valores mínimo y máximo. Una vez que se realizó el estudio descriptivo, se utilizó un modelo de regresión lineal univariante y multivariante para estudiar la asociación del recuento de colonias y el rendimiento de la higiene de manos. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico Stata® v.15.0 y el nivel de significación estadística (α) utilizado fue igual a 0,05 a menos que se especifique un valor concreto.

RESULTADOS

La Tabla 2 resume los datos de las variables encuestadas (sexo, edad, categoría profesional y realización de higiene de manos) a los participantes del estudio, así como el recuento total directo de ufc obtenido tras analizar el crecimiento de microorganismos en las muestras de ambas manos.

Tal y como se puede apreciar existe una gran diferencia

ARTÍCULO ORIGINAL

en la distribución por sexo de las personas incluidas en este estudio (17 hombres vs. 5 mujeres). Los hombres representaron aproximadamente el 75% de total de personas reclutadas.

En REFERENCIAS a la realización de higiene de manos, sólo cuatro de las 22 personas inscritas en este estudio mencionaron que habían realizado la higiene de manos después de dejar al paciente, que representa el 18,18% del total de sujetos de la muestra. Analizando la distribución por sexo de la realización de higiene de manos se constató que el 60% de las mujeres completaron la higiene de manos en comparación con el 5,88% de los hombres incluidos en el estudio.

Con respecto a la categoría profesional de cada participante, la realización de higiene de las manos se asoció tanto con el personal de enfermería como con el personal médico, siendo su cumplimiento mayor en las enfermeras en comparación con el personal médico (100% frente a 25%) ($p = 0,047$). Ni los Técnicos de Emergencia (TES) ni los Bomberos incluidos en este estudio refirieron realizar higiene de las manos tras dejar al paciente y antes de recolectar ambas manos muestras microbiológicas.

El crecimiento microbiano obtenido varió entre 6 y 91 ufc siendo *Staphylococcus spp* el género bacteriano más frecuentemente aislado, lo que representa el 52,48% de las 928 cepas fenotípicamente diferentes aisladas.

Los resultados tanto del análisis de regresión lineal simple como múltiple se resumen en la Tabla 2. El análisis de regresión simple mostró que tanto el conteo de ufc / microlitro (mcl) como la higiene de las manos se asociaron estadísticamente. La realización de higiene de manos por parte de personal en comparación con aquellos que no la hicieron produjo una disminución promedio de casi 37 ufc / mcl (36.88) en el conteo directo de bacterias, siendo esta disminución estadísticamente significativa (p -valor = 0,002).

Los resultados obtenidos del modelo de regresión lineal multivariable con enfoque explicativo fueron análogos a lo descritos anteriormente. No obstante, aunque el efecto de la realización de higiene de manos por parte de personal independientemente del efectos de las otras variables consideradas produjo una disminución promedio de casi 35 ufc / mcl (34.89) en el conteo directo de colonias bacterianas, esta disminución no fue estadísticamente significativa (p -valor=0,093) probablemente como consecuencia del escaso tamaño muestral existente.

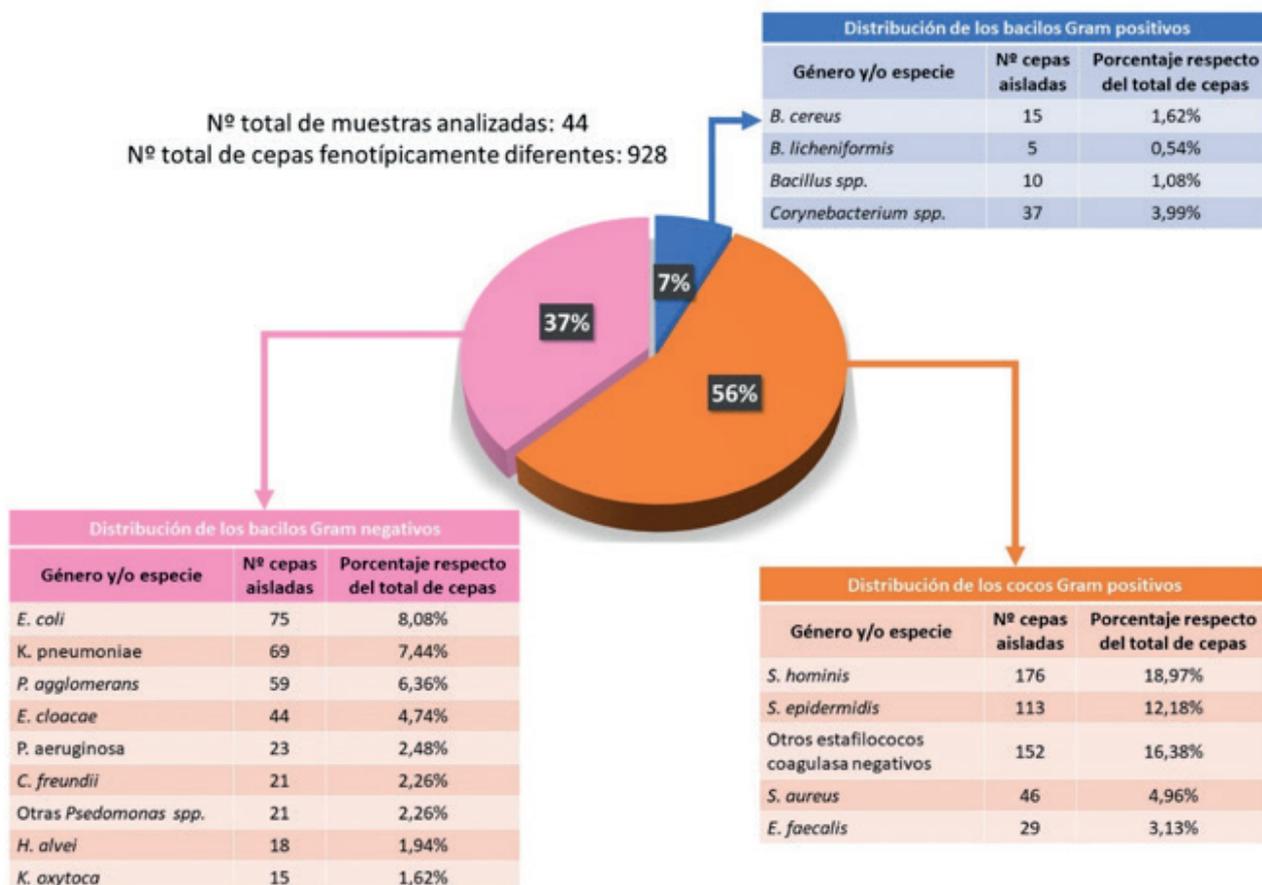


Figura 1. Distribución de especies / géneros bacterianos y su frecuencia de aislamiento en las 44 muestras de mano analizadas en este estudio.

ARTÍCULO ORIGINAL

La figura 1 resume la distribución de los distintos géneros y especies fenotípicamente distintos obtenidos de las 44 muestras analizadas. Aunque *Staphylococcus* spp fue el género bacteriano aislado más predominante, hubo un predominio definido de estafilococos coagulasa negativos en comparación con *S. aureus* (37,53% vs. 4,96%). Además, no se aisló en nuestro estudio cepa de *S. aureus* resistente a la meticilina, incluso después de la incubación de la muestra durante 24 horas en un medio de enriquecimiento como el BHI. El resto de las especies bacterianas que aparecen en la figura 1 pertenecen a diferentes especies, incluidas Enterobacteriaceae, bacilos gramnegativos no fermentadores, enterococos y bacilos Gram positivos. Aun así, es importante destacar que no se aislaron microorganismos multirresistentes (MMR) en las manos del personal sanitario incluido en este estudio.

Sin embargo, a pesar de no aislarse MMR, conviene destacar que se aislaron cuarenta y cuatro cepas de *Pseudomonas* spp de las manos de algunas personas y que representan el 4,74% del total de aislados analizados en este estudio.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio de estas características realizado en Navarra que muestra que el cumplimiento de la higiene de manos en el mismo se sitúa en el 18,81%, siendo este porcentaje inferior en comparación con lo publicado en el ámbito hospitalario, que oscila entre el 30 y 50% [22, 23, 24]. No hemos encontrado estudios recientes con una metodología similar realizados en nuestro país lo que nos impide comparar nuestros datos con estudios más actualizados de nuestro entorno. Sin embargo, aunque la carga bacteriana registrada en las manos de las personas incluidas en la muestra fue mayor de lo deseable, las medidas obtenidas fueron consistentes con otros estudios referidos al entorno de emergencia prehospitalario y hospitalario [10,11,12,14,15,16].

Al igual que sucede en nuestro estudio un trabajo reciente publicado por Pittet et al. reveló que el cumplimiento de la higiene de manos del personal de enfermería fue superior en comparación con las otras categorías profesionales existentes en los centros sanitarios, si bien la adherencia se mantuvo en niveles bajos [25]. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio y del reducido tamaño muestral del mismo encontramos una menor adherencia a la higiene de las manos por parte del personal de ambulancias, similar a los referidos en estudios anteriores con respecto a los profesionales sanitarios españoles en los servicios de emergencia [6]. La explicación para tal comportamiento ha sido ampliamente examinada en la literatura y es multicausal. Se cree que la alta carga de trabajo, los factores cognitivos y las lagunas en el conocimiento sobre medidas básicas de control de infección tales como como la higiene de las manos o el uso inadecuado de guantes pueden ser algunas de las causas de nuestros hallazgos [26]. Por

lo tanto, la importancia de la formación y la existencia del material apropiado enfocado en estas áreas particulares sería relevante para futuras mejoras.

Con respecto a la distribución bacteriana, no encontramos colonización MDRO en las manos del personal de emergencia muestreado. Sin embargo, estos buenos resultados deben tenerse en cuenta con cierta cautela ya que la muestra no es lo suficientemente grande. La prevalencia estimada de *S. aureus* fue baja en comparación con otros estudios publicados [10,11,12], y no se identificó ningún aislado resistente a la meticilina. Estos perfiles fueron similares a los observados en otros estudios de colonización de MDRO en las superficies de las ambulancias de transporte sanitario de urgencia realizados en áreas cercanas [7]. Sin embargo, tanto la excesiva carga bacteriana obtenida en las manos de algunos de los participantes como algunas de las especies aisladas (especialmente las que pertenecen a la familia Enterobacteriaceae) revelan un rendimiento inadecuado de la higiene de las manos y otras medidas de control de la infección.

Nuestro estudio revela que los estudios microbiológicos ocasionales del personal de salud podrían ser una ayuda para otros métodos propuestos de monitoreo del rendimiento de la higiene de las manos, como la observación. Los métodos de observación podrían estar potencialmente sesgados por el efecto Hawthorne, sobreestimando el rendimiento real de la higiene de manos. Por el contrario, los métodos microbiológicos (como el empleado en este estudio) son más propensos a dar resultados de rendimiento globales objetivos con respecto a la carga bacteriana, pero a diferencia de la observación carecen de la evaluación de los cinco momentos donde se debe realizar la higiene de manos [27], además de consumir muchísimo tiempo. Con ese fin, la aplicación de otras nuevas metodologías de evaluación de la contaminación de la superficie o de la piel humana, como las basadas en la determinación del ATP por quimioluminiscencia, podría ser de gran ayuda en un futuro, pero queda por validar su utilidad en la práctica de la medicina preventiva hospitalaria.

Este estudio destaca que la formación continua en higiene de las manos, medidas primarias de control de infecciones, uso adecuado de guantes o incluso protocolos apropiados de limpieza de ambulancias de profesionales de la salud debe ser obligatoria y juega un papel fundamental para prevenir la transmisión de microorganismos entre diferentes áreas y personas. Este problema es aún más relevante si consideramos que la mayoría de los microorganismos detectados son susceptibles a los agentes desinfectantes comúnmente utilizados. Desafortunadamente, la literatura existente revela que los programas actuales para el control y la prevención de infecciones tienen limitaciones con respecto a los recursos y actividades que les impiden ser efectivos [28]. Además, el éxito en el rendimiento de la higiene de manos está relacionado con la capacidad de

ARTÍCULO ORIGINAL

los profesionales de ser conscientes de que son una parte activa para detener la propagación de microorganismos en diferentes áreas tal y como recogen algunos de los lemas de la OMS.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones relacionadas principalmente con su desempeño en un único Servicio de Urgencias dependiente de un único centro sanitario y el reducido tamaño muestral del mismo. Ambas cuestiones podrían reducir la validez externa de nuestros hallazgos, pero a pesar de estas limitaciones, encontramos que nuestros resultados son concordantes con otros publicados.

En conclusión, nuestros resultados sugieren que la promoción de la higiene de manos auspiciada tanto por estrategia de atención segura al paciente desarrollada a nivel nacional y del Servicio Navarro de Salud, siguiendo las guías de práctica existentes y las recomendaciones basadas en evidencia debe ser obligatoria. Aún así, es necesario proporcionar nuevas estrategias y mantener los esfuerzos para promover la adherencia y la participación

a los programas actuales de control de infección y las alianzas existentes para la realización de higiene de manos. Los resultados desfavorables obtenidos en nuestro estudio reflejan que existe un gran margen de mejora en la práctica de la higiene de manos que requiere el esfuerzo de todos los profesionales sanitarios. El objetivo final es aumentar la adopción de hábitos de control de infecciones no solo por los que trabajan en el sistema de transporte de Emergencia sino también por todo el personal sanitario que hace más seguras las prácticas de atención de nuestros pacientes, y que este es un signo inequívoco de profesionalismo en todos ellos

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a todos los participantes que voluntariamente participaron en este estudio porque sin su colaboración desinteresada no hubiera sido posible el mismo.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Jumaa PA. Hand hygiene: simple and complex Int J Infec Dis 2005;9:5-14.
2. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011; 32: 101-114.
3. Otter JA, Yezli S, French GL. The role played by contaminated surfaces in the transmission of nosocomial pathogens. Infect Control Hosp Epidemiol 2011; 32: 687-99.
4. Alves DW, Bissell RA. Bacterial pathogens in ambulances: results of unannounced sample collection. Prehosp Emerg Care 2008; 12; 218-24.
5. Organización Mundial de la Salud. Marco de autoevaluación de la higiene de manos 2010. Disponible en: http://seguretatdelspacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacients/professionals/documents/arxiu/arx_higiene_de_mans/questionari_autoevaluacio_oms.pdf. Accedido el 27/04/2018. 2018.
6. Molina J, Alvarez E, Quori A, García de Carlos P, López I, Bolaños M, et al. Impacto de la mejora de la higiene de las manos sobre las infecciones hospitalarias. Rev Calid Asist 2010; 25(4): 215-222.
7. Ballesteros S, Eraso E, Ezpeleta G, Lorrio S, Quindós G, Varona A, et al. Detection and characterization of surface microbial contamination in emergency ambulances. Am J Infect Cont 2016: 1-3.
8. Wepler M, Stahl W, von Baum H, Wildermuth S, Dirks B, Georgeff M, et al. Prevalence of nosocomial pathogens in German ambulances: the SEKURE study. Emerg Med J 2015; 32; 409-411.
9. Hota B. Contamination, disinfection, and cross-colonization: are hospital surfaces reservoirs for nosocomial infection?. Clin Infect Dis 2004; 39; 1182-9.
10. Cho S, Noh H, Ro Y, Shin S. Prevalence of Positive Carriage of Tuberculosis Methicillin-resistant Staphylococcus aureus, and Vancomycin-resistant Enterococci in Patients Transported by Ambulance: A Single Center Observational Study. J Prev Med Public Health 2012; 45(3); 174-180.

11. Roline CE, Crumpecker C, Dunn TM. Can methicillin- resistant *Staphylococcus aureus* be found in an ambulance fleet?. *Prehosp Emerg Care* 2007; 11; 241-4.
12. Brown R, Minnon J, Schneider S, Vaughn J. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in ambulances in southern Maine. *Prehosp Emerg Care* 2010; 14; 176-81.
13. Noh H, Shin SD, Kim NJ, Ro YS, Oh HS, Joo SI, et al. Risk stratification-based surveillance of bacterial contamination in metropolitan ambulances. *J Korean Med Sci* 2011; 26; 124-30.
14. Eibicht S, Vogel U. Methicillin- resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) contamination of ambulance cars after short term transport of MRSA-colonised patients is restricted to the stretcher. *Journal of Hospital Infection* 2011; 78; 221-225.
15. Nigam Y, Cutter J. A preliminary investigation into bacterial contamination of Welsh emergency ambulances. *Emerg Med J* 2003; 20; 479 – 82.
16. Giebner M, Storm H. POSAiDA: presence of *Staphylococcus aureus*/MRSA and *Enterococcus*/VRE in Danish ambulances. A cross- sectional study. *BMC Res Notes* 2016; 9; 194-197.
17. Gibbs S, Hewlett A, Iwen P, Lowe J, Smith P. Evaluation of ambulance decontamination using gaseous chlorine dioxide. *Prehosp Emerg Care* 2013; 17; 401-408.
18. Lindsley W, McClelland T, Neu D, Martin Jr S, Mead K, Thewlis R, et al. Ambulance disinfection using Ultraviolet Germicidal Irradiation (UVGI): Effects of fixture location and surface reflectivity. *J. Occup. Environ. Hyg.* 2018; 15 (1): 1-12.
19. Organización Mundial de la Salud. Marco de autoevaluación de la higiene de manos 2010. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_es.pdf?ua=1
20. Shopsis B, Gomez M, Montgomery SO, Smith DH, Waddington M, Dodge DE, Bost DA, Riehman M, Naidich S, Kreiswirth BN. Evaluation of protein A gene polymorphic region DNA sequencing for typing of *Staphylococcus aureus* strains. *J Clin Microbiol.* 1999; 37(11): 3556-63.
21. Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, Carmeli Y, Falagas ME, Giske CG, et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect.* 2012; 18(3): 268-81.
22. Pittet D. Hand hygiene and patient care: Pursuing the Semmelweis legacy. *Lancet Infect Dis*, (2001), pp. 9-20
23. Sánchez-Paya J, Galicia-García MD, Gracia-Rodríguez RM, García-González C, Fuster-Pérez M, López-Fresneña N. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre higiene de manos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 25 (2007), pp. 369-375
24. Boomfield SF, Aiello AE, Cookson B, O'Boyle C, Larson EL. The effectiveness of hand hygiene procedures in reducing the risks of infections in home and community settings including handwashing and alcohol-based hand sanitizers. *AM J Infect Control*, 35 (2007), pp. S27-S
25. Pittet, D, Simon, A, Hugonnet, S, Pessoa-Silva, CL, Sauvan, V, Perneger, TV. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Annals of Internal Medicine* 2014; 141: 1–8
26. Sax, H, Allegranzi, B, Uçkay, I, Larson, E, Boyce, J, Pittet, D. "My five moments for hand hygiene": a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *J Hosp Infect* 2007; 67: 9–21.
27. Alegranzi B, Stewardson A and Pittet D. Hand Hygiene. In: Bennett & Brachman's Hospital Infections. Jarvis WR (Editor) Lippincott William & Wilkins. Philadelphia PA (USA). 2014.
28. Oh H, Uhm D. Current Status of Infection Prevention and Control Programs for Emergency Medical Personnel in the Republic of Korea. *J Prev Med Public Health* 2015; 48; 330-341

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Abordaje enfermero del insomnio en salud laboral

Autores:

Sánchez Sánchez AM¹, Vega-Escañó J².

(1) Graduada en Enfermería. Universidad de Sevilla.

(2) Enfermero del Trabajo. Profesor Adjunto Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja. Sevilla

Autora de correspondencia:
D^a Ana María Sánchez Sánchez
anamariasansan@gmail.com

Este artículo consiguió el Segundo Premio en el I Certamen de investigación AET-SALUSPLAY para TFM-TFG en Enfermería del Trabajo y Salud Laboral.

Recibido:27/01/2019 Trazabilidad editorial Aceptado: 8/03/2019
Revisado:20/02/2019

Citar como:

Sánchez-Sánchez AM, Vega-Escañó J. Abordaje del insomnio en salud laboral. Revista Enfermería del Trabajo. 2019. 9; 1:11-20

Resumen

Introducción. El insomnio es de las patologías más frecuente de los últimos tiempos y afecta a un gran número de trabajadores. Enfermería del Trabajo, como especialidad enfermera en el ámbito de la salud laboral, tiene una mayor capacidad de afrontamiento de este problema de una manera más puntualizada. El presente artículo tiene como objetivo conocer la incidencia del insomnio en salud laboral desde una perspectiva enfermera, así como conocer las principales intervenciones que realiza enfermería para minimizar el insomnio y describir la alteración de las relaciones familiares, sociales y el desarrollo de las actividades cotidianas en las personas que sufren insomnio por su trabajo.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica integrativa mediante la búsqueda y el análisis de los artículos publicados entre los años 2013 y 2018, en diferentes bases de datos como PubMed, CINAHL, Scopus, Dialnet y Scielo. Las búsquedas realizadas produjeron un total de 1.882 artículos que tras los criterios de exclusión aplicados se reduce a 20, el número final de publicaciones revisadas.

Resultados. Las intervenciones realizadas para minimizar el insomnio fueron caminatas enérgicas combinadas con música tranquilizadora, educación para la salud, la higiene del sueño, las terapias cognitivas conductuales, mindfulness y otras terapias alternativas. Se encontraron problemas de insomnio en trabajadores con turnos rotatorios y nocturnos. Además de la repercusión de la calidad del sueño sobre el desempeño de las actividades de la vida diaria, las relaciones socio-familiares y laborales, con mayor número de accidentes de tráfico y menor productividad laboral.

Conclusiones. Actualmente, debido a las necesidades de la sociedad, el insomnio en salud laboral va en aumento. Enfermería tiene una importante labor en su prevención y abordaje, siempre desde una perspectiva holística, ya que el insomnio influye en muchos factores de la persona, tales como las relaciones familiares, sociales y la vida cotidiana. El trabajo por turnos es una de las principales causas del insomnio en trabajadores, debido a la alteración del ritmo biológico.

Palabras clave: Enfermería, Salud Laboral, Insomnio, Trastornos del sueño, Trabajo a turnos.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Nursing approach to insomnia in occupational health

Abstract

Introduction. Insomnia is one of the most frequent pathologies of recent times and affects a large number of workers. There is a branch of nursing specialized in occupational health, which has a greater ability to cope with this problem in a more specific manner. This article is a bibliographic review of the recently published studies on the nursing approach to occupational health insomnia, whose objective is to know the incidence of insomnia in occupational health from a nursing perspective, as well as to know the main interventions carried out by nursing to minimize insomnia and describe the alteration of family, social relationships and the development of daily activities in people who suffer insomnia from their work.

Material and Methods. The revision conducted in this paper has been carried out by searching and analysing the bibliography of the last five years available in different databases such as PubMed, CINAHL, Scopus Dialnet and Scielo. Out of 1.882 articles, 20 articles were analysed after applying our exclusion criteria.

Results. Interventions to minimize insomnia were brisk walks combined with soothing music, health education, sleep hygiene, behavioral cognitive therapies, mindfulness and other alternative therapies. Insomnia problems were found in workers with rotating and night shifts. In addition to the impact of sleep quality on the performance of daily life activities, socio-family and work relationships, with a greater number of traffic accidents and lower labor productivity.

Conclusions. Actually, due to the needs of society, insomnia in occupational health is increasing. Nursing has an important work in its prevention and approach, always from a holistic perspective, because insomnia influences many factors of the person, such as family, social and daily life. Shift work is one of the main causes of insomnia in workers, due to the alteration of the biological rhythm.

Keywords: Nursing, Occupational Health, Insomnia, Sleep Disorders, Shift work.

INTRODUCCIÓN

El sueño es un estado fisiológico y regulado, que normalmente ocurre a unas horas determinadas del día, proporcionando el descanso necesario que permite la recuperación funcional y energética del organismo¹.

Una de las principales necesidades de los adultos, para mantenerse activo en el día a día y llevar una vida saludable, es el descanso nocturno adecuado².

Es de importancia conocer el significado del concepto insomnio, para así, poder actuar según las necesidades del individuo. De todo esto, depende el correcto manejo del paciente, desde la información proporcionada, hasta establecer un diagnóstico según sus causas, con el fin de hacer una clasificación y llevar a cabo el tratamiento más adecuado e individualizado².

Debido a la complejidad de la etiología del insomnio, existe discrepancia en su definición. La clasificación internacional de los trastornos de sueño, define el insomnio como "la dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa,

académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano"³.

El insomnio es uno de los trastornos más frecuentes y con mayor repercusión, tanto social como sanitariamente. Afecta a todas las edades, y se ha observado en todas las culturas y países. En España, hay pocos estudios sobre la prevalencia del insomnio, debido a la heterogeneidad en las diferentes definiciones o formas de interpretar el insomnio².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud laboral u ocupacional como "el conjunto de actividades dirigidas a la prevención y control de enfermedades y accidentes, eliminando factores de riesgo en el trabajo, con el fin de promover y proteger la salud de los trabajadores". Además, procura generar y promover el trabajo seguro y sano, para alcanzar un adecuado bienestar físico, mental y social de los trabajadores⁴.

La especialidad de Enfermería del trabajo surge como necesidad de prevenir, promover, proteger y restaurar la salud de la población trabajadora⁵.

El principal objetivo que se pretende llevar a cabo en el ámbito laboral, es la prevención de riesgos en los trabajadores, el cual, conlleva a que las empresas,

ARTÍCULO DE REVISIÓN

adopten una gestión preventiva de adaptación laboral. La finalidad de esta gestión, es proteger al trabajador de riesgos potenciales que puedan ocurrir durante su jornada y les impida seguir desempeñando su actividad laboral, planteando así, conflictos laborales y legales que podrían haber sido evitados⁶.

Los trastornos del sueño asociados a comorbilidad



contribuyen a una incapacidad laboral a largo plazo, ya que alteraciones del sueño antes de la discapacidad se han relacionado con una mayor probabilidad de no volver al trabajo después de la incapacidad por enfermedades musculoesqueléticas y, en los hombres, después de la incapacidad debido a trastornos mentales⁷.

La implicación de los profesionales de enfermería para el tratamiento del insomnio, es considerada fundamental, tanto en el abordaje individual como en el grupal. Por tanto, el profesional encargado de la salud laboral, tiene una importante labor en la prevención de este trastorno, tan común en los trabajadores, sobre todo, en aquellos que trabajan por turnos⁸.

Una de las funciones de la enfermera especialista en enfermería del trabajo en el tratamiento del insomnio es saber detectar y valorar el tipo de insomnio que sufre el paciente, las repercusiones que puede tener en su calidad de vida, así como recomendar los cuidados adecuados y/o derivar a otros profesionales si fuera necesario⁹.

Actualmente, la globalización, las exigencias de la economía y los avances tecnológicos, están obligando a las empresas a adaptar el tiempo de trabajo cada vez más a las demandas del mercado, sometiendo a los

trabajadores a horarios incompatibles con el reloj biológico del ser humano. La incidencia de problemas relativos al sueño es significativamente más importante en aquellas profesiones cuya responsabilidad es prestar un servicio a otras personas como en el caso del personal sanitario y profesionales de la seguridad ciudadana, que por motivos laborales, o bien suelen rotar frecuentemente los turnos de trabajo o bien trabajan habitualmente de noche^{10,11}.

En relación a lo anteriormente expuesto el objetivo de estudio propuesto tiene una gran importancia para los involucrados en un entorno laboral común: para los trabajadores, para la empresa, para los profesionales encargados de la salud ocupacional y para el Estado.

La idea de realizar este trabajo, surge como necesidad de ayudar a estas cuatro esferas, ampliando conocimientos sobre el tema, y desde enfermería plantear estrategias que ayuden a prevenir y afrontar problemas de salud derivados del trabajo, como en este caso, es el insomnio. Además, de introducir como enfermería también sufre este problema a consecuencia de su jornada laboral.

Los objetivos de este estudio son conocer la incidencia del insomnio en salud laboral desde una perspectiva enfermera, identificar las principales intervenciones que realiza enfermería para minimizar la aparición del insomnio, identificar la relación entre la turnicidad y la aparición de insomnio en salud laboral, describir la alteración de las relaciones familiares, sociales y en el desarrollo de las actividades cotidianas en las personas que sufren insomnio por su trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Para la elaboración del presente trabajo de revisión bibliográfica de la literatura, se lleva a cabo una búsqueda de los artículos obtenidos en las distintas bases de datos, tanto española como de habla inglesa. Para la localización de estos artículos, se utilizan las bases de datos PubMed, Scielo, Dialnet, CINAHL, y Scopus, utilizando los descriptores relacionados con el abordaje enfermero del insomnio en salud laboral.

Los descriptores utilizados fueron los siguientes: Enfermería, Salud Laboral, Insomnio, Trastornos del sueño, Trabajo a turnos.

En algunas bases de datos, se han utilizado una serie de términos libres, que no constan como DeCS y sería conveniente sumarlas a la estrategia de búsqueda. Son las siguientes: Intervenciones enfermeras e Intervención.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La combinación de descriptores ha sido llevada a cabo únicamente con el operador booleano AND.

Criterios de inclusión

Se incluyeron artículos publicados en el periodo comprendido entre 2013 y 2018, escritos en idioma inglés o español, con título pertinente al tema del trabajo y resumen disponible, al cual, posteriormente, tuviéramos acceso al texto completo, además de ser trabajos de investigación clínica con población trabajadora con insomnio.

Criterios de exclusión

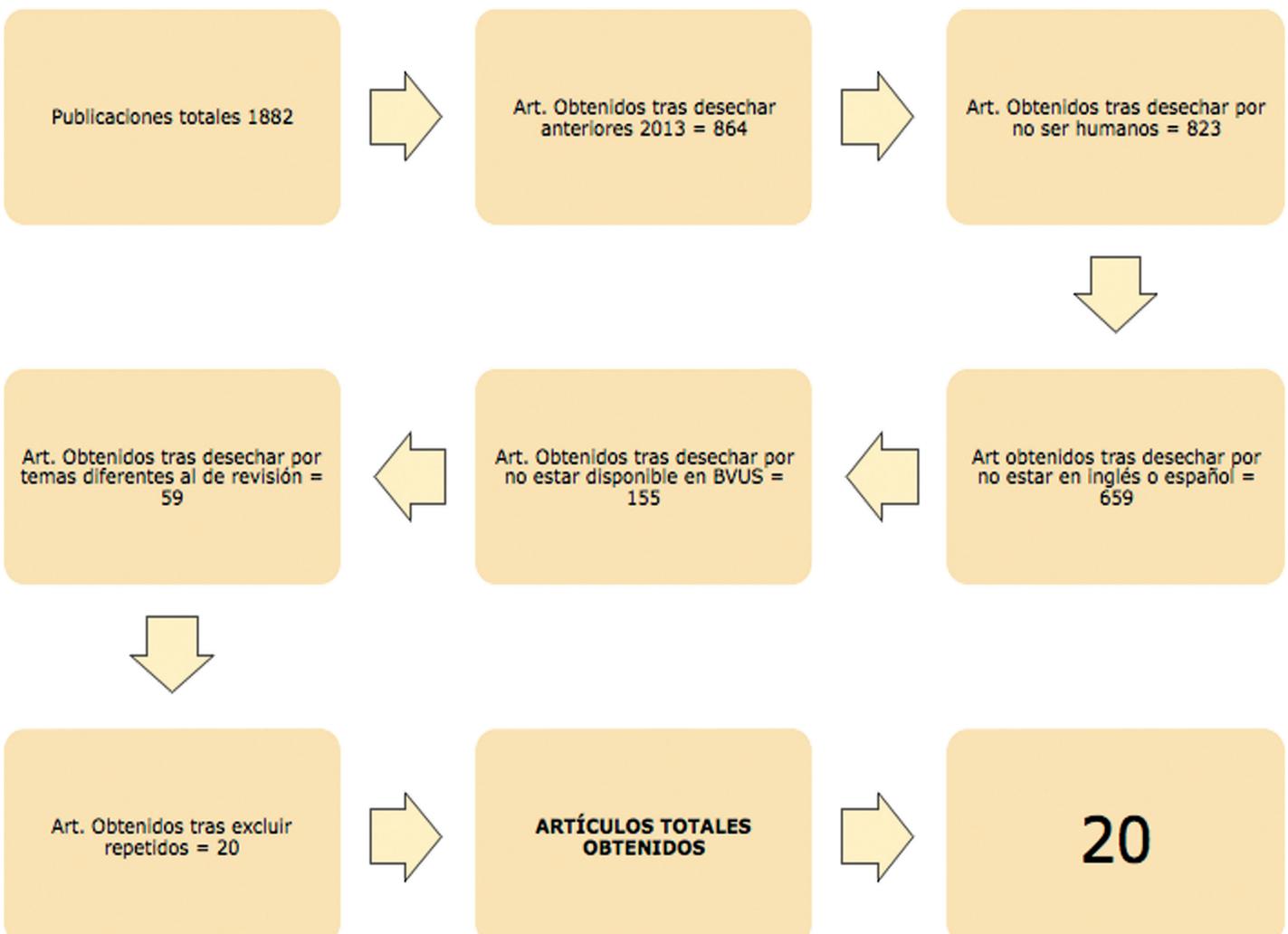
Se excluyeron aquellos artículos anteriores a 2013, en idioma distinto al inglés o español, sobre temas diferentes al de revisión, cuyo enfoque no es adecuado para el empleo en el trabajo. Además, se excluyeron los artículos a los que no se pudieron acceder al texto completo y los que

estaban duplicados.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 1.882 artículos, entre los que se encontraban en el rango de cinco años, 864 de ellos. Se desecharon por no ser estudios en humanos y por estar en idiomas diferente a inglés y español, 205 artículos. Se seleccionaron pues para evaluar 659, excluyendo 409 tras la lectura del título y el análisis del resumen. Los artículos restantes se analizaron a texto completo, de los que solo pudimos acceder a 155 artículos, excluyendo 96 de ellos por no ser relevantes para el tema de estudio y 39 por estar repetidos (Figura 1). Finalmente, 20 artículos fueron los que se incluyeron en esta revisión (Tabla 1).

Figura 1. Flujograma de la revisión-



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tabla 1. Artículos seleccionados.

Autor/Año/ País	Tipo de estudio/ Muestra	Objetivos	Principales resultados
Yardi & Adsule ¹² . 2015/India	Estudio observacional transversal. Muestra 605 trabajadores	Determinar la prevalencia de trabajadores insomnes en una oficina de la India	Prevalencia insomnio 13,8%. Población no diagnosticada 96,4%. Condiciones comórbidas: ansiedad, hipertensión y depresión. Mayor consumo de alcohol en insomnes.
Palmer et al ¹³ . 2017/ Inglaterra	Estudio descriptivo transversal Muestra de 8.067 trabajadores	Hallar la incidencia de insomnio entre trabajadores de edades comprendidas entre 50 y 64 años.	Prevalencia insomnio 18,8%. Insomnio más común en mujeres, fumadores, personas obesas, los que viven solos y menor poder adquisitivo.
Chiu & Tsai ¹⁴ . 2013 / Taiwan	Estudio descriptivo transversal Muestra de 18.794 trabajadores	Estimar la prevalencia de insomnio en trabajadores taiwaneses.	El grupo de turno de tarde – noche (12 horas) tuvo mayor prevalencia de insomnio. Los trabajadores con turnos de 12 horas, mayor prevalencia de accidentes.
Ikonen et al ¹⁵ . 2013 / Finlandia	Estudio descriptivo transversal Muestra de 3.126 empleados de entre 30 y 64 años	Describir el uso de los servicios de salud ocupacional de empleados finlandeses y examinar asociaciones entre problemas de salud y riesgos, y visitas de atención primaria a enfermeras y médicos de salud ocupacional y otros cuidados de salud.	74% de los empleados visitaron servicios de salud ocupacional o centros de salud municipales y 52% visitó solo servicios de salud ocupacional. La obesidad, el agotamiento, el insomnio, el estado de ánimo depresivo, las enfermedades crónicas perjudiciales y la escasa capacidad de trabajo se asociaron con las visitas a enfermeras de salud ocupacional.
Järnefelt et al ¹⁶ . 2014/ Finlandia	Intervención grupal no aleatorizada. Muestra de 59 trabajadores de los medios de comunicación con insomnio crónico.	Investigar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio entre los trabajadores diurnos y por turnos con insomnio.	Mejoría tras la TCC de la gravedad autopercebida del insomnio, las cogniciones disfuncionales relacionadas con el sueño y los síntomas psiquiátricos en el 69% de los trabajadores.
Judd ¹⁷ . 2017 / USA	Revisión bibliográfica. Muestra artículos revisados: 6	Descubrir las principales actuaciones de la enfermera ocupacional para combatir el insomnio.	Importancia enfermera del trabajo en la detección precoz del insomnio. Actividades: establecer un ritual antes de acostarse; irse a la cama solo para dormir y tener relaciones sexuales; evitar leer, mirar televisión o usar dispositivos electrónicos en la cama; mantener la habitación oscura y fresca; y evitar mirar el reloj o el teléfono durante el sueño.
Pigeon et al ¹⁸ . 2017 / USA	Ensayo aleatorizado y controlado Muestra de 27 pacientes.	Contemplar el uso de la Terapia Cognitivo Conductual para las personas con insomnio desde Atención Primaria.	La TCC tuvo grandes efectos sobre la severidad del insomnio, la eficiencia del sueño, el número de despertares y el tiempo de vigilia después del inicio del sueño.
Huang & Chang & Lai ¹⁹ . 2016 / Taiwan	Ensayo controlado cruzado Muestra de 38 participantes de edades entre 50 y 75 años	Examinar los efectos de una intervención musical tranquilizadora antes de irse a la cama combinada con caminatas energéticas, sobre la calidad del sueño de los adultos mayores sedentarios con insomnio crónico.	Ambas intervenciones exhibieron efectos beneficiosos sobre la calidad subjetiva del sueño en adultos con insomnio.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Autor/Año/ País	Tipo de estudio/ Muestra	Objetivos	Principales resultados
Machado et al ²⁰ . 2017 / Brasil	Revisión sistemática de la literatura Muestra de artículos revisados: 10	Revisar las intervenciones no farmacológicas para el tratamiento del insomnio.	Las intervenciones, como tapones para los oídos, máscaras para dormir, relajación muscular, entrenamiento de postura y relajación, música, y estrategias educativas indican una mejora en las puntuaciones que evalúan el sueño.
Diez-González & García-Hernández & Aladro-Castañeda ²¹ . 2016 / España	Revisión sistemática de la literatura. Muestra de artículos revisados: 24	Resaltar la importancia que tiene la enfermera en el tratamiento del insomnio a través de medidas no farmacológicas	Medidas no farmacológicas como son: educación para la salud, higiene del sueño, terapias conductuales y cognitivo conductuales, mindfulness y otras terapias alternativas.
Richter et al ²² . 2016 Alemania	Revisión sistemática de la literatura Muestra de artículos revisados: 29	Conocer medidas preventivas no farmacológicas contra la fatiga y el insomnio en los trabajadores por turnos.	5% y 20% de trabajadores por turno sufren fatiga e insomnio. Recomendaciones no farmacológicas: exposición a la luz brillante, siestas, psicoeducación para la higiene del sueño y medidas cognitivo-conductuales.
Vallières et al ²³ . 2014 / Canadá	Estudio descriptivo transversal Muestra de 418 trabajadores.	Comparar la prevalencia de insomnio en trabajadores con turno de noche o turnos rotatorios con los trabajadores de turno de mañana.	Los trabajadores de turnos nocturnos y rotatorios tuvieron peor calidad del sueño que los de turno diurno. Los trabajadores nocturnos necesitaban más tiempo para conciliar el sueño.
Flo et al ²⁴ . 2014 / Noruega	Estudio descriptivo transversal Muestra: 1586 enfermeras	Establecer la prevalencia de insomnio entre trabajadores de turno de mañana, tarde o noche, sino que también tiene en cuenta si existe rotación de turno o turnos fijos.	Mayor prevalencia insomnio: turnos nocturnos y rotatorios. Insomnio durante el día de descanso: más frecuente en trabajadores nocturnos permanentes.
Tellez et al ²⁵ . 2015 / México	Estudio descriptivo transversal Muestra: 173 trabajadores	Estimar la prevalencia de los trastornos de sueño y conocer su relación con variables médicas, y relacionarlas con turnicidad	Alta frecuencia de ronquido, pesadillas, somnolencia excesiva y hablar dormido, en general. Trabajadores con turno rotatorio: porcentaje más alto de esto síntomas, excepto en “hablar dormido”.
Yong & Li & Calvert ²⁶ . 2017 / USA	Estudio descriptivo observacional transversal Muestra de 6338 trabajadores estadounidenses	Estimar la prevalencia de problemas de sueño autoinformados por el trabajo por turnos y valorar la calidad del sueño sobre las actividades de la vida diaria.	Duración del sueño corta: 37'6% de los trabajadores. Prevalencia de mala calidad del sueño: 19,2%. Prevalencia de la puntuación de las AVD alterada y el insomnio, fue de un 24'8% y un 8'8%, respectivamente. Más prevalente entre los trabajadores del turno de noche. Necesidad de programas de intervención para mejorar la cantidad y la calidad del sueño entre los trabajadores nocturnos.
Ramírez-Elizondo & Paravic-Klijn & Valenzuela-Suazo ²⁷ . 2013 / España	Revisión bibliográfica Muestra de artículos revisados: 30	Describir el riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de Enfermería.	Los trastornos del sueño por turnicidad laboral: síntomas de insomnio y somnolencia excesiva diurna. Rotabilidad de horarios y turnos de noche: alteraciones en el ámbito familiar, laboral, social y de pareja.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Autor/Año/ País	Tipo de estudio/ Muestra	Objetivos	Principales resultados
Andrade et al ²⁸ . 2017 / Brasil	Estudio descriptivo transversal Muestra de 885 trabajadores	Analizar las diferencias en salud, ocio y trabajo según el turno de trabajo en trabajadores	Prevalencia del insomnio: 35,6% en e<l turno de noche. Turno de noche: mayor tiempo de actividad física, menos ingresos y afecta a las actividades de ocio. Turnicidad: afecta a la vida social y familiar.
Vicente-Herrero et al ⁶ 2013 / España	Revisión bibliográfica Muestra artículos revisados: 47	Describir el riesgo de accidentalidad, la calidad de las actividades de la vida diaria y el insomnio.	Mayor nº accidentes de trabajo en trabajadores insomnes. Riesgo en las interacciones entre el trabajo y su entorno socio-familiar. Enfermero del trabajo y técnicos en prevención de riesgos: papel importante
Buxton et al ²⁹ . 2016 / USA	Ensayo clínico aleatorio. Muestra de 799 trabajadores	Valorar cómo los conflictos entre el trabajo y la familia y el conflicto entre la familia y el trabajo influye en el sueño de los trabajadores.	Los empleados con mayor conflicto trabajo – familia: sueño insuficiente, peor calidad del sueño y más síntomas de insomnio. Empleados con mayor conflicto familia – trabajo, no presentaron estos síntomas.
Rajaratnam & Licamele & Birznieks ³⁰ . 2015 / Australia	Estudio descriptivo transversal Muestra de 1315 participantes.	Evaluar el riesgo de Trastorno de la Fase de Sueño Diferida y evaluar su impacto en el absentismo y el funcionamiento en la vida laboral y sociofamiliar.	<<<<

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos identificados tras el análisis fueron las intervenciones de enfermería para minimizar el insomnio; la relación entre la turnicidad y el insomnio en salud laboral y las alteraciones de las relaciones socio-familiares y la alteración de las actividades de la vida diaria. Quedan expuestos en la siguiente tabla.

Respecto a las intervenciones con el objetivo de minimizar la aparición del insomnio, una investigación llevada a cabo en Taiwán en 2016¹⁹ examinó los efectos de una

intervención musical antes de ir a la cama combinada con caminatas enérgicas y otra sobre la calidad del sueño de los adultos mayores sedentarios con insomnio crónico; ambas intervenciones tuvieron efectos beneficiosos sobre la calidad subjetiva del sueño en adultos con insomnio. Esto coincide con lo apuntado por otros autores²¹ en el mismo año que destacan la efectividad de las medidas no farmacológicas como la educación para la salud, la higiene del sueño, las terapias conductuales y cognitivo conductuales, mindfulness y otras terapias alternativas como para minimizar el insomnio.

Tabla 2. Principales hallazgos identificados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MINIMIZAR EL INSOMNIO	RELACIÓN ENTRE TURNICIDAD E INSOMNIO EN SALUD LABORAL	ALTERACIONES DE LAS RELACIONES SOCIO-FAMILIARES Y AVD
<ul style="list-style-type: none"> - Terapia Cognitivo-Conductual^{16, 18, 21, 22} - Medidas de higiene del sueño^{17, 21, 22} - Intervención musical tranquilizadora y caminatas¹⁹ - Educación para la salud²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor insomnio y somnolencia diurna en turnos rotativos y nocturnos^{23, 24, 25, 26, 27, 28} 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de las actividades de la vida diaria²⁶ - Alteraciones familiares, laborales, sociales y de pareja^{6, 27, 28, 29} - Accidentes de trabajo⁶ - Ausencias frecuentes y menor productividad³⁰

Fuente: Elaboración propia

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Otros estudios llevados a cabo profundizan en la relación existente entre el trabajo por turnos y la aparición de insomnio. En el año 2014 un estudio²³ comparó trabajadores con turno de mañana, con turno de noche y turnos rotatorios, en el que se observaron diferencias significativas en la calidad del sueño, ya que los trabajadores con nocturnidad y turnos rotatorios tuvieron peor calidad del sueño que los de turno diurno. Además, de necesitar más tiempo para conciliar el sueño. Con este aspecto coinciden también otros autores^{24,25,26,27,28} que realizaron estudios muy similares en población trabajadora, a lo que añadieron, no solo problemas para conciliar el sueño, sino también una mayor somnolencia diurna.

“ En el año 2017 otra investigación acerca de la repercusión de la calidad del sueño sobre el desempeño de las actividades de la vida diaria encontró hallazgos en los que el insomnio repercutía negativamente sobre las actividades. ”

Por último, en el año 2017 otra investigación²⁶ acerca de la repercusión de la calidad del sueño sobre el desempeño de las actividades de la vida diaria encontró hallazgos en los que el insomnio repercutía negativamente sobre las actividades. Por otro lado, ha cobrado especial importancia el riesgo asociado a los factores psicosociales del puesto de trabajo, como son las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo como la vida familiar y las relaciones sociales, para ello varios estudios similares^{6,27,28,29} encontraron resultados sobre los que el insomnio repercutía de manera negativa, encontrando uno de ellos²⁹ un mayor número de accidentes de tráfico en trabajadores insomnes. A todo ello otra investigación³⁰ añadió la existencia de ausencias frecuentes y menor productividad en el trabajo.

CONCLUSIONES

1. La bibliografía revisada se centra en mejorar el nivel de satisfacción con respecto al sueño por parte del trabajador, incidiendo en intervenciones que lo promuevan positivamente, así como desarrollar un abordaje terapéutico integral, en el que se tenga en cuenta todos los factores contribuyentes. En el tratamiento del insomnio, las intervenciones

terapéuticas evidenciadas son: educación para la salud, medidas de higiene, intervenciones psicológicas y como último recurso intervenciones farmacológicas con el apoyo de otros profesionales sanitarios.

2. Algunos estudios han demostrado, que trabajar a turnos o con nocturnidad es nocivo para la salud. El establecimiento de rotaciones en los turnos de trabajo minimiza las consecuencias de desarrollar una actividad laboral siempre dentro de un mismo horario. Sin embargo, un elevado número de ciclos de rotación en los turnos puede ocasionar consecuencias similares o peores que mantener siempre el mismo turno o trabajar de noche, ya que nunca se llega a conseguir una rutina que facilite la latencia adecuada del sueño. En el turno de mañana, al tener que despertarse demasiado pronto y acortar las últimas horas de sueño, se reduce el sueño paradójico, mientras que, en el turno de noche, al alterar el ritmo sueño / vigilia, y a causa de la mayor dificultad de dormir de día debido a la luz, ruidos, etc. se observa una reducción del sueño profundo.
3. En relación a las alteraciones de las relaciones familiares, sociales y en el desarrollo de las actividades cotidianas de los trabajadores que padecen insomnio la literatura científica señala las siguientes: aumento en las tasas de separaciones y divorcios por problemas de conciliación familiar, dificultad para participar en actividades grupales de ocio, deportivas, culturales o religiosas, disminución en los niveles de producción, aumento de las tasas de absentismo y siniestralidad laboral, episodios de pérdida de memoria, disminución en la capacidad para la concentración o mayores niveles de fatiga física y mental.

Por último y respondiendo al objetivo general de nuestro estudio debemos considerar que la incidencia de trabajadores con insomnio, hoy en día, va en aumento debido a la necesidad de la sociedad actual de establecer horarios de trabajo que compiten con el equilibrio biológico natural del ser humano para favorecer las cuotas de producción empresariales. Igualmente se ha evidenciado dificultades y ausencias en cuanto al diagnóstico precoz del insomnio por parte de los profesionales sanitarios relacionado con aun escaso nivel de interés y de conocimiento de las consecuencias derivadas de los trastornos del sueño en el ámbito laboral, así como la consideración de la necesidad de potenciar el desarrollo de actuaciones y de estudios de investigación inherentes a las competencias propias de la especialidad en enfermería del trabajo.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

REFERENCIAS

1. Lozano JA. Clasificación, prevención y tratamiento del insomnio. *offarm* [Internet]. 2003;22(3):84–9. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13044454&pidet_usuario=0&pidet_revista=4&fichero=4v22n03a13044454pdf001.pdf&ty=61&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es
2. Lopez-Trigo JA, Álamo-Gonzalez C, Gil-Gregorio P, Gonzalez-Gil P, Merino-Andreu M, García-García P. Guía de buena practica clínica en Geriatria. Insomnio [Internet]. 2015. p. 4–80. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Insomnio.pdf
3. Álamo-Gonzalez C, Alonso-Álvarez M, Cañellas-Dols F, Martín-Águeda B, Pérez-Díaz H, Terán-Santos J. Pautas de actuación y seguimiento. Insomnio. [Internet]. 2016. 1-12 p. Available from: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
4. Muñoz-Rojas D. Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional en las Instituciones prestadora de servicios (IPS) en la Ciudad de Riohacha , empleando la OSHAS 18000 , enfocado a funcionarios y contratistas de IPS , CEDES Y RENACER. Escenarios. 2011;9(1):24–37.
5. González Caballero J. Application of nursing diagnoses in the field of occupational health. Examples of nurse prescribing. *Med Secur Trab* [Internet]. 2010;56(221):328–46. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000400008
6. Vicente-Herrero MT, Torres Alberich JI, Ramírez Iñiguez De La Torre MV, Terradillos García MJ, López-González ÁA. Trastornos del sueño y trabajo. Aspectos preventivos, médico-legales y laborales. *Rev Esp Med Leg*. 2014;40(2):63–71.
7. Mañas CM, López MP. Análisis de la calidad de sueño en una muestra de trabajadores del sector público. *Rev Enfermería del Trab* ISSN-e 2174-2510, Vol 6, No 1, 2016, págs 4-11. 2016;6(1):4–11.
8. Ministerio de S y PS. Guía Practica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en atención Primaria. [Internet]. Ministerio de Ciencia e Innovación, editor. Guía práctica Clínica en el SNS. 2009 [cited 2017 Jul 24]. 80–84 p. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf
9. Vidal-Thomàs MC, Yañez-Amoros B, Torrens I, Torres-Solera E, Esteva M. Conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria sobre el manejo del paciente con insomnio. *Enferm Clin*. 2017;27(3):186–92.
10. Tucker P. Conditions of Work and Employment Programme [Internet]. 2006. 1-64 p. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@travail/documents/publication/wcms_travail_pub_12.pdf
11. Aguado T. Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. *Rev Enfermería del Trab* [Internet]. 2016;6(1):12–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5343579.pdf%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=5343579>
12. Yardi N, Adsule S. Dizionario enciclopedico del Medioevo. Edizione italiana a cura di Claudio Leonardi. *J Assoc Physicians india*. 2015;63(October):20–5.
13. Keith TP, D´Angelo S, Clare-harris E, Linaker C, Sayer AA, Gale CR, et al. Sleep disturbance and the older worker: findings from the Health and Employment After Fifty study. *Scand J Work Env Heal* [Internet]. 2017;43(2):136–45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4962897/pdf/emss-69306.pdf>
14. Chiu HY, Tsai PS. The impact of various work schedules on sleep complaints and minor accidents during work or leisure time: Evidence from a national survey. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2013 Mar [cited 2019 Jan 26];55(3):325–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23439272>
15. Ikonen A, Räsänen K, Manninen P, Rautio M, Husman P, Ojajarvi A, et al. Use of health services by Finnish employees in regard to health-related factors: The population-based Health 2000 study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013;86(4):451–62.
16. Järnefelt H, Sallinen M, Luukkonen R, Kajaste S, Savolainen A, Hublin C. Cognitive behavioral therapy for

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- chronic insomnia in occupational health services: Analyses of outcomes up to 24 months post-treatment. *Behav Res Ther* [Internet]. 2014 May [cited 2018 Nov 24];56:16–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24632111>
17. Judd SR. Uncovering Common Sleep Disorders and Their Impacts on Occupational Performance. *Workplace Health Saf* [Internet]. 2017 May 3 [cited 2019 Jan 26];65(5):232–232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28467286>
 18. Pigeon WR, Funderburk J, Bishop TM, Crean HF. Brief cognitive behavioral therapy for insomnia delivered to depressed veterans receiving primary care services: A pilot study. *J Affect Disord* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2019 Jan 26];217:105–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28395207>
 19. Huang C-Y, Chang E-T, Lai H-L. Comparing the effects of music and exercise with music for older adults with insomnia. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2016 Nov [cited 2019 Jan 26];32:104–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27969011>
 20. Machado F de S, Souza RC da S, Poveda VB, Costa ALS. Non-pharmacological interventions to promote the sleep of patients after cardiac surgery: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 Sep 12 [cited 2019 Jan 26];25(0):e2926. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28902932>
 21. Díez-González S, García-Hernández B, Aladro-Castañeda M. Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2016;4(2):30–43. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501375>
 22. Richter K, Acker J, Adam S, Niklewski G. Prevention of fatigue and insomnia in shift workers—a review of non-pharmacological measures. *EPMA J* [Internet]. 2016 Dec 2 [cited 2019 Jan 26];7(1):16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27486484>
 23. Vallières A, Azaiez A, Moreau V, LeBlanc M, Morin CM. Insomnia in shift work. *Sleep Med* [Internet]. 2014 Dec [cited 2019 Jan 26];15(12):1440–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25277664>
 24. Flo E, Pallesen S, Åkerstedt T, Mageroøy N, Moen BE, Groønli J, et al. Shift-related sleep problems vary according to work schedule. *Occup Environ Med* [Internet]. 2013 Apr [cited 2019 Jan 26];70(4):238–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23343860>
 25. Tellez-López A, Villegas-Guinea DR, Juárez-García DM, Segura-Herrera LG, Fuentes-Avilés L. Trastornos y calidad de sueño en trabajadores industriales de turno rotatorio y turno fijo diurno. *Univ Psychol*. 2015;14(2):695–706.
 26. Yong LC, Li J, Calvert GM. Sleep-related problems in the US working population: Prevalence and association with shiftwork status. *Occup Environ Med* [Internet]. 2017 Feb [cited 2019 Jan 26];74(2):93–104. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27609325>
 27. Ramírez-Elizondo N, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index de Enfermería* [Internet]. Fundación Index; 2013 Sep [cited 2019 Jan 26];22(3):152–5. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 28. Andrade RD, Ferrari J, Grasel Barbosa D, Teixeira CS, Silva Beltrame T, Pereira E. Health and Leisure of Workers of Day and Night Shifts. *Cienc Trab* [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Jan 26];19(60):143–51. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000300143&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 29. Buxton OM, Lee S, Beverly C, Berkman LF, Moen P, Kelly EL, et al. Work-Family Conflict and Employee Sleep: Evidence from IT Workers in the Work, Family and Health Study. *Sleep* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2019 Jan 26];39(10):1911–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27568810>
 30. Rajaratnam SMW, Licamele L, Birznieks G. Delayed sleep phase disorder risk is associated with absenteeism and impaired functioning. *Sleep Heal* [Internet]. 2015 Jun [cited 2019 Jan 26];1(2):121–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29073375>

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Actuación enfermera frente al alcoholismo en salud laboral: revisión bibliográfica

Autores:

Sánchez-Sanz V¹, Vega-Escañó J².

(1) Graduada en Enfermería. Universidad de Sevilla.

(2) Enfermero del Trabajo. Profesor Adjunto Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja. Sevilla

Autora de correspondencia:

D^a Virginia Sánchez Sanz

virgi_xpm@hotmail.com

Este artículo consiguió el Primer Premio en el I Certamen de investigación AET-SALUSPLAY para TFM-TFG en Enfermería del Trabajo y Salud Laboral.

Trazabilidad editorial

Recibido: 17/12/2018

Revisado: 20/02/2019

Aceptado: 1/03/2019

Citar como:

Sánchez-Sanz V, Vega-Escañó J. Actuación enfermera frente al alcoholismo en salud laboral: revisión bibliográfica. Revista Enfermería del Trabajo. 2019. 9; 1:21-31

Resumen

Introducción. A raíz de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en España se crea conciencia de la importancia de los profesionales sanitarios dedicados a la salud laboral y más tarde, se crea la especialidad de Enfermería del Trabajo, regulada en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril. La prevalencia, cada vez mayor, del consumo de alcohol y otras drogas en los trabajadores hace que existan diversos problemas como: el incremento de enfermedades a causa de este consumo, absentismo laboral, conflictividad e incapacidades laborales, accidentes laborales y disminución de la productividad. El presente estudio tiene como objetivo conocer la relación entre el alcoholismo y la salud laboral desde la perspectiva enfermera.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión integrativa de los últimos 6 años, bajo las recomendaciones de PRISMA, en las bases de datos PubMed, PsycINFO, CINAHL y Scopus.

Resultados. Se obtuvieron un total de 671 artículos de los cuales, tras los criterios de exclusión aplicados, fueron seleccionados 21 para su revisión.

Conclusiones. Tras los datos obtenidos, se puede concluir que es fundamental el reconocimiento de enfermería como figura clave para ayudar a estas personas, con el problema del alcoholismo, en el entorno laboral y fomentar programas, tanto de prevención como asistenciales, que ayuden a estos individuos a obtener una recuperación y reinserción laboral efectivas. También se hace necesario un entrenamiento de estos profesionales para que sus intervenciones puedan proporcionar los mayores resultados efectivos posibles.

Palabras clave: Alcoholismo, Salud Laboral, Enfermería del Trabajo, Servicios de Salud del Trabajador.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Nursing action opposite to the alcoholism in occupational health: review of the literature

Abstract

Introduction. According to the Law 31/1995, of November 8, on Prevention of Occupational Risks, in Spain awareness is raised of the importance of health in professionals dedicated to occupational health and later, the specialty of Work Nursing is created, regulated in the Royal Decree 450/2005, of April 22.

The increasing prevalence of the consumption of alcohol and other drugs in workers causes various problems such as: the increase of illnesses due to this consumption, work absenteeism, labor conflicts and disabilities, work accidents and decrease in productivity. The present study aims to know the relationship between alcoholism and occupational health from the nurse perspective.

Material and methods. A review of the literature has been carried out for approximately five months, under the

recommendations of PRISMA, in the PubMed, PsycINFO, CINAHL and Scopus databases (last 6 years).

Results. A total of 671 articles were obtained, of which, after the exclusion criteria applied, 21 were selected for review.

Conclusions. After the data obtained, it can be concluded that nursing recognition is essential as a key figure to help these people, with the problem of alcoholism, in the work environment and to promote programs, both prevention and care, that help these individuals to obtain an effective recovery and labor reinsertion. It is also necessary to train these professionals so that their interventions can provide the greatest possible effective results.

Keywords: Alcoholism, Occupational Health, Occupational Health Nursing, Occupational Health Services.

INTRODUCCIÓN

El término 'alcoholismo' hace REFERENCIAS al abuso del alcohol y, especialmente, a la dependencia física hacia esta sustancia^{1,2}. Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2015, publicado en EDADES 2015/2016, anualmente el 38,3% de la población mundial mayor o igual a 15 años de edad consume alcohol y, en 2012, 3,3 millones de personas en todo el mundo fallecieron a causa de problemas relacionados con este consumo^{3, 4, 5}. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha destacado el aumento del consumo de alcohol y tabaco en el ámbito laboral, origen de múltiples problemas, como el absentismo, la reducción del rendimiento laboral, los desajustes e incapacidades laborales y la mala calidad del trabajo entre otros⁶.

El objetivo de enfermería es el cuidado y el fomento de un nivel óptimo de salud en las personas, estableciendo una interacción entre enfermera, paciente y familia. Dicha interacción se desarrolla a través del Proceso de Enfermería, el cual se basa en la utilización de clasificaciones estandarizadas para diagnósticos de enfermería como NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), en resultados esperados tras las intervenciones enfermeras denominados NOC (Nursing Outcomes Classification) e intervenciones realizadas por la enfermería para alcanzar los resultados esperados denominados NIC (Nursing

Interventions Classification)^{7,8}.

Hoy en día, gracias a NANDA, enfermería posee una terminología propia para reflejar sus juicios clínicos, conocidos, también, como diagnósticos de enfermería⁹.

El diagnóstico que hace REFERENCIAS a esta enfermedad es [00063] Procesos familiares disfuncionales, el cual hace REFERENCIAS a la desorganización crónica de las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar, lo cual conlleva a conflictos, negación e inadecuada solución de los problemas, resistencia al cambio y un ambiente de crisis prolongado¹⁰.

El término 'salud laboral' engloba a todo aquello relacionado con la seguridad física, mental y social que poseen los trabajadores en sus puestos laborales, para así poder adoptar medidas que fomenten su bienestar o reduzcan y/o eliminen los riesgos asociados con enfermedades y accidentes¹¹.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales promueve la protección de la salud y seguridad de los trabajadores tanto en el ámbito laboral como en el de las Administraciones Públicas¹².

Según la Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se

ARTÍCULO DE REVISIÓN

aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería del Trabajo, se establece que “la Enfermería del Trabajo es una Especialidad enfermera que aborda los estados de salud de los individuos en su relación con el medio laboral, con el objeto de alcanzar el más alto grado de bienestar físico, mental y social de la población trabajadora, teniendo en cuenta las características individuales del trabajador, del puesto de trabajo y del entorno socio-laboral en que éste se desarrolla”¹³.

Es necesario en enfermería una mayor investigación y ampliación del conocimiento existente que permita aumentar la calidad de las intervenciones y las propuestas de políticas de salud encaminadas a la prevención del consumo de drogas y concretamente el ámbito laboral. Es por ello que el principal objetivo es, mediante el diseño y aplicación de intervenciones de promoción de la salud y de prevención, lograr reducir los elevados porcentajes existentes del consumo de esta sustancia¹⁴.

Todo lo anteriormente descrito hace que sea pertinente el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación; ¿Cuál es el papel del enfermero/a del trabajo frente al alcoholismo? Y la formulación del objetivo del presente estudio es conocer la relación entre el alcoholismo y la salud laboral desde la perspectiva enfermera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio. Revisión integrativa.

“La búsqueda de información para la presente revisión integrativa se ha realizado sobre el alcoholismo y salud laboral desde la perspectiva de la enfermería del trabajo”

La búsqueda de información para la presente revisión integrativa se ha realizado sobre el alcoholismo y salud laboral desde la perspectiva de la enfermería del trabajo.

Se han llevado a cabo siguiendo las recomendaciones para la publicación de revisiones sistemáticas o metaanálisis PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) y las establecidas por Perestelo para la planificación, desarrollo y redacción de revisiones sistemáticas en el ámbito de las ciencias de la salud^{15, 16}.

Se escogieron las palabras clave necesarias para facilitar la búsqueda de resultados a través de la estrategia y las bases de datos seleccionadas. La Tabla 1 refleja los Descriptores en Ciencias de la Salud [DeCS] empleados¹⁷.

Tabla 1. DeCS/MeSH utilizados en la búsqueda en bases de datos.

DeCS	MeSH
Alcoholismo	Alcoholism
Salud Laboral	Occupational Health
Enfermería del Trabajo	Occupational Health Nursing
Servicios de Salud del Trabajador	Occupational Health Services

Fuente: Elaboración propia

Con el uso de los descriptores anteriores y empleando los operadores booleanos “OR” y “AND” se diseñó la estrategia de búsqueda, obteniendo el siguiente resultado: (Alcoholism) AND (“Occupational Health” OR “Occupational Health Nursing” OR “Occupational Health Services”).

Se ha realizado una búsqueda sistemática en cuatro bases de datos electrónicas: Scopus, CINAHL, PsycINFO y Medline (PubMed)¹⁸⁻²¹.

Posteriormente se realiza una consulta de las fuentes primarias seleccionadas, revisando artículos literarios disponibles en los últimos 6 años (periodo 2013-2018).

Criterios de elegibilidad.

Los criterios de inclusión han sido: lenguaje (español e inglés), fecha de publicación igual o posterior al 2013, texto completo, publicación de estudios sobre el tema en cuestión y el tipo de estudio (cuantitativo y cualitativo)¹⁶.

Como criterios de exclusión se contemplaron los artículos con publicación anterior al 2013, publicaciones en idioma distinto al inglés o español, artículos repetidos, artículos en los que el texto completo no estaba disponible gratuitamente y artículos cuyo tema no correspondía con el objetivo del trabajo¹⁶.

Tras la búsqueda se obtuvo un total de 671 publicaciones, de las cuales han sido seleccionadas 21 para su revisión por cumplir los filtros o limitadores seleccionados, haciéndose visibles en la Tabla 2.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tabla 2. Relación de base de datos con estrategia de búsqueda, criterios de inclusión y resultados.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Resultados
SCOPUS	(Alcoholism) AND ("Occupational Health" OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Services")	Lengua española e inglesa. Año: 2013-2018.	43
MEDLINE (PubMed)	(Alcoholism) AND ("Occupational Health" OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Services")	Lengua española e inglesa. Año: 2013-2018. Acceso a texto completo.	33
PsycINFO	(Alcoholism) AND ("Occupational Health" OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Services")	Lengua española e inglesa. Año: 2013-2018. Acceso a texto completo.	581
CINAHL	(Alcoholism) AND ("Occupational Health" OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Services")	Lengua española e inglesa. Año: 2013-2018. Acceso a texto completo.	14

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

Se realiza el flujograma, según las recomendaciones PRISMA, correspondiente a la Figura 1, que complementa a la Tabla 2¹⁵.

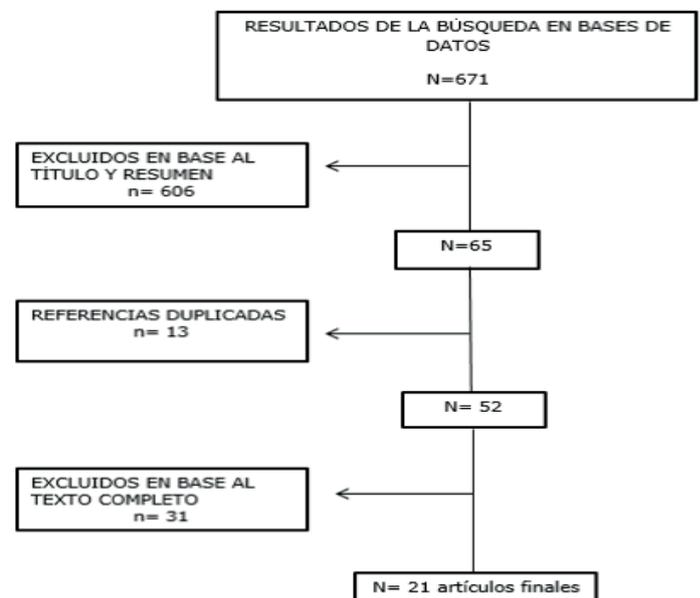
Figura 1. Flujograma basado en PRISMA con el número de publicaciones examinadas e incluidas en la revisión¹⁵.

A continuación, se realiza una descripción de los 21 estudios seleccionados para la elaboración de esta revisión de la literatura, destacando las características principales de cada uno de ellos.

DISCUSIÓN

Un estudio realizado por Reynolds & Bennett (2015) utilizó el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y el Programa de Concienciación del Equipo (TASB) como intervenciones de prevención en el lugar de trabajo, obteniendo reducciones en la frecuencia del consumo de alcohol²². Igualmente, otro estudio realizado por Soeker et al (2016) usó el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) para aquellas personas que regresaban al trabajo después de haberlo completado, obteniendo cambios de comportamiento positivos que mejoraron sus habilidades laborales, recomendando el uso de la terapia ocupacional para fortalecer el EAP²³.

Du Plessis, Corney & Burnside, en el año 2013, destacaron



Fuente: Elaboración propia

la necesidad de campañas de educación preventiva en los lugares de trabajo o en entornos universitarios, con el objetivo de reducir tanto el consumo de alcohol como los daños asociados a esta sustancia. Para ello utilizó la Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) para determinar la peligrosidad del consumo.²⁴ Este test de diez ítems ha resultado ser una herramienta de gran utilidad en diversos estudios llevados a cabo por distintos autores, como Ito et al., Rocha & Mendes, Watson et al., Khadjesari et al., Gossage et al., Bamberger

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tabla 3. Principales características de los estudios seleccionados tras el proceso de revisión.

Autor/Año/ País	Objetivos	Tipo de estudio/ Muestra	Principales resultados
Gossage et al. 2014 Sudáfrica	Describir los patrones de consumo de alcohol de hombres y mujeres adultos, y trabajadores agrícolas.	Estudio descriptivo transversal. Cuestionarios y entrevistas semiestructuradas. 591 personas.	Los trabajadores< agrícolas son más propensos a ser bebedores que los individuos en otras ocupaciones, presentando mayor consumo el sexo masculino.
Myron J. 2013 EEUU	Demostrar la existencia de mejoras de salud y seguridad en el lugar de trabajo a través de la reducción de accidentes y lesiones en el mismo.	Estudio cuantitativo cuasi-experimental (comparativo). 2881 registros	Relación positiva entre el uso de exámenes previos al empleo con una mayor salud y seguridad en el lugar de trabajo, mediante una reducción de las tasas de accidentes en el mismo.
Boß et al. 2015 Alemania	Evaluar la efectividad de una intervención de autoayuda guiada y no guiada basada en la web 'GET.ON Clever weniger trinken' (CWT).	Ensayo controlado aleatorizado de tres brazos. Cuestionarios. 528 adultos	Si se muestra efectivo, el CWT sería una solución para las empresas y para la sociedad en relación a la superación del alto riesgo de mala salud y pérdidas de productividad debido a problemas asociados con el alcohol.
Khadjesari et al. 2014 Reino Unido	Determinar la efectividad de las evaluaciones en línea y los comentarios personalizados sobre consumo de alcohol, entregado en un lugar de trabajo como parte de un control de salud.	Ensayo controlado aleatorizado individual. Cuestionarios. 3375 empleados	La evaluación en línea y los comentarios personalizados sobre la ingesta de alcohol, entregados en el contexto de un control de salud, no redujeron el consumo de alcohol entre estos empleados, en comparación con la evaluación en línea sin retroalimentación alcohólica.
Bakhshi & While 2014 Reino Unido	Examinar las prácticas de promoción de la salud, relacionadas con el alcohol, de los profesionales de la salud; y explorar la relación entre las actitudes y conductas personales y sus prácticas de promoción de la salud relacionadas con dicha sustancia.	Revisión de la literatura en bases de datos. 26 estudios.	Se puede sugerir una asociación entre las actitudes y el uso personal de alcohol de los profesionales de la salud y la posibilidad de incidir en sus prácticas profesionales con sus pacientes.
Nielsen et al. 2015 Noruega	Determinar la relación de las demandas laborales con el consumo de alcohol entre los empleados.	Estudio prospectivo de dos ondas (análisis transversales y prospectivos). Cuestionarios. 3642 adultos	No se encontró asociación entre la exposición a las demandas laborales y el consumo de alcohol.
Frone & Trinidad 2014 EEUU	Aumentar el conocimiento sobre la relación entre la disponibilidad física percibida de alcohol en el trabajo con el consumo de esta sustancia y el deterioro durante el día laboral debido a la misma.	Estudio heterogéneo (modelo conceptual). Cuestionarios. 2727 trabajadores	Relación positiva entre la disponibilidad física percibida del alcohol en el trabajo con el consumo de esta sustancia en el mismo y con el deterioro durante la jornada laboral.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Autor/Año/ País	Objetivos	Tipo de estudio/ Muestra	Principales resultados
Bamberger & Cohen 2015 Israel	Examinar los factores de riesgo en el lugar de trabajo asociados con el estrés, la disponibilidad social y la aplicación de la ley para explicar la gravedad del uso indebido de alcohol entre los conductores de camiones y autobuses.	Modelo de Coeficiente Aleatorio Lineal Multinivel Generalizado. Cuestionarios de autoinforme. 227 conductores masculinos	Ninguna de las tres variables de control social (contacto del supervisor, supervisión del supervisor y la voluntad del supervisor y la capacidad de intervenir) tuvieron un efecto significativo en el abuso del alcohol entre estos conductores.
Frone 2015 EEUU	Desarrollar y probar un modelo conceptual que vincule las experiencias de trabajo negativas y positivas con el consumo de alcohol de los empleados a través de la rumia de trabajo negativa y positiva, respectivamente. (Rumia: pensamiento repetitivo/reflexión)	Estudio retrospectivo (modelo conceptual). Entrevistas telefónicas. 2831 trabajadores	Las experiencias laborales positivas se relacionaron positivamente con la rumiación positiva del trabajo, que se relacionó negativamente con el uso excesivo de alcohol y el consumo de alcohol después del trabajo, pero no estuvo relacionado con el consumo de alcohol en el día laboral.
Colell et al. 2014 España	Averiguar la asociación entre el estrés laboral y el consumo de alcohol.	Estudio transversal. Cuestionarios. 13005 personas mayores de 15 años	El estrés se asoció positivamente con el consumo excesivo cuando se analizó por separado en hombres. Los hombres con mala salud y tanto hombres como mujeres con educación primaria tenían mayor probabilidad de un consumo excesivo.
Ourives & Giatti & Ávila. 2016 Brasil	Describir la prevalencia e identificar factores asociados con el abuso del alcohol y la dependencia.	Estudio transversal. Cuestionario digital. 1607 conductores	El abuso y la dependencia del alcohol se asoció positivamente con: nivel educativo inferior, fumar, no participación en actividades sociales, diagnóstico médico de tres o más enfermedades, agresión en el trabajo y angustia relacionada con el trabajo.
Nurmela et al. 2015 Finlandia	Revelar lagunas en la identificación del abuso del alcohol en la atención de la salud y en los servicios de empleo.	Análisis de regresión logística. Investigación sistemática. 505 sujetos	La identificación del abuso de alcohol fue mayor en el sexo masculino, menores de 50 años, trabajadores manuales solteros, más de 10 años desempleados, dificultades de aprendizaje en la escuela, antecedentes penales y problemas de alcohol en la familia desde la infancia.
Paljärvi et al. 2015 Finlandia	Establecer cómo los adultos jóvenes de entre 18 y 34 años, participaron en el mercado de trabajo después de completar su educación básica obligatoria.	Estudio de cohortes retrospectivo. 64342 personas entre 18 y 34 años.	El bajo nivel educativo y desempleo juvenil inciden en la desventaja del mercado laboral en la vida futura y limitaban a estas personas a la hora de acceder a un alto nivel ocupacional y ocasionaba un retraso a la hora de acceder al empleo.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Autor/Año/ País	Objetivos	Tipo de estudio/ Muestra	Principales resultados
Reynolds & Bennett 2015 EEUU	Efectos de capacitación en el lugar de trabajo sobre la búsqueda de ayuda y el consumo de alcohol.	Ensayo controlado aleatorizado (Modelo conceptual). Cuestionarios. 1510 empleados	Mediante el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y el Programa de Concienciación del Equipo (TASB) se mejoraron las actitudes y conductas de búsqueda de ayuda y disminuyeron los riesgos consumo de alcohol.
García-Díaz et al. 2015 España	Explorar la asociación entre el consumo de tabaco y alcohol y el tipo de jornada laboral en población española.	Estudio transversal. Cuestionarios. 8155 personas	No se encontró una asociación significativa entre el tipo de jornada laboral y el aumento del consumo de alcohol, aunque la jornada reducida se relacionó con una disminución del consumo.
Soeker et al. 2016 Sudáfrica	Explorar los desafíos que experimentan los empleados que abusan de sustancias cuando regresan al trabajo después de completar un Programa de Asistencia para Empleados (EAP).	Estudio descriptivo exploratorio cualitativo. Entrevistas semiestructuradas. 3 participantes masculinos y 2 informantes.	Los empleados enfrentaron a sistemas de apoyo deficientes en el hogar y en el entorno de trabajo después de la finalización del EAP, pero también experimentaron cambios de comportamiento positivos que mejoraron sus habilidades laborales.
Du Plessis & Corney & Burnside 2013 Australia	Comprender la prevalencia del consumo nocivo de alcohol en la construcción y su relación con la violencia.	Encuestas. 108 aprendices de la industria de la construcción.	Se identificó una relación positiva entre el comportamiento perjudicial para beber y la violencia (abuso verbal, discriminación racial, amenazas, daño a otra persona).
Ito et al. 2015 Japón	Investigar la efectividad de la intervención breve realizada en el lugar de trabajo para bebedores excesivos.	Ensayo aleatorizado y controlado. Cuestionarios. 304 participantes	Ensayo aleatorizado y controlado. Cuestionarios. 304 participantes
Rocha & Mendes 2014 Brasil	Estimar el patrón de consumo de bebidas alcohólicas y el perfil socioeconómico de los trabajadores en un Servicio Público.	Estudio transversal con muestreo aleatorio. Cuestionarios. 322 sujetos	El 12.7% tenía consumo peligroso, daño y sugestivo de dependencia, frente a un 87.3% que presentaba consumo de bajo riesgo. Este consumo peligroso se asoció a trabajadores de sexo masculino y con bajos niveles de educación.
Thrasher et al. 2016 EEUU	Relación entre discriminación autoinformada en el lugar de trabajo con el abuso del alcohol entre los trabajadores del hospital.	Estudio longitudinal de casos y controles. 664 trabajadores	Los participantes blancos que informaron cualquier discriminación tenían más probabilidades de obtener un mayor abuso de alcohol que los participantes de las minorías raciales/étnicas, ya que el beber es culturalmente más permisible.
Watson et al. 2015 Reino Unido	Explorar la viabilidad y la relación costo-beneficio de la evaluación y la entrega de una intervención breve para los empleados que consumen alcohol.	Ensayo piloto aleatorizado y controlado. Cuestionarios. 627 empleados.	Las intervenciones breves sobre el alcohol en el lugar de trabajo pueden ofrecer una reducción de los daños relacionados con el alcohol y ahorrar recursos del sector público. El AUDIT parece ser una buena herramienta de detección.

Fuente: Elaboración propia

ARTÍCULO DE REVISIÓN

& Cohen, Bakhshi & While, considerándose una adecuada herramienta de intervención breve en el entorno de trabajo, en las estrategias de promoción de la salud y reducción del consumo de alcohol²⁵⁻³¹.

Además de las intervenciones anteriormente destacadas, un proyecto de estudio realizado por Bob et al., (2015), tuvo como objeto evaluar la efectividad de una intervención de autoayuda guiada y no guiada basada en una página web recientemente desarrollada para empleados con consumo problemático de alcohol, considerándola como posible solución, tanto para los empleados como para las empresas y para la comunidad, a la hora de superar el alto riesgo de mala salud y pérdidas de productividad debido a problemas relacionados con el alcohol³².

Myron, en 2013, destacó la importancia de un programa que eliminara del mercado laboral a los solicitantes de empleo con problemas detectados de consumo drogas con el objeto de reducir la tasa de accidentes y lesiones en el lugar de trabajo y así aumentar la salud y seguridad en el mismo³³.

En relación a los factores estresantes con el consumo de alcohol, se han encontrado algunas diferencias. El estudio realizado por Colell, et al., (2014) valoró, como factores de estrés laboral, el ambiente de trabajo nocivo, la carga de trabajo, la precariedad y la falta de apoyo social, concluyendo la importancia de la implementación de políticas de prevención para reducir el riesgo de consumo excesivo de alcohol en el lugar de trabajo, debido a que estos factores estresantes incidían de forma positiva en el consumo³⁴. Otro estudio realizado por Ourives, Giatti & Ávila (2016), asoció positivamente el consumo de alcohol en el lugar de trabajo con la angustia en el mismo³⁵. Por el contrario, Nielsen et al (2015) y Bamberger & Cohen (2015) no encontraron una relación entre los factores estresantes del trabajo y el consumo de alcohol^{30,36}.

Considerando otros factores relacionados con el consumo de alcohol en el lugar de trabajo, Frone MR evidenció que las experiencias de trabajo negativas se relacionaban con un mayor consumo y viceversa³⁷. Y, Frone & Trinidad afirmaron que la facilidad de usar alcohol durante la jornada laboral y para obtener alcohol en el trabajo estaban directamente relacionadas con el consumo de alcohol en el mismo³⁸.

En cuanto al nivel de educación del trabajador, también se encontraron algunas diferencias. Diversos autores, como Ourives, Giatti & Ávila, Nurmela et al., Paljärvi et al., destacan una asociación positiva entre un nivel bajo de educación con el consumo de alcohol en el lugar de trabajo.^{35, 39, 40} Sin embargo, un estudio realizado por Frone MR (2015) destacó que los altos niveles de educación se relacionaron con experiencias laborales más negativas y mayores niveles de consumo de alcohol en el lugar de trabajo y después del trabajo³⁷.

Thrasher et al., mencionan que las minorías raciales o étnicas presentaban una mayor discriminación en sus condiciones laborales que los de raza blanca. Este último grupo presentaba un mayor consumo de alcohol en el lugar de trabajo por razones culturales⁴¹.

Por último un estudio realizado por García-Díaz et al (2015) no encontró una asociación significativa entre el turno de trabajo con el consumo de alcohol⁴².

Con respecto al tipo de jornada laboral y el tipo de empleo relacionados con el consumo excesivo de alcohol, no se ha encontrado una asociación clara entre el tipo de jornada laboral y el aumento del consumo de alcohol

CONCLUSIONES

Con respecto al tipo de jornada laboral y el tipo de empleo relacionados con el consumo excesivo de alcohol, no se ha encontrado una asociación clara entre el tipo de jornada laboral y el aumento del consumo de alcohol. En relación al tipo de empleo con una mayor asociación al consumo en este entorno, han destacado: la construcción, trabajadores del transporte, trabajadores manuales y trabajadores agrícolas que, a su vez, estaban asociados con un menor nivel de educación.

Haciendo REFERENCIAS a la necesidad de programas de prevención y apoyo en relación con el consumo de alcohol en cualquier empresa, cabe destacar, por su efectividad, varias herramientas como el Programa de Asistencia al Empleado (EAP), el Programa de Concienciación del Equipo (TASB) e intervenciones breves, recomendando usar la terapia ocupacional para fortalecer estos programas. También se han señalado dos herramientas usadas en las estrategias de promoción de la salud y abuso del alcohol, las cuales son CAGE y el AUDIT. Como último hallazgo, se ha demostrado que los cuestionarios de detección de drogas antes del empleo son útiles para una mayor seguridad en el mismo, reduciendo los accidentes y lesiones en el entorno laboral.

Con respecto a la influencia de las condiciones de trabajo y empleo sobre el consumo de alcohol en aquellas

ARTÍCULO DE REVISIÓN

ocupaciones en las cuales es fácil obtener y usar el alcohol durante la jornada laboral se encuentra una asociación positiva con respecto al consumo de esta sustancia en el lugar de trabajo.

En cuanto a los motivos que llevan al trabajador a iniciar y mantener el consumo de alcohol en el entorno laboral, el mayor consumo está relacionado, sobre todo, con dos factores: pertenecer al sexo masculino y tener un bajo nivel de educación. Tanto el bajo nivel educativo como el desempleo juvenil inciden, de forma importante, en la desventaja del acceso al mercado laboral en el futuro. Otros factores que se han relacionado de forma positiva con este aumento del consumo en el mercado laboral son: el comportamiento violento, el tabaquismo, la no participación de actividades sociales, el colectivo joven, un período largo de desempleo, antecedentes penales y

problemas de alcohol en la familia presenciados desde la infancia.

En respuesta al objetivo planteado, destaca la incidencia del consumo de alcohol cada vez mayor en el entorno laboral y la necesidad de programas de prevención, proporcionados por los profesionales de enfermería, para estos individuos en relación a este consumo en este entorno. También se hace necesario un entrenamiento del colectivo de enfermería para que así estos profesionales se encuentren capacitados tanto de proporcionar las herramientas necesarias como de facilitar información pertinente a estas personas que les pueda ayudar tanto en la reducción de su consumo de alcohol en el medio laboral como con los problemas asociados al consumo y, de esta forma favorecer la calidad en el empleo y la reinserción laboral, en los casos que sea necesarios.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

REFERENCIAS

1. Fundación Manantiales. Tratamientos: alcoholismo [Internet]. Madrid: Fundación Manantiales; [acceso 6 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.manantiales.org/alcoholismo.php>
2. Segal J, Smith M. Alcoholismo y abuso de alcohol [Internet]. Helpguide.org; 2017 [acceso 6 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.helpguide.org/es/articulos/adicciones/alcoholismo-y-abuso-de-alcohol.htm?pdf=true>
3. Organización Mundial de la Salud. Alcohol [Internet]. OMS; 2018 [actualizada el 5 de febrero de 2018, acceso 6 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud [Internet]. Ginebra: Oficina Regional para las Américas de la OMS; 2014 [actualizado el 12 de mayo de 2014, acceso 7 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9564%3A2014-global-who-report-highlights-negative-health-impacts-of-alcohol&Itemid=1926&lang=es
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol, 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España [Internet]. Madrid: MSC; 2007 [acceso 7 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.msps.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>
6. Ochoa E, Madoz A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Med Segur Trab. 2008; 54(213): 25-32.
7. Del Rey CF, Ferrer E, Benavent A. Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC [Internet]. Fundamentos de enfermería [acceso 12 de febrero de 2018]. Disponible en: http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf
8. Cañón-Montañez W, Rodríguez-Acelas AL. Desarrollo de la investigación en diagnósticos de enfermería. Rev Cuid. 2010; 1(1): 63-72.
9. Salusplay. ¿Qué es NANDA? [Internet]. Salusplay; 2018 [acceso 7 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/diccionario/que-es-nanda/>
10. NNNConsult. NANDA [00063] Procesos familiares disfuncionales [Internet]. Elsevier; 2018 [acceso 7 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ezproxy.unex.es/nanda/63>
11. Matabanchoy SM. Salud en el trabajo. Rev Univ. salud. 2012; 15(1): 87-102.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

12. Benlloch MC, Ureña Y. Conceptos básicos sobre seguridad y salud en el trabajo, Marco normativo básico en materia de prevención de riesgos laborales: derechos y deberes básicos en esta materia [Internet]. Valencia: Institut Valencià de Seguretat i Salut en el Treball (INVASSAT); 2014 [acceso 15 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.invassat.gva.es/documents/161660384/161741761/BENLLOCH+LOPEZ++Mari+Cruz%3B%20>
13. Aznar D, Andía A. La Enfermería del Trabajo, una nueva etapa [Internet]. Zaragoza: Asociación Aragonesa de Enfermería del Trabajo (ASAET); 2010 [acceso 16 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.ocez.net/secciones-colegiales/Archivos/web-colegio-enfermeria-zaragoza/articulo_revista.pdf
14. Armendáriz-García NA, Almanza-López JB, Alonso-Castillo MT, Oliva-Rodríguez NN, Alonso-Castillo MM, López-Cisneros MA. La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural en el adolescente, Perspectiva de enfermería. Chía. 2015; 15(2): 219-227.
15. Ottawa Hospital Research Institute, University of Oxford. Welcome to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) website! [Internet]. Oxford: PRISMA; 2015 [acceso 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.prisma-statement.org/>
16. Perestelo-Pérez L. Estándares sobre cómo desarrollar e informar revisiones sistemáticas en Psicología y Salud. International Journal of Clinical and Health Psychology [revista en Internet] 2013 [acceso 26 de marzo de 2018]; 13(1): [49-57]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260013700073>
17. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. Sao Paulo: BIREME/OPS/OMS; 2017 [actualizada el 18 de mayo de 2017, acceso 26 de marzo de 2018]. Disponible en: http://decs.bvs.br/como_citar_el_DeCS.htm
18. RELX Group. Scopus [Internet]. Elsevier; 2018 [acceso 28 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/americalatina/es/scopus>
19. Campus de Excelencia Internacional BIOTIC Granada. CINAHL Complete [Internet]. Granada: Biblioteca Universidad de Granada; 2018 [acceso 28 de marzo de 2018]. Disponible en: https://biblioteca.ugr.es/pages/biblioteca_electronica/bases_datos/cinahl
20. Biblioteca Digital de Catalunya (BDC). PsycINFO [Internet]. Barcelona: Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya (CSUC); 2018 [acceso 29 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.csuc.cat/es/psycinfo>
21. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. Bethesda, Maryland: US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database [acceso 29 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
22. Reynolds GS, Bennett JB. A Cluster Randomized Trial of Alcohol Prevention in Small Businesses: A Cascade Model of Help Seeking and Risk Reduction. Am J Health Promot. 2015; 29(3): 182-191.
23. Soeker S, Matimba T, Machingura L, Msimango H, Moswaane B, Tom S. The challenges that employees who abuse substances experience when returning to work after completion of employee assistance programme (EAP). IOS Press. 2016; (53): 569-584.
24. Du Plessis K, Corney T, Burnside L. Harmful Drinking and Experiences of Alcohol-Related Violence in Australian Male Construction Industry Apprentices. American Journal of Men's Health. 2015; 7(5): 423-426.
25. Ito C, Yuzuriha T, Noda T, Ojima T, Hiro H, Higuchi S. Brief Intervention in the Workplace for Heavy Drinkers: A Randomized Clinical Trial in Japan. Alcohol and Alcoholism. 2015; 50(2): 157-163.
26. Rocha RM, Mendes AM. Alcohol consumption pattern among workers and socioeconomic profile. Acta Paul Enferm. 2014; 27(2): 93-9.
27. Watson H, Godfrey C, McFadyen A, McArthur K, Stevenson M, Holloway A. Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm: A pilot randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies [revista en Internet] 2015 [acceso 29 de marzo de 2018]; (52): [39-48]. Disponible en: [https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(14\)00170-9/pdf](https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(14)00170-9/pdf)

ARTÍCULO DE REVISIÓN

28. Khadjesari Z, Freemantle N, Linke S, Hunter R, Murray E. Health on the Web: Randomised Controlled Trial of Online Screening and Brief Alcohol Intervention Delivered in a Workplace Setting. *PLOS ONE* [revista en Internet] 2014 [acceso 29 de marzo de 2018]; 9(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4237335/>
29. Gossage JP, Snell C, Parry C, Marais AS, Barnard R, De Vries M et al. Alcohol Use, Working Conditions, Job Benefits, and the Legacy of the "Dop" System among Farm Workers in the Western Cape Province, South Africa: Hope Despite High Levels of Risky Drinking. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; (11): 7406-7424.
30. Bamberger PA, Cohen A. Driven to the Bottle: Work- Related Risk Factors and Alcohol Misuse Among Commercial Drivers. *Journal of Drug Issues* [revista en Internet] 2015 abril [acceso 29 de marzo de 2018]; 45(2): [180-201]. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022042615575373>
31. Bakhshi S, While AE. Health Professionals' Alcohol-Related Professional Practices and the Relationship between Their Personal Alcohol Attitudes and Behavior and Professional Practices: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; (11): 218-248.
32. Boß L, Lehr D, Berking M, Riper H, Schaub MP, Ebert DD. Evaluating the (cost-)effectiveness of guided and unguided Internet-based self-help for problematic alcohol use in employees - a three arm randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2015; (15): 1043.
33. Myron J. Assessing the Association between Pre-Employment Drug Screening and a Reduction in Workplace Accidents and Injuries [dissertation]. Prescott Valley, Arizona: Northcentral University Graduate Faculty of the School of Business and Technology Management; 2013.
34. Colell E, Sánchez-Niubò A, Benavides FG, Delclos GL, Domingo-Salvany A. Work-Related Stress Factors Associated With Problem Drinking: A Study of the Spanish Working Population. *American Journal Of Industrial Medicine* [revista en Internet] 2014 abril [acceso 29 de marzo de 2018]; (57): [837-846]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ajim.22333>
35. Ourives N, Giatti L, Ávila A. Factors associated with alcohol abuse and dependence among public transport workers in the metropolitan region of Belo Horizonte. *Int Arch Occup Environ Health* [revista en Internet] 2016 march [acceso 29 de marzo de 2018]. Disponible en: https://site.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/33/2016/05/CAGE_RODO.pdf
36. Nielsen MB, Finne LB, Christensen O, Knardahl S. Job demands and alcohol use: testing a moderated mediation model. *Scand J Work Environ Health*. 2015; 41(1): 43-53.
37. Frone MR. Relations of Negative and Positive Work Experiences to Employee Alcohol Use: Testing the Intervening Role of Negative and Positive Work Rumination. *Journal of Occupational Health Psychology* [revista en Internet] 2015 abril [acceso 29 de marzo de 2018]; 20(2): [148-160]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4372465/>
38. Frone MR, Trinidad JR. Perceived Physical Availability of Alcohol at Work and Workplace Alcohol Use and Impairment: Testing a Structural Model. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014; 28(4): 1271-1277.
39. Nurmela K, Heikkinen V, Hokkanen R, Ylinen A, Uitti J, Mattila A et al. Identification of alcohol abuse and transition from long-term unemployment to disability pension. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015; (43): 518-524.
40. Paljärvi T, Martikainen P, Pensola T, Leinonen T, Herttua K, Mäkelä P. Life Course Trajectories of Labour Market Participation among Young Adults Who Experienced Severe Alcohol-Related Health Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *PLOS ONE* [revista en Internet]. 2015 may [acceso 29 de marzo de 2018]; 10(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418731/>
41. Thrasher AD, Wells AM, Spencer M, Cofie L, Yen I. Workplace Discrimination Is Associated With Alcohol Abuse Among Ethnically Diverse Hospital Staff. *Workplace Health & Safety* [revista en Internet] 2016 march [acceso 29 de marzo de 2018]; 64(5). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2165079916628878> .
42. García-Díaz V, Fernández-Feito A, Arias L, Lana A. Consumo de tabaco y alcohol según la jornada laboral en España. *Gac Sanit*. 2015; 29(5): 364-369.

Prescripción enfermera en salud laboral: una revisión integrativa

Autores:

Japón EV¹, Pabón M², Vega-Escañó J³

1. Graduada en Enfermería. Universidad de Sevilla.

2. Diplomado Enfermería. Profesor del Centro de adscrito de enfermería Cruz Roja. Universidad de Sevilla.

3 Enfermo del Trabajo. Profesor del Centro de adscrito de enfermería Cruz Roja. Universidad de Sevilla.

Autora de correspondencia:

D^a Eva María Japón Vélez

ejaponvelez@gmail.com

Este artículo consiguió el Tercer Premio en el I Certamen de investigación AET-SALUSPLAY para TFM-TFG en Enfermería del Trabajo y Salud Laboral.

Recibido: 27/01/2019 Trazabilidad editorial
Revisado: 22/02/2019 Aceptado: 8/03/2019

Citar como:

Japón EV, Pabón M, Vega-Escañó J. Prescripción enfermera en salud laboral: revisión de la literatura. Revista Enfermería del Trabajo. 2019. 9; 1:32-41

Resumen

Introducción. La prescripción enfermera actualmente es un hecho en pleno auge. Internacionalmente, son muchos los países que ya cuentan con un sistema estructurado y que da respaldo a la prescripción enfermera. En España se encuentra legalizada desde el año 2009, pero aún está exenta de una normativa firme que la regule. El objetivo de este trabajo es revisar la bibliografía existente para esclarecer cuál es la función y situación de la prescripción enfermera en el ámbito de salud laboral, conociendo las diferentes situaciones en la que enfermería de salud laboral prescribe e identificando las posibles barreras que se producen para ello.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión integrativa empleando diferentes bases de datos (PubMed, Cinahl, Scielo, Cuiden Plus, Lilacs y Dialnet). El periodo de tiempo fue de 2008-2018.

Resultados. Se han filtrado bajo unos criterios de exclusión e inclusión, obteniendo así una selección de 22 artículos potencialmente útiles para el desarrollo de la revisión.

Conclusiones. La prescripción enfermera en España está en una situación confusa en cuanto a legislación que respalde este acto, sin embargo queda demostrado los beneficios que se obtienen para el paciente, el sistema sanitario y para los enfermeros/as. Es necesario seguir investigando y publicando artículos que ayuden a que se reconozca esta labor que, siendo ya una competencia propia de enfermería, lleva años realizándose por enfermeros/as de nuestro país.

Palabras clave: Enfermería; Prescription; Salud laboral; Enfermera del trabajo.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Nursing prescription in occupational health: an integrative review

Abstract

Introduction. The nursing prescription is currently a fact in full swing. Internationally there are many countries that already have a structured system and that supports the nursing prescription. In Spain it has been legalized since 2009, but it is still exempt from a firm regulation that regulates it. The objective of this work is to review the existing bibliography to clarify what the function and situation of nursing prescription in occupational health, knowing the different situations in which occupational health nursing prescribes and identifying the possible barriers for this.

Material and Methods. Different databases have been used (PubMed, Cinahl, Scielo, Cuiden Plus, Lilacs and Dialnet). They have been filtered under exclusion and

inclusion criteria. Period: from 2008 to 2018.

Results. It was obtained a selection of 22 potentially useful articles for the development of the review.

Conclusions. The prescription nurse in Spain is in a confusing situation regarding legislation to support this act, however it is demonstrated the benefits that are obtained for the patient, the health system and for nurses. It is necessary to continue researching and publishing articles that help to recognize this work that, being already a competence of nursing, has been carried out for years by nurses from our country.

Keywords: Nursing; Prescription; Occupational health; Occupational health nursing.

INTRODUCCIÓN

El Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo tiene una gran responsabilidad en sus competencias diarias. Una de ellas es vigilar los factores de riesgo a los que están expuestos los trabajadores en su ámbito laboral y los efectos que éstos pueden provocar en la salud de los trabajadores. Es por ello, la necesidad de dar herramientas que permita el correcto desarrollo de su actividad profesional, en este contexto entra un factor determinante como es la prescripción enfermera¹.

Uno de los puntos más importantes de la prescripción enfermera es la percepción que puedan tener los pacientes sobre la realización de ésta. Se encuentran estudios que avalan la opinión positiva de los pacientes, asegurando que el acceso a los profesionales de enfermería era más factible que a un médico, que su lenguaje para hacerles llegar la información sobre algún proceso era más adecuado y todo esto ayudaba a una mejor adherencia al tratamiento²⁻³.

Se debe destacar también que no se perciben diferencias entre la prescripción enfermera y la prescripción médica desde el punto de vista del usuario, como así habla refiere Jones et al. basado en entrevistas semiestructuradas a 18 empleados de un hospital (enfermeros y médicos) y a 122 pacientes, donde se expone que ambas prescripciones no difieren ni en tiempos de consulta, ni en la frecuencia de la prescripción, ni en los fármacos prescritos⁴.

La evolución del marco legal de la prescripción enfermera se ha visto reforzada por la integración y transformación del Grado en Enfermería, ya que está aportando aspectos positivos para el aumento de las competencias de la enfermería⁵.

Existen evidencias científicas en la que se recaban datos de la evolución que ha surgido en la prescripción enfermera a nivel mundial. Se constatan que durante las dos últimas décadas ha existido un aumento del número de países con prescripción enfermera y un interés notable de otros países para adaptarse a ese cambio. Los países con prescripción enfermera autorizada son Australia, Francia, Canadá, Bostwana, Estados Unidos, Zambia, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Reino Unido, Irlanda y Brasil. En cada país fue necesario un procedimiento para asegurar el establecimiento de la prescripción enfermera de manera formal; en cuyo caso fue necesario que los grupos enfermeros se aunasen junto a una asesoría legal para conseguir un impacto legislativo mayor⁶.

No se debe obviar que en el Real Decreto 450/2005 se confiere⁷ las competencias de enfermería en el área asistencial de salud laboral. En dicha normativa se recoge el manejo correcto de los medicamentos y productos sanitarios, los cuales estén fijados legalmente y que sean usados en salud laboral. Esto unido a que actualmente la prescripción enfermera se encuentra en un proceso de expansión, estando ya en algunos países establecida⁸, se hace oportuna la realización de esta revisión de la literatura cuyo objetivo es revisar la bibliografía científica

ARTÍCULO DE REVISIÓN

más actualizada en lo referente a la prescripción enfermera en el ámbito de la salud laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos que se han considerado más relevantes para el propósito: PubMed/Medline, Cuiden y Cinhal, así como los recursos electrónicos Scielo, Lilacs y Dialnet⁹ durante el periodo 2008-2018.

Para las estrategias de búsqueda, se emplean los descriptores MeSH (nursing prescribing, occupational health nursing) adaptándolos a las características y capacidades concretas de cada base de datos. También se utiliza una búsqueda en bola de nieve para ampliar el número de artículos del ámbito de la cardiología y la neurología, puesto que el número era más reducido al estar menos estudiados. Una vez se verifican los descriptores como lenguaje reglado, se usan los descriptores booleanos para combinarlos, tales como AND, OR y NOT. También han sido usados los truncamientos, los paréntesis y las comillas a demanda de las búsquedas según se originaba ruido o silencio.

La búsqueda ha obtenido un total de 462 publicaciones, previas a aplicar los filtros, posteriormente se obtienen 155 resultados de los cuales han sido seleccionados 20 para su revisión, estos últimos cumplen con los limitadores requeridos (Tabla 1).

Se ha completado con una búsqueda libre específica en la Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses. La búsqueda se realizó desde noviembre de 2017 a mayo de 2018.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de las búsquedas en las distintas bases de datos, especificando fórmulas y filtros utilizados.

Criterios de Selección

En el proceso de revisión integrativa se establecieron varios criterios de exclusión; aquellos artículos que aparecían repetidos en una base de datos anterior, toda aquella bibliografía con fecha de publicación mayor a diez años, publicaciones en idioma distinto al español o al inglés y las que no mostraban un contenido pertinente para esta revisión.

Durante el proceso se seleccionaron aquellos artículos publicados en los últimos diez años, entre enero de 2008 y diciembre de 2018; se seleccionaron aquellos que estuvieran en lengua española o inglesa, como así, todos los artículos que mostraban un resumen apto para la revisión. Por último, no se elige criterio de inclusión que los artículos encontrados estén disponibles a texto completo en la base de datos donde aparecía, si no, que la revista de su publicación estuviese contratada por la Biblioteca Virtual de la Universidad de Sevilla, de forma gratuita y online.

Tabla 1. Estrategias de búsqueda.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Nº resultados	Integrados a la revisión
Pubmed	Nurs* prescrib* AND occupational health or occupational health nursing NOT medical prescription	10 años	61	9
Cinahl	Nurs* prescrib* AND occupational health OR occupational health nursing NOT medical prescription (Nurse prescribing OR OR nurse practitioner OR non medical prescribing) AND occupational health OR occupational safety	10 años Texto completo Lengua española e inglesa	40	0
Scielo	Prescripción enfermera AND (enfermera del trabajo OR salud laboral)	Sin filtros	27	2
Cuiden plus	“prescripción enfermera” AND salud laboral	Sin filtros	7	1
Lilacs	(nurse prescribing) AND (occupational health)	10 años Texto completo Lengua española e inglesa	12	8
Dialnet	Prescripción enfermera AND salud laboral	Sin filtros	8	0

Fuente: Elaboración propia

ARTÍCULO DE REVISIÓN

RESULTADOS

DISCUSIÓN

La prescripción enfermera en el ámbito nacional

En 2015, Dalfó realiza un estudio en el ámbito de la atención primaria, donde se pretendía conocer cuáles son los medicamentos y/o productos sanitarios que prescribe enfermería. En primer lugar, se sitúan las vacunas con una tasa del 63,1%, acto seguido, los antisépticos de uso tópico con un 60,7% y en tercero los antipiréticos con un 44,8% de tasa en las respuestas¹⁸.

Asociados en grupos los medicamentos y/o productos mayormente recetados son antidiabéticos orales, seguidos del material de heridas y finalmente productos para la incontinencia urinaria^{18,28}.

Por otro lado, un estudio realizado por Rodríguez donde se describe como de manera informal, en numerosas ocasiones, las enfermeras realizan prescripción en el sistema sanitario español²⁹. En ocasiones como en la evaluación de una herida, Enfermería usa e indica a los pacientes el uso de antisépticos, anestésicos y productos

para la cura diaria como compresas, gasas y apósitos. En otras ocasiones como en la incontinencia urinaria, la enfermera indica y prescribe el uso de absorbentes según el grado del problema. En atención primaria, el personal enfermero es responsable de las vacunaciones, administrándolas y decidiendo la pauta adecuada.

La prescripción independiente supone que el personal de enfermería de atención primaria prescribe el 81% del total de los productos sanitarios, en cambio en cuanto a medicación es el 0,3% del total de la prescripción, motivado por tener que ceñirse a un listado de medicamentos casi sin valor terapéutico. En Andalucía existen protocolos de seguimiento farmacológico para llevar a cabo la llamada prescripción colaborativa, estando vigentes para pacientes anticoagulados, pacientes con riesgo vascular y con diabetes²⁹.

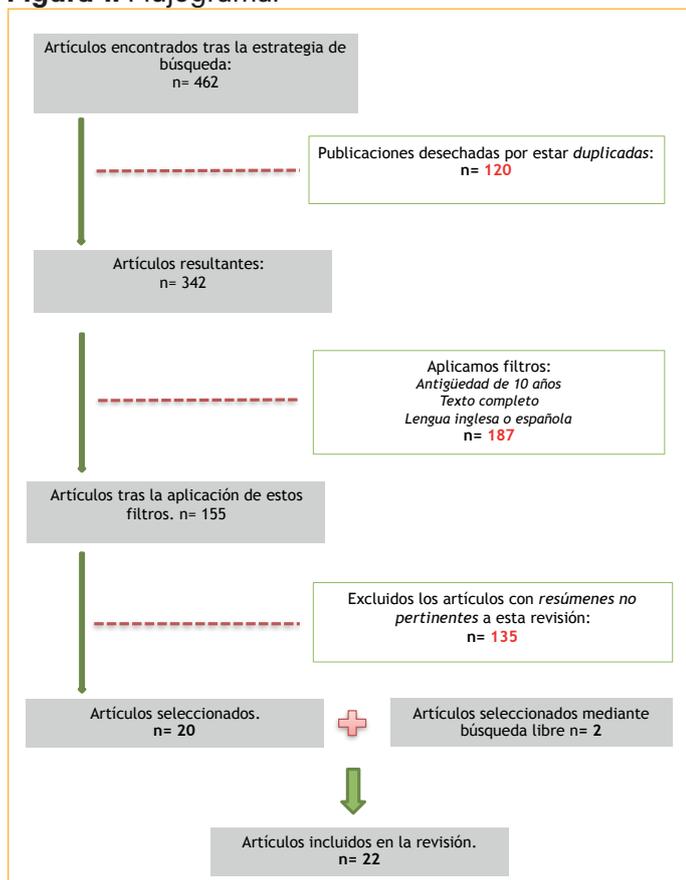
La prescripción enfermera en el ámbito internacional

A nivel internacional nos encontramos con el estudio de Hyde, et al. donde se describe cómo los profesionales de Enfermería hacen uso de sus conocimientos para realizar prescripción enfermera de pruebas complementarias como placas de rayos X. Esta iniciativa, que amplía el rol de la enfermería, permite prescribir las radiografías, pero no interpretarlas, acto que era exclusivo hasta entonces del personal médico¹¹.

En salud laboral los enfermeros también pueden ayudar a los empleados en cuadros de ansiedad y depresión con antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de norepinefrina y en el insomnio con agentes como hidroxicina, difenhidramina y tramadol¹⁶. Es importante destacar que la función principal de enfermería del trabajo es conservar la salud de los trabajadores, prevenir y atender a los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, así como favorecer la rehabilitación con el fin de favorecer la calidad de vida del trabajador²⁰.

De igual modo, nos encontramos con otro estudio donde los profesionales de enfermería de Distrito prescriben medicamentos y productos sanitarios. Los resultados muestran la frecuencia y las áreas donde la enfermería prescribe medicamentos y productos sanitarios. Los medicamentos más frecuentemente prescritos fueron cremas, corticoides y gotas oculares; la áreas o zonas más comunes donde prescripción fueron: área oftalmológica, área dérmica (en concreto eccemas), área gastrointestinal, área del dolor y área de oído, nariz y garganta. En relación con la frecuencia de prescripciones, se reflejan las distintas áreas de salud y la asiduidad con las que los distintos encuestados (n=85) prescriben un medicamento y/o un producto sanitario para cada área. El 35% de los encuestados admitieron estar preparados para prescribir los productos que ya prescribían y que tenían

Figura 1. Flujoograma.



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tabla 2. Resultados de búsqueda.

Autores	Objetivos	Conclusiones
<p>Traczynski, et al.¹⁰ USA / 2018 Descriptivo transversal</p>	<p>Evaluar el impacto social, económico y de salud de la prescripción enfermera.</p>	<p>Se prevé que con la total independencia se puedan reducir los costos en más de 0.6% a 1.3%</p>
<p>Hyde, et al.¹¹ Irlanda / 2016 Descriptivo transversal</p>	<p>Describir, comparar y analizar las percepciones de la seguridad de una enfermera que prescribiendo radiación ionizante en tres grupos ocupacionales: enfermería, radiografía y medicina</p>	<p>Enfermería receta medicamentos sin supervisión médica.</p>
<p>Blanck, et al.¹² Suecia / 2015 Descriptivo transversal</p>	<p>Describir la práctica de prescripción enfermera del distrito y examinar la asociación entre la frecuencia de prescripción de la enfermera de distrito, las opiniones sobre la prescripción y las condiciones estructurales / empoderamiento</p>	<p>Aumenta la atención médica para las poblaciones subatendidas y reduce el uso de las urgencias.</p>
<p>Kroezen, et al.¹³ Netherlands / 2014 Descriptivo transversal</p>	<p>Estudiar la división del control jurisdiccional sobre la prescripción entre especialistas en enfermería y especialistas médicos en el lugar de trabajo y examinar la relación entre la jurisdicción en el lugar de trabajo y la jurisdicción legal sobre la prescripción</p>	<p>La percepción de la seguridad de la PE está influenciada por creencias y valores sociales.</p>
<p>Sanne, et al.¹⁴ Netherlands / 2014 Revisión sistemática</p>	<p>Identificar, evaluar y sintetizar la evidencia sobre los efectos de la prescripción de enfermeras en comparación con la prescripción del médico sobre la cantidad y los tipos de medicamentos prescritos y sobre los resultados del paciente</p>	<p>Más de la mitad de los encuestados les preocupaba que las enfermeras no tuvieran conocimientos necesarios para prescribir.</p>
<p>Kroezen, et al.¹⁵ Holanda / 2014 Descriptivo transversal</p>	<p>Obtener una idea de los puntos de vista de enfermeras registradas holandesas, enfermeras especialistas y médicos sobre las consecuencias de la prescripción de enfermeras.</p>	<p>Las percepciones de seguridad son importantes para las relaciones interprofesionales y respaldar decisiones legislativas.</p>
<p>Conlon¹⁶ USA / 2012 Revisión sistemática</p>	<p>El objetivo del estudio fue desarrollar una encuesta basada en los resultados de la investigación llevada a cabo por Jones (2008) y recopilar opiniones cuantitativas sobre la aplicación de la prescripción independiente para adultos, personas mayores y servicios de abuso de sustancias.</p>	<p>Desde enero de 2012, se les ha permitido legalmente recetar medicamentos y han compartido la jurisdicción legal sobre la prescripción con los médicos.</p>
<p>Dalfó-Pibernat¹⁸ España / 2015 Descriptivo transversal</p>	<p>Determinar qué medicamentos y/o productos sanitarios prescriben habitualmente las enfermeras de atención primaria en un contexto jurídico cambiante Conocer la percepción que tienen las enfermeras sobre cómo afectará la legalización de la prescripción en la identidad del colectivo</p>	<p>La profesión de enfermería está tratando de aumentar su estatus profesional, utilizando varias estrategias para el avance ocupacional.</p>
<p>Carrasco¹⁹ España / 2016 Estudio transversal</p>	<p>Desglosar lo que supone el Real Decreto 954/2015</p>	<p>Los efectos de la prescripción de la enfermera en la medicación y los resultados del paciente parecen positivos en comparación con la prescripción del médico.</p>

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Autores	Objetivos	Conclusiones
Véliz-Rojas ²⁰ Chile / 2016 Revisión narrativa	Evaluar cómo afronta la enfermería del trabajo a los trabajadores atípicos de las empresas	Se espera, entre otros, que la prescripción de enfermeras contribuya a una atención del paciente eficiente y efectiva y mejore la calidad y la continuidad de la atención.
Fleck Bostwana ²¹ / 2015 Entrevista personal	Conocer el enfoque innovador que Sheila Tlou le dio a la epidemia del VIH	Todos los grupos estuvieron de acuerdo en que la prescripción de enfermeras beneficia la práctica diaria de las mismas y la profesión de enfermería en general.
Fawdon ²² UK / 2015 Revisión por pares doble ciego	Evaluar el rol de enfermería en las emergencias	No existía preocupación por parte de los médicos sobre una posible consecuencia negativa sobre su profesión.
Guilbert, et al. ²³ Canadá / 2013 Estudio transversal	Examinar la proporción de enfermeras que prescribían anticonceptivos hormonales en Quebec.	En muchos estados enfermería puede incluir terapia narcótica cuando sea necesario.
Overbosch, et al. ²⁴ Holanda / 2012 Estudio transversal	Evaluar si las enfermeras de salud de viaje aspiran y se sienten competentes para prescribir, y qué capacitación podrían necesitar	La enfermera de salud ocupacional puede ayudar con problemas de depresión, ansiedad e insomnio, así como prescribir varios agentes tópicos para el alivio del dolor
Green, et al. ²⁵ Estudio transversal	Mostrar las necesidades que precisan los prescriptores no médicos.	Se cree que haya un impacto positivo en la atención del paciente a través de la prescripción enfermera.
Patel, et al. ²⁶ UK/2009 Estudio transversal	Investigar las actitudes de psiquiatras y enfermeras hacia la prescripción enfermera de salud mental	La encuesta solicitó a los encuestados que indicasen el área donde enfermería debía obtener un refuerzo en sus conocimientos, un 62% de la muestra indicó que en farmacología.
Céspedes-Zamora ²⁷ Colombia / 2010 Estudio transversal	Describir las labores de prescripción que desarrolla enfermería.	Casi la mitad de las enfermeras pensaban que el aumento de responsabilidad que conlleva la PE sería una fuente de discrepancia entre las enfermeras que quieren asumir más responsabilidad y las que no.
Carey ²⁸ UK / 2008 Estudio transversal	Examinar la prescripción enfermera en la diabetes.	Tres cuartas partes de las enfermeras consideraban al colectivo médico y a los pacientes beneficiarios de la prescripción enfermera.
Rodríguez ²⁹ España / 2015 Estudio transversal	Desgranar lo que supone la prescripción enfermera tras el Real Decreto.	Opinión del presidente de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP)
Litchfield ³⁰ USA / 2010 Revisión narrativa	Proporcionar orientación y recursos sobre el uso de los medicamentos de venta libre en el lugar de trabajo.	Objetivos de la enfermería del trabajo en el entorno laboral
Humphrey ³¹ USA / 2008 Estudio transversal	Exponer la distribución de los medicamentos de libre dispensación en el entorno laboral.	Las enfermeras implementaron la prescripción de retrovirales

ARTÍCULO DE REVISIÓN

conocimientos para hacerlo con muchos más¹².

Otra situación más particular de la prescripción de enfermería es la capacitación de este sector para prescribir antirretrovirales para el VIH en su fase inicial. Esto ocurre en Bostwana y es a través de Sheila Tlou que impulsó y promovió que durante su mandato hubiese un acceso casi global a los antirretrovirales a través de una prescripción enfermera. Esto provocó que un país con escasos ingresos tuviese acceso a estos tratamientos y que en el periodo de 4 años un 90% de sus enfermos de VIH estuvieran diagnosticados, tratados y bajo seguimiento sanitario²¹.

Principales Barreras ante la prescripción

Respecto a las barreras para llevar a cabo la prescripción enfermera en el ámbito laboral, en España, una de las primeras barreras deriva del Real Decreto 1/2015 de 24 de julio, donde se otorga la prescripción solo a médicos, odontólogos y podólogos y a enfermería se le acota con solo usar, indicar y autorizar medicamentos y/o productos sanitarios. Sin embargo, Carrasco en 2016 refleja los créditos y horas lectivas de farmacología en las Universidades de enfermería y podología, siendo el resultado de enfermería con 6,64 ECTS, mientras que podología tiene 6,42 ECTS. Con esto evidencia que ambos planes de formación universitaria tienen parecidos contenidos en cuanto a farmacología¹⁹.

Otro hecho que legalmente pone límite a la competencia enfermera de prescripción, es que los medicamentos de venta libre son consumidos libremente por los empleados de las empresas en los Estados Unidos, considerando que este acto ayuda a que pequeñas dolencias de los trabajadores no mermen el ritmo normal de trabajo y causando efectos positivos en cuanto a la productividad. La administración de los medicamentos de libre dispensación esta ceñida a legislaciones distintas según qué estado, donde en algunos estados los medicamentos de venta libre son considerados "medicamentos" y por tanto solo el personal con legalidad para prescribir podrá recetarlos, mientras que en otros estados el personal enfermero sí podrá dispensarlo, pero con la previa firma de un médico³⁰.

Los enfermeros gestionan el uso de estos medicamentos bajo el marco legal y deben estar al día de las historias clínicas de los empleados, para conocer las posibles alergias, medicación actual, labor a desempeñar dentro de la empresa, etc. Con este acto de automedicación guiada se les da la responsabilidad a los trabajadores de que sean ellos mismos los que lean y comprendan los prospectos y decidan si tomarlo o no³¹.

La formación continuada es imprescindible para ampliar conocimientos, y así lo demuestra el estudio anteriormente

citado de Kroezen et al., donde mediante la observación directa en las consultas de enfermería y medicina, confirman que más de una cuarta parte de las consultas para prescripción enfermera, era necesaria la comunicación constante con el personal médico con el fin de aclarar dudas o pedir opinión al respecto¹³. Por tanto, es necesario aumentar la capacitación del personal de enfermería responsable de prescribir con una formación continuada para obtener mayores conocimientos y poder hacer frente a situaciones más complejas. Es difícil mantenerse actualizado si no se ejercita la competencia de prescribir¹².

“Se evidencia como otra de las barreras, la negativa de los facultativos ante el temor a la pérdida de competencias o la opinión de que el profesional de enfermería no tiene competencias suficientes para la práctica autónoma de la prescripción”

Se evidencia como otra de las barreras, la negativa de los facultativos ante el temor a la pérdida de competencias o la opinión de que el profesional de enfermería no tiene competencias suficientes para la práctica autónoma de la prescripción^{17,24}.

La necesidad de formación adicional, en muchos de los casos, actúa como impedimento para que muchos profesionales de enfermería rechacen realizar la prescripción. Este hecho se evidencia en un estudio realizado por Overbosch donde el 14% declaraba sentir inseguridad a la hora de prescribir y prefiriendo hacerlo solo entorno a unos medicamentos acotados²⁴. En la encuesta se daba a elegir motivos por los cuales un/a enfermero/a no sentía seguridad para llevar a cabo la nueva iniciativa de prescripción, la razón más frecuente (40%) era tener la necesidad de una formación extraordinaria antes de obtener la potestad para prescribir.

Principales beneficios de la instauración de la prescripción enfermera

Respecto a los beneficios de la prescripción, la bibliografía señala que principalmente se reduce los gastos en atención médica. Además, permite una atención accesible y eficaz, provocando un sistema más sostenible. Traczynski, expone

ARTÍCULO DE REVISIÓN

que existe un gasto significativamente menor en personal médico y mejor atención a la población de edad avanzada, reduciéndose el uso de las urgencias hospitalarias por problemas que son más propios de atención primaria. Esto se debe a que la carga administrativa y de supervisión de los médicos hacia las enfermeras se reduce creando un impacto positivo hacia el sistema de salud¹⁰.

Kroezen, en 2014 concluye que la prescripción enfermera ofrece un aspecto positivo. Entre los ítems a destacar de la encuesta de este estudio está "la prescripción enfermera incrementa la responsabilidad del personal de enfermería", teniendo la puntuación más alta del grupo de enfermeros/as encuestados, seguido de "incrementa la autonomía de las enfermeras/os" y "la prescripción enfermera hace que la práctica profesional enfermera sea más interesante". En los encuestados médicos el ítem con más puntuación fue "la prescripción enfermera incrementa la responsabilidad del personal de enfermería", seguido de "aumenta la diversidad de la labor de enfermería"¹⁵. El ítem "incrementa la autonomía de las enfermeras/os" es compartido en el estudio del autor Jones, en el cual un 72% de su muestra estuvo de acuerdo con la afirmación de que la prescripción enfermera provocaría una mayor autonomía del personal enfermero¹⁷.

Además de la disminución de los costos y los beneficios profesionales podemos encontrar en la prescripción enfermera un ahorro de los tiempos de trabajo para los profesionales de la salud y también para los pacientes

Además de la disminución de los costos y los beneficios profesionales podemos encontrar en la prescripción enfermera un ahorro de los tiempos de trabajo para los profesionales de la salud y también para los pacientes. Se han reportado diferencias entre la prescripción enfermera y la prescripción médica, hallando como resultados numerosos aspectos positivos para el tema de esta revisión. La revisión sistemática llevada a cabo por los autores Gielen, et al., en 2014 evidencian beneficios de la prescripción enfermera en situaciones con los pacientes a los cuales se les prescribió para el tratamiento de la hipertensión, hallándose mejoras en los registros de la

tensión arterial más significativos que en pacientes con hipertensión que recibieron receta médica; pacientes aquejados de dolor de garganta y que eran tratados por medio de la prescripción enfermera también mostraron diferencia con la prescripción médica al resolverse esa afectación en un tiempo más reducido¹⁴.

En cuanto a la percepción de la nueva tendencia de los propios prescriptores no médicos, Green et al., aportan datos positivos ya que concluye que la mayoría de los encuestados decían que confiaban en su capacidad de desempeñar la actividad gracias a que la formación recibida en sus programas formativo era suficiente e idónea para desarrollar la actividad prescriptora²⁵.

CONCLUSIONES

En cuanto a las situaciones en la que la enfermería prescribe en salud laboral, éstas se relacionan a entornos propios de la prevención de riesgos laborales y a la prestación de cuidados enfermeros en procesos como la ansiedad, depresión, insomnio, dolor, fiebre, estreñimiento, etc. En algunos países la prescripción enfermera se desarrolla dentro de la denominada prescripción colaborativa con la necesidad de que el personal médico autorice esos actos.

Con relación a las barreras para llevar a cabo la prescripción enfermera en el ámbito laboral están las relacionadas con creencias y valores sociales, déficit de conocimientos en farmacología y temor a la pérdida de poder de profesionales que actualmente son prescriptores.

En cuanto a los beneficios de la prescripción enfermera en salud laboral, se determina que la prescripción enfermera aporta datos positivos al desarrollo laboral de Enfermería, aumentando el trabajo autónomo y la valoración de esta por parte de la sociedad y trabajadores sanitarios; eleva los estándares de eficacia del sistema sanitario al reducirse en los costos y como beneficio más destacado el ahorro de tiempo para los pacientes y la disminución del número de visitas a urgencias por motivos asumibles por las áreas de atención primaria.

Como prospectiva del trabajo se plantea el desarrollo competencial de los enfermeros especialistas en Enfermería del Trabajo para capacitar a estos para al uso correcto de los medicamentos y productos sanitarios dentro del ámbito su competencia asistencial, sin embargo, aún son escasos los escenarios donde esto se produce siendo necesario más estudios e investigaciones que aporten evidencia sobre los beneficios de la prescripción enfermera en salud laboral.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

REFERENCIAS

1. González-Sánchez J. Especialistas en enfermería del trabajo. *Enferm Clin*. 2011;21(6):369-70.
2. Banning M. Nurse prescribing, nurse education and related research in the United Kingdom: a review. *Nurse Educ Today*. 2004;24:420-7.
3. Carey N, Stenner K. Does non-medical prescribing make a difference to patients? *Nurs Times*. 2011;107:14-6.
4. Jones K; Edwards M, While A. The effectiveness of nurse prescribing in acute care. *Nurs Times*. 2011;107:18-9.
5. Gómez RM, Candelaria AF, Hernández S, Gómez MF. Actualidad en prescripción enfermera dentro de un equipo de salud. 2011; 5:15-24.
6. Consejo General de Enfermería. Consejo General de Enfermería. 2006; 25-43.
7. Presidencia MD La. REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. *Boe*. 2005; 108(7354):15480-6.
8. Marieke k, Liset VD, Petern P, Groenewegen AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and AngloSaxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Heal Serv Res*. 2011;11:127.
9. FAMA+, Catálogo de la Biblioteca de la Univ. Sevilla [Internet]. [citado 15 de febrero de 2018]. Disponible en: https://bib.us.es/busca_y_encuentra/recursos_e
10. Traczynski J, Udalova V. Nurse Practitioner Independence, Health Care Utilization, and Health Outcomes. *J Health Econ*. 2018.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.001
11. Hyde A, Coughlan B, Naughton C, Hegarty J, Savage E, Grehan J, et al. International Journal of Nursing Studies Nurses ' physicians ' and radiographers ' perceptions of the safety of a nurse prescribing of ionising radiation initiative : A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016;58:21-30. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.004
12. Blanck S, Nurse D, Engstr M. District nurses ' prescribing practice and its link to structural conditions. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2015;27:568-75.
13. Kroezen M, Mistiaen P, Dijk L Van, Groenewegen PP, Francke AL. Social Science & Medicine Negotiating jurisdiction in the workplace : A multiple-case study of nurse prescribing in hospital settings. *Soc Sci Med* [Internet]. 2014;117:107-15. doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.042
14. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mistiaen P, Kroezen M. International Journal of Nursing Studies The effects of nurse prescribing : A systematic review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014;(2013). Disponible en: doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003
15. Kroezen M, Dijk L Van, Groenewegen PP, Rond M De, Veer AJE De, Francke AL. International Journal of Nursing Studies Neutral to positive views on the consequences of nurse prescribing : Results of a national survey among registered nurses , nurse specialists and physicians. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014;51(4):539-48. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.002
16. Conlon HA. Pain Management in Occupational Health. *Workplace Health Saf*. 2012;60(12):525-30.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

17. Jones A, Harborne G. Independent mental health nurse prescribing. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;1:508-15.
18. Dalfó-pibernat A. La prescripción enfermera en atención primaria : mayor autonomía e identidad profesional percibida ◊ Nurse prescribing in primary care : Greater autonomy and perceived. *Enfermería Clínica [Internet].* 2015;25(2):100-1. doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.11.002
19. Carrasco-Rodríguez FJ. Decreto mal llamado « prescripción enfermera ». *Rev Clínica Med Fam.* 2016;9(2):1
20. Véliz-Rojas L. Trabajos Atípicos en Chile : Un Desafío para la Salud Laboral y la Enfermería del Trabajo
ATYPICAL JOBS IN CHILE : A CHALLENGE FOR OCCUPATIONAL HEALTH AND WORK NURSING. *Cienc Trab.* 2016;49:17-20.
21. Fleck F. Realizing nurses' full potential. *Bull World Heal Organ.* 2015;93:596-7.
22. Fawdon H, Adams J. Advanced clinical practitioner role in the emergency department. *Art y Sci Prof Dev.* 2015;(2013):48-51.
23. Guilbert ER, Rousseau M, Guilbert AC, Robitaille J, Gagnon H, Morin D. Process Evaluation of a Task-Shifting Strategy in Hormonal Contraception : Does Training Translate into Practice ? *J Obstet Gynaecol Canada [Internet].* 2013;35(12):1090-100. doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30759-3
24. Overbosch FW, Koeman SC, Hoek A van den, J.B. G. Dutch Travel Health Nurses: Prepared to Prescribe? *J Nurs Manag.* 2012;19(6):361-5.
25. Green A, Westwood O, Smith P, Peniston-bird F, Holloway D. Provision of continued professional development for non-medical prescribers within a South of England Strategic Health Authority : a report on a training needs analysis. *J Nurs Manag.* 2009;17:603-14.
26. Patel MX, Robson D, Rance J, Ramirez NM, Memon TC, Bressington D, et al. Studies Attitudes regarding mental health nurse prescribing among psychiatrists and nurses. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:1467-74.
27. Céspedes Zamora LD, Bedoya Londoño C, Palacios Gómez M. Características de la prescripción por Enfermería en la ciudad de Cali , Colombia. *Investig y Educ en Enfermería.* 2010;28(2):163-70.
28. Carey N, Courtenay M. Nurse supplementary prescribing for patients with diabetes : a national questionnaire survey. *J Clin Nurs.* 2008;2185-93.
29. Rodríguez S, De Fuente Robles N, Casado M. La prescripción enfermera en el Sistema Nacional de Salud : ¿ realidad o ficción ? Nurse prescribing within the Spanish national Health Service : fact or fiction ? *Enfermería Clín.* 2015;25(3):107-9.
30. Litchfield S. Medications in the Workplace. *Am Assoc Occup Heal NURSES J.* 2010;58(2):45-6.
31. Humphrey H, Gruber C. Distribution of Over-the-Counter Medications in the Workplace. *Prof Pract.* 2008;56(11):445-7.

FORMACIÓN CONTINUADA

Trabajo y Salud: Adaptación en cada etapa de la vida

Autor:

Ferreiro López I.¹, Pérez Saavedra A.²

1. Hospital Lucus Augusti

2. Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos.

Resumen

El envejecimiento de la población está provocando que las empresas y las organizaciones tengan que adaptarse a un nuevo escenario: deben de plantearse fomentar la vida laboral sostenible para no ver mermada su productividad y competitividad. La adaptación del puesto del trabajo a

cada empleado y el fomento de la salud en el trabajo son fundamentales para conseguir un trabajo sostenible y un envejecimiento saludable desde el inicio de la vida laboral.

Palabras clave: Trabajo, envejecimiento saludable, adaptación de puesto.

Work and health: adation in each stage of life

Abstract

The aging of the population is causing companies and organizations to have to adapt to a new scenario: they must consider promoting a sustainable work life so as not to see their productivity and competitiveness diminished. The

adaptation of the job to each employee and the promotion of health at work are essential to achieve sustainable work and healthy aging from the beginning of working life.

Keywords: Work, healthy aging, job adaptation.

INTRODUCCIÓN

El trabajo forma parte de nuestras vidas y nos proporciona beneficios a nivel social, personal y económico, contribuyendo a realizarnos como personas.

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población está empezando a producir cambios en la población activa. Cada día son más los trabajadores que deciden prolongar su vida laboral después de los 65 años, edad establecida hasta hace poco tiempo por los gobiernos para la jubilación. Estos cambios requieren una adaptación por parte de las empresas y trabajadores, pues deben aprender a modificar y aprovechar el potencial de los trabajadores en función de los años y características particulares de cada uno de ellos con el fin de conservar la salud de sus empleados y mejorar la productividad.

Envejecimiento y trabajo

El rendimiento laboral está en continua evolución a lo largo de la vida. Las capacidades físicas y psicológicas cambian con el paso del tiempo, por ello, los empresarios y responsables de políticas de personal deben adaptar cada puesto de trabajo en función el perfil del trabajador, siendo la edad uno de los factores más importantes que se debe de tener en cuenta.

A medida que se cumplen años los problemas de salud proliferan y surgen más enfermedades crónicas que pueden influir negativamente en el desarrollo del trabajo. En ocasiones, las incapacidades laborales prolongadas limitan la posibilidad de un reingreso activo al trabajo por lo que es necesario reevaluar los puestos y limitar al trabajador para determinadas tareas.

Se tiende a pensar que los trabajadores mayores tienen un rendimiento inferior que un trabajador más joven, pero la sabiduría, la experiencia, el conocimiento del propio puesto pueden compensar los cambios de la salud física y sus capacidades cognitivas.

El mercado laboral apuesta por trabajadores jóvenes dado que son éstos los que están más abiertos a aprender y desarrollarse, sin embargo, los empresarios han de invertir menos tiempo y recursos con aquellos trabajadores que llevan más tiempo en la empresa y que cuentan con un conocimiento mucho más profundo del puesto de trabajo, conocimiento y experiencia adquiridos a lo largo de los años de su extensa trayectoria laboral.

Promoción de la salud en el trabajo.

El concepto de salud es muy amplio. La OMS definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, psíquico,

FORMACIÓN CONTINUADA

mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad". El cuidado de la salud debe realizarse desde un extenso abanico de campos, entre los que se encuentra el trabajo. Un trabajador sano será más productivo para cualquier empresa, contribuirá al desarrollo social y económico. Este trabajo debe realizarse de forma colaborativa entre empresarios, trabajadores y la propia sociedad.

En 1996 los miembros de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo establecieron como definición de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo: "aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo". Estos esfuerzos llevan implícitos la mejora en la organización y los lugares de trabajo, fomentar la participación y desarrollo de los trabajadores de una manera activa, crear unos lugares de trabajo saludables, fomentar la transparencia y la mejora continua entre otros.

Estrategias para fomentar el trabajo saludable

A lo largo del 2016 y 2017 la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo ha llevado a cabo la campaña "Trabajos saludables a cada edad" con la que se perseguía sensibilizar sobre la importancia de una buena gestión de la seguridad y salud en el trabajo y prevenir riesgos en la vida laboral fomentando la adaptación del trabajo a los trabajadores.

Algunas de las medidas adoptadas en las empresas galardonadas son las siguientes:

- 1.-Se estableció de un horario flexible y teletrabajo que permitió realizar una mejor conciliación del horario laboral y familiar.

- 2.-Se implantó de un programa de desarrollo sistemático de líderes para evitar incoherencias.
- 3.-Se impartió formación práctica en manipulación de cargas para evitar sobreesfuerzos y prevenir lesiones, así como el fomento del uso de dispositivos para facilitar la manipulación de las mismas.
- 4.-Se realizó de cambios ergonómicos en los equipos y formación para el cuidado de la salud, fomento de alimentación saludable y de la actividad física.
- 5.-Se hizo una revisión ergonómica de puestos de trabajo y rotación de los trabajadores entre los distintos puestos con el objetivo de reducir el estrés físico y mental y mejorar la adaptabilidad al puesto de trabajadores mayores.
- 6.-Se acondicionó y/o se cambió de puesto a los trabajadores con capacidades limitadas.
- 7.-Se instauraron programas formación de gestión de estrés, conflictos y crisis y de sensibilización sobre la importancia de la comunicación.
- 8.-Se implementaron programas de vigilancia de la salud periódicos realizando pruebas cardiológicas, exploraciones visuales y pruebas psicométricas, entre otras, para prevenir y gestionar lesiones y/o enfermedades profesionales.

Todas estas modificaciones contribuyeron a mejorar la salud de los trabajadores, crear un buen ambiente de trabajo, reducir la siniestralidad y el absentismo laboral y mejoraron el rendimiento de la empresa.

REFERENCIAS

- 1.- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. "Working conditions of workers of different ages". Disponible en: www.eurofound.europa.eu/publications. Fecha 20/12/2017
- 2.- Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo. EU-OSHA "Promover el envejecimiento activo en el lugar de trabajo". 2012 disponible en <https://osha.europa.eu/hu/tools-and-publications/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace> . Fecha 20/12/2017
- 3.- Jan Fekke Ybema, Femke Giesen. Trabajadores mayores. Disponible en: https://oshwiki.eu/wiki/Older_workers Fecha: 20/12/2017
- 4.- Karla Van den Broek Workplace Health Promotion Disponible en https://oshwiki.eu/wiki/Workplace_ Fecha 20/12/2017
- 5.- Red Europea de promoción de la salud en el Lugar de Trabajo. ENWHP. Health Promotion. (2012). Disponible en: <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/about-whp/settings.html> Fecha 20/12/2017
- 6.- Agencia Europea para la Seguridad y al Salud en el Trabajo. "Galardones a las Buenas Prácticas 2016-2017 de la campaña" "Trabajos Saludables" 2017.

Valoración técnico-sanitaria de puesto de trabajo de cocinero en un trabajador con limitaciones en miembros superiores

Autor:

Galián Muñoz, Inmaculada; García Navarro, Juan José.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Resumen

Introducción: La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995(1), en su Art. 25, nos habla de la Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.

Objetivo: Valorar el puesto de trabajo de un cocinero con limitaciones al manejo de cargas, sobre todo por encima del hombro y a la realización de esfuerzos con MMSS.

Método: Para valorar el puesto se han realizado diversas visitas al puesto y se han mantenido entrevistas con el trabajador, jefe de cocina y cocineros y sus compañeros.

Resultados: Destacar que el trabajador tenía que realizar un manejo de cargas puntual o continuo en todas las

tareas, y además el trabajador refería debilidad en algunas de las ocasiones que debía realizarlas, lo cuál podía ser especialmente peligroso cuando transporta productos a alta temperatura, pues podría favorecer la aparición de accidentes de trabajo por quemaduras a sí mismo o a terceros.

Conclusiones: En este caso concluimos que era necesaria una adaptación o reubicación del puesto de trabajo. También queremos destacar la importación de la colaboración técnico-sanitario para analizar estos casos.

Palabras clave. Prevención de riesgos laborales, especialmente sensibles, adaptación/reubicación del puesto.

Technical-sanitary evaluation of chef job in a worker with limitations in upper members

Summary

Introduction: The Law of Prevention of Labor Risks 31/1995 (1), in its Art. 25, talks about the Protection of workers especially sensitive to certain risks.

Objective: To evaluate the work position of a cook with limitations to the handling of loads, especially over the shoulder and to the realization of efforts with upper members .

Method: To assess the work, we made several visits to the cook and we have made interviews to the worker, head chef and cooks and their colleagues.

Results: Emphasize that the worker had to perform a

punctual or continuous load management in all tasks, and also the worker reported weakness in some of the occasions that he had to perform them, which could be especially dangerous when transporting products at high temperature, because it could favor the appearance of work accidents due to burns to oneself or to third parties.

Conclusions: In this case we concluded that an adaptation or relocation of the job was necessary. We also want to highlight the importation of the technical-sanitary collaboration to analyze these cases.

Keywords. Prevention of labor risks, especially sensitive, adaptation / relocation of the position.

CASOS CLÍNICOS

INTRODUCCIÓN

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995¹, en su Art. 25, Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, refiere que el empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.

“ Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ponerse en situación de peligro. ”

Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa, ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

Para dar respuesta a esta obligación legal, el SMS publica en el BORM del 11 de marzo del 2008 la Resolución del Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, por la que se aprueban las instrucciones para la adaptación de las condiciones de trabajo o la reubicación de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos derivados del trabajo, o que por problemas de salud de carácter temporal no pueden desempeñar adecuadamente las funciones de su puesto de trabajo².

En el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, especifica, dentro del Artículo 37, las funciones de nivel superior: “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”³.

En base a este artículo, y tras las limitaciones evidenciadas en el resultado del examen de salud realizado a la trabajadora, nuestro objetivo es valorar el puesto de trabajo del trabajador de estudio en relación a las limitaciones de su informe, con el fin de proponer posibles medidas preventivas acordes a sus limitaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Los datos para la evaluación se han obtenido a lo largo de diversas visitas, en las que se ha mantenido entrevistas con el trabajador, el responsable de cocina, el jefe de cocineros otros cocineros y pinches. Durante las visitas se ha observado la realización de las tareas propias del puesto de trabajo, se ha procedido a la medición de alturas, pesos... ..y se han realizado fotografías y videos de los trabajadores realizando las tareas para mediciones posteriores. Para valorar al trabajador como afecta al trabajador la realización de las tareas. Se le pidió que durante 2 semanas registrara sus tareas y la sintomatología que tenía (nivel de dolor, pérdidas de fuerza...)

También se comprobaron los menús realizados durante dos semanas (tipo de preparaciones, nº de preparaciones y nº de comensales para los que se prepara comida), se vio la descripción del puesto de trabajo de la que dispone la empresa, se comprobó las limitaciones que aparecen en el informe de aptitud y la historia clínica del servicio de prevención

Posteriormente, todos estos datos fueron analizados en relación a distintos métodos de evaluación. Para valorar la manipulación manual de cargas se ha usado la guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación de cargas⁴ y para valorar los movimientos de ambos hombros, se ha analizado la carga postural del hombro y la carga física dinámica según el protocolo de movimientos repetidos del Ministerio de Sanidad.⁵

Dadas las condiciones existentes en la cocina (suelo mojado, objetos inestables...) consideraremos como límite de peso que debe manejar este trabajador los 3 Kg de peso, para riesgo dorsolumbar, pero debido a su lesión en miembros superiores y según La Guía técnica para la Evaluación y Prevención de los Riesgos Relativos a la Manipulación de Cargas⁴, el manejo de cargas menores de 3 podrían generar riesgos de trastornos musculoesqueléticos en los miembros superiores debidos a esfuerzos repetitivos. Si seguimos las indicaciones de Åsa Kilbom, tendríamos un alto riesgo de repetitividad en hombros cuando hay más de 2½ repeticiones por minuto, por tanto valoramos el manejo de cargas superiores a 3kg en todas las situaciones o menores de 3 kg cuando se manejen con una repetición mayor a 2,5 veces por min⁶.

CASOS CLÍNICOS

A todo esto, debemos añadir que el trabajador tiene una lesión, de la que se deriva una sintomatología que en el hombro derecho se acentúa cuando los codos deben estar en posición elevada y con acciones repetidas de levantar y alcanzar con y sin carga, y con un uso continuado del brazo en abducción o flexión⁷, mientras que la lesión que presenta en el hombro izquierdo cursa con debilidad en la abducción y rotación externa del hombro y con un dolor que puede exacerbarse con el movimiento de la cintura escapular, particularmente con la abducción cruzando la línea media con el brazo extendido⁸.

Por todo ello, además de en la carga, nos centraremos en valorar los movimientos de ambos hombros, analizando la carga postural del hombro y la carga física dinámica según el protocolo de movimientos repetidos del Ministerio de Sanidad⁵.

RESULTADOS

Descripción del caso

Trabajador de 60 años, cocinero desde hace 38 años en un hospital con las siguientes limitaciones permanentes

- No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente.
- No puede levantar peso por encima del nivel del hombro.
- No puede hacer esfuerzos con MMSS.

Descripción del puesto de trabajo

Tareas fundamentales del puesto:

Según nos informa la responsable de cocina y el jefe de cocineros, estas tareas suponen una intervención directa en la preparación de los platos e incluyen las actividades que se describen a continuación: El servicio dispone de 12 cocineros, los cuales trabajan en turnos rodados de mañana y tarde con una secuencia fija (5 días de mañana y 2 libres una semana, 5 de tardes y 2 libres otra semana y se vuelve a repetir, aunque una vez al mes tienen una semana en la que libran 1 día y en otra 3). Están presentes 4 cocineros por turno (4 de mañana, 4 de tardes y 4 librando). La actividad se organiza en cuatro partidas y cada cocinero se hace responsable de la comida de una determinada partida durante un mes. Habría dos cocineros volantes que ocuparían las partidas de los cocineros que libran cada día.

- Partida 1: Se encarga de la elaboración de los primeros platos de 8-11.30 o de 15-18.30 y de alimentar la línea de emplatado de los primeros platos de la cinta del general y del maternal y de los platos especiales, 11.30-13.00 o de 18.30-20.00 y cuando termina, inicia otras preparaciones para el siguiente turno de 13.00-15.00 o de 20.00-22.00
- Partida 2: Se encarga de la elaboración de los

segundos platos de 8-11.30 o de 15-18.30 y de alimentar la línea de emplatado de los segundos platos de la línea del maternal de 11.30-13.30 o de 18.30-20.00 y cuando termina, inicia otras preparaciones para el siguiente turno de 13.30-15 o de 20.00-22.00.

- Partida 3: Se encarga de la elaboración de los platos de la cocinilla (otras partidas) de 8-11.30 o de 15-18.30 y de alimentar la línea de emplatado de los segundos platos del general de 11.30-15.00 o de 18.30-22.00
- Partida 4: Se encarga de la elaboración de platos variados de 8-11.30 o de 15-18.30 y de ayudar a la partida 3 a alimentar la línea de emplatado de los segundos platos del general y de preparar el bizcocho 11.30-13.30 o de 18.30-20.00 y cuando termina, inicia otras preparaciones (pre) para el siguiente turno de 13.30-15. o de 20.00-22.00

Las tareas varían mucho en cuanto a las tareas a realizar, según el menú. Pero de forma general podemos decir que:

- La partida 1 trabaja fundamentalmente con las marmitas y las ollas grandes. Preparan comida para 850-1200 comensales cocinando 6-9 elaboraciones
- La partida 2 trabaja fundamentalmente con la freidora y los hornos. Preparan comida para 250-750 comensales cocinando 2-6 elaboraciones
- La partida 3 trabaja en la cocinilla. Preparan comida para 40-125 comensales cocinando 12-20 elaboraciones
- La partida 4 trabaja fundamentalmente en el horno y la plancha, y la amasadora para realizar el bizcocho. Preparan comida para 150-550 comensales cocinando 3-5 elaboraciones

En base a las limitaciones establecidas por el médico del trabajo y la observación del puesto de trabajo:

- No podemos asegurar que haya un trabajo repetitivo, pues se requiere un estudio más profundo, aunque sí podemos indicar que hay periodos de trabajo con movimientos continuos de brazos que incluyen más de 2,5 movimientos de hombro por minuto, en algunos periodos y que podrían suponer un esfuerzo para el trabajador, aunque éstos se alternan con descanso de varios minutos.
- Si consideramos el límite de cargas de 3 kg por las razones descritas, el trabajador tendría que realizar un manejo de cargas puntual o continuo en todas las tareas
- La lesión del trabajador del hombro izquierdo

CASOS CLÍNICOS

puede cursar con debilidad en la abducción y rotación externa del hombro, movimientos que debe realizar en su trabajo. El trabajador refiere haber notado esta debilidad en alguna ocasión, sobretodo transportando cargas o hace esfuerzos, lo cuál puede ser especialmente peligroso cuando transporta productos a alta temperatura, pues podría favorecer la aparición de accidentes de trabajo por quemaduras a sí mismo o a terceros.

- De forma general, podemos decir que los movimientos requeridos para realizar las tareas de ollas y marmitas son similares entre sí, y los que se realizan en plancha y freidora entre ellos. El puesto que requiere mayor manejo de cargas, parece ser el horno, aunque requiere un estudio más profundo. Según REFERENCIAS de los trabajadores, dentro de preparación de comidas el trabajo que requiere menos esfuerzo físico sería el de la cocinilla, pero debemos recordar que en dicho puesto se manejan también cargas superiores a 3kg. De las opciones de emplatado, requiere mayor esfuerzo la alimentación de la línea del hospital general que la del hospital maternal, pues suelen dar de comer a más comensales.
- Durante nuestras visitas pudimos observar que el trabajador procura no usar el brazo izquierdo en la medida de lo posible, intentando sobre todo, no elevarlo por encima del nivel del hombro, lo que le lleva a adoptar a veces posturas menos anatómicas de otras partes del cuerpo

DISCUSIÓN

En el caso que nos ocupa, dados los resultados obtenidos, consideramos que debería valorarse una reubicación de puesto de trabajo o una adaptación del puesto en la que se le asignaran las tareas más livianas, y aún así, no debería permanecer sólo en su puesto, y debería recibir ayuda cada vez que requiera manejar una carga superior a 3kg (todos los objetos que superen estos pesos deberían ser movilizadas por otra persona) y no debería realizar esfuerzos de miembros superiores.

Tanto la ley de Prevención de Riesgos Laborales¹ como el Reglamento de los Servicios de Prevención³ como la legislación propia de la Comunidad², indican que deben valorarse los puestos cuando sean ocupados por una persona especialmente sensible. Partiendo de la idea de que algo que no es un riesgo para una persona sana, puede serlo para otra por sus condiciones físicas, cuando un puesto es ocupado por una persona especialmente sensible debería ser reevaluado teniendo en cuenta esta situación. Consideramos que para ello es fundamental la colaboración del personal técnico y sanitario, pues el personal técnico conoce los puestos y el personal sanitario la situación del trabajador, siendo el personal especialista en enfermería del trabajo fundamental para la realización de esta tarea, ya que tiene acceso a la historia clínica, conoce los síntomas de su patología y sus limitaciones que pueden derivarse de ello.

También destacar que es fundamental la observación in situ de la realización de las tareas porque nos permite tener una visión real de la situación

REFERENCIAS

1. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
2. Procedimiento de adaptación de las condiciones de trabajo o reubicación por motivos de salud del Servicio Murciano de Salud de 11-3-2008.
3. Real Decreto 39/1997 de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención.
4. Real Decreto 487/1997 de 14 de Abril, por el que se establecen las Disposiciones Mínimas de Seguridad y Salud relativas a la manipulación manual de cargas.
5. Guía Técnica para la evaluación, manejo y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas
6. Grupo de trabajo de salud laboral de la comisión de Salud pública del consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Movimientos repetidos de miembro superior. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2000.
7. CCOO. Manual de Trastornos Musculoesqueléticos. Valladolid:Secretaría de Salud Laboral CCOO Castilla y León; 2010.
8. Zaldibar Barinaga B, Ruiz Torres, B Ferrandez Sempere D y Urbano Duce S. Neuropatía del nervio supraescapular. Rehabilitación 2000;34(4):307-312
9. Acevedo M. Ergos 03: Definiciones de interés en Ergonomía. Definir qué es Ergonomía, ¿una misión imposible? [en línea]. 14 de julio de 2013. Disponible en:www.ergonomia.cl

CASOS CLÍNICOS

Tabla 1. Análisis de las tareas que realiza y limitación que podría que se vería afectada

Duración	Tarea	C Física dinámica	C Física dinámica	Peso	Limitación
8.00-11.30h	Freidora: Ponen una a una, unas 10 raciones en recipiente (2kg). Lo fríen en 3-4min, saca de freidora y vuelca sobre recipiente. Vacía en placa.	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco (2).	Echar los productos a la cesta requiere movimientos de abducción/aducción con brazo dominante en extensión Echar los productos de la cesta a la bandeja requiere extensión y adducción del brazo derecho	Requiere el manejo de gastronor de 10-20 kg donde transporta los alimentos crudos y después cocinados	No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente No puede hacer esfuerzos con MMSS
8.00-11.30h	Fogones/Ollas grandes: Realización de salsas, cocción de patatas... requiere echar los alimentos, removerlos 3-4 vueltas cada 20-30 min y ocasionalmente agitan la olla con la otra mano	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco(2).	Echar los productos requiere ocasionalmente, extensión y abducción de los brazos por encima del hombro por el tamaño de la olla y de los alimentos. Mover los alimentos requiere rotación interna o externa de brazo dominante y anteversión y retroversión contrarresistencia del otro hombro	Depende de los productos que se echen, pero incluye botes de tomate de 5 kg, garrafas de leche de 5l, agua con cacerolas de hasta 10l...	No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente No puede levantar peso por encima del nivel del hombro No puede hacer esfuerzos con MMSS
8.00-11.30h	Marmitas: Requiere echar los alimentos, remover con palas contra resistencia (2-3 vueltas cada 20-30min).. Si hay triturado puede ayudar al pinche a levantar olla y poner la trituradora, sacarlo y tamizarlo	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco (2).	Echar los productos requiere flexión y extensión del brazo dominante Al remover, coloca uno de los brazos por encima del hombro y otro por debajo y realiza movimientos de rotación. Coger la tapa de las marmitas requiere la elevación del brazo en flexión por encima del nivel del hombro	Depende de los productos que se echen, pudiendo superar los 3kg	No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente No puede hacer esfuerzos con MMSS
	Plancha: Debe dejar las piezas en plancha. Darles la vuelta y recogerlas y dejarlas sobre gastronor. (60 raciones)	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco (2).	Echar los productos requiere movimientos de adducción/abducción con el brazo en extensión del brazo dominante con giros del brazo Brazos en continua extensión con rotaciones del brazo dominante cada vez que gira un alimento o lo saca	Require el manejo de gastronor de 10-20 kg donde transporta los alimentos crudos y después cocinados	No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente No puede hacer esfuerzos con MMSS
8.00-11.30h	Hornos: -Pone en marcha horno y mete de 5-10 placas de 5-10kg por horno (puede haber hasta 3 hornos). Las controla y las saca. -Cuando se realizan tortillas debe colocar el contenido en recipientes y cuando los saca, los vacía con ayuda del pinche (300 tortillas)	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco(2).	Requiere realizar movimientos de extensión que pueden ser por debajo y por encima del nivel de los hombros según la altura a la que haya que colocar la bandeja Echar los huevos en recipientes y sacar las tortillas requiere movimientos de abducción/adducción con el brazo dominante en extensión con un giro final del brazo	Requiere el manejo de placas de 5-10 kg	No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente No puede levantar peso por encima del nivel del hombro No puede hacer esfuerzos con MMSS

CASOS CLÍNICOS

Duración	Tarea	C Física dinámica	C Física dinámica	Peso	Limitación
8.00-11.30h	Cocinilla: Preparan platos individuales aunque de forma fija cuecen patatas (olla 25l), arroz (cazo), hervido (olla 30l), túrmix (olla 40l) y hacen unas 15-20 tortillas en sartenes individuales	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco(2).	Incluye los movimientos descritos en hornos, ollas/ fogones, freidora y plancha pero con menos peso, y pasando menos tiempo en cada uno de ellos	Requiere el manejo de ollas de hasta 40kg	No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente No puede levantar peso por encima del nivel del hombro No puede hacer esfuerzos con MMSS
12.30-15:00h	Se echan los productos (5 kg harina a cucharadas, 72 huevos uno a uno, 24 yogures, 5 kg de azúcar...) y tras batirlo, deben bajar la olla, desplazarla, llevarla desde el suelo, colocarla sobre encimera, volcarla y echar 3l en una jarra que posteriormente echa a bandeja ayudándose de una espátula (esto último 6 veces). Posteriormente tiene que meter placas en horno	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco(2).	Echar los productos requiere abducción y extensión del brazo dominante y rotación del brazo en flexión. Bajar el contenedor requiere flexión de brazos. Rellenar las jarras requiere abducción de brazo no dominante y volcar el contenido de la jarra en las bandejas requiere rotación interna de brazos en extensión. Los movimientos posteriores son los mismos que en hornos	Requiere el manejo de la olla de 10-20 kg	No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente No puede hacer esfuerzos con MMSS
11.30-15:00h	Emplatado: Durante 1.5h-2h se reponen la comida en las cintas del emplatado, para ello llenan gastronor de distintos tamaños de comida, los colocan sobre un carro que empujan hasta la zona de emplatado, y colocan estos gastronor en las cintas de emplatado. Van cambiando los gastronor, según se va gastando la comida. Cuando son platos procedente de cocción, sacan la comida en cazos de 2.5-3l y los ponen en gastronor	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco(2).	En marmitas y ollas para llenar los cazos requiere abducción y adducción de ambos brazos y rotación interna del brazo con el brazo en extensión cuando lo vierte. Colocar los gastronor con comida requiere una extensión de brazos con transporte de cargas Al empujar llevan los brazos en ligera flexión. Lo cogen con extensión de ambos brazos, lo traslada y los deja con un brazo en extensión	Requiere el manejo de gastronor de 10-20 kg	No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente No puede hacer esfuerzos con MMSS
8.00-11.30h	Corte: Las ensaladas requieren la cocción y/o corte de algunos alimentos (huevos, jamón york...) principalmente a cuchillo. El cocinero también corta otros alimentos que tiene que agregar a comidas como ajos, calabazas	Trabajo continuado de manos, brazos y tronco(2).	El corte de productos grandes puede requerir la elevación del brazo por encima del nivel del hombro en flexión	El corte de productos grandes puede requerir la elevación del brazo por encima del nivel del hombro en flexión	No puede manejar cargas ni puntual ni continuamente No puede hacer esfuerzos con MMSS

Evaluación de riesgos de un servicio de quirófano

Autor:

Borja Relaño, Natalia

Especialista en enfermería del Trabajo.

Unidad docente multidisciplinar EVES. Generalitat Valenciana. Alicante

Resumen

Objetivo. Realizar una evaluación de riesgos de los distintos puestos que encontramos en el Servicio de Quirófano de un Hospital.

Métodos. La metodología utilizada para la evaluación ha sido la desarrollada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), y contenida en la publicación del citado instituto denominada "Guía de evaluación para Pymes" el cual permite comprobar qué factores de riesgo están presentes en el trabajo a la vez que realiza una sencilla evaluación, clasificando la situación en 4 niveles: correcta, mejorable, deficiente y muy deficiente. La evaluación de los riesgos de accidentabilidad, de enfermedades profesionales o de daños para la salud, se efectúa a partir de la estimación de la Severidad y la Probabilidad. Para

la evaluación de los riesgos ergonómicos se usará la metodología propuesta por el INSHT y el método Ergo-Hospitales (INVASSAT). Mediciones ambientales.

Resultados. Se estudian los riesgos en las 63 personas del servicio de quirófano. Medición condiciones ambientales sin riesgo, presencia de riesgo biológico, riesgo en la carga dinámica de trabajo y en ocasiones en la carga estática.

Conclusiones. Es necesario dar formación específica de manipulación manual de cargas, dotar de ayuda mecánica, formación acerca prevención y actuación en caso accidente biológico.

Palabras Claver: Quirófano, evaluación de riesgos, puestos de trabajo, manipulación manual de cargas.

Risk evaluation of the services provided in an operating theatre

ABSTRACT

Objective. Carry out a risk assessment of the different jobs that can be found in an Operating Theatre.

Methods. The methodology used for the evaluation has been developed by the National Institute of Safety and Hygiene at Work (NISHW), in the publication of the aforementioned institute called "Evaluation Guide for SMEs" which allows you to check what risk factors are present in the workplace while performing a simple evaluation and classifying the situation in 4 levels: correct, could improve, deficient and very deficient. The risk assessment of accidents, occupational diseases or health hazards is estimated using Severity and Probability as factors. For the evaluation of ergonomic risks, the methodology

proposed by the NISHW and the Ergo-Hospitals method (INVASSAT) is environmental measurements.

Results. The risks of 63 people were studied. Measuring environmental conditions without risk, presence of biological risks, risk in the dynamic work load and sometimes in the static load as well.

Conclusions. It is necessary to give specific training on handling loads manually, provide mechanical assistance and training on how to prevent and take action in case of a biological accident.

Keywords: operating theatre, risk assessment, jobs, manual handling of loads.

PREVENCIÓN GLOBAL

INTRODUCCIÓN

“ **El Servicio de Quirófano es considerado como uno de los lugares de trabajo más complicados en un Hospital, tanto a nivel físico como mental.** ”

El Servicio de Quirófano es considerado como uno de los lugares de trabajo más complicados en un Hospital, tanto a nivel físico como mental.

Al gran volumen asistencial debemos sumarle la bipedestación constante, los movimientos repetitivos y las posturas forzadas sin pasar por alto la gran carga psicológica, emocional y las exigencias organizativas que se manejan en los quirófanos.

En él se utilizan gran cantidad de productos que pueden ser nocivos para la salud, como gases Anestésicos, productos de limpieza, etc.

Existe un gran riesgo biológico, ya que el personal está expuesto a fluidos, tejidos incluso tienen riesgo de inhalación de componentes biológicos mediante el uso del bisturí eléctrico.

Es un servicio cerrado, con gran rotación de personal y turnicidad constante, que a menudo complica las relaciones sociales y el poder realizar descansos a lo largo de la jornada laboral, por lo que la jornada laboral se hace a menudo muy difícil de llevar.

Por ello, resulta interesante analizar de manera pormenorizada los diferentes riesgos a los que está expuesto el personal de quirófano.

La finalidad de la evaluación es estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el responsable del centro esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y el tipo de medidas que deben adoptarse.

MATERIAL Y MÉTODOS

La evaluación de riesgos se realizó en un Servicio de Quirófano ficticio, intentando aproximar dicha evaluación lo máximo posible a la realidad. El quirófano se ubica

dentro de un Hospital llamado “Dama de Idella”, situado en las afueras de un pueblo de Alicante (Elda).

El servicio de quirófano está formado por 63 trabajadores: 8 médicos, 26 enfermeras, 19 auxiliares de enfermería, 4 auxiliares administrativos, 6 celadores; realizan turnos de 8 a 15h, de 15 a 22h y de 22 a 8h.

Esta evaluación se lleva a cabo para cumplir con la legislación vigente, en concreto con el Artículo 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de 1995).⁶

El informe que se llevó a cabo recoge la evaluación de los riesgos de las condiciones de trabajo encontradas en el quirófano en el día de la visita. Los datos recogidos de las condiciones de trabajo, procedimientos, formas de trabajar, actividades desarrolladas y demás, los obtuvimos gracias a entrevistas con el personal que trabaja en este servicio y a distintas mediciones que se realizaron.

Los instrumentos que utilizamos para realizar las mediciones ambientales de luz, ruido, temperatura y humedad y corrientes de aire fueron un luxómetro, sonómetro, termómetro – higrómetro, anemómetro respectivamente.

La metodología utilizada para la evaluación ha sido la desarrollada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), y contenida en la publicación del citado instituto denominada “Guía de evaluación para Pymes”.

Es un método de evaluación fácil de realizar, que permite comprobar que factores de riesgo están presentes en el trabajo a la vez que realiza una sencilla evaluación, clasificando la situación en 4 niveles: correcta, mejorable, deficiente y muy deficiente

La evaluación de los riesgos de accidentabilidad, de enfermedades profesionales o de daños para la salud, se efectúa a partir de la estimación de las siguientes condiciones:

(P) PROBABILIDAD. Se estima la probabilidad de materialización del riesgo.

(B) BAJA: El daño ocurrirá raras veces

(M) MEDIA: El daño ocurrirá en algunas ocasiones

(A) ALTA: El daño ocurrirá siempre o casi siempre

(S) SEVERIDAD. Es el valor asignado al daño más probable que produciría si se materializase el riesgo.

PREVENCIÓN GLOBAL

(LD) LIGERAMENTE DAÑINO: Daños superficiales: cortes y magulladuras pequeñas, irritación de los ojos por polvo. Molestias e irritación, por ejemplo: dolor de cabeza, disconfort.

(D) DAÑINO: Laceraciones, quemaduras, conmociones, torceduras importantes, fracturas menores. Sordera, dermatitis, asma, trastornos músculoesqueléticos, enfermedad que conduce a una incapacidad menor.

(ED) EXTREMADAMENTE DAÑINO: Amputaciones, fracturas mayores, intoxicaciones, lesiones múltiples, lesiones fatales. Cáncer y otras enfermedades crónicas que acorten severamente la vida.

La conjunción de dichos factores en la tabla que se adjunta, permite estimar y clasificar el riesgo, y establecer prioridades:

PROBABILIDAD	SEVERIDAD		
	Ligeramente Dañino	Dañino	Extremadamente Dañino
Baja	Trivial (TV)	Tolerable (TO)	Moderado (MO)
Media	Tolerable (TO)	Moderado (MO)	Importante (IM)
Alta	Moderado (MO)	Importante (IM)	Intolerable (IN)

En razón a los resultados anteriores, la última fase del proceso es establecer la Planificación de la Actividad Preventiva más eficaz con el objeto de eliminar y/o

minimizar los riesgos, priorizando las acciones según la valoración realizada. Esta Planificación es objeto de otro documento. Los grados de prioridad considerados son:

VALOR	PRIORIDAD
INTOLERABLE	MUY ALTA. Requiere actuación preventiva de carácter inmediato.
IMPORTANTE	ALTA. Requiere actuaciones preventivas cuya ejecución no supere el mes
MODERADO	MEDIA. Requiere actuaciones preventivas cuya ejecución no supere los 9 meses
TOLERABLE TRIVIAL	BAJA. Requiere actuaciones preventivas. Su ejecución no se demorará más de 19 meses.

Se realiza una tabla relacionando el riesgo de la "Guía de evaluación para Pymes" con la probabilidad la severidad y la valoración del riesgo, para valorar las causas del riesgo o deficiencias para que se materialice y las respectivas medidas de prevención.

Para valorar el riesgo ergonómico se han evaluado requerimientos físicos de tipo dinámico y estático. Se usará la metodología propuesta por el INSHT y el método Ergo-Hospitales (INVASSAT) para evaluar los riesgos que se derivan de las actividades profesionales.

- Método Ergo-Hospitales:

Nivel I: Su objetivo es determinar las situaciones de riesgo tolerable mediante una evaluación rápida y sencilla.

Nivel II: Pretende una evaluación cuantitativa del riesgo a partir de métodos de evaluación específicos

que se salen del ámbito de aplicación del Nivel I.

Nivel III: Pretende una evaluación cuantitativa del riesgo en situaciones complejas (por ejemplo, trabajadores sensibles, manipulaciones de cargas complejas, tareas repetitivas en las que se desee considerar la acumulación de exposición durante la jornada laboral, situaciones que requieran la aplicación de técnicas instrumentales, etc.) que no pueden ser abordadas con la suficiente precisión con los métodos de evaluación propuestos en el Nivel II.

Se han aplicado los 3 niveles, cada uno de ellos en función de los riesgos detectados.

- **PosturaINSHT.v1**, metodología elaborada por el INSHT a partir de la norma UNE-EN 1005-4 para la evaluación del riesgo debido a posturas forzadas.

PREVENCIÓN GLOBAL

- **ILsimpleINSHT v.1.0**, metodología elaborada por el INSHT para la evaluación del riesgo de tareas simples que incluyen la manipulación manual de cargas a partir de la normas **UNE-EN 1005-2 y ISO/NP TR 12295**.
- **VLImodel v.3.0.**, metodología elaborada por el INSHT para la evaluación del riesgo de tareas compuestas que incluyen la manipulación manual de cargas a partir de la normas **UNE-EN 1005-2 y ISO/NP TR 12295**.
- **OCRAcheckINSHT v.1.1.**, metodología elaborada por el INSHT para la evaluación del riesgo tareas que incluyen movimientos repetitivos a partir del método OCRA establecido como metodología preferente en la **Norma ISO 11228-3** y en la **UNE-EN 1005-5**.
- **Norma UNE-EN 1005-3**, metodología adaptada por el INSHT para la evaluación de riesgo por aplicación de fuerzas.
- **ISO 11228-1**, en su apartado 4.3.2, metodología adaptada por el INSHT para la evaluación del riesgo por transporte de cargas.
- **ISO 11228-2**, metodología adaptada por el INSHT para la evaluación del riesgo por empujes y arrastres.

A continuación se valorará el riesgo ergonómico por puestos de trabajo.

RESULTADOS

Las mediciones dieron los siguientes valores:

- 425 lux
- Humedad relativa del 52%
- Temperatura 23°C
- Ruido 40 dB
- Renovaciones de aire 15/h

En el puesto de MÉDICO: no deficiencias en carga de trabajo dinámica. Carga estática riesgo tolerable. Riesgo de accidente biológico.

En el puesto de AUXILIAR DE ENFERMERÍA: carga dinámica: riesgo inaceptable. Carga estática riesgo tolerable. Riesgo de accidente biológico.

En el puesto de ENFERMERÍA: no deficiencias en carga de trabajo dinámica. Carga estática riesgo tolerable. Riesgo de accidente biológico.

En el puesto de CELADOR: riesgo dinámico elevado. Carga estática riesgo tolerable. Bajo o nulo riesgo de accidente biológico.

En el puesto de AUXILIAR ADMINISTRATIVO: riesgo de fatiga visual debido a Pantallas de visualización de datos.

DISCUSIÓN

Según los resultados, y desglosando los riesgos por puesto de trabajo, en el puesto de MÉDICO y ENFERMERÍA:

Se observan deficiencias relacionadas con la carga de trabajo estática en lo que refiere a las intervenciones quirúrgicas que requieren de delantal plomado o mandil (6-8kg de peso adicional).

En relación con el riesgo biológico, es primordial una buena formación en atención al accidente biológico así como una correcta inmunización de los trabajadores.

En el puesto de AUXILIAR DE ENFERMERÍA:

Deficiencias en carga de trabajo estática debido al mandil plomado.

En cuanto a la manipulación manual de cargas, el índice de levantamiento de peso es elevado, existiendo un riesgo para la salud y debiendo de tomar medidas para corregir las deficiencias, estableciendo una línea de prioridades.

Primeramente hay que realizar una reducción del peso máximo de las cargas, no deberían sobrepasar en ningún caso los 15 kg, dado que es el límite establecido por el RD 487 y por las normas UNE 1005-2 e ISO 12295, para proteger a mujeres, menores de 18 años o mayores de 45 años.

Si esto no es posible, se debe proporcionar un medio mecánico para proceder a su manipulación.

En el puesto de CELADOR:

Dentro de las tareas dinámicas la manipulación manual de pacientes tiene riesgo para la salud de los trabajadores desde el punto de vista ergonómico, ya que las diferentes condiciones en las que se realiza la manipulación no son las más adecuadas.

Se deben mejorar aspectos tales como la correcta técnica de trabajo a través de una formación específica, fomentar el trabajo en equipo, el uso de ayudas mecánicas (grúa de pacientes, tablas de transferencia...) y mejorar el funcionamiento de camillas, camas y carros ofreciendo la posibilidad de ser reguladas en altura, así como a carros con reposabrazos y reposapiés retráctiles o extraíbles.

Es fundamental una buena formación en manipulación manual de cargas.

PREVENCIÓN GLOBAL

REFERENCIAS

1. I.N.S.H.T. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Guía Técnica de Evaluación de Riesgos Laborales.
2. NTP 343: Nuevos criterios para futuros estándares de ventilación en interiores.
3. Manual práctico para la evaluación del riesgo Ergonómico. INVASSAT ERGO, 2007. Generalitat Valenciana.
4. UNE EN 27243:95. Estimación del estrés térmico del hombre en el trabajo basado en el índice WBGT.
5. UNE EN 12515:97. Ambientes calurosos. Determinación analítica e interpretación del estrés térmico basados en el cálculo de la sudoración requerida.
6. UNE EN 27726:95. Ambientes térmicos. Instrumentos y métodos de medida de los parámetros físicos.
7. Ley 31/1996, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

ENFERMERÍA DEL TRABAJO AL DÍA

Disposiciones normativas influyentes en el desarrollo de las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo

Autor:

González Caballero, Javier

Enfermero del Trabajo

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Bilbao

En el recorrido histórico de esta especialidad a través de su presencia en los distintos escenarios laborales, su proyección ha discurrido paralela a la evolución de la propia profesión enfermera. De esta forma, la capacitación profesional de la Enfermería del Trabajo para desarrollar sus competencias viene refrendada por un acervo legislativo constituido básicamente por la publicación de las siguientes disposiciones que en su conjunto determinan el desarrollo de esta disciplina enfermera:

- La Constitución española de 29 de diciembre de 1978. En su artículo 40.2 insta a los poderes públicos a garantizar una protección de la salud, a fomentar una política que garantice la formación y readaptación profesional y a velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

La Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad establece que corresponde a los profesionales sanitarios especialistas en salud laboral promover la salud integral del trabajador. Esta actuación se desarrolla no sólo a través de la vigilancia de la salud para detectar precozmente la exposición a factores de riesgo, sino también promueve la observancia de las condiciones de trabajo y ambientales que pudieran resultar nocivas.

La Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales y su modificación posterior en la Ley 54/2003 de 12 de diciembre, tiene por objeto determinar las garantías y responsabilidades para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de los riesgos laborales.

El Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención y sus modificaciones posteriores

recogidas en dos Reales Decretos, 337/2010 de 17 de enero y 899/2015 de 9 de octubre. En esta normativa son objeto de tratamiento aquellos aspectos que hacen posible la prevención de riesgos laborales como actividad integrada en el conjunto de actuaciones de la empresa y en todos los niveles jerárquicos de la misma junto con la acreditación de la entidad especializada.

El Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Esta disposición aprueba los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la profesión enfermera.

La Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Todo profesional que desarrolle su actividad asistencial en el área sanitaria del servicio de prevención estará sujeto a esta norma; por tanto está obligado a la correcta prestación de sus técnicas, a respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente, y al cumplimiento de los deberes en materia de información y documentación clínica.

La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Establece que el sistema supervisará los programas de formación de postgrado especializada propuestos por las comisiones nacionales correspondientes, así como el número de especialistas necesarios en cada convocatoria.

La Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias. Tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los

ENFERMERÍA DEL TRABAJO AL DÍA

profesionales en el servicio sanitario en el ámbito preventivo y asistencial, tanto público como privado, garantizando que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para desarrollar su cometido.

En el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería queda recogida por primera vez la especialidad de Enfermería del Trabajo. El establecimiento de un sistema de especialización se produce dentro del modelo del Espacio Europeo de Educación Superior surgido de la Declaración de Bolonia, su objeto no es otro que proporcionar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos en el ámbito de actuación de cada disciplina enfermera.

El Real Decreto 183/2008 de 8 febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. La norma centra su contenido en distintos aspectos: define y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud cuyos programas formativos conducen a la obtención del título oficial de especialista, regula las características específicas de dichos títulos, las unidades docentes, los órganos colegiados y personales que intervienen en la supervisión y organización de los períodos formativos por el sistema de residencia, los procedimientos de evaluación de los especialistas en formación y controla la calidad de las estructuras docentes que imparten dichos programas.

La Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. Considerando el carácter multidisciplinar de los equipos profesionales que actúan en el ámbito de la salud laboral, esta disposición permite a los enfermeros especialistas en este área ejercer su profesión con plena autonomía técnica y científica; por tanto deben adquirir y mantener las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de sus funciones en los distintos ámbitos de actuación de la especialidad.

El Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención y su modificación posterior en el Real Decreto 901/2015 de 9 de octubre. Esta norma incorpora los requisitos técnicos y las condiciones mínimas exigidas al área sanitaria de los servicios de prevención de riesgos laborales para su autorización y mantenimiento de los estándares de calidad en su funcionamiento.

Entre otros aspectos, aborda los relacionados con los medios materiales y humanos necesarios para la atención de la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

La Ley 33/2011 de 4 de octubre General de Salud Pública tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas y actuaciones desarrolladas por la Administración, organizaciones empresariales y asociaciones ciudadanas con el fin de actuar sobre los factores que más influyan en su salud. Este ideario tiene su traducción en el ámbito de la salud laboral estableciendo un conjunto de acciones sanitarias en materia de prevención y en sintonía con lo dispuesto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El Real Decreto 639/2015 de 10 de julio por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. Ambas credenciales certifican que el profesional sanitario ha alcanzado las competencias y los requisitos de formación continuada establecidos en un área funcional específica para un período determinado de tiempo.

El Real Decreto 899/2015 de 9 de octubre. Las entidades acreditadas como servicios de prevención ajenos deben contar con las instalaciones y los recursos materiales y humanos que les permitan desarrollar la actividad preventiva concertada. Se tendrá en cuenta la extensión y frecuencia de los servicios preventivos prestados, el tipo de actividad desarrollada por los trabajadores de las empresas y la ubicación y el tamaño de los centros de trabajo donde se desarrolle la prestación.

El Real Decreto 901/2015 de 9 de octubre. Entre otras cuestiones destaca que el número de profesionales sanitarios y su horario laboral se ajustará a las características de la población trabajadora y a los riesgos existentes. Define la Unidad Básica Sanitaria como aquella que está constituida por un médico del trabajo o de empresa y un enfermero de empresa o del trabajo a jornada completa.

El Real Decreto 860/2018 de 13 de julio que regula las actividades preventivas a realizar por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social pretende estimular en pequeñas empresas y sectores de elevada siniestralidad la inclusión de estos aspectos en sus programas preventivos. Así mismo promueve la incorporación de la I+D+i en la formación y sensibilización en materia de

ENFERMERÍA DEL TRABAJO AL DÍA

prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Y el Real Decreto 1302/2018 de 22 de octubre por el que se modifica el Real Decreto 954/2015 de 23 de octubre que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Esta actualización normativa resulta determinante y condiciona sobremanera el ejercicio profesional cotidiano de la especialidad de Enfermería del Trabajo.

Otras disposiciones de carácter internacional que también han influido en la evolución y desarrollo de las competencias profesionales de la especialidad son las siguientes:

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Tanto en la doctrina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) recogen los criterios y principios generales de la vigilancia de la salud de los trabajadores: garantizada por el empresario, gratuita, voluntaria y en la que participe el trabajador; basada en principios éticos, de confidencialidad respecto a la intimidad, dignidad y no discriminación laboral por motivos de salud; realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación, capacidad acreditada y con los recursos materiales adecuados a las funciones que se realizan.

Los tratados constitutivos de la Comunidad Europea del Carbón y del Acero (1952), de la Energía Atómica (1957) y de la Comunidad Económica Europea (1957) incluyen disposiciones sobre la adopción de medidas adecuadas en materia de seguridad, higiene y salud en el trabajo, teniendo los dos primeros preceptos carácter de disposición mínima en esta materia,. El último aporta el acuerdo de los países integrantes de promover la mejora de las condiciones de trabajo y la protección de los daños que se derivan (arts. 117 y 118).

La Estrategia Mundial OMS de la Salud Ocupacional para Todos insta a los Estados miembros a que elaboren programas nacionales de salud laboral basados en sus propuestas, prestando especial atención a la creación de servicios integrales de salud en el trabajo para la población activa, incluidos los colectivos con necesidades especiales.

El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores nº 155 de la OIT. El contenido tiene por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud consecuencia del trabajo, guarden relación

con la actividad laboral o sobrevengan durante la misma reduciendo al mínimo la incidencia en las causas de los riesgos inherentes en el centro de trabajo.

El Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo nº 161 de la OIT. Los servicios de salud en el trabajo deben asegurar que las siguientes funciones se ajusten a los riesgos que presenta la organización: identificar y evaluar las condiciones de trabajo que puedan afectar a la salud de los trabajadores; asesorar tanto en materia de prevención de riesgos laborales incluyendo los equipos de protección individual y colectiva; vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con su actividad profesional; fomentar la adaptación del trabajo a los trabajadores; adoptar medidas que favorezcan la reinserción profesional; colaborar en la formación y educación en materia de salud, higiene y ergonomía en el trabajo; organizar los primeros auxilios y la atención de urgencia; y participar en el análisis de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

El Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo nº 187 de la OIT reconoce la magnitud y el impacto negativo de los accidentes, enfermedades y muertes ocasionadas o relacionadas con el trabajo sobre la productividad, el desarrollo socioeconómico y la esfera personal. Por tanto, el convenio sustenta sus principios de acción en una premisa básica: desarrollar un sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo mediante una política concreta y la instauración de programas específicos.

La Recomendación OIT nº 97 sobre la protección de la salud de los trabajadores. En su contenido cita dos medidas técnicas de protección contra los riesgos que afecten a la salud de los trabajadores: la legislación nacional debe contener disposiciones para prevenir, reducir o eliminar los riesgos de enfermedad en los lugares de trabajo, e incluso sobre los métodos que pueda ser necesario aplicar con respecto a riesgos específicos que puedan afectar la salud del trabajador. De otra parte, el empresario adoptará todas las medidas apropiadas para que las condiciones de los lugares de trabajo permitan asegurar una protección adecuada de la salud del trabajador.

La Recomendación OIT nº 112 sobre los servicios de medicina del trabajo. El contenido engloba una atención organizada en los lugares de trabajo destinada a asegurar la protección de los trabajadores contra todo riesgo que perjudique a su salud o de las condiciones en que se efectúa el

ENFERMERÍA DEL TRABAJO AL DÍA

trabajo; contribuye a la adaptación física y mental de los trabajadores, en particular por la adecuación del trabajo a los empleados y por su ubicación en puestos de trabajo adecuados a sus aptitudes.

La Recomendación de acompañamiento de la OIT nº 164 correspondiente al Convenio nº 155. La Recomendación plantea a las autoridades competentes de cada país: aprobar o revisar disposiciones legales en materia de seguridad y salud de los trabajadores; fomentar estudios con objeto de identificar los riesgos e instaurar medidas para minimizarlos; estimular la cooperación empresarial para eliminar los riesgos o reducirlos en la medida en que sea factible; adoptar medidas específicas y coordinar las acciones que deban realizarse a diferentes niveles; y adoptar una sistemática adecuada en los supuestos de trabajadores discapacitados.

La Recomendación de acompañamiento de la OIT nº 171 correspondiente al Convenio nº 161. Los términos que definen la vigilancia de la salud de los trabajadores contemplarán los siguientes aspectos: una evaluación de la salud de los trabajadores previa a la asignación de tareas específicas que puedan entrañar un riesgo para su salud; una vigilancia de la salud periódica en aquel puesto que implique una exposición a riesgos específicos; una evaluación de la salud de los trabajadores que reanudan su actividad tras una ausencia prolongada por motivos de salud con el fin de determinar la adaptación a sus tareas, considerando una nueva ubicación o una readaptación; una evaluación de la salud al concluir una actividad que entrañe riesgos de inducir consecuencias ulteriores para la salud; y por último, adoptar normas que protejan la intimidad de los trabajadores y procuren que la vigilancia de su salud no sea utilizada con fines discriminatorios.

La Recomendación de acompañamiento de la OIT nº 197 correspondiente al Convenio nº 187 desarrolla los principios y acciones básicas en materia de seguridad y salud en el trabajo que han de constituir el sustrato que defina la política de cada país en esta materia y a la vez permita establecer los criterios para su evaluación.

El primer Programa de acción de las Comunidades Europeas en materia de seguridad e higiene en el trabajo (1978) centra sus prioridades en el desarrollo y vigilancia de la seguridad y salud de los trabajadores, el estudio de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la promoción de la investigación en materia de seguridad y salud en el trabajo. El segundo propone la forma de organizar los servicios de medicina del trabajo y, el tercero, condensa su interés en la

exposición a sustancias y agentes nocivos para la salud.

El Marco General de acción de la Comisión de las Comunidades Europeas en materia de seguridad, higiene y protección de la salud en el trabajo (1994-2000) vela por el cumplimiento de la normativa aprobada. Con un enfoque preventivo, en un informe posterior de la propia Comisión (2002) entiende que los servicios de prevención son multidisciplinares. Por último, en la Recomendación del Consejo de la Unión Europea (2003) sobre la aplicación de las políticas de empleo de los Estados miembros, propone integrar la seguridad y salud en el trabajo dentro de las líneas de actuación comunitarias en la estrategia europea de empleo.

El Octavo Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo incluye la enseñanza y la formación a profesionales en materia de higiene, ergonomía, seguridad y salud en el trabajo aplicando tanto técnicas adecuadas como la participación de los propios trabajadores.

La Directiva Marco de la Comunidad Europea 1989/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Su objeto no es otro que armonizar las diferentes normativas de los Estados miembros ante los riesgos profesionales buscando un ordenamiento de las distintas disposiciones básicas en materia de seguridad y salud en el trabajo.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea dispone que todo trabajador tiene derecho a realizar un cometido profesional en condiciones que respeten su salud, seguridad y dignidad.

Las Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo de la OIT. En su contenido aboga por unas políticas coherentes que protejan a los trabajadores de los riesgos a los que estén expuestos en el trabajo sin obviar la mejora de la productividad. Incluye métodos y herramientas prácticas para ayudar a profesionales de la salud laboral, trabajadores y empresas a establecer y aplicar sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo que permitan reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

El Código Internacional de Ética para los profesionales de la salud ocupacional. Son varias las razones por las que la Comisión Internacional de Salud Ocupacional ha adoptado este Código: el creciente reconocimiento de las responsabilidades que se les adjudica a los profesionales de la

ENFERMERÍA DEL TRABAJO AL DÍA

salud y de la seguridad en el trabajo frente a los trabajadores, empresarios y autoridades laborales; un incremento del número de profesionales de la salud y seguridad en el trabajo como resultado de la creación de servicios de salud laboral; y por último, el desarrollo del enfoque multidisciplinar de la salud ocupacional, implicando que especialistas de diferentes ámbitos se involucren en los servicios de prevención de riesgos laborales.

Todos estos informes elaborados por los distintos organismos involucrados señalan el derecho fundamental de cada trabajador a recibir los estándares más altos de cuidados de salud en su ámbito de trabajo y orientan a las oportunas modificaciones legislativas en la práctica de la salud laboral.

Mención especial requiere la trasposición de la Directiva de la Comunidad Europea 89/391/CEE. Se instaura con intención de aplicar medidas que promuevan la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores en sus centros de trabajo. En España se realiza mediante la publicación de la Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales y su modificación posterior en la Ley 54/2003 de reforma del marco normativo de la Prevención de riesgos laborales.

En consecuencia, surge el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención^{iv} donde señala que los servicios de prevención que desarrollen funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deberán contar con un médico especialista en medicina del trabajo o diplomado

en medicina de empresa y un ATS/DUE de Empresa. Aspecto éste que ha sido regulado posteriormente por el Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención^{xiv} y el Real Decreto 899/2015 de 9 de octubre.

En esta evolución legislativa, el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería^{xi} revisa una norma precedente que regulaba la obtención del título de enfermero especialista, que no contemplaba la Enfermería del Trabajo. Por tanto, es la primera vez donde que queda recogida esta especialidad enfermera en nuestra legislación (art. 2.1.d).

El inevitable desarrollo técnico y científico de las ciencias en general y de la salud laboral en particular, hace que la especialización en cualquiera de las áreas de conocimiento sea una necesidad a la que los poderes públicos deber dar respuesta regulando su puesta en funcionamiento y actualización. Así la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo^{xiii} establece un punto de inflexión en esta disciplina enfermera. En su exposición de motivos describe las competencias profesionales de esta especialidad en un escenario laboral tan específico en el que se viene desarrollando la profesión a lo largo de varias décadas. Una revisión periódica de su contenido resulta cuando menos esencial para conocer tanto su identidad colectiva como la realidad sociolaboral como profesión.

REFERENCIAS

- 1 Boletín Oficial del Estado. Gaceta de Madrid. Constitución Española. BOE núm. 1 311.1 de 29/12/1978. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- 2 Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 abril General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29/4/1986. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf> Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales. BOE núm. 269 de 10/11/1995. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
- 3 Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales. BOE núm. 269 de 10/11/1995. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
- 4 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27 de 31/1/1997. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1997/01/31/pdfs/A03031-03045.pdf>
- 5 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 337/2010 de 19 de marzo por el que se modifican el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención; el Real Decreto 1109/2007 de 24 de agosto por el que se desarrolla la Ley 32/2006 de 18 de octubre reguladora de la subcontratación en el sector de la construcción y el Real Decreto 1627/1997 de 24 de octubre por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en obras de construcción. BOE núm. 71 de 23/3/2003. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/23/pdfs/BOEA-2010-4765.pdf>

ENFERMERÍA DEL TRABAJO AL DÍA

- 6 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 899/2015 de 9 de octubre por el que se modifica el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 243 de 10/10/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/10/pdfs/BOEA-2015-10926.pdf>
- 7 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE núm. 269 de 9/5/2001. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>
- 8 Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15/11/2002. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- 9 Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128 de 29/5/2003. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
- 10 Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280 de 22/11/2003. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades 11 de Enfermería. BOE núm. 108 de 6/5/2005. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>
- 12 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm. 45 de 21/2/2008. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>
- 13 Boletín Oficial del Estado. Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. BOE núm. 129 de 28/5/2009. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8880.pdf>
- 14 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 158 de 4/7/2011. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/04/pdfs/BOE-A-2011-11428.pdf>
- 15 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 901/2015 de 9 de octubre por el que se modifica el Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 243 de 10/10/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/10/pdfs/BOE-A-2015-10928.pdf>
- 16 Boletín Oficial del Estado. Ley 33/2011 de 4 de octubre General de salud pública. BOE núm. 240 de 5/10/2011. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>
- 17 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 639/2015 de 10 de julio por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. BOE núm. 179 de 28/7/2015. Disponibles en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/28/pdfs/BOE-A-2015-8442.pdf>
- 18 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 899/2015 de 9 de octubre por el que se modifica el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 243 de 10/10/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/10/pdfs/BOEA-2015-10926.pdf>
- 19 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 901/2015 de 9 de octubre por el que se modifica el Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 243 de 10/10/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/10/pdfs/BOE-A-2015-10928.pdf>
- 20 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 860/2018 de 13 de julio por el que se regulan las actividades preventivas de la acción protectora de la Seguridad Social a realizar por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. BOE núm. 173 de 18/07/2018. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2018/07/13/860/dof/spa/pdf>
- 21 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1302/2018 de 22 de octubre por el que se modifica el Real Decreto

ENFERMERÍA DEL TRABAJO AL DÍA

954/2015 de 23 de octubre por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE núm. 256 de 23/10/2018. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/10/23/pdfs/BOEA-2018-14474.pdf>

- 22 Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional; 1946 Jun 22 19-Jul 22; Nueva York, Estados Unidos. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- 23 Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Versión consolidada del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea. DOCE núm. C 325/33 de 24/12/2002. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DTRATADO_CONSTITUTIVO_COMUNIDAD_EUROPEA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DMPDE&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202771937392&ssbinary=true
- 24 eur-lex.europa.eu [página principal en internet]. Tratados constitutivos, Tratados de adhesión, otros tratados y protocolos. Bruselas: Unión Europea. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/index.htm>
- 25 World Health Organization. Global strategy on occupational health for all: the way to health at work. Recommendations of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centers in Occupational Health. Geneva, Switzerland: WHO, 1995.
- 26 Las diferencias en el estado de salud y la esperanza de vida que existen entre los ciudadanos de distintos países, o incluso de un mismo país, son consecuencia del entorno social en el que nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen. Entre los factores sociales, el trabajo es uno de los más influyentes en la salud de las personas. Closing the gap in a generation: healthy equity through action on the social determinants of health. OMS, 2008.
- 27 Organización Internacional del Trabajo. C155 Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores; Ginebra: OIT; 1981. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C155>
- 28 Organización Internacional del Trabajo. C161 Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 1985. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C161>
- 29 Organización Internacional del Trabajo. C187 Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 2006. Disponible en: http://www.fraternidad.com/descargas/FMBOLFM-22-169_832_DESCARGABLE-INFOPREVENCIÓN-22-169.pdf
- 30 Organización Internacional del Trabajo. R97 Recomendación sobre la protección de la salud de los trabajadores; Ginebra: OIT; 1953. Disponible en: http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/iloconv/r97.htm
- 31 Organización Internacional del Trabajo. R112 Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo; Ginebra: OIT; 1959. Disponible en: http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/iloconv/r112.htm
- 32 Organización Internacional del Trabajo. R164 Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores; Ginebra: OIT; 1981. Disponible en: http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/legis/legisane.htm#R164
- 33 Organización Internacional del Trabajo. R171 Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 1985. Disponible en: http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/iloconv/r171.htm
- 34 Organización Internacional del Trabajo. R197 Recomendación sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el Trabajo; Ginebra: OIT; 2006. Disponible en: http://www.fraternidad.com/descargas/FM-BOLFM-22-169_832_DESCARGABLEINFOPREVENCIÓN-22-169.pdf
- 35 Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 29 de junio de 1978 relativa a un programa de acción de las Comunidades Europeas en materia de seguridad y de higiene en el trabajo. DOCE núm. C 165/1 de 11/7/1978. Disponible en: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:02:31978Y0711\(01\):ES:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:02:31978Y0711(01):ES:PDF)
- 36 Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 27 de febrero de 1984 relativa a un segundo programa de acción de las Comunidades Europeas en materia de seguridad y salud en el

ENFERMERÍA DEL TRABAJO AL DÍA

trabajo. DOCE núm. C 67/2 de 8/3/1984. Disponible en: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:04:31984Y0308\(02\):ES:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:04:31984Y0308(02):ES:PDF)

- 37 Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 21 de diciembre de 1987 relativa a la seguridad, la higiene y la salud en los lugares de trabajo. DOCE núm. C 28 de 3/2/1988. Disponible en: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31988Y0203\(01\):ES:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31988Y0203(01):ES:HTML)
- 38 Comisión de las Comunidades Europeas. Marco General de acción de la Comisión de las Comunidades Europeas en materia de seguridad, higiene y protección de la salud en el trabajo (1994-2000). COM (93) 560 final de 19/11/1993. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:1993:0560:FIN:ES:PDF>
- 39 Comisión de las Comunidades Europeas. Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006). COM (2002) 118 final de 11/3/2002. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/estrategiaSalud.pdf>
- 40 Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Recomendación del Consejo de 22 de julio de 2003 sobre la aplicación de las políticas de empleo de los Estados miembros. DOCE núm. L 197/22 de 5/8/2003. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:197:0022:0030:ES:PDF>
- 41 Organización Internacional del Trabajo. Enseñanza y formación profesional en higiene y seguridad en el trabajo y ergonomía; Ginebra: OIT; 1981. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_663_spa.pdf
- 42 Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 89/391/CEE del Consejo relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. DOCE núm. L 183/1 de 29/6/1989. Disponible en: http://www.belt.es/legislacion/vigente/seg_ind/prl/principios/comunitaria/dir_89_391_cee.pdf
- 43 Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. DOCE núm. C 364/1 de 18/12/2000. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
- 44 Organización Internacional del Trabajo. Directrices sobre sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 2002. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_publ_9223116341_es.pdf
- 45 International Commission on Occupational Health. Código internacional 45 de ética para los profesionales de la salud ocupacional. Roma (Italia), 2002.
- 46 Grupo de trabajo sobre criterios básicos de recursos sanitarios de los servicios de prevención en Cataluña. Criterios básicos para organizar la actividad sanitaria de los servicios de prevención en Cataluña: propuesta de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball. Arch Prev Riesgos Labor 2003; 89-98.
- 47 Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 89/391/CEE del Consejo de 12 junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. DOCE núm. L 183 de 29/6/1989. Disponible en: http://www.belt.es/legislacion/vigente/seg_ind/prl/principios/comunitaria/dir_89_391_cee.pdf
- 48 Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales. BOE núm. 269 de 10/11/1995. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
- 49 Boletín Oficial del Estado. Ley 54/2003 de 12 de diciembre de reforma del marco normativo de la Prevención de riesgos laborales. BOE núm. 298 de 13/12/2003. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/12/13/pdfs/A44408-44415.pdf>
- 50 Martín MC. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Prof 2004; 5 (17): 23-29.
- 51 Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 992/1987 de 3 de julio por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. BOE núm.

AET



Asociación de Especialistas
en Enfermería del Trabajo